

Der GesundheitsPolitische Brief ist im alljährlichen Sommermodus und erscheint bis Ende August jeweils als Doppelausgabe alle zwei Wochen. Die nächste Ausgabe erreicht Sie also am **Montag, 5. September 2016**.

Editorial – Thema der Woche

Montag, 22. August 2016

Die SPD ist fest entschlossen, die paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Wahlkampfthema zu machen. Tatsächlich dürfte sie damit gut beraten sein – vorausgesetzt diese Botschaft überspringt die Wahrnehmungsschwelle des Wahlvolkes (was mir noch nicht gesichert erscheint). Diskret verschwiegen wird dabei allerdings, dass es eine SPD-Ministerin und ein SPD-Kanzler waren, unter deren Führung die hälftige Parität der Krankenversicherungsfinanzierung abgeschafft wurde. Dies war die Eröffnung einer Dauerbaustelle, von der sich absehen lässt, dass sie uns auch in der nächsten Legislaturperiode beschäftigen wird.

Wie man's dreht und wendet: Mit dem jetzigen System der kassenindividuelle Zusatzbeiträge werden wir nicht weiterkommen, denn schon das Ziel dieser preistransparenten Wettbewerbseinführung war falsch. Es ist eben nicht so, dass sich an einem wie auch immer gearbeteten Zusatzbeitrag „gut wirtschaftende Krankenkassen von schlecht wirtschaftenden unterscheiden lassen.“ Dieses Mantra war schon zu Zeiten von Ulla Schmidt falsch, und die Erfahrung zeigt, dass es im Laufe der Zusatzbeitragszeit nicht richtiger geworden ist. Und was in diesem Zusammenhang leider vollkommen vergessen wurde: Der Preis ist im Gesundheitswesen der denkbar schlechteste Wettbewerbsparameter um „Verbraucher“ zu richtigen Wahlentscheidungen zu verhelfen. Ich weise – wie schon mehrfach an dieser Stelle – darauf hin, dass es Politikern (und Ökonomen) gut anstünde, mal ein Auge auf die Unterschiede zwischen Kauf-, Dienstleistungs- und Gesundheitswirtschaft zu werfen, dann hätte auch manch anderer gesundheitspolitischer (und wettbewerbsideologischer) Fehlanreiz rasch ein Ende.

Was aber in der ganzen Diskussion (die uns noch ein Weilchen beschäftigen wird) auch erstaunt, ist das beredete Schweigen der Wirtschaftsverbände. Glauben sie im Ernst der politische Druck werde nachlassen und irgendwann wird sich „die reine Lehre“ der Entkoppelung der Arbeitgeber von der GKV-Finanzierung von alleine durchsetzen? Das kann man nur als naiv bezeichnen. Denken wir das Zusatzbeitragsszenario weiter (und vielleicht noch weiter als Jürgen Wasem mit seinen 2,4 Prozent im Jahr 2020), dann wird vielmehr irgendwann das SPD-Argument, dass die Arbeitgeber wieder mit ins Boot müssen, eben doch verfangen. Und dann wird die Kröte für die Arbeitgeber richtig groß. Es wäre also im Grunde auch als Maßnahme des Selbstschutzes nicht der schlechteste taktische Zug, sich auch von Arbeitgeberseite zu einer Finanzierungsverantwortung für die GKV zu bekennen. Schließlich profitieren sie ja auch von den „Reproduktionspotenzialen der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Human Resources“ (um es jetzt auch mal ökonomistisch auszudrücken).

Das gäbe den Arbeitgeberverbänden Gelegenheit, mal über eine andere heilige Kuh zu sprechen: Denn wir wäre es denn, wenn die paritätische Finanzierung auch von Arbeitgebern hochgehalten würde, aber dafür der erste (und von den Arbeitgebern finanzierte) Krankheitstag in die Verantwortung des Versicherten gestellt würde? Das würde vielleicht der einen oder anderen, gegebenenfalls vermutlich auch alkoholbedingten Bagatellerkrankung den Garaus machen – und wenn nach drei Tagen ein Attest tatsächlich ein manifestes Gesundheitsproblem belegt, kann man immer noch überlegen, ob dann der Arbeitgeber doch die Zeche zahlt... So ließen sich Arbeitgeberverantwortung und Arbeitgeberentlastung vernünftig unter einen Hut bringen. Mit der jetzigen Diskussion gelingt dies jedenfalls nicht.

Recht & Gesetz

- (aerztezeitung.de 15.8.16) – **Pharmaunternehmen müssen privaten Krankenversicherern (PKV) ebenso wie den gesetzlichen Krankenkassen Rabatte auf verschreibungspflichtige Arzneimittel gewähren.** Das **Bundesverfassungsgericht** hat die Verfassungsbeschwerde des Pharmaunternehmens Desitin gegen die entsprechende Regelung des "Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel" nicht zur Entscheidung angenommen. Der Beschluss ist bereits im Juni gefallen, aber erst jetzt bekannt geworden. Desitin sieht in der Regelung unter anderem einen Eingriff in Grundrechte und einen Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, ist aber in allen Instanzen mit einer Klage gegen das PKV-Unternehmen Bayerische Beamtenkrankenkasse gescheitert. Im April 2015 hatte der Bundesgerichtshof festgestellt, dass der Zwang zur Rabattgewährung an die PKV zwar in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen eingreift, das aber verfassungsrechtlich gerechtfertigt sei. Die BGH-Richter begründeten das mit "der Gewährleistung eines bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutzes und der Schonung der öffentlichen Haushalte" (Az.: I ZR 127/14). Den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit halten sie für gewahrt.
- (aerzteblatt.de 9.8.16) – Eine **Patientenverfügung muss sich konkret zu einzelnen medizinischen Behandlungen** oder zu bestimmten Krankheiten **äußern**. Die Formulierung, „lebensverlängernde Maßnahmen“ seien nicht erwünscht, reicht nicht aus, um eine künstliche Ernährung zu beenden, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe. Eine Patientenvollmacht muss zudem deutlich machen, ob die bevollmächtigte Person auch über den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen entscheiden kann, wie aus dem veröffentlichten Beschluss hervorgeht (Az: XII ZB 61/16). Der XII. Zivilsenat des BGH entschied im Detail, dass eine schriftliche Patientenverfügung nur dann bindend ist, wenn dieser „konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können“. Die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, sei für sich genommen nicht konkret genug. Eine Konkretisierung könne zum Beispiel erfolgen, indem bestimmte ärztliche Maßnahmen genannt würden oder Bezug auf Krankheiten oder Behandlungssituationen genommen werde, so der BGH.
- (aerztezeitung.de 22.8.16) – Eine fest **vereinbarte Operation durch den Chefarzt ist auch tatsächlich vom Chefarzt durchzuführen**. Für andere Ärzte fehlt es dann an einer Einwilligung des Patienten, eine Operation durch Vertreter ist daher rechtswidrig, entschied der **Bundesgerichtshof** (BGH) in Karlsruhe in einem jetzt schriftlich veröffentlichten Urteil. Der Vertreter und das Krankenhaus haften danach auch dann für Folgeschäden, wenn dem Operateur keine Fehler vorzuwerfen sind. Im entschiedenen Fall sollte der Patient an der linken Hand operiert werden. Im Vorfeld war der Patient vom Chefarzt untersucht worden. Er schloss mit dem Krankenhaus einen Wahlleistungsvertrag, wonach der Chefarzt auch den chirurgischen Eingriff vornehmen sollte. Stattdessen operierte aber ein nicht liquidationsberechtigter stellvertretender Oberarzt, ohne dass eine Vertretung vertraglich vorgesehen war. Anschließend hatte der Patient Probleme mit seiner Hand und forderte Schadenersatz. Zur Begründung verwies der BGH darauf, dass jede Operation einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet. Die Einwilligung sei notwendig, um dies dem Arzt zu erlauben. "Geschützt wird damit die Entscheidungsfreiheit des Patienten über seine körperliche Integrität, über die sich der Arzt nicht selbstherrlich hinwegsetzen darf."

Ministerium und Regierung

- (BMG 17.8.16) – Das **Bundeskabinett** hat den von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vorgelegten "Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland" (**Aktionsplan AMTS 2016 - 2019**) **beraten**. Mit dem jetzt vorgelegten Aktionsplan für die Jahre 2016 bis 2019 werden die Anstrengungen zur Verbesse-

rung der Arzneimitteltherapiesicherheit fortgesetzt. Er umfasst 42 Maßnahmen und wurde unter Beteiligung der Ärzteschaft, der Apothekerschaft, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem Deutschen Pflegerat und Patientenverbänden erarbeitet. Für die Umsetzung einzelner Maßnahmen des Aktionsplans – wie etwa dem Aufbau einer Datenbank zur Dosierung von Arzneimitteln für Kinder oder der Entwicklung einer Medikationsplan-App für Sehbehinderte – stellt das Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2016 bis 2019 knapp 3 Mio. Euro zur Verfügung.

- (BMG 17.8.16) – Das **Bundeskabinett** hat dem von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe vorgelegten "**Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten**" zugestimmt. Der Bericht empfiehlt, die bis zum 31. Dezember 2017 befristet eingesetzten Modellregelungen um zehn Jahre zu verlängern, um diesen Prozess weiterhin wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Dabei sollen Möglichkeiten, die Modellausbildungen stärker an die hochschulischen Gegebenheiten anzupassen, erprobt und die langfristigen – auch finanziellen – Auswirkungen einer akademischen Ausbildung untersucht werden. Übereinstimmend kommen alle Auswertungen zu dem Ergebnis, dass es dauerhaft wünschenswert und machbar ist, primärqualifizierende Studiengänge für die vier beteiligten Berufsgruppen einzurichten. Die Mehrheit der Auswertungen spricht sich für eine Teilakademisierung aus. Gleichzeitig solle die fachschulische Ausbildung erhalten bleiben. Voraussetzung dafür sei allerdings eine Umgestaltung der gesetzlichen Ausbildungsregelungen. Der Bericht wird dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat zugeleitet und im Anschluss daran veröffentlicht.
- (aerztezeitung.de 18.8.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) übt harsche **Kritik an SPD-Chef Sigmar Gabriel**. Wer bereits ein Jahr vor der Wahl auf "Wahlkampfmodus schalte", tue sich und seiner Partei keinen Gefallen und laufe Gefahr, Stimmen aus der Bevölkerung zu verlieren. So kommentierte Gröhe auf seiner Sommerreise die Forderung des Wirtschaftsministers, nach einer Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung in der GKV. Bei der Diskussion um höhere Zusatzbeiträge warnte er vor Prognosen, die von "übertriebener Spekulation und Panikmache" getrieben seien. Die Prognose übersteige bei Weitem die Einschätzung seines Ministeriums und des GKV-Spitzenverbandes. Er verwies auf die im Oktober erwarteten Ergebnisse des Schätzerkreises. "Ich bin mir sicher - ohne die Ergebnisse bereits zu kennen - , dass in diesen ein klarer Unterschied zu den Berichten in der BILD-Zeitung für das Jahr 2017 zu sehen sein wird."
- (apotheker-adhoc.de 20.8.16) – Der **Schutz vor schweren Infektionskrankheiten** wie Ebola ist **nach** den Worten von Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) eine **internationale Aufgabe**. Krankheiten machten nicht an Landesgrenzen halt, sagte Gröhe am Frankfurter Flughafen. Er kündigte an, dass im Mai kommenden Jahres erstmals die Gesundheitsminister der 20 wichtigsten Industrie- und Schwellenländer (G20) zusammenkommen, um Gefahren durch ansteckende Krankheiten und Abwehrmöglichkeiten zu erörtern. Auf EU- und G7-Ebene seien diese Themen schon zuvor thematisiert worden. In den vergangenen 15 Jahren seien vor allem von der SARS-Pandemie 2002 und 2003, der Schweinegrippe 2009 und 2010, dem Ebola-Fieber 2014 bis 2016 und mehreren Lassa-Fieberfällen erhöhte Ansteckungsgefahren für internationale Fluggäste ausgegangen. Gröhe unterstrich, es seien nicht die Flüchtlinge, sondern die Touristen, die gefährliche Krankheiten mitbrächten.
- (apotheker-adhoc.de 20.8.16) – Beim zunehmenden Einsatz von IT-Technologie in der Medizin müssen nach den Worten von Gesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) die **Standards des Datenschutzes für Patienten eingehalten werden**. Der Datenhunger digitaler Medizin in der Krebsforschung sei verständlich, müsse aber bisherige Datenschutzerfordernisse gewährleisten, sagte Gröhe bei einem Besuch des Softwareherstellers SAP und Molecular Health, einem Anbieter von Genanalysen, in Heidelberg. Gröhe machte zugleich deutlich, dass der Umgang mit Big Data in der Gesundheitsversorgung auch in den nächsten Legislaturperioden Thema bleiben werde. Die IT-gestützte

molekulare Krebs- und Gesundheitsforschung braucht viele Patienten-Daten zur Auswertung. Auf Basis dieser Datenauswertung könnten dann Diagnose und Therapiemöglichkeiten genauer erfasst werden. Das könnte durchaus auch Kosten sparen, weil Fehldiagnosen und -Therapien vermieden würden, so die Wissenschaftler.

- (facharzt.de 18.8.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) **will die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten verbessern**. Zwischen 9 und 15 Mrd. Euro gingen schätzungsweise jährlich verloren, weil die Kommunikation zwischen beiden Seiten nicht ausreichend funktioniere, kritisiert Gröhe. Sein Ministerium fördert deshalb ein Gesundheits-Start-up, das die ärztliche Fachsprache für Patienten verständlicher machen soll. Auf einer Plattform washabich.de können sich Patienten mit ihrem ärztlichen Befund melden und bekommen kostenlos eine „Übersetzung“ der ärztlichen Aufzeichnungen in eine verständliche Sprache. Mit seinem Arzt „auf Augenhöhe kommunizieren“, ist das Motto des vor fünf Jahren von Studenten gegründeten gemeinnützigen Start-ups. Inzwischen seien 28.000 Befunde übersetzt worden, erläuterte Geschäftsführer Ansgar Jonietz.
- (bibliomed.de 19.8.16) – Im Streit über die **Reform der Pflegeausbildung** ist das **Bundesgesundheitsministerium** (BMG) nach Informationen des *BibliomedManagers* zu einigen **Kompromissen bereit**. Demnach kann unter anderem die künftige Berufsbezeichnung weiterhin eine Spezialisierung in der Ausbildung wiedergeben, insbesondere in der Kinderkrankenpflege. Die Schwerpunktsetzung innerhalb der künftigen neuen Pflegeausbildung könne dadurch deutlicher werden, heißt es im Haus von Minister Hermann Gröhe (CDU). Die in der öffentlichen Anhörung im Bundestag geäußerten Zweifel sollen demnach in Teilen aufgenommen werden. Auch könnte es möglich sein, nach zwei Jahren eine Zwischenprüfung zu ermöglichen, mit der sich die Auszubildenden für einen Helfer- oder Assistenzberuf qualifizieren. Unterm Strich will Gröhe die Reform der bisherigen drei Ausbildungsberufe der Gesundheits- und Kranken-, der Gesundheits- und Kinderkranken- sowie der Altenpflege aber weiterhin zu einem gemeinsamen generalistischen Berufsbild mit Schwerpunktsetzung zusammenfassen. Drei verschiedene Ausbildungsberufe, wie sie etwa das sogenannte integrative Modell der Grünen vorsieht, lehnt man im BMG aber ab. Ein solcher Ansatz würde den Sinn der Reform infrage stellen.
- (aerzteblatt.de 17.8.16) – Die **Bundesregierung** hat **Pläne der CSU zur finanziellen Entlastung von Kindern bei der Pflege ihrer Eltern zurückgewiesen**. „Es kann nicht sein, dass Bürger, die vergleichsweise gut verdienen, zu Lasten der Allgemeinheit und damit auch der Gering- und Durchschnittsverdiener entlastet werden“, sagte der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*. Die Pläne der bayerischen Staatsregierung sehen vor, dass Kinder mit einem Jahreseinkommen von weniger als 100.000 Euro von der Unterhaltungspflicht für ihre pflegebedürftigen Eltern freigestellt werden. Laumann wies darauf hin, dies betreffe Einkommen von bis zu 8.333 Euro im Monat – das durchschnittliche Haushaltseinkommen in Deutschland sei jedoch nicht einmal halb so hoch. Er betonte zudem, es gehöre „zu den Grundfesten unseres Zusammenlebens“, dass Familien füreinander einstehen. Erst wenn dies nicht möglich sei, springe der Staat ein.
- (aerzteblatt.de 19.8.16) – Das **Bundesministerium für Bildung und Forschung** (BMBF) ist dem **europäischen Bioinformatik-Netzwerk ELIXIR** (<https://www.elixir-europe.org/>) **beigetreten**. So soll die Sichtbarkeit und Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Forschungsstandortes verbessert und der deutsche Einfluss bei der Gestaltung der europäischen Informationsinfrastruktur ausgebaut werden. ELIXIR unterstützt europäische Wissenschaftler aus 19 Staaten bei der Analyse großer Datenmengen. „Die bessere Nutzung von Big Data in den Lebenswissenschaften trägt wesentlich dazu bei, unser Gesundheitssystem für die Zukunft zu stärken“, erklärte Bundesforschungsministerin Johanna Wanka. Die intelligente Verknüpfung biomedizinischer Forschungsdaten sei entscheidend für die schnelle Entwicklung neuer Medikamente und Therapien für Krankheiten.

- (hib 19.8.16) Die Bezahlung der Feststellung des Todes eines Menschen durch einen Arzt ist ein Thema der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke**. Wie die Fraktion darin ausführte, besteht beim Tod eines Menschen die gesetzliche Pflicht, einen Arzt zur Feststellung des Todes und zum Ausstellen eines Totenscheins heranzuziehen. Dazu verweist die Bundesregierung in ihrer Antwort darauf, dass die Gesetzgebungskompetenz für die Regelung des Bestattungswesens ausschließlich bei den Ländern liege. In der Regel werde bestimmt, dass die **Kosten der Leichenschau und der Ausstellung der Todesbescheinigung von denjenigen zu tragen sind, die für die Bestattung zu sorgen haben**. Wie aus der Vorlage weiter hervorgeht, gehört die Kostenübernahme für die Todesfeststellung und die Bestattung nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Entsprechende Leistungen könnten deshalb von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht werden. Bis einschließlich des Jahres 2003 wurde von der GKV den Angaben zufolge das Sterbegeld als Zuschuss zu den Bestattungskosten gezahlt.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (aerztezeitung.de 18.8.16) – **Vier Bundestagsabgeordnete greifen den Gemeinsamen Bundesausschuss harsch an**. Hintergrund ist die GBA-Sitzung am Donnerstag, in der das **Methodenbewertungsverfahren für die nicht-invasive Pränataldiagnostik (NIPT)** gestartet werden soll, mit der das Risiko autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 bestimmt werden kann. Vor zwei Jahren hatte der GBA ursprünglich vorgehabt, das Verfahren im Rahmen einer Erprobungsrichtlinie zu bewerten. Das Methodenbewertungsverfahren sei ein "entscheidender Schritt, um den vorgeburtlichen Bluttest auf Trisomie 21 zu einer regulären Kassenleistung zu machen", heißt es in einem Schreiben der Abgeordneten Hubert Hüppe (CDU), Corinna Ruffer (Grüne) Dagmar Schmidt (SPD) und Katrin Vogler (Linke) an den GBA. Sauer sind die Parlamentarier über die offenbar kurzfristige Terminierung. Die Beratung mitten in der Sommerpause erwecke den Eindruck, "dass diese brisante Entscheidung möglichst unter dem Radar der Öffentlichkeit getroffen werden soll". Die Abgeordneten machen keinen Hehl daraus, dass sie das Methodenbewertungsverfahren im GBA in diesem Kontext als unzureichend ansehen. Denn es sehe nur vor, den "diagnostischen und therapeutischen Nutzen der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen". Tatsächlich diene der Bluttest der Suche nach einer Trisomie, biete aber keinen medizinischen Nutzen.
- (aerztezeitung.de 16.8.16) – Die **Grünen haben die Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen als widersprüchlich kritisiert**. "Die Bundesregierung kann keine triftigen Gründe nennen, warum sie für die Mehrbelastungen aufgrund der gesundheitlichen Versorgungen von Asylberechtigten und der Telematikinfrastruktur 1,5 Mrd. Euro veranschlagt", sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Fraktion, Maria Klein-Schmeink, der Deutschen Presse-Agentur: Sie bezog sich bei ihrer Kritik auf eine Antwort der Bundesregierung. "Der Entnahme aus dem Gesundheitsfonds liegt keine fundierte Berechnung zugrunde", sagte Klein-Schmeink. Es gehe letztlich darum, mit Versichertengeldern den Anstieg von Zusatzbeiträgen im Wahljahr 2017 zu mildern. Klein-Schmeink verwies zudem darauf, dass die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten, die nicht erwerbstätig sind, wie bei allen Hartz-IV-Empfängern aus Steuermitteln finanziert werde. Sie fügte hinzu: "Wie widersprüchlich die Bundesregierung agiert, zeigt sich auch daran, dass sie keinen Handlungsbedarf sieht, die Steuerzuschüsse für die Gesundheitsversorgung von SGB-II-Beziehenden (ALG-II-Beziehenden) anzupassen."
- (hib 17.8.16) **Lieferengpässe bei Arzneimitteln** sind Thema einer **Kleinen Anfrage der Fraktion Die Linke**. Die Abgeordneten erkundigen sich mittels eines umfassenden Fragekatalogs unter anderem danach, welche Arzneimittel in den vergangenen zwölf Monaten betroffen waren beziehungsweise gegenwärtig betroffen sind, welche Ursachen die Engpässe haben und welche Maßnahmen die Bundesregierung zu deren Vermeidung plant. So fragt die Fraktion auch nach der Möglichkeit, gesetzgeberisch auf nationaler

oder EU-Ebene Mindest-Herstellungskapazitäten und das Betreiben mehrerer Herstellungsanlagen für Wirkstoffe vorzuschreiben. Nach Ansicht der Fragesteller stellen Lieferengpässe bei Arzneimitteln für Patienten, aber auch für Ärzte und Apotheker, seit Jahren ein "immenses Problem" dar. Auch wenn nicht jeder Lieferengpass eine medizinische Notfallsituation ohne Behandlungsalternative darstelle, verzögerten beziehungsweise gefährdeten Engpässe die Behandlung und Patientensicherheit.

- (hib 3.8.16) Mit der **Ausbildung und Berufspraxis von Medizinisch-Technischen Assistenten (MTA)** befasst sich die **Fraktion Die Linke** in einer **Kleinen Anfrage**. Für die Qualität der medizinischen Versorgung sei die Ausbildung in den einzelnen Berufen von herausragender Bedeutung. Um die Versorgungsqualität zu erhalten, müssten die Ausbildungsinhalte regelmäßig überprüft und angepasst werden. Dies gelte angesichts der enormen Fortschritte in der Wissenschaft und Medizintechnik gerade für die MTA. Die Abgeordneten wollen von der Bundesregierung nun Details über die Ausbildung und berufliche Praxis von MTA erfahren.
- (aerzteblatt.de 17.8.16) – Die **Sozialdemokraten wollen individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) reglementieren** und dafür einen „Marktwächter Gesundheit“ einführen. Das geht aus dem Entwurf der SPD-Programmarbeitsgruppe Umwelt-, Klima- und Verbraucherschutz hervor, der dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)* vorliegt. „Die Flut kostenpflichtiger, medizinisch aber oft überflüssiger IGeL-Leistungen wollen wir eindämmen“, heißt es im Programm. Die SPD will demnach, dass in allen Praxen vereinheitlichte Informationen ausgehängt werden müssen, warum IGeL nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Darin sei zum Beispiel zu erwähnen, dass der „medizinische Sinn zweifelhaft“ sei. Darüber hinaus dürfe eine Zahlungspflicht des Patienten ohne einen schriftlichen Behandlungsvertrag und verbindliche schriftliche Informationen zu Nutzen und Risiken der jeweiligen IGeL über ein Produktinformationsblatt „gar nicht erst entstehen“. Um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu belasten, seien Behandlungen nach dem GKV-Katalog und IGeL „klar voneinander zu trennen“.
- (facharzt.de 17.8.16) – Der **SPD-Vorsitzende Sigmar Gabriel pocht auf eine Entlastung der Arbeitnehmer bei den Beiträgen zur Krankenversicherung**. „Die SPD will, dass die Krankenkassenbeiträge wieder zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmer getragen werden“, sagte Gabriel der „Bild“-Zeitung (Mittwoch). „Diese Parität muss auch bei den Zusatzbeiträgen gelten. Ich verstehe nicht, dass sich die Union dem bislang verweigert.“ SPD-Fraktionsvize **Karl Lauterbach** sagte der „Funke Mediengruppe“ (Mittwoch): „Es ist ungerecht, dass die Arbeitnehmer jetzt alle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allein tragen müssen.“ Die Rückkehr zur hälftigen Finanzierung der Krankenversicherung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber sei eine „**Kernfrage sozialer Gerechtigkeit**“. Vor gut zehn Jahren war von Rot-Grün angesichts der schlechten Arbeitsmarktlage der Arbeitgeber-Anteil bei 7,3% eingefroren worden. Der allgemeine Beitragssatz, den Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte tragen müssen, liegt seither bei 14,6%. Die Kassen können seit vergangenem Jahr einen individuellen Zusatzbeitrag erheben, den dann aber allein die Mitglieder zu tragen haben. Der Zusatzbeitrag liegt für 2016 bei durchschnittlich 1,1 Prozentpunkten.
- (facharzt.de 16.8.16) – Die **Linke befürchtet eine Kostenexplosion bei den Zusatzbeiträgen** in der Gesetzlichen Krankenversicherung – und wirbt erneut für eine Bürgerversicherung. „Die große Koalition führt die von Schwarz-Gelb eingeführten Zusatzbeiträge als individuelle, einkommensabhängige Zusatzbeiträge fort“, moniert die Oppositionspartei. Damit würden Kostensteigerungen allein den Versicherten aufgebürdet. Laut Linken-Vorsitzendem Bernd Riexinger müssten in einem ersten Schritt um gegenzusteuern, die Lasten fair aufgeteilt werden: „Die Zusatzbeiträge der Krankenkassen müssen in gleichen Teilen vom Arbeitgeber mitfinanziert werden“, heißt es. Die Umverteilung zu Lasten der Versicherten und Kranken sei keineswegs alternativlos: „Um die Gesundheitsversorgung fit für die Zukunft zu machen und für soziale Gerechtigkeit zu sorgen, braucht es eine Bürgerversicherung, in die alle einzahlen – egal ob Student, Hartz IV-Empfänger, Postbote, Manager oder Lehrer.“ Den Angaben zufolge würden dann nicht nur Einkom-

men durch Erwerbsarbeit berücksichtigt werden, sondern auch Einkommen aus Vermögen.

Länder und Regionen

- (facharzt.de 19.8.16) – Mit einem **Honorarplus von 3,3%** haben **Vertragsärzte in Niedersachsen das Jahr 2016** begonnen. Das geht aus einer Veröffentlichung der Kassenärztlichen Vereinigung im Ärzteblatt hervor. Demnach liegt der Honorarzuwachs gegenüber dem ersten Quartal 2014 bei 7,2% – „bei relativ gleichmäßiger Verteilung auf die Arztgruppen“. Die „stetig positive Tendenz“ der Vorjahre setze sich damit fort und biete den Vertragsärzten bei den Grundleistungen „Planungssicherheit“, und die Möglichkeit, „sich voll und ganz auf die Bedürfnisse ihrer Patienten zu konzentrieren.“ Zusätzliche Honoraranteile, davon ist die KVN überzeugt, können über entdeckelte Leistungen und Sonderverträge erreicht werden. „In diesen Bereichen ist Honorarwachstum bei Mehrleistung, und Honorarrückgang bei sinkender Leistungsmenge unmittelbar möglich“, heißt es in dem Bericht. Und: Inzwischen werde jeder vierte Euro für Leistungen gezahlt, „die keiner Mengenbegrenzung mehr unterliegen“. Jeder zwölfte Euro in Niedersachsen stamme aus Leistungen aus HzV- und Sonderverträgen.
- (aerztezeitung.de 12.8.16) – Siege für den Hausärzterverband und die Liste "Versorgerfachärzte", Schlappe für den Marburger Bund (MB): Bei den **Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein** (KVNo) steht das Ergebnis fest. Die künftige VV wird sich deutlich von der bisherigen unterscheiden. 21 Delegierte ziehen neu in die VV ein, die 50 Vertreter repräsentieren zudem eine größere Vielfalt an Listen. Vertreter von vier Listen teilen sich die 18 Sitze für die Hausärzte. Neun entfallen dabei auf die "Hausarztliste" des Hausärzterverbands Nordrhein unter Führung des Landesverbandsvorsitzenden Dirk Mecking. Sie konnte einen Sitz hinzugewinnen. Vier Sitze gehen an die erstmals angetretene Liste "Unabhängige Hausärzte Nordrhein" mit Carsten König als Spitzenkandidat. Sehr bunt ist das Bild bei den Fachärzten. Hier teilen sich die Vertreter von acht Listen die 21 Plätze. Die mit Abstand stärkste ist mit neun Sitzen die fachübergreifende Liste "Versorgerfachärzte" unter Führung von Manfred Weisweiler.
- (aerztezeitung.de 22.8.16) – Im **Saarland** wird der Ärztemangel langsam spürbar. Wie die KV Saarland mitteilte, konnten im vergangenen Jahr **23 Hausarztpraxen nicht mehr wiederbesetzt** werden. Das sind vier Prozent aller Hausarztpraxen. Auch die Fachärzte an der Saar finden langsam keine Nachfolger mehr. Hier konnten den Angaben zufolge acht Praxen nicht mehr wiederbesetzt werden. "Wir werden auch neue Versorgungsformen ausprobieren müssen", erklärte der saarländische KV-Vorsitzende Gunter Hauptmann. So steige die Zahl der Vertragsärzte, die Filialpraxen aufmachten, um die Versorgung ihrer Patienten auf dem Lande zu sichern. Außerdem sei die KV mit vielen Bürgermeistern im Gespräch, damit bei der Infrastrukturplanung die medizinische Versorgung nicht vergessen werde. So sei es zum Beispiel wichtig, dass Patienten auch künftig ihren Arzt mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen können.

Gremien & Institutionen

- (gba 18.8.16) – Der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat die **Einleitung des Bewertungsverfahrens der Nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD)** zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 13, 18 und 21 mittels molekulargenetischer Tests in den engen Grenzen einer Anwendung bei Risikoschwangerschaften **beschlossen**. Diesem Verfahren liegt ein gemeinsamer Antrag des unparteiischen Vorsitzenden Josef Hecken, der unparteiischen Mitglieder Regina Klakow-Franck und Harald Deisler sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zugrunde. Mit diesem Antrag wird die Fragestellung des GBA hinsichtlich der Methode der NIPD bei Risikoschwangerschaften im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien gemäß § 135 Absatz 1 SGB V konkretisiert. In dem beantragten Bewertungsverfahren soll geprüft werden, ob

und wie im Vergleich zu bisher im Rahmen der GKV erbringbaren Untersuchungen wie der invasiven Chorionzottenbiopsie (Biopsie der Plazenta) bzw. Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), ein nicht-invasiver molekulargenetischer Test eingesetzt werden kann.

- (gpb 11.8.16) – der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat die **Tagesordnung** der öffentlichen Sitzung des GBA-Plenums am **1. September 2016 veröffentlicht**. Bis Redaktionsschluss war eine Anmeldung zu dieser Sitzung auf der GBA-Webseite noch möglich.
- (iqwig 15.8.16) – Die **Wirkstoffkombination Emtricitabin/Tenofoviralafenamid** ist in Kombination mit weiteren antiviralen Arzneimitteln zur Behandlung Erwachsener und Jugendlicher zugelassen, die mit dem humanen Immundefizienzvirus von Typ 1 (HIV-1) infiziert sind. In einer frühen **Nutzenbewertung** hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) nun untersucht, ob diese Kombination Patientinnen und Patienten Vorteile gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie bietet. Ein solcher **Zusatznutzen** ist demnach **nicht belegt**: Für zwei von vier Fragestellungen liegen keine Daten vor; die zur dritten Fragestellung angeführten Studien weichen von der zweckmäßigen Vergleichstherapie ab; bei der vierten Fragestellung zeigt sich für bestimmte Patienten ein höherer Schaden.
- (aerzteblatt.de 19.8.16) – Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (**IQTiG**) hat einen ersten **Vorschlag** vorgelegt, wie die Krankenhausplanung künftig um Qualitätskriterien erweitert werden könnte. Einen entsprechenden Auftrag hatte das Institut auf Grundlage des Krankenhausstrukturgesetzes vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erhalten. Auf diese Weise sollen die Bundesländer Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan herausnehmen können, die schlechte Qualität erbringen. In seinem „**Vorbericht**“ zu „**Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**“ hat das IQTiG auf 189 Seiten Vorschläge zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung erarbeitet, die das Konzept der stationären Qualitätssicherung in Deutschland deutlich verändern würden. Grundlage der Qualitätssicherung soll demnach künftig die „Patientengefährdung“ sein, anhand derer gemessen werden soll, ob die in einem Krankenhaus erbrachte Qualität nicht ausreichend ist. Das Konzept zur Bewertung einer Patientengefährdung lehnt sich dem IQTiG zufolge an das Risiko-Akzeptanz-Modell zur Bewertung gesundheitlicher Gefahren am Arbeitsplatz der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin an.
- (kbv 15.8.16) – Der vorliegende **Referentenentwurf** für ein **Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung** hat das Ziel, Maßnahmen zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen und zu deren finanzieller Stabilität beizutragen. Der Gesetzentwurf greift auch Anregungen auf, die im Rahmen des Pharmadialogs erarbeitet wurden. **Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** ist es kritisch, dass die Ergebnisse des Pharmadialogs offenkundig unmittelbar in diesen Referentenentwurf Eingang gefunden haben, ohne diese zuvor einer Diskussion und Prüfung mit der Vertragsärzteschaft und weiteren maßgeblich an der Arzneimittelversorgung und -steuerung beteiligten Akteuren unterzogen zu haben. Die KBV begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, das etablierte und bewährte Verfahren der frühen Nutzenbewertung unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen weiterzuentwickeln. Dass insbesondere das Thema Verbesserung der Information der Ärzte über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung aufgegriffen wird, hält die KBV für sehr sinnvoll.
- (aerzteblatt.de 19.8.16) – Ab Oktober haben gesetzlich Krankenversicherte, die drei oder mehr Medikamente gleichzeitig erhalten, einen **Anspruch auf einen Medikationsplan**. Dieser soll nicht nur verordnungsfähige Arzneimittel aufführen, sondern auch OTC- beziehungsweise freiverkäufliche Arzneimittel. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (**KBV**) weist wiederholt darauf hin, dass für die Ärzte damit ein **erhöhter Aufwand** verbunden ist, der **auch angemessen bezahlt** werden muss. „Wenn der Medikationsplan die Sicherheit der Arzneimitteltherapie erhöhen soll, muss er umfassend und verantwor-

tungsvoll erstellt werden“, sagte die stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Regina Feldmann. Dafür müssten die Ärzte auch die Medikamente erfragen und dokumentieren, die die Patienten sich in der Apotheke gekauft oder von anderen Kollegen verordnet bekommen hätten. Zudem sollten die Patienten zu den Präparaten aufgeklärt und beraten werden, so Feldmann. „Das alles funktioniert nicht zwischen Tür und Angel.“

- (kbv 11.8.16) – Die **Honorarverhandlungen** für die rund 165.000 **Vertragsärzte** und Vertragspsychotherapeuten **haben** in Berlin **begonnen**. In den Verhandlungen von KBV und GKV-Spitzenverband geht es darum, wie viel Geld die gesetzlichen Krankenkassen im kommenden Jahr für die ambulante Versorgung bereitstellen. Zum Auftakt wurde im Bewertungsausschuss über die Anpassung des Orientierungswertes und damit der Preise ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen beraten. Ein weiteres Thema war der Behandlungsbedarf. Steigt dieser, müssen die Krankenkassen laut Gesetz mehr Geld für die Versorgung bereitstellen. Kriterien für den Behandlungsbedarf sind die Krankheitslast, das Alter und Geschlecht der Bevölkerung. Der Bewertungsausschuss berechnet dazu jedes Jahr regionale diagnose- und demografiebezogene Veränderungsdaten. Auf deren Basis verhandeln ab Herbst die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen über die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2017.
- (aerztezeitung.de 19.8.16) – **Fast 260.500 Euro Honorarumsatz** je Arzt haben **Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten in Sachsen-Anhalt** im Jahr 2014 erlöst und damit bundesweit die Spitze beim hausärztlichen Honorarumsatz übernommen. Das geht aus dem **Honorarbericht 2014 der KBV** hervor (wie am Donnerstag in der App-Ausgabe kurz berichtet). Fast 100.000 Euro darunter lag der Honorarumsatz der Hausärzte in Hamburg (164.330 Euro) - trotz eines Honorarzuwachses je Hausarzt um 7,3%. Die Zahlen des Honorarberichts werfen ein Schlaglicht auf die unterschiedlichen Versorgungsbedingungen in den Regionen. In Thüringen beispielsweise stieg der Honorarumsatz je Behandlungsfall von 2013 auf 2014 um 13,2% auf 64,63 Euro - das ist bundesweit der Spitzenwert. Das heißt, binnen eines Jahres stiegen die Fallwerte absolut um 7,54 Euro, so der Honorarbericht.
- (facharzt.de 15.8.16) – Die neuen **Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen** stoßen bislang offenbar auf wenig Resonanz. In den ersten sechs Monaten seien bundesweit nur **rund 61.000 Termine vermittelt** worden, sagte der Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, der „Bild“-Zeitung (Montag). „Wenn es dabei bleibt, werden wir aufs Jahr geschätzt auf 120.000 Termine kommen. Vor dem Hintergrund von einer Milliarde Arzt-Patientenkontakten im Jahr ist das wenig“, erklärte der KBV-Vorstandsvorsitzende. Die KBV hatte die von der Politik durchgesetzten Terminservicestellen von Anfang an abgelehnt. Sie sollen die oft langen Wartezeiten für gesetzlich Versicherte bei Fachärzten beschleunigen. Gassen sagte: „Letztlich muss man sagen, dass unsere Einschätzung richtig gewesen ist: Die Terminservicestellen werden nicht wirklich gebraucht.“
- (gpb 9.8.16) – Die **KBV** hat eine **Liste der 2015 als abgeschlossen gemeldeten Anwendungsbeobachtungen veröffentlicht**. Es wurden 2015 insgesamt 114 Abschlüsse gemeldet. Die AWB sind in der Reihenfolge ihrer Abschlussmeldungen bis zum 31.01.2016 aufgelistet. Nach § 67 Absatz 6 Satz 6 sind innerhalb eines Jahres nach Abschluss der Datenerfassung unter Angabe der insgesamt beteiligten Ärzte die Anzahl der beteiligten Patienten und Art und Höhe der geleisteten Entschädigungen an die KBV zu übermitteln. Im Jahr 2015 abgeschlossene Anwendungsbeobachtungen können somit noch bis zum 31.12.2016 angezeigt werden. Die Entscheidung, an einer AWB teilzunehmen oder nicht teilzunehmen, bleibt immer dem Arzt überlassen. Nur dieser erhält während der Rekrutierungsphase Informationen, die eine Beurteilung zulassen, ob die AWB sinnvoll, praxisrelevant und geeignet ist und eine angemessene Aufwandsentschädigung bietet.
- (aerztezeitung.de 22.8.16) – **Medi-Chef Werner Baumgärtner** hat **ausgeschlossen**, bei der **Neuwahl des KBV-Vorstands** im kommenden Jahr seinen Hut in den Ring werfen zu wollen. "Medi ist für mich genauso wichtig wie eine funktionierende KBV", sagte

Baumgärtner der "Ärzte Zeitung". Von daher sei "eine wie auch immer geartete Position in der **KBV für mich keine Option**". Baumgärtner geht nach eigenem Bekunden davon aus, dass KBV-Vorstandschef Andreas Gassen auch nach den 2017 anstehenden Wahlen KBV-Vorsitzender bleiben kann, "weil er über eine ausreichend große Hausmacht verfügt". Überraschend seine Position mit Blick auf das zweite Vorstandsmitglied: Man solle Gassen "selber fragen, wen er sich als hausärztlichen Vorstand wünschen würde". Aktuell wird dieser Posten von Regina Feldmann bekleidet.

- (facharzt.de 20.8.16) – **Erheblichen Änderungsbedarf** sieht die **Bundesärztekammer (BÄK)** bei dem Konzept der **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren** für die Krankenhausversorgung. Das geht aus der Stellungnahme der BÄK zu dem Vorbericht hervor, den das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgelegt hat. Zwar sei es dem IQTIG gelungen, potenziell geeignete Qualitätsindikatoren zu identifizieren. „Wie daraus aussagefähige Qualitätsprofile von Krankenhausfachabteilungen generiert werden sollen, bleibt aus Sicht der BÄK jedoch weitgehend unklar“, heißt es. Besonders kritisch sieht Günther Jonitz, Vorstandsmitglied und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, die unzulässige Verkürzung des bisher erreichten Verständnisses von Patientensicherheit auf das Konstrukt einer „Patientengefährdung“. „Dies ist nicht nur methodisch fragwürdig, sondern würde auch einen Rückschritt für den Aufbau einer Sicherheitskultur bedeuten, die auf Prävention setzt und nicht auf Schuld und Sanktion“, betont Jonitz.
- (aerztezeitung.de 17.8.16) – **Gegen ein Aufweichen der Regeln der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln** haben sich die **Bundesärztekammer (BÄK)** und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (**AkdÄ**) gewandt. Neue Arzneimittel ohne einen belegten Zusatznutzen dürften keine höheren Kosten verursachen als eine zum Vergleich herangezogene ältere Therapie, heißt es in einer gemeinsamen Stellungnahme für die Verbändeanhörung am 23. August. Das solle so auch für Ausnahmefälle gelten. Die Autoren des Referentenentwurfs für das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) räumen dem Gemeinsamen Bundesverband und dem GKV-Spitzenverband an dieser Stelle Spielräume ein. Sie sollen in Ausnahmefällen höhere Preise für Wirkstoffe ohne belegten Zusatznutzen verhandeln können, wenn möglicherweise kleine Patientengruppen doch von dem Wirkstoff profitieren könnten. Neue Antibiotika sollten nach Auffassung von BÄK und AkdÄ auf jeden Fall die frühe Nutzenbewertung durchlaufen. Ein Automatismus wie bei Orphan drugs, nach der die Zulassung einem Nutzenachweis entspricht, müsse bei neuen Antibiotika verhindert werden. Die sieht der Referentenentwurf aber vor. Schnelltests zur Entscheidungshilfe bei der Verschreibung von Antibiotika stehen die Ärzte jedoch grundsätzlich positiv gegenüber.
- (aerzteblatt.de 16.8.16) – Die **Deutschen** haben **so gesunde Zähne wie noch nie**. Das ist das **Ergebnis der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V)**, die heute in Berlin von Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) vorgestellt wurde. Demnach gibt es immer weniger Kinder mit Karies, während ältere Menschen ihre eigenen Zähne länger behalten. „Die Studienergebnisse dürfen Patienten und Zahnmediziner stolz machen und belegen, dass die Vorsorge funktioniert und die Bedeutung der Mundgesundheit bei den Patienten steigt“, erklärte Peter Engel, Präsident der BZÄK. So sind acht von zehn der zwölfjährigen Kinder (81,3%) heute vollkommen kariesfrei. Ihr Anteil hat sich damit seit 1997 verdoppelt. Zudem ist jeder achte ältere Mensch heute völlig zahnlos. Im Jahr 1997 war es noch jeder vierte. „Prävention erreicht aber noch nicht alle Bevölkerungsgruppen in derselben Weise – Menschen mit Pflegebedarf oder in sozial schwierigen Lebenslagen profitierten nicht im gleichen Maße davon wie die Breite der Bevölkerung“, so Engel. Das sei ein Handlungsauftrag für die Zahnärzteschaft.
- (bibliomed.de 12.8.16) – Die **vorläufige Fassung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)** steht auf den Seiten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) **ab sofort als Download** bereit

(<http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/>). Die Klassifikationen wurden an die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems und des Psychentgeltsystems angepasst.

Aus der Kassenlandschaft

- (aerztezeitung.de 19.8.16) – Die Debatte um die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung schlägt Wellen. Am Donnerstag hat der **BKK Dachverband** die **Rückkehr zu einer vollständigen Beitragsautonomie der Kassen** gefordert. Gleichzeitig warnte der Vorsitzende des Verbandes Franz Knieps vor wahlpolitischen Schnellschüssen. "Sollte die paritätische Finanzierung auf der politischen Agenda stehen, ist die hälftige Beteiligung der Arbeitgeber an den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen der falsche Weg", sagte Knieps. Ein solches Vorgehen könne dazu führen, dass Arbeitgeber Druck auf die Kassenwahl des Arbeitnehmers ausüben könnten. Knieps widersprach damit SPD-Chef Sigmar Gabriel, der eine Rückkehr zur Parität gefordert und die Zusatzbeiträge ausdrücklich eingeschlossen hatte. Knieps schlägt dagegen die Abschaffung der individuellen Zusatzbeiträge und die Ausrichtung der hälftigen Finanzierung an den Prognosen des Schätzerkreises vor.
- (facharzt.de 14.8.16) – Die **Betriebskrankenkassen (BKK)** dringen auf **Änderungen des Finanzausgleichs** zwischen den gesetzlichen Krankenkassen **noch vor der Bundestagswahl 2017**. Die Chefin des BKK-Landesverbandes Bayern, Sigrid König, sagte der Deutschen Presse-Agentur, für die Wettbewerbsneutralität unter den einzelnen Kassen und damit für die Entwicklung der Zusatzbeiträge sei es sehr wichtig, dass die Reform bald angegangen werde. Dies sei auch möglich, „weil die Daten seit 2011 auf dem Tisch liegen“. In dieser Diskussion geht es um den sogenannten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der bei der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds Unterschiede zwischen den Krankenkassen nach Zahl und Schwere der erkrankten Versicherten ausgleichen soll. Hauptnutznießer der jetzigen Regelung sind nach Ansicht der meisten Kassen die AOKen. Das Bundesversicherungsamt und Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sehen keinen akuten Änderungsbedarf.
- (bibliomed.de 18.8.16) – Die **AOK Bayern drängt auf ein bundesweites Zentralregister**, das **Betrugsfälle im Gesundheitswesen** personenbezogen speichert. Denn bislang könnten Betrüger einfach in ein Bundesland weiterziehen und dort eine neue Zulassung beantragen, ohne dass die Kranken- und Pflegekassen über die „kriminelle Karriere“ informiert würden, sagte der Vorsitzende des Verwaltungsrats der Krankenkasse, Matthias Jena, am Mittwoch in München. Datenschutz dürfe nicht als Täterschutz missbraucht werden. Gleichzeitig machte sich Jena dafür stark, dass sich Landesverbände der Pflegekassen polizeiliche Führungszeugnisse vorlegen lassen dürften, beispielsweise von Pflegedienstinhabern und der leitenden Pflegefachperson. Der Beauftragte zur Bekämpfung von Fehlverhalten bei der AOK Bayern, Dominik Schirmer, forderte darüber hinaus digitale und manipulationssichere Abrechnungssysteme in der Pflege. Denn kriminelle Dienste würden elektronische Abrechnungsprogramme für ihre Betrugereien einsetzen. „Uns gegenüber rechnen sie dann aber – und das ist in der Pflege leider Standard – auf Papier ab“, sagte Schirmer. Künftig wolle die Krankenkasse deshalb sogenanntes Data Mining verwenden, um die Abrechnungen auf Betrugsmuster digital zu überprüfen, so Schirmer weiter.
- (kkh 8.8.16) – **Ärztliche Behandlungen** sind in Deutschland **viel zu oft nicht sinnvoll aufeinander abgestimmt**. Diese Einschätzung des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Andreas Gassen teilt auch die **KKH Kaufmännische Krankenkasse**. „Patienten müssen besser durch den Gesundheitsdschungel gelotst werden“, sagt KKH-Chef Ingo Kailuweit. „Doppeluntersuchungen und nicht aufeinander abgestimmte Therapien belasten nicht nur die Beitragszahler sondern auch die betroffenen Patienten. „Die Lösung des Problems sieht die KKH allerdings in anderen Bereichen als der Ärztervertreter: Eine von oben angeordnete Steuerung der Patienten ist aus Sicht der Kran-

kenkasse nicht der richtige Weg. Stattdessen wird es für Kassenchef Kailuweit **höchste Zeit**, die **elektronische Gesundheitskarte mit weiteren Funktionen auszustatten**. „Wenn auf der Gesundheitskarte alle wichtigen Patientendaten genauso wie nicht aufeinander abgestimmte Medikamente gespeichert sind, gehören unnötige Untersuchungen der Vergangenheit an. Wichtig dabei ist, dass ausschließlich der Patient selber über die Verwendungen der Daten entscheiden darf“, so Kailuweit.

- (bibliomed.de 19.8.16) – Knapp ein Viertel der über hundertjährigen Versicherten der **AOK Nordost** kam im vergangenen Jahr ohne regelmäßig verschriebene Medikamente aus. Das ist ein zentrales Ergebnis des **dritten Teils der Schriftenreihe „Leben über 100“** des Gesundheitswissenschaftlichen Instituts der AOK Nordost (GeWINO). Danach wurden lediglich rund einem Drittel der Hundert-Plus-Jährigen aus der Studienpopulation mehr als fünf Wirkstoffgruppen verordnet. Die Analyse ergab zudem, dass im Jahr 2015 nur etwa 35% der alten Menschen einen Klinikaufenthalt hatten. Auch Erkrankungen wie Demenz und Depressionen traten der Erhebung zufolge in dieser Altersgruppe relativ selten auf. So litt lediglich ein Viertel unter Depressionen. Knapp 65% der Hundert-Plus-Jährigen wiesen eine Demenzerkrankung auf. Insgesamt waren in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern 1.576 AOK Nordost-Versicherte 2015 wenigstens 100 Jahre alt. Davon wurden laut der Krankenkasse rund 40% in einem Pflegeheim versorgt. 60% lebten noch in der eigenen Wohnung.
- (BKK 8.8.16) – Der größte Landesverband der Betriebskrankenkassen hält die **Ideen von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) zur Eindämmung der Antibiotikaflut für unzureichend**. Gröhes Vorschlag, Schnelltests bei Antibiotikaverordnungen zu entwickeln, sei "ein gefährliches Spiel auf Zeit", sagte Dirk Janssen, Vizevorstandschef der **BKK Nordwest**: "Bis es diese Schnelltests gibt, werden gegebenenfalls noch Jahre vergehen – zum Nachteil von Millionen Patienten." Die Zeit dürfe "nicht mit weiterer Zufallsmedizin verbracht" werden, mahnte Janssen und verwies auf den massiven Einsatz von Reserveantibiotika – Mitteln für den absoluten Notfall. Einer BKK-Erhebung unter sieben Millionen Versicherten aus 13 Bundesländern zufolge werden Reserveantibiotika zu 76% auf Verdacht verordnet. Janssen: "Reserveantibiotika sind unsere letzte Verteidigungslinie gegen multiresistente Erreger. Sie sollten nur dann eingesetzt werden, wenn nichts anderes mehr hilft. Wenn Reserveantibiotika wie Bonbons im Karneval verteilt werden, verlieren wir diesen Kampf."
- (gpb 16.8.16) – Prognosen drastisch steigender Krankenkassen-Beiträge haben die Debatte um einen höheren Anteil der Arbeitgeber neu entfacht. „Die **Finanzierung** der solidarischen Krankenversicherung **entfernt sich immer mehr vom paritätischen Modell** zulasten der Versicherten“, sagte **Christoph Straub, Chef der Barmer GEK**, dieser Redaktion. Er fordert deshalb: „Angesichts steigender Leistungsausgaben sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung herangezogen werden.“ Der Arbeitgeberanteil ist bei 7,3% eingefroren, der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Die Versicherten zahlen derzeit durchschnittlich 1,1% drauf, also 8,4% ihres Bruttoeinkommens. Über den 2015 von der Großen Koalition eingeführten prozentualen Zusatzbeitrag werden sämtliche Kostensteigerungen aufgefangen. Der Essener Gesundheitsökonom Jürgen Wasem hat errechnet, dass sich deshalb der Zusatzbeitrag bis 2020 auf 2,4% mehr als verdoppeln wird. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung wies die Zahlen zwar zurück, seine Prognose von 1,8% Zusatzbeitrag im Jahr 2019 ist aber nicht viel niedriger.
- (KU-Gesundheitsmanagement 17.8.16) – Die **Ersatzkassen wollen eine Förderung von Krankenhäusern künftig von deren medizinischen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängig machen**. Sie wollen zukunftssichere Standorte. Häuser, die eine bestimmte Mindestgröße unterschreiten und dauerhaft Verluste schreiben, künstlich am Leben zu halten ist nicht im Sinne der Ersatzkassen. Gefordert werde die Entwicklung klarer Kriterien für künftige Finanzhilfen. Das Ministerium will die Modernisierung der 180 Kliniken in Niedersachsen vorantreiben. Das Land stellt mit Hilfe des Bundes und der Kommunen bis 2020 insgesamt knapp 1,4 Mrd. Euro für Neubauten und Sanierun-

gen zur Verfügung. Mit diesem Geld lässt sich der bestehende Investitionsstau jedoch nur teilweise abtragen. Gleichzeitig ist aber sicherzustellen, dass prinzipiell gesunde Häuser in Zukunft nicht wieder in Geldnot kommen.

- (aerztezeitng.de 15.8.16) – In Deutschland braucht **jeder zweite Mensch Zahnersatz**. Das zeigt eine aktuelle Umfrage **des Meinungsforschungsinstituts Insa Consulere im Auftrag des PKV-Verbands**. Von fast 2000 Befragten ab 18 Jahren hatten insgesamt rund 52% angegeben, dass sie eine Krone, Brücke, ein Implantat oder eine Prothese benötigen. Von denjenigen, die derzeit noch keinen Zahnersatz haben, gehen circa 54% davon aus, dass es in Zukunft der Fall sein wird. Der Verkauf von privaten Zahnzusatzversicherungen hat sich in den vergangenen zehn Jahren fast verdoppelt: Die PKV-Unternehmen hatten 2005 7,8 Millionen dieser Policen im Bestand, 2015 waren es 15 Millionen.

Innovationsfonds, Selektivverträge, Gesundheitstelematik

- (aerztezeitung.de 19.8.16) – In **Westfalen-Lippe** wollen die **KV (KVWL) und die Barmer GEK** die Versorgung von Patienten mit **chronischer Hepatitis C** verbessern und gleichzeitig den Regressdruck von den behandelnden Ärzten nehmen. Dazu haben die Vertragspartner in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter einen **Vertrag nach Paragraf 140a SGB V** zur besonderen ambulanten Versorgung **geschlossen**. Kernpunkte des nicht befristeten Vertrags sind die Versorgung der Patienten durch besonders qualifizierte Ärzte und der gezielte Einsatz der modernen medikamentösen Therapien. "Die Zahl der erfolgreich abgeschlossenen Therapien soll unter Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie der Hepatitis-C-Patienten erhöht werden", heißt es in der Präambel. Teilnehmen können Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder Hepatologie sowie Ärzte mit der Genehmigung für die Qualitätsvereinbarung HIV/Aids.
- (facharzt.de 19.8.16) – **Gesundheits-Apps mit einem Mehrwert für den Patienten** fordert der **Chef der Techniker Krankenkasse, Jens Baas**. Die digitalen Gesundheitsdaten vergleicht er mit digitalen Schätzen, „die wir zum Nutzen des Einzelnen bergen sollten“. Und diese seien bei den Krankenkassen „bestens aufgehoben“. Rund 400.000 App, die sich mit Lifestyle, Gesundheit oder Medizin beschäftigen, gebe es weltweit, so Baas in einer Rede zum Thema Digitale Gesundheit in Berlin. Eine Studie der TK habe ergeben, dass die meisten Apps auf dem Markt entweder für den Nutzer keinen richtigen Mehrwert böten, nicht nachhaltig angelegt seien oder dass ein rein kommerzielles Interesse hinter der App stecke. „Eine solche ‚Low-quality-App‘ erlebt es dann, von den Nutzern kaum nachgefragt zu werden, während andere im Dschungel des scheinbaren Überangebots untergehen“, kritisierte Baas. Gut gemachte Apps stärkten den Patienten in seiner Eigenverantwortung, böten leitliniengestützte Informationen – „im Gegensatz zu Dr. Google“ – und böten einen Mehrwert – „idealerweise für den Versicherten, aber auch für seine Krankenkasse“, so Baas weiter.
- (aerzteblatt.de 9.8.16) – Fast die Hälfte der Menschen, die ein Fitnessarmband besitzen, benutzen es nicht oder nicht mehr. Das geht aus dem diesjährigen Report "Wie gesund lebt Deutschland" der Deutschen Krankenversicherungen (DKV) hervor, der in Berlin vorgestellt wurde. Clemens Mauth, Vorstandsvorsitzender der **DKV**, sieht daher die **Wearables eher als „nette Spielerei und weniger geeignet, um Versicherungstarife daran zu koppeln“**. In der persönlichen Betreuung durch einen Coach könnten sie hingegen durchaus ihren Zweck erfüllen. Fast jedem dritten Mann ist es zu anstrengend oder das Wearable motiviert sie nicht ausreichend (24%). Frauen hingegen haben keine Zeit dafür oder können das Gerät nicht mehr finden. So begründen die meisten Besitzer eines Fitnessarmbands, warum sie es nicht mehr benutzen. Insgesamt hat die DKV im Rahmen der repräsentativen Studie 2.830 Menschen telefonisch zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Mehr als 6% gaben an, dass sie ein Fitnessarmband besitzen.

Pharma & Apotheke

- (ims-health 11.8.16) – Im **Juni 2016** beläuft sich der **Umsatz mit Arzneimitteln im Pharma-Gesamtmarkt** (Apotheke und Klinik) auf **3,3 Mrd. Euro (+5%)**, wie der Branchendienstleister IMS-Health Mitte August meldete. Die Menge abgegebener Zählseinheiten liegt um 2% über dem Vorjahreswert (7,9 Mrd. ZE). Die Anzahl der Arbeitstage im aktuellen Monat entspricht in zehn Bundesländern der des Vorjahres, in sechs Ländern beträgt sie einen Tag mehr. Im ersten Halbjahr 2016 wächst der Pharma-Gesamtmarkt um knapp 4% nach Umsatz und um 2% nach Absatz. Insgesamt gingen rund 48 Mrd. Zählseinheiten Arzneimittel (Tabletten, Kapseln, Portionsbeutel etc.) im Wert von über 19 Mrd. Euro (Klinikmarkt: berechnete Preise, Apothekenmarkt: Abgabepreis des pharmazeutischen Herstellers) an Patienten. Auf den stationären Sektor, der ein Umsatzwachstum von 9% verbucht, entfallen im Zeitraum Januar bis Juni 2016 knapp 13% des Gesamtmarktumsatzes. Zu den umsatzstärksten Therapien im Klinikmarkt zählen verschiedene onkologische Präparatgruppen, Immunmodulatoren und ophthalmologische, antineoplastische Produkte zur Behandlung der altersbedingten Makuladegeneration.
- (apotheker-adhoc.de 16.8.16) – Ein **gesetzliches Verbot exklusiver Rabattverträge mit nur einem Anbieter** würde aus Sicht des Branchenverbandes **Pro Generika** nicht nur die Versorgungssicherheit der Patienten verbessern, sondern auch erhebliche bürokratische Erleichterungen für Kassen und Apotheken nach sich ziehen. Die Apotheken könnten bei Lieferunfähigkeit einfach das Präparat eines anderen Rabattvertragsunternehmens abgeben. „Damit würde zusätzlich die Diskussion um Retaxierungen bei Lieferengpässen entschärft“, schreibt Pro Generika in seiner Stellungnahme zum Pharmadialog-Gesetz (Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, AM-VSG). Grundsätzlich begrüßt Pro Generika, dass Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe (CDU) in seinem Gesetzentwurf die Verabredung aus dem Pharmadialog aufgreift, den Beginn von Rabattverträgen erst sechs Monate nach dem Zuschlag starten zu lassen. Damit erhielten die Hersteller einen „angemesseneren Vorlauf, um die benötigten Mengen bereitzustellen“.
- (gpb 8.8.16) – Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, **Wolf-Dieter Ludwig fordert ein Verbot für Anwendungsbeobachtungen (AWB), bei denen kein wissenschaftlicher Wert zu erkennen sei.** Ein unabhängiges Gremium solle dies prüfen. Dies sei die einzige Möglichkeit, "Spreu von Weizen zu trennen". Es gebe einen kleinen Prozentsatz an AWB, die Sinn machten. Aber: "Der Großteil dieser Anwendungsbeobachtungen ist eindeutiges Marketing und gehört verboten", so Ludwig. Etwa jeder zehnte niedergelassene Arzt nahm 2015 nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) an solchen Studien teil: insgesamt knapp 13.000 Mediziner, außerdem rund 4000 Klinikärzte. Bei einem großen Anteil der Anwendungsbeobachtungen gehe es darum, Ärzten durch das Honorar eine Motivation zu geben, "Arzneimittel zu verordnen, die sie sonst eigentlich gar nicht verordnen sollten",
- (abda 9.8.16) – **Erneute Zweifel an einem indischen Auftragsforschungsunternehmen**, das Daten für die Arzneimittelzulassung erheben sollte: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (**BfArM**) hat eine **Liste der Medikamente veröffentlicht**, deren Zulassung wegen schwerer Mängel in der Durchführung von **für die Zulassung relevanten Studien**, einschließlich Manipulation von Probandenproben, **in Kürze ruhen wird.** Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) hat die Apotheken darüber informiert, welche konkreten Medikamente im Zuständigkeitsbereich des BfArM ab dem 11. August nicht mehr von Apotheken abgegeben werden dürfen. "Die Apotheken setzen Arzneimittel-Rückrufe und die Folgen des Ruhens von Zulassungen auf Basis behördlicher Anordnungen unverzüglich im laufenden Tagesgeschäft um und geben die betroffenen Arzneimittel nicht mehr an ihre Patienten ab", sagt Andreas Kiefer, Präsident der Bundesapothekerkammer und Mitglied der AMK. Medikamente, deren Zulassung ruht, dürfen nicht in den Verkehr gebracht werden. Patienten, die entsprechende Medi-

kamente bereits Zuhause haben, sollten mit Ihrem verordnenden Arzt Rücksprache halten.

Rund ums Krankenhaus

- (Destatis 16.8.16) – Im Jahr **2015** wurden **19,2 Millionen Patientinnen und Patienten stationär im Krankenhaus behandelt**, 34.800 Behandlungsfälle oder 0,2% mehr als im Jahr zuvor. Wie das **Statistische Bundesamt** (Destatis) nach vorläufigen Ergebnissen weiter mitteilt, dauerte der Aufenthalt im Krankenhaus wie im Vorjahr durchschnittlich 7,4 Tage. In 1.953 Krankenhäusern Deutschlands standen für die stationäre Behandlung der Patientinnen und Patienten insgesamt 498.000 Betten zur Verfügung. Das waren 2.700 Betten weniger als im Jahr zuvor. Annähernd jedes zweite Krankenhausbett (48,1%) stand in einem Krankenhaus eines öffentlichen Trägers, jedes dritte Bett (33,7%) befand sich in einem freigemeinnützigen Haus. Der Anteil der Krankenhausbetten in Einrichtungen privater Träger betrug 18,3%. Die durchschnittliche Bettenauslastung lag bei 77,6%. Die Betten in öffentlichen Krankenhäusern waren zu 79,4% ausgelastet, in freigemeinnützigen Häusern zu 76,1% und in privaten Häusern zu 75,4%. Rund 882.300 Vollkräfte - das ist die Anzahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten - versorgten 2015 die Krankenhauspatientinnen und -patienten. 153 900 Vollkräfte gehörten zum ärztlichen Dienst und 728 400 zum nichtärztlichen Dienst, darunter allein 320 200 Vollkräfte im Pflegedienst. Die Zahl der im Krankenhaus beschäftigten Vollkräfte nahm im Vergleich zum Vorjahr im ärztlichen Dienst um 3.100 Vollkräfte (+ 2,1%) und im nichtärztlichen Dienst um 19.700 Vollkräfte (+ 2,8%) zu, während die Zahl der Pflegevollkräfte um lediglich 1.400 Vollkräfte (+ 0,5%) stieg.
- (bibliomed.de 16.8.16) – **Fast zehn Prozent der aufgenommenen Patienten bringen multiresistente Keime schon von zu Hause mit ins Krankenhaus.** Zu diesem Ergebnis kommt eine **Studie des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung der Uniklinik Köln**. Von den 4.376 Erwachsenen, die bei Aufnahme in eine der beteiligten Kliniken auf die sogenannten 3. Generations-Cephalosporin-resistenten Enterobakterien (3GCREB) untersucht wurden, waren 416 Träger dieser multiresistenten Keime. Diese Häufigkeit war bisher in Deutschland nicht bekannt, schreiben die Forscher. Besonders häufig fanden die Wissenschaftler demnach Escherichia coli-Bakterien, die Beta-Laktamasen produzieren und damit Antibiotika unwirksam machen, sogenannte ESBL-Enterobakterien. Die Häufigkeit der multiresistenten Keime war von Klinik zu Klinik unterschiedlich.
- (gpb 10.8.16) – Der „**stern**“ testete die **Qualität der Reinigung in 17 deutschen Krankenhäusern**. Die Ergebnisse zeigen aus Sicht der Zeitschrift **dramatische Mängel** bei der Hygiene. Das Ergebnis des stern-Checks: Nur jede vierte der 783 markierten Flächen wurde wenigstens einmal in 24 Stunden komplett gereinigt. Sogar Türklinken, die Hygienikern wegen besonders häufiger Berührungen als größte Gefahr gelten, waren in 69% der Fälle gar nicht oder nur teilweise gesäubert. In der Notaufnahme eines großen Hamburger Krankenhauses war die Türklinke eines Isolierzimmers, in dem mit gefährlichen Keimen infizierte Patienten lagen, ungereinigt.
- (tk 8.8.16) – Die **Krankenhäuser in Baden-Württemberg** werden **aus Mitteln des bundesweiten Krankenhaus-Strukturfonds im Jahr 2017 zusätzlich 130 Mio. Euro** erhalten. Darauf weist die Techniker Krankenkasse (TK) in Stuttgart hin. In den Ende Juli veröffentlichten Nebenabreden zum grün-schwarzen Koalitionsvertrag sei auch eine Zusage der Landesregierung enthalten, die erforderliche hälftige Finanzierung für den Krankenhaus-Strukturfonds aus Landesmitteln bereitzustellen. Die andere Hälfte bringen die Beitragszahler der Krankenkassen auf. Der Strukturfonds wird auf Bundesebene verwaltet und fördert Maßnahmen, die Krankenhäuser effizienter machen. Baden-Württemberg steht aus dem Fonds ein Gesamtbetrag von rund 65 Mio. Euro zu - vorausgesetzt, dass das Land den gleichen Betrag zuschießt.

- (bibliomed.de 10.8.16) – **Krankenhäuser, die eine bestimmte Mindestgröße unterschreiten und zudem Verluste schreiben, sollten geschlossen werden.** Das fordert der Leiter der **vdek-Landesvertretung Niedersachsen**, Jörg Niemann, laut einem Bericht der „Hannoverschen Allgemeinen Zeitung“. Niemann bekräftigte damit eine alte Forderung aus 2013, wie ein Sprecher auf Nachfrage bestätigte. Er beziehe sich dabei unter anderem auf eine hauseigene Analyse, die im „Ersatzkasse Report“ vom September 2013 veröffentlicht wurde. Danach seien aus Sicht des vdek-Landesverbands 33 Krankenhäuser in Niedersachsen zu klein und sollten deshalb von der Landesregierung geschlossen werden. Die damalige Zahl liegt aus Sicht des Verbands rückblickend nahe der tatsächlichen Zahl der geschlossenen Kliniken. „Innerhalb von nur drei Jahren ist die Zahl der Kliniken landesweit um zehn gesunken, neun weitere Standortaufgaben sind fest avisiert. Das heißt: Fast zwei Drittel des seinerzeit genannten Wertes sind bereits erreicht“, sagte Niemann gegenüber BibliomedManager. Die Realität habe die Forderungen „voll bestätigt“.
- (facharzt.de 20.8.16) – Das **Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden** hat seine **Verluste beim Betriebsergebnis** im vergangenen Jahr **deutlich gesenkt**. 109.000 Euro betrug das Minus im Jahr 2015, während das Krankenhaus 2014 noch mit einem Minus von vier Mio. Euro abschloss. Das geht aus dem am Freitag veröffentlichten Jahresbericht des Universitätsklinikums hervor. Obwohl sich die Zahl der behandelten Patienten nicht wesentlich erhöhte, konnte das Krankenhaus seine Erlöse steigern. Grund dafür sei die Schwere der Krankheitsfälle, die behandelt wurden, wie ein Sprecher erklärte. Das Dresdner Klinikum ist nach eigenen Angaben auf die Bereiche Krebsmedizin, Diabetologie und Erkrankungen des Nervensystems spezialisiert.

Verbände & Unternehmen

- (facharzt.de 16.8.16) – **Vor einer Plünderung des Gesundheitsfonds** hat der **Sozialverband VdK** am Dienstag **gewarnt**. Die Regierung dürfe den gesetzlich Versicherten nicht die gesamtgesellschaftlichen Lasten aufbürden. „Wir warnen davor, den noch vollen Gesundheitsfonds langsam zu leeren. Die Regierung darf den Beitragszahlern in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht alleine die Last aufbürden, die eigentlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe aller Steuerzahler ist.“ So kommentierte die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, Ulrike Mascher, am Dienstag die jüngsten Pläne der Bundesregierung, für die Mehrbelastungen durch den Ausbau der telemedizinischen Infrastruktur und die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen 1,5 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds zu nehmen. Leistungen für das gesamte Gesundheitssystem, wie der Krankenhausstrukturfonds, der Innovationsfonds, die Patientenberatung und die Prävention, müssen aus Sicht des VdK von allen Bürgern bezahlt werden und nicht nur von den GKV-Versicherten.
- (facharzt.de 16.8.16) – **Gesetzliche Regelungen zur Erstellung von medizinischen Leitlinien fordert Transparency International Deutschland.** Eine Auswertung habe ergeben, „dass die Unabhängigkeit und Neutralität von medizinischen Leitlinien nicht gesichert ist“, heißt es in einer Mitteilung der Antikorruptionsorganisation. Sie sieht in den Leitlinien „Einfallstore für Korruption“. Die Analyse von Transparency habe gezeigt, dass Leitlinien durch verschiedene Institutionen, Organe und Interessengruppen beeinflusst würden. „Die sich daraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen haben erheblichen Einfluss auf die Allokation von öffentlichen. Dieser Macht steht jedoch keine ausreichende Kontrolle gegenüber“, heißt es weiter. Denn anders als beispielsweise Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) „unterliegen die Leitlinien keiner Qualitätskontrolle und werden durch kein deutsches Amt geprüft“. Trotz freiwilliger Selbstkontrolle könnten die Leitlinien durch unterschiedliche Interessengruppen beeinflusst werden. Das sei problematisch, da diese Handlungsempfehlungen eine wichtige Orientierungsfunktion haben und teilweise sogar für gerichtliche Entscheidungen herangezogen werden.

Nachrichten aus der Pflege

- (aerztezeitung.de 16.8.16) – Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin **Barbara Steffens** (Grüne) macht sich für die **Einführung von verbindlichen Personalschlüsseln für die professionelle Pflege** und eine stärkere Beteiligung der Pflegekassen an der Finanzierung der Pflege stark. "Für eine würdevolle Pflege braucht das Pflegepersonal vor allem eins: mehr Zeit", sagte die Ministerin kürzlich auf einer Veranstaltung zum Thema. Deshalb müsse der Bund endlich für bundesweit verbindliche Personalschlüssel sorgen. Finanziert werden solle das dafür erforderliche Personal über die Pflegeversicherung, damit die Kosten nicht länger hauptsächlich den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aufgebürdet würden. Steffens schlug auch den Bogen zur Palliativversorgung. Zwar habe die Bundesregierung hier mit dem Hospiz- und Palliativgesetz gute Ansätze geschaffen. "Solange sich die palliative Begleitung schwer erkrankter und sterbender Menschen nicht angemessen in der Personalausstattung wiederfindet, laufen alle Verbesserungen ins Leere", sagte sie.
- (aerzteblatt.de 15.8.16) – Angesichts des Fachkräftemangels will die **niedersächsische Landesregierung ambulante Pflegedienste in ländlichen Regionen** künftig über ein neues Programm **mit mehr als sechs Mio. Euro jährlich fördern**. „Jüngere fehlen uns hier als pflegende Angehörige und als Fachkräfte“, sagte Gesundheitsministerin Cornelia Rundt (SPD) am Montag in Hannover. Gleichzeitig seien die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege auf dem Land besonders schwierig, weil nur nach Leistungskomplexen bezahlt werde. Die längeren Wegezeiten würden nicht finanziert. „Ich erwarte, dass die Selbstverwaltung sich noch stärker für bessere Rahmenbedingungen und eine gerechte Vergütung der Leistungen in der ambulanten Pflege einsetzt“, sagte Rundt.
- (bibliomed.de 19.8.16) – Immer mehr Berufstätige pflegen nach der Arbeit einen Angehörigen zuhause. Der Geschäftsführerin der Landesgeschäftsstelle Niedersachsen/Bremen der **Barmer GEK**, Heike Sander, zufolge müssen die Pflegenden neben ihrem Vollzeitjob zusätzlich rund 25 Stunden pro Woche für die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger aufwenden und dies über einen Zeitraum von etwa acht Jahren. Zudem seien in Unternehmen mit einem Durchschnittsalter von mehr als 40 Jahren mindestens zehn bis 15% der Mitarbeiter betroffen. Das führe unter anderem dazu, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit verkürzten oder komplett aus ihrem Job ausstiegen. Deshalb hat die Kasse nun einen neuen **Ratgeber für Arbeitgeber zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege** von Angehörigen erstellt. Er erklärt unter anderem, wie wichtig eine offene Kommunikation und eine klare Positionierung ist und wie für mehr Verständnis für Betroffene seitens der Kollegen geworben werden kann.

Termine

- 22./23. August (Berlin) **Euroforum Konferenz PKV aktuell**
http://www.euroforum.de/veranstaltungen/pkv_aktuell_2016
- NEU: 9. September (Berlin) **Veranstaltung der SPD-Fraktion zur Pflegegesetzgebung**
<http://www.spdfraktion.de/termine/2016-09-09-gute-menschenwuerdige-pflege>
- 12./13. September (Frankfurt a.M.) **5. Jahrestagung House of Pharma & Healthcare**
<http://tinyurl.com/hpyrkn2>
- 13. September (Berlin) **Konferenz Qualität im Krankenhaus**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/qualitaet-im-krankenhaus-2/>
- NEU: 13./14. September (Berlin) **3. gevko-Symposium Digitale Gesundheit**
<http://www.gevko.de/de/symposium/>
- 16. September (Berlin) **10. BMVZ Praktikerkongress**
<http://www.bmvz-kongress.de/bmvz-praktikerkongress/>

- 16./17. September (Hamburg) **3. Hamburger Symposium zu Patientensicherheit**
<http://www.patientensicherheit-hamburg.de/>
 - 19. September (Berlin) **Fachgespräch der Grünen: Wahlfreiheit für Beamte**
<http://tinyurl.com/hn3rd7p>
 - 19. September (Berlin) **Zi-Forum: Medizinische Versorgung in den Regionen**
<http://www.zi-berlin.de/cms/index.php>
- NEU:** 21. September (Berlin) **Fachgespräch: Hohe Rendite – schlechte Pflege?**
<https://www.gruene-bundestag.de/termin/hohe-rendite-schlechte-pflege.html>
- NEU:** 22. September (Berlin) **Pharma-Dialog – Pol. Konsequenzen, ökon. Auswirkungen**
<https://www.rsmedicalconsult.com/veranstaltungen/events2016/pharma-dialog>
- NEU:** 22. September (Neuss): **Niederrheinische Pflegekongress 2016**
<http://www.niederrheinischer-pflegekongress.de>
- NEU: 22./23. September (Berlin) 17. Deutscher Medizinrechtstag**
<http://www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medizinrechtstag/>
- 28. September (Berlin) **22. Pharmagipfel 2016**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/22-pharma-gipfel-2016/>
 - 29. September (Berlin) **Innovationsforum der deutschen Hochschulmedizin 2016**
www.zeno24.de/veranstaltung/innovationsforum-der-deutschen-hochschulmedizin-2016/
 - 29. September (Stuttgart) **14. AnyDay Innovation Gesundheit**
[http://www.anycare.de/index.php?id=638&tx_ttnews\[tt_news\]=100&no_cache=1](http://www.anycare.de/index.php?id=638&tx_ttnews[tt_news]=100&no_cache=1)
- NEU:** 29. September (Berlin) **7. Berliner Symposium der GWQ**
<http://www.gwq-serviceplus.de/infos/termine-veranstaltungen>
- NEU:** 5.-7. Oktober (Berlin) **15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung**
<http://dkvf2016.de/>
- 13. Oktober (Berlin) **17. PEG-Fachtagung "Gesundheitswirtschaft im Wandel**
http://www.peg-einfachbesser.de/Veranstaltung/peg-fachtagung/?instance_id=11
- NEU:** 17. Oktober (Berlin) **Fachgespräch Gesundheits-Apps**
<http://tinyurl.com/j3fxhw>
- 20. Oktober (Berlin) **Healthcare Compliance und Antikorruption**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/healthcare-compliance-und-antikorrupcion-2/> s
 - 20./21. Oktober (München) **15. Europäischer Gesundheitskongress**
<http://gesundheitskongress.de/>
 - 25.-27. Oktober (Berlin) **21. Jahrestagung Handelsblatt Health 2016**
<http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/>
- NEU:** 3. November (Berlin) **5. Gesundheitswirtschaftskonferenz des BMWi**
Rückfragen unter gesundheitswirtschaftskonferenz@bmwi-registrierung.de
- NEU:** 3./4. November (Düsseldorf) **3. Petersberger Forum zum Gesundheitswesen**
<http://www.forum-petersberg.de/>
- 3./4. November (Berlin) **7. Nationaler Fachkongress Telemedizin**
www.telemedizinkongress.de
 - 4./5. November (Hamburg) **14. Gesundheitspflege-Kongress**
<http://www.gesundheitskongresse.de/hamburg/2016/>
 - 16. November (Berlin) **WINEG Symposium Herausforderung Qualität**
<https://www.tk.de/tk/veranstaltungen/10jwineg2016/807900>
- NEU:** 30.11./1.12 (Berlin) **13. DGIV-Bundeskongress**
http://www.dgiv.org/Veranstaltungen/10/13_DGIV_Bundeskongress/artikel,178,1,1.html
- 1./2. Dezember (Düsseldorf) **Innovationskongress Health 3.0**
<http://www.health3punkt0.com>

© GesundheitsPolitischer Brief (GPB)

Herausgeber und verantwortlich: Dr. Albrecht Kloepfer

Tel/Fax: 030 784 41 92

E-Mail: info@albrecht-kloepfer.de

Internet: www.albrecht-kloepfer.de