

Editorial – Thema der Woche

Montag, 5. September 2016

Wieder im Lande – aber leider lässt eine kräftige Erkältung (nein, es ist nicht die Spanische Grippe) eine Sortierung der Gedanken zu einem vernünftigen GPB-Editorial nicht zu. Nächste Woche wieder. Versprochen!

Europa und die Welt

- (facharzt.de 4.9.16) – Nach **Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** sterben **jährlich 800.000 Menschen** durch **Suizid** - einer alle 40 Sekunden. Die Zahl der Versuche liegt 25 Mal höher. Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) nehmen sich bundesweit pro Jahr rund 10.000 Menschen das Leben, zu etwa 70% Männer. Somit sterben genauso viele Menschen auf diese Weise wie durch Verkehrsunfälle, Aids, Drogen und Gewalttaten zusammen. Nach einem Rückgang seit den 1980er Jahren steigen die Suizidraten der DGS zufolge seit 2007/2008 wieder an. Zu den Risikogruppen zählen ältere Männer, Homosexuelle und junge Frauen mit Migrationshintergrund. Auch traumatische Ereignisse wie der Verlust wichtiger Bezugspersonen, schwere Erkrankungen und veränderte Lebensumstände wie Jobverlust können Suizidgedanken auslösen.

Ministerium und Regierung

- (bmg 31.8.16) – Das **Bundeskabinett** hat am Mittwoch den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ (**Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz – HHVG**) **beschlossen**. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe erklärt dazu: „Angesichts der steigenden Zahl älterer, chronisch und mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten müssen wir stärker auf Prävention und Rehabilitation setzen. Zudem sollen Versicherte die richtigen Hilfen – dazu zählen Inkontinenzhilfen und Kompressionsstrümpfe genauso wie Schuheinlagen, Prothesen und Orthesen bis hin zu Rollstühlen und Hörgeräten – erhalten, um ihren Alltag trotz Einschränkungen möglichst selbstbestimmt bewältigen zu können. Deshalb sorgen wir für eine gute und zeitgemäße Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Der heute beschlossene Gesetzentwurf verbindet Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualität und Transparenz der Hilfsmittelversorgung mit einer Aufwertung der Stellung der Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen im Gesundheitswesen. Dabei gehen wir mit Augenmaß vor und werden die zusätzlichen Spielräume bei der Vergütung für Heilmittelerbringer nach drei Jahren überprüfen sowie die Einführung der ‚Blankoverordnung‘ in Modellvorhaben testen.“
- (aerztezeitung.de 2.9.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe (CDU)** **will verstärkt auf Telemedizin setzen**, um die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu sichern. Er sehe "große Möglichkeiten" der elektronischen Kommunikationswege für unterversorgte Regionen und bei der besseren Vernetzung der Gesundheitsanbieter untereinander, sagte er bei einer Veranstaltung in Düsseldorf, wie das Ministerium auf Anfrage der "Ärzte Zeitung" bestätigte. Dabei gehe es um die im E-Health-verankerten Ziele wie die Videosprechstunde, deren EBM-Ziffern bis 31. März 2017 stehen müssen. Auch bekräftigte Gröhe beim "Ärzte -Treff" der "Rheinischen Post" das Ziel der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte 2018.

- (patientenbeauftragter.de 1.9.16) – Der **Auditor für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** steht fest: Die **Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbh (gsub)** übernimmt ab dem 1. September 2016 diese Aufgabe. UPD und gsub hatten in der Woche zuvor den entsprechenden Vertrag unterzeichnet. Die Auditorentätigkeit wird dabei innerhalb der gsub insbesondere durch die **Prokuristin Gabriele Feller Mayer** übernommen. Zuvor hatten der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Staatssekretär Karl-Josef Laumann und der Beirat der UPD der Auftragsvergabe an die gsub zugestimmt. Der Auditor wird als neu geschaffenes Instrument über die Unabhängigkeit und Neutralität der UPD wachen und dem Patientenbeauftragten und dem Beirat zur Seite gestellt.
- (aerzteblatt.de 29.8.16) — Mehr als anderthalb Jahre nach dem Start eines Projekts zum **Bürokratieabbau in der Pflege** hat der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, **Karl-Josef Laumann (CDU)**, eine **positive Zwischenbilanz gezogen**. Knapp 40% aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland beteiligten sich inzwischen an der Umsetzung des Strukturmodells, erklärte Laumann am Montag in Berlin. Dies seien fast 4.600 ambulante und mehr als 5.200 stationäre Pflegeeinrichtungen. Die überbordende Bürokratie in der Pflegedokumentation sei „der Motivationskiller schlechthin“, erklärte Laumann. Noch in diesem Jahr solle im Rahmen eines Praxistests nun auch ein Konzept für eine verschlankte Dokumentation in den Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen erprobt werden.
- (bibliomed.de 26.8.16) – Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (**BMBF**) will mit bis zu 20 Mio. Euro **neuartige Pflegetechnologien fördern**, die die Mensch-Technik-Interaktion (MIT) verbessern. Zwar gebe es bereits einige MIT-Lösungen wie Ortungs-, Orientierungs- und Sturzerkennungssysteme, allerdings seien diese in der pflegerischen Praxis kaum untersucht, heißt es in einer entsprechenden BMBF-Mitteilung. „Es fehlen systematische Untersuchungsansätze einzelner Pflegetechnologien ebenso wie eine Betrachtung des Zusammenspiels von Pflegeinnovationen in kontextspezifischen Pflegesettings.“ Deshalb sollen nun die neuartigen Technologien an mehreren Orten hierzulande erlebbar gemacht werden. Im Rahmen des Wettbewerbs „Zukunft der Pflege: Mensch –Technik-Interaktion für die Praxis“ können sich Interessierte für zwei Module bewerben: Pflegeinnovationszentrum (PIZ) und Pflegepraxiszentren (PPZ).
- (hib 31.8.16) – Die **Bundesregierung plant, Teilzeitausbildungen auch für medizinisch-technische Ausbildungsberufe zu ermöglichen**. Das geht aus ihrer **Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke** hervor. Im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie habe sie eine entsprechende Anpassung der Heilberufsgesetze bereits zugesagt, führt die Bundesregierung aus. Das Bundesgesundheitsministerium verfolge die Weiterentwicklung der vier Fachrichtungen von medizinisch-technischen Assistenten (MTA), sei dabei aber auf Informationen der Länder angewiesen, heißt es weiter. Es wird laut Bundesregierung nicht gezielt überprüft, ob die Ausbildungsinhalte des "Gesetzes über Technische Assistenten in der Medizin" aus dem Jahr 1993 den aktuellen Anforderungen entsprechen.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (aerzteblatt.de 30.8.16) – **Maria Michalk**, gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion im Bundestag, **wird nicht wieder für den Deutschen Bundestag kandidieren**. Ihre Entscheidung hat sie Medienberichten zufolge gestern Abend dem CDU-Kreisverband Bautzen mitgeteilt. Im Gespräch mit dem *Deutschen Ärzteblatt (DÄ)* hatte sie bereits im Vorfeld angekündigt, sich im Sommer für oder gegen eine erneute Kandidatur zu entscheiden. Sie habe nach reiflicher Überlegung die Entscheidung getroffen, sich aus familiären Gründen nicht mehr zur Wahl zu stellen, schreibt Michalk auf ihrer Internetseite. Sie werde dann aus heutiger Sicht mit 67 Jahren aus der aktiven Politik ausscheiden. Ihren Wählern versicherte Michalk, bis zum September 2017 weiterhin voller Elan zu arbeiten und immer ein „offenes Ohr“ für ihre Anliegen zu haben.

- (facharzt.de 27.9.16) – Die **Fraktion „Die Linke“** im Bundestag hat der **Bundesregierung vorgeworfen, sich nicht um eine Reform der Ausbildung der medizinisch-technischen Assistenten (MTA) zu kümmern**. Die MTA-Ausbildung werde durch ein Gesetz geregelt, das 23 Jahre alt sei und die Regierung habe keine Pläne zur dringend nötigen Aktualisierung – auch nicht, was die Übernahme ärztlicher Leistungen angehe. "In dieser Bundesregierung weiß die eine Hand nicht, was die andere tut", monierte Birgit Wöllert, Obfrau der Fraktion "Die Linke" im Ausschuss für Gesundheit, am Freitag in Berlin. Das CDU-geführte Bundesministerium für Gesundheit (BMG) kenne nicht einmal die Studienergebnisse, die im Auftrag des ebenfalls CDU-geführten Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erhoben worden seien. Diese Studien zeigten dringenden Handlungsbedarf, was die Sicherheit der Patienten angehe.
- (hib/EB 31.8.16) – Die von der Bundesregierung geplante **kontrollierte Ausgabe von Cannabis als Medizin** ist Thema einer **Kleinen Anfrage der Fraktion Die Linke**. Laut Fragestellern besitzen in Deutschland mehr als 770 Patienten eine Ausnahmegenehmigung für den Konsum von Cannabis-Medizinalblüten. Da die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für Cannabis-Produkte nicht erstatteten, seien diese für die meisten Patienten jedoch nicht erschwinglich. Die für 2017 geplante Neuregelung sehe eine Kostenersatzung von medizinischem Cannabis vor. Die Abgeordneten fragen unter anderem danach, welche Mengen von Cannabis-Medizinalblüten seit 2011 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) genehmigt und welche Mengen tatsächlich durch Apotheken abgegeben wurden. Weitere Fragen beziehen sich auf Forschungsvorhaben zur medizinischen Verwendung von Cannabis sowie einen staatlich kontrollierten Anbau der Drogenpflanze.
- (hib 1.9.16) – Das Beratungsangebot der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) durch den seit Januar 2016 zuständigen Träger Sanvartis GmbH thematisiert die Fraktion **Bündnis 90/Die Grünen** in einer **Kleinen Anfrage**. Die Bundesregierung habe erhöhte Fördermittel für die UPD damit begründet, eine "bessere Erreichbarkeit, mehr Qualität, Regionalität und Bürgernähe" erzielen zu wollen. Es sei fraglich, ob diese Ziele mit einem auf Callcenter spezialisierten Unternehmen erreicht werden könnten, argumentieren die Abgeordneten. Zu befürchten ist nach Auffassung der Fragesteller, dass "die ursprünglich auf Information angelegte Beratung auf eine rein telefonische Informationsauskunft reduziert wird". Die Bundesregierung soll unter anderem darlegen, wie viele Beratungen die UPD im Juli 2016 sowie Juli 2015 durchgeführt hat und welche Fördermittel dafür jeweils zur Verfügung standen. Zudem fragen die Abgeordneten, wie viele Patienten die UPD seit Januar 2016 beraten hat, wie hoch die telefonische Annahmequote sowie die durchschnittliche Reaktionszeit auf Email-Anfragen waren.
- (hib/ CHE 2.9.16) – (hib/CHE) Der Schutz vor **Nadelstichverletzungen** von Beschäftigten im Gesundheitswesen interessiert die **Fraktion Die Linke**. In einer **Kleinen Anfrage** verweist die Fraktion darauf, dass diese Verletzungen zu den häufigsten Arbeitsunfällen im Gesundheitswesen und der Pflege gehören. Die Abgeordneten wollen von der Bundesregierung unter anderem wissen, wie hoch die Zahl gemeldeter Arbeitsunfälle dieser Art seit 2007 ist, wie viele Beschäftigte deshalb arbeitsunfähig waren und sich infolge einer solchen Verletzung mit Hepatitis C oder HIV angesteckt haben.

Länder und Regionen

- (aerztezeitung.de 26.8.16) – Die Verteilung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung über den **Morbi-RSA benachteiligt nach Angaben von Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU)** die in **Hochlohn- und Hochpreisregionen** tätigen Krankenkassen und deren Versicherte. Das gelte nicht nur für Bayern, sondern auch für andere Hochlohn- und Hochpreisregionen in Deutschland, erklärte Huml bei einer Tagung der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) in München. Um die Verteilungsgerechtigkeit zu beseitigen, sollte der Morbi-RSA durch eine Regionalkomponente ergänzt werden, bekräftigte Huml. "Die Weichen müssen jetzt richtig gestellt

werden", sagte die Ministerin. Eine Folge der ungleichen Verteilung sind nach Aussage von Gertrud Demmler, Mitglied des Vorstandes der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK), die Zusatzbeiträge, "die nichts über die Wirtschaftlichkeit einer Kasse aussagen". Etwa ein Drittel der Versicherten der SBK wohnen in Großstädten, ein Umstand, den die Kasse nicht beeinflussen kann, der sich aber allein mit einem Plus von 0,2% bei den Beitragssatzpunkten auswirke.

- (arzteblatt.de 22.8.16) – Bayerns Gesundheitsministerin **Melanie Huml** (CSU) hat den **GKV-Spitzenverband als realitätsfern und zentralistisch kritisiert**. „Das Monopol des GKV-Spitzenverbands auf Bundesebene hat sich nicht bewährt“, sagte die CSU-Politikerin. Der GKV-Spitzenverband ist die Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene. Vom GKV-Spitzenverband abgeschlossene Verträge gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Huml betonte: „Es ist notwendig, dass wieder die Bedürfnisse der Menschen vor Ort in Bayern besser beachtet werden. Deshalb sollten künftig auch GKV-Spitzenverbände in den Bundesländern eingerichtet werden können, die mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sind.“ Huml kündigte an, bei anderen Ländern für ihren Vorstoß zu werben. Ziel sei ein Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK).
- (facharzt.de 3.9.16) – Das **rheinland-pfälzische Kabinett** hat in dieser Woche den **Beitritt des Landes zur Akademie für Öffentliches Gesundheitswesens** in Düsseldorf beschlossen. Dadurch „wollen wir eine kontinuierliche und einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie des weiteren Fachpersonals dauerhaft sicherstellen“, erklärte Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler den Schritt, der den Angaben zufolge Teil des Koalitionsvertrages im Land ist. Hintergrund sei der bundesweite Nachwuchsmangel im ÖGD. Daher sei es notwendig, „die Perspektiven für den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu bestimmen und die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern“, sagte die Ministerin. Und: „Für ihre zentralen Aufgaben brauchen die Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz kompetentes und fachkundiges Personal.“
- (arzteblatt.de 29.8.16) – Die **Akademisierung der Gesundheitsberufe** wird zum Streitthema: Die Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen, **Barbara Steffens** (Bündnis 90/Grüne) und die Hochschule Fresenius als Trägerin von Studiengängen **kritisieren die Bundesregierung scharf** – diese wolle die volle Anerkennung der Hochschulausbildung in Hebammenkunde, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie um zehn Jahre verschieben und gefährde damit die notwendige Weiterentwicklung wichtiger Gesundheitsberufe, so der Vorwurf. „Erfolgreiche Modellstudiengänge dürfen nicht weitere zehn Jahre auf volle Anerkennung und rechtliche Sicherheit warten müssen“, erklärte Steffens. Sie betonte, die Modellstudiengänge seien erfolgreich erprobt, beliebt und trügen dazu bei, dass in wichtigen Gesundheitsberufen gut qualifizierter Nachwuchs ausgebildet werde. Steffens forderte, „was für die Studiengänge der Pflegeberufe möglich ist, muss auch für die Therapieberufe und die Hebammenkunde umgesetzt werden!“
- (facharzt.de 1.9.16) – NRW-Gesundheitsministerin **Barbara Steffens** hat nach dem Tod von drei Patienten einer alternativen Krebs-Praxis am Niederrhein ein **neues Heilpraktikergesetz gefordert**. Im Gesundheitsausschuss des Düsseldorfer Landtags sagte die Grünen-Politikerin am Mittwoch, das derzeitige Gesetz stamme von 1939 und sei nicht mehr zeitgemäß. Heilpraktiker könnten auch ohne spezielle Ausbildung tätig sein. „Wir brauchen eine Berufsreform.“ Dafür sei die Bundesregierung zuständig, die aber noch immer zögere. In der alternativen Praxis in Brüggen hatten sich Ende Juli fünf Patienten behandeln lassen, drei starben kurz darauf. Zwei kamen mit lebensbedrohlichen Symptomen in eine Klinik. Gegen den Betreiber und Heilpraktiker der Praxis ermittelt die Staatsanwaltschaft wegen fahrlässiger Tötung und fahrlässiger Körperverletzung.
- (bibliomed.de 1.9.16) – Am Donnerstag ist in **Berlin und Brandenburg** das **länderübergreifende klinische Krebsregister an den Start gegangen**, wie das Sozial- und Gesundheitsministerium Brandenburg und die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit

und Soziales mitteilten. „Die Behandlung von Krebskranken in unserer Region kann damit weiter verbessert werden“, heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung. Mehr als zweijährige Vorarbeiten seien nun pünktlich abgeschlossen worden. Auch der Aufbau der dezentralen Registerstelle Berlin stehe kurz vor dem Abschluss. „Alle Gesetzesvorgaben sind in Berlin und Brandenburg termingemäß umgesetzt worden, alle Aufbauarbeiten des gemeinsamen klinischen Krebsregisters liegen im Zeitplan“, so die beiden Landesregierungen. Die Förderung durch die gesetzlichen und auch privaten Krankenkassen sei damit sicher gestellt.

- (aerztezeitung.de 31.8.16) – Das **Krebsregister in Schleswig-Holstein liegt voll im Plan** und wird die gesetzlichen Auflagen einhalten. Dies versichert das Kieler Gesundheitsministerium, das damit den Aussagen eines im Auftrag der GKV erstellten Gutachtens widerspricht. Die Gutachter der Prognos AG sehen den Aufbau klinischer Krebsregister wie in der vergangenen Woche berichtet in vielen Bundesländern nicht im Zeitplan - unter anderem auch in Schleswig-Holstein. Dem widerspricht das zuständige Ministerium in Kiel, das das Vorgehen des GKV-Spitzenverbandes als "ausgesprochen unglücklich" bezeichnet. "Die Länder und ihre Krebsregister waren weder über die beabsichtigte Veröffentlichung noch über den Inhalt des Gutachtens unterrichtet worden und hatten keine Gelegenheit, Stellung zu nehmen", sagte ein Sprecher des Ministeriums.

Gremien & Institutionen

- (gba 23.8.16) – Am 1. September 2016 ist die **neu gefasste Kinder-Richtlinie in Kraft getreten**. Dies teilte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit. Die Teilbeschlüsse zu den grundlegend überarbeiteten Untersuchungsinhalten, zum Mukoviszidose-Screening (Zystische Fibrose), zu qualitätssichernden Maßnahmen und zum Kinderuntersuchungsheft – besser bekannt als „Gelbes Heft“ – wurden im Juni und August 2015 sowie im Mai 2016 gefasst. Im „Gelben Heft“ werden die in der Kinder-Richtlinie geregelten sogenannten U1 bis U9 sowie spezielle Früherkennungsuntersuchungen wie zum Beispiel das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert. Das Kinderuntersuchungsheft ist vom G-BA entsprechend den neu konkretisierten und standardisierten Inhalten der Früherkennungsuntersuchungen umgestaltet worden. Mit einer herausnehmbaren Teilnahmekarte erhalten die Eltern eine neue Möglichkeit, beispielsweise gegenüber Kindergärten nachzuweisen, dass die Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen wurden, ohne dabei die vertraulichen Informationen zu Entwicklungsständen und ärztlichen Befunden des Kindes weiterzugeben. Das neue Untersuchungsheft kann von Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie dem Bund Freiberuflicher Hebammen Deutschlands und dem Deutschen Hebammenverband e.V. ab sofort bei der zuständigen Druckerei angefordert werden.
- (aerztezeitung.de 2.9.16) – GBA-Chef **Josef Hecken appelliert** an den Bundesgesetzgeber, Krankenkassen bei **Satzungsleistungen stärker zu kontrollieren**. Die Zulässigkeit solcher Leistungen müsse konkretisiert und hinsichtlich der Evidenzanforderungen enger gefasst werden, sagte Hecken der "Ärzte Zeitung". In Paragraf 11 Absatz 6 SGB V sei ausdrücklich geregelt, dass Satzungsleistungen nur dann zulässig sind, wenn hinreichende Anforderungen an die Leistungserbringung gestellt werden, erinnerte Hecken. Damit reagierte der unparteiische GBA-Vorsitzende auf Kritik an seinen jüngsten Stellungnahmen zu Homöopathie. Hintergrund dafür waren die Todesfälle von drei Patienten, die in einer "alternativen" Krebsklinik eines Heilpraktikers behandelt wurden. Hecken bezeichnete Stellungnahmen, die auf den geringen Ausgabenanteil für Homöopathika abzielten, als "zynisch": Es komme nicht auf den Umfang der Leistungsausgaben an, "sondern auf die Frage, ob Patienten gefährdet werden oder nicht". Aufgabe des GBA müsse es sein, bei homöopathischen und anthroposophischen Präparaten und Methoden auf eine bessere Evidenzlage zu dringen. "Hier sind zwingend höhere Anforderungen notwendig", sagte Hecken.

- (gba 23.8.16) – Die **Verfahrensregelungen**, nach denen zukünftig **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten** hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V zu bewerten sind, sind am Dienstag **in Kraft getreten**. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat hierzu die wesentlichen Informationen auf seinen Internetseiten bereitgestellt. Krankenhäuser und Medizinproduktehersteller können sich beim GBA im Vorfeld der Bewertung zum Verfahren und seinen Anforderungen beraten lassen. Zur Verfügung steht nun auch das Formular, das von den Krankenhäusern zu verwenden ist, um dem GBA ihre Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu übermitteln. Die Informationsübermittlung löst ein Bewertungsverfahren aus.
- (gba 25.8.16) – Der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat die **Tagesordnung** der öffentlichen Sitzung des GBA-Plenums am **15. September 2016 veröffentlicht**. Für diese Sitzung ist das Kontingent an freien Plätzen bereits ausgebucht.
- (iqwig 23.8.16) – Ob die **Systemische Therapie bei Erwachsenen** im Vergleich zu anderen Interventionen oder zu keiner Behandlung einen Nutzen oder Schaden haben kann, ist derzeit Gegenstand einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**). Es ist das erste Mal, dass das Institut ein Psychotherapieverfahren bewertet. Die vorläufigen Ergebnisse liegen nun vor: Demnach zeigen die verfügbaren **Studiendaten bei bestimmten Störungen einen Vorteil** der Systemischen Therapie. Bis zum 20. September 2016 können interessierte Personen und Institutionen schriftliche Stellungnahmen zu diesem Vorbericht abgeben.
- (iqwig 25.8.16) – Ob die **Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve (FFR) bei Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit (KHK)** zu einer angemessenen Entscheidung für oder gegen ein Aufweiten der Herzkranzgefäße beitragen kann, ist derzeit Gegenstand einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die vorläufigen Ergebnisse liegen nun vor: Demnach **bietet** der neue Funktionstest Patientinnen und Patienten **Vorteile**, bei denen eine Gefäßerweiterung mittels perkutaner koronarer Intervention (PCI) vorgesehen ist. Bis zum 22. September 2016 können interessierte Personen und Institutionen schriftliche Stellungnahmen zu diesem Vorbericht abgeben. Die FFR wird während einer Koronarangiografie, also einer Herzkatheteruntersuchung gemessen, indem ein Druckmessdraht in das verengte Gefäß eingeführt wird. Das Messergebnis, die Blutfflussreserve, soll eine Aussage darüber ermöglichen, ob die Verengung relevant ist und das Gefäß durch einen Eingriff, eine sogenannte Revaskularisation, geweitet werden muss.
- (iqwig 31.8.16) – Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat am Mittwoch seinen **Jahresbericht 2015 publiziert**. Auf gut 50 Seiten liefert er einen umfassenden Überblick über das vergangene Arbeitsjahr: Das Institut schaut zurück auf seine organisatorische Entwicklung und die bis Ende 2015 erreichten Arbeitsergebnisse. Größere Themenkomplexe und wichtige „Meilensteine“ sind in eigenen Kapiteln dargestellt und kommentiert. Wie in den vergangenen Jahren nehmen Dossierbewertungen gemäß AMNOG breiten Raum ein, aber auch die wachsende Bedeutung ausgewogener Versicherteninformationen zu Früherkennungsuntersuchungen wird thematisiert.
- (iqwig 1.9.16) – **Eribulin** (Handelsname Halaven) ist seit Mai 2016 zur Behandlung eines fortgeschrittenen Liposarkoms bei Erwachsenen zugelassen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat in einer **Dossierbewertung** überprüft, ob der Wirkstoff bei diesen Patientinnen und Patienten gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen bietet. Demnach enthält das Dossier keine für die Bewertung geeigneten Daten: In der einzigen direkt vergleichenden Studie wurde das Medikament im Vergleichsarm nicht so dosiert, wie es die Zulassung vorschreibt. Bei einem indirekten Vergleich ist nicht sichergestellt, dass die jeweiligen Patientenpopulationen hinreichend ähnlich waren. Ein **Zusatznutzen** für Eribulin ist deshalb **nicht belegt**.
- (iqwig 1.9.16) – Der monoklonale Antikörper **Elotuzumab** ist seit Mai 2016 in Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason zur weiteren Behandlung des multiplen Myeloms

bei Erwachsenen zugelassen, die bereits mindestens eine Therapie erhalten haben. In einer frühen Nutzenbewertung hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) nun untersucht, ob solche Patientinnen und Patienten von der neuen Kombination profitieren. Da sich die einzige vom Hersteller eingereichte Studie wegen zu niedriger Dosierung eines Vergleichswirkstoffs nicht für die Beantwortung dieser Frage eignet, lautet das Ergebnis: Ein **Zusatznutzen** der neuen Kombinationstherapie gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist **nicht belegt**.

- (iqtig 31.8.16) – Das **IQTiG** hat die **Berichte zum Strukturierten Dialog 2015 und zur Datenvalidierung 2015**, die sich auf die Daten 2014 beziehen, **veröffentlicht**. Auf der Basis von Qualitätsindikatoren übermitteln die Krankenhäuser in Deutschland Daten, mit denen sie ihre Leistungen dokumentieren. Werden auf Grund dieser Daten Defizite in der medizinischen Versorgung vermutet, wird dies im direkten Kontakt mit den betroffenen Einrichtungen thematisiert – dem Strukturierten Dialog. Auf diese Weise soll mit medizinischer Expertise geklärt werden, ob tatsächlich Probleme in der Behandlung vorliegen, aber auch wo die Qualitätsziele erreicht wurden. 1.546 von 1.857 Krankenhausstandorten (83,3%) erhielten anhand der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2014 Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme oder es wurde mit ihnen der Strukturierte Dialog durchgeführt. Dies erfolgte – außer für die direkten Verfahren der Transplantationsmedizin und der Herzchirurgie – durch die Partner der externen Qualitätssicherung auf Landesebene. In 1.687 Fällen wurden die Ergebnisse nach Ende des Strukturierten Dialogs als „qualitativ auffällig“ eingestuft (10,3%).
- (kbv 1.09.16) – Bei den **Verhandlungen von KBV und GKV-Spitzenverband** über die Höhe der Preise für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im kommenden Jahr gibt es noch **keine Einigung**. Die Vertragspartner haben am Mittwoch den **Erweiterten Bewertungsausschuss eingeschaltet**, der **am 21. September** über die Anpassung des Orientierungswertes beraten will. Wenn es nach den Krankenkassen geht, soll der Orientierungswert im nächsten Jahr nicht steigen. „Eine Null-Runde ist für uns nicht akzeptabel“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen. Zwar hätten sich die Kosten in den Praxen insgesamt recht günstig entwickelt, dies rechtfertige aber nicht, die Preise einzufrieren. Die KBV fordert eine Anhebung des Orientierungswertes um 1,4%. Dieser beträgt aktuell 10,4361 Cent und würde damit auf 10,5822 Cent steigen. Zusätzlich will die KBV rund 120 Mio. Euro mehr im kommenden Jahr für strukturelle Maßnahmen.
- (aerztezeitung.de 1.9.16) – Ein gutes halbes Jahr nach ihrem Start genießen die Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einen hohen Bekanntheitsgrad. Zwei Drittel der Menschen in Deutschland hat bereits davon gehört. Das ist ein Ergebnis der **Versichertenbefragung 2016 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**. Erwartungen, dass die Terminservicestellen Wartezeiten verkürzen helfen, gibt es allerdings mehrheitlich nicht. Jeder fünfte gesetzlich Versicherte hat laut Umfrage beim letzten Facharztbesuch länger als vier Wochen gewartet. Mehr als die Hälfte (52%) verzichten zudem lieber auf einen vermittelten Termin, wenn der nicht zum Wunscharzt führt. "Wir müssen besser differenzieren, was eine Wartezeit ist", kommentierte KBV-Chef Andreas Gassen diese Aussagen. Für planbare Routineuntersuchungen, die dann auch noch beim Wunscharzt vorgenommen werden sollten, könne auch ein Vorlauf von vier bis sechs Wochen angemessen sein, sagte Gassen bei der Vorstellung der Ergebnisse der Versichertenbefragung am Dienstag in Berlin.
- (aerztezeitung.de 29.8.16) – Auch im vergangenen Jahr hat die **Anzahl der in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeitenden Ärzte weiter zugenommen**. Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) waren Ende 2015 14317 Ärzte in den Einrichtungen tätig (Ende 2014: 13465). 91% der Ärzte in MVZ waren angestellt, neun Prozent als Vertragsärzte tätig. Die seit dem Jahr 2004 geführte Statistik basiert auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Demnach ist sich die Zahl der MVZ im vergangenen Jahr um 83 auf 2156 gestiegen, so die KBV. Der überwiegende Teil der MVZ-Träger sind laut KBV Vertragsärzte (40%) und Krankenhäuser (40%). Gegründet werde hauptsächlich in städtischen Gebieten. Bevorzugte Rechtsformen seien die Ge-

sellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR).

- (aerzteblatt.de 2.9.16) – In die Debatte um die Homöopathie hat sich jetzt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eingebracht. „Homöopathie ist seit Jahren Teil des Behandlungsspektrums“, sagte der **KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen**. Sie werde von Patienten nachgefragt und von Ärzten angeboten. „Das ist legitim und sollte den Patienten freigestellt sein“, sagte er im Interview mit KV-on, dem digitalen Webkanal der KBV. **Problematisch** sei aber, **dass** viele gesetzliche **Krankenkassen die Kosten für homöopathische Behandlungen übernehmen**, so der KBV-Chef. „Es sind Leistungen, die nicht der Nutzenbewertung unterworfen sind. Sie sind daher eigentlich schon per definitionem nicht erstattungsfähig über die GKV“, so Gassen. „Unsere Kritik richtet sich also konkret gegen die Erstattung von Leistungen, die ihren Nutzen bisher nicht nachweisen konnten“, betonte er.
- (aerztezeitung.de 26.8.16) – Für eine **Kennzeichnung zur besseren Unterscheidbarkeit von gesunden und ungesunden Lebensmitteln** hat sich der Präsident der Bundesärztekammer, **Frank Ulrich Montgomery**, ausgesprochen. Er reagierte damit auf die Ergebnisse einer Studie der Verbraucherorganisation Foodwatch. Die hatte in 60% von insgesamt 463 untersuchten Limonaden, Energydrinks, Fruchtsäften, Schorlen, Brausen und Eistees Anteile von fünf bis 26% Zucker gefunden. Montgomery verwies in seiner Stellungnahme auf Gefahren des Konsums von überzuckerten Getränken und Snacks. Übergewicht und Diabetes könnten die Folgen sein. Einen anderen Weg schlägt das **Berliner Institut für Gesundheitssystementwicklung** vor - eine **Abgabe auf Zucker, Spirituosen und Tabak direkt in den Gesundheitsfonds**. So könnten die Chancen der speziellen Systemfinanzierung Deutschlands genutzt werden, so Institutsleiter Albrecht Kloepfer.
- (aerzteblatt.de 2.9.16) – Das **Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)** hat die **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) zum nicht spezifischen Kreuzschmerz** nach einer systematischen Recherche **komplett überarbeitet**. Sie steht ab sofort bis Ende September zur öffentlichen Konsultation bereit. Fachkreise und Interessierte sind eingeladen, die Leitlinie kritisch zu begutachten und zu kommentieren. Dem ÄZQ zufolge gehören nicht spezifische Kreuzschmerzen zu den häufigsten Volkskrankheiten. Ziel der NVL nicht spezifischer Kreuzschmerz ist es zu beschreiben, wie eine bestmögliche, sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen erfolgen sollte. „Die hohe Prävalenz nicht spezifischer Kreuzschmerzen sowie eine große Variationsbreite in der Versorgungsqualität (Über-/Unterversorgung) verlangen verstärkte Bemühungen um die Optimierung der Versorgung von Patienten mit nicht spezifischen Kreuzschmerzen“, heißt es dazu in der Leitlinie.
- (rki 30.8.16) – Die **Ständige Impfkommision** am Robert Koch-Institut (STIKO) hat ihre **neuen Empfehlungen** im Epidemiologischen Bulletin 34/2016 **veröffentlicht**. Im Mittelpunkt steht die Überarbeitung der Empfehlungen zur Pneumokokken-Schutzimpfung für Senioren und andere gefährdete Risikogruppen. Außerdem gibt die STIKO erstmals Hinweise zur Verringerung von Schmerz- und Stressreaktionen beim Impfen. Pneumokokken stellen in Europa die Hauptursache von bakteriellen Lungenentzündungen dar. Die STIKO schätzt, dass jedes Jahr mehr als 5.000 Menschen in Deutschland an den Folgen einer Pneumokokken-Erkrankung sterben. Besonders gefährdet sind Kinder unter 2 Jahren, Menschen ab 60 Jahren sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bestimmten Grundkrankheiten, z.B. Personen mit einer Immunschwäche oder mit chronischen Krankheiten des Herzens oder der Lunge.

Aus der Kassenlandschaft

- (bibliomed.de 26.8.16) – Die 118 **gesetzlichen Krankenkassen** haben im **ersten Halbjahr 2016 einen Überschuss von 600 Mio. Euro** verbucht. Das berichtet die Frankfurter Allgemeine Zeitung in ihrer Ausgabe vom Freitag (34.KW). Im Vorjahreszeitraum hatten

die Kassen noch ein Minus von 491 Mio. Euro verzeichnet. Den größten Überschuss erzielten dem Bericht zufolge die Ersatzkassen (316 Mio. Euro), die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) lagen 125 Mio. Euro im Plus. Anfang der Woche hatte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, die zuletzt erhöhten Ausgaben der Krankenkassen und die damit steigenden Zusatzbeiträge kritisiert.

- (bibliomed.de 24.8.16) – Nach Ansicht von **Doris Pfeiffer**, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, muss die **Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung wieder stärker in den Fokus rücken**. „Die Politik ist angesichts konjunkturell guter Zeiten spendabel. Das ist gefährlich für die langfristige Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung“, schreibt Pfeiffer in einem am Mittwoch (34.KW) veröffentlichten Diskussionsbeitrag auf der Internetplattform „Xing“. Pfeiffer kritisiert darin die erhöhten Ausgaben der Krankenkassen und der damit verbundenen Zusatzbeiträge. „Das ist besonders ärgerlich, weil die Ausgaben steigen, ohne dass bei der gesundheitlichen Versorgung der Patienten ein großer Schritt nach vorn gemacht wird.“ Im Jahr 2019 würden allein durch die jüngsten politischen Weichenstellungen die Ausgaben im Gesundheitswesen rund 3,4 Mrd. Euro höher sein als 2015, „ohne dass dem deutliche Qualitätsverbesserungen und Effizienzgewinne in der gesundheitlichen Versorgung gegenüberstehen“. Der Politik attestiert Pfeiffer fehlenden Mut, bestehende Überkapazitäten im Gesundheitswesen abzubauen. Nötig seien „echte Strukturreformen“, um die Beitragszahler zu entlasten.
- (facharzt.de 24.8.16) – Die großen **Ersatzkassen stehen finanziell offenbar sehr gut da**: Das erste Halbjahr haben sie mit einem Überschuss von 316 Mio. Euro abgeschlossen. Den höchsten Überschuss erzielte dabei die Techniker Krankenkasse, die ein Plus von 166 Mio. Euro verbuchen konnte. Auf Platz 2 folgt die DAK mit 147 Mio. Euro, berichtet das „Handelsblatt“ (Mittwoch). Die Barmer GEK machte demnach neun Millionen Euro Gewinn. Defizite schrieben die KKH (acht Mio. Euro) sowie die Bremer hkk (drei Mio. Euro). Die kleine Bremer Kasse verlangt bundesweit einen der niedrigsten Zusatzbeiträge und hatte dadurch großen Zulauf an neuen Mitgliedern. Ob sie diesen Kurs weiter durchhalten kann, scheint angesichts des Defizits fraglich. Die Einnahmen aus den Zusatzbeiträgen seien höher ausgefallen als erwartet, sagt der Ersatzkassenverband vdek der Zeitung. Das sei auf die günstige Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen. Auch seien die Ausgaben weniger stark gestiegen als befürchtet.
- (aerztezeitung.de 26.8.16) – Die **Betriebskrankenkassen** haben im zweiten Quartal dieses Jahres einen **Überschuss von rund 40 Mio. Euro** erzielt. Das teilte der BKK-Dachverband mit, der 82 Betriebskrankenkassen vertritt. Im ersten Quartal hatte das Plus bei 38 Mio. Euro gelegen. Hingegen war im ersten Halbjahr 2015 noch ein Defizit von 127 Mio. Euro aufgelaufen. Damit setzt sich die Serie positiver Quartalsmeldungen der Kassen fort: Am Mittwoch hatten die Ersatzkassen (316 Mio. Euro) und die Innungskassen (21 Mio. Euro) Überschüsse gemeldet. Kassen profitieren wie alle Sozialversicherungen von der guten Konjunktur: Im ersten Halbjahr sind die Beitragszahlungen an die Sozialversicherungen um 4,2% auf 253 Mrd. Euro gestiegen, meldete das Statistische Bundesamt.
- (gkv 25.8.16) – Bis Ende 2017 soll es nach dem Willen des Gesetzgebers in jedem Bundesland arbeitsfähige **klinische Krebsregister** geben. Der dafür bereits vor drei Jahren begonnene **Auf- und Umbau** entsprechender regionaler Strukturen **kommt jedoch nur schleppend voran**, wie ein im Auftrag des **GKV-Spitzenverbandes** erstelltes **Gutachten** des Beratungsunternehmens Prognos zeigt. Neben fehlenden Landesgesetzen und noch nicht arbeitsfähigen Einrichtungen in einigen Bundesländern listet das Gutachten vor allem Probleme bei der Datenerfassung, Datenverarbeitung sowie bei der länderübergreifenden Datenvernetzung der Register auf. Für die Gutachter erscheint daher aus heutiger Sicht das Ziel, bis Ende 2017 arbeitsfähige Register mit entsprechenden Instrumenten und Verfahren zur Datennutzung zu haben, derzeit wahrscheinlich nur in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland realisierbar.
- (facharzt.de 3.9.16) – Angesichts massiver Probleme gesetzlicher Krankenkassen hat die **Barmer GEK** die Bundesregierung aufgefordert, **Verwerfungen im Finanzsystem**

schnell zu beseitigen. Der Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Christoph Straub, sagte: „Manche Dinge könnte man recht kurzfristig in den Hand nehmen.“ So könnte man Hilfsgrößen für die Berechnung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wie den Bezug einer **Erwerbsminderungsrente** relativ rasch **aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) herausnehmen.** Der Chef der Ersatzkasse forderte zudem die **Einführung eines Regionalfaktors.** Es sei „eine Binsenweisheit, dass in Metropolregionen mit einer sehr viel größeren Zahl von Krankenhäusern und Ärzten aller Art es eine angebotsinduzierte Nachfrage gibt“. Das bedeute, die Kosten pro Kopf seien in Ballungsräumen sehr viel höher als auf dem Land. Als dritten Punkt, der relativ rasch in Angriff genommen werden könnte, nannte Straub einen Hochrisikopool. Über diesen sollen extrem teure Krankheiten ausgeglichen werden. Einen solchen Pool gab es bereits von 2002 bis 2008.

- (facharzt.de 2.9.16) – Der Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, **Christoph Straub,** hat eine **schärfere Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Arzneimitteln gefordert.** Dafür müsse die sogenannte Umsatzschwelle von 250 Mio. Euro auf 50 Mio. Euro gesenkt werden, sagte Straub der Deutschen Presse-Agentur. „Eine Schwelle bei 250 Mio. Euro würde bedeuten, dass von den 36 neuen Wirkstoffen, die im letzten Jahr zugelassen wurden, nur drei unter diese Regelung gefallen wären. Das ist das ein bisschen wenig.“ Man sollte die Schwelle besser bei 50 Mio. Euro ansetzen. Dann würden wenigsten 12 der 36 Wirkstoffe unter diese Grenze fallen. „Dann wäre das ein Instrument, das im Blick auf die Gesamtfinanzlage der GKV sinnvoll wäre.“
- (facharzt.de 29.8.16) – Der Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, **Christoph Straub,** hat **mehr Kontrolle und Effizienz in der Patientenversorgung angemahnt.** "Wir müssen an den Stellen, wo wir Geld ausgeben, ohne dass medizinischer Nutzen entsteht, ohne das die Patientinnen und Patienten etwas davon haben, konsequent eingreifen", sagte Straub am Sonntag in Berlin. In bestimmten Bereichen gebe es eine eklatante Überversorgung – bei manchen Operationen am Knie etwa oder auch in der invasiven Kardiologie, wo es eine immense Zunahme an Untersuchungen gegeben habe. Auch bei der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft gebe es noch viele Hausaufgaben zu machen, sagte Straub. "Dabei geht es nicht um Schließungen von Krankenhäusern, sondern um eine Veränderung des Verhältnisses von akut stationärer Versorgung zu ambulanter Versorgung, die in aller Regel viel kostengünstiger ist." Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) habe in den vergangenen Jahren neue Gesetze verabschiedet, die die Ausgaben steigen lassen werden, sagte Straub. Er fordere von einer künftigen Bundesregierung keine Spargesetze, unterstrich der Barmer-Chef. Notwendig seien aber "Gesetze, die konsequent den Kassen Möglichkeiten geben, das Geld gezielt dahin zu steuern, wo Patientinnen und Patienten einen Nutzen haben".
- (aerztezeitung.de 1.9.16) – Die **Barmer GEK** in Hamburg verweist auf **große regionale Unterschiede bei der Verordnung von Biosimilars.** Diese lassen sich nach Angaben der Kasse "medizinisch nicht erklären". Weil Ärzte in Hamburg nur in rund der Hälfte der entsprechenden Behandlungsfälle Biosimilars verordnen, fragte die Kasse jüngst öffentlich, ob Hamburgs Ärzte richtig aufgeklärt seien. "Die niedrigen Verordnungsquoten könnten an der Informationspolitik der Pharmahersteller liegen, die schwindende Umsätze bei ihren teureren Originalpräparaten befürchten. Die Erfahrung zeigt, dass Biosimilars in der Regel etwa 25% günstiger sind als die Originalpräparate", sagte Hamburgs Barmer-Chef Frank Liedtke. Bundesweit geht die Kasse von einem Einsparvolumen von vier Mrd. Euro innerhalb der kommenden fünf Jahre aus, wenn Ärzte häufiger Biosimilars verordnen würden.
- (aok-bv 26.8.16) – Auch im **zweiten Quartal 2016** kann die **AOK** mit soliden Finanzen aufwarten: Es wurde ein **Überschuss von 125 Mio. Euro** erzielt. Dieser Kurs zeichnete sich bereits im ersten Quartal ab; es konnte mit einem Plus von 71,6 Mio. Euro abgeschlossen werden. Für die zweite Jahreshälfte geht das AOK-System von einer Verstärkung dieser Finanzentwicklung aus, so dass es insgesamt zu einem positiven Ergebnis in diesem Geschäftsjahr kommen wird. Bei den Ausgaben zeigt sich ein leicht abge-

schwächer Anstieg je Versicherten, er liegt bei 2,2% gegenüber dem Vorjahr. Die zu erwartenden Kosten der jüngsten Gesundheitsreformen, wie durch das Krankenhaus-Strukturgesetz oder den Innovationsfonds, sind aktuell noch nicht spürbar. Sie werden erst mit einiger Verzögerung und insbesondere ab dem kommenden Jahr ihre Wirkung entfalten.

- (aerztezeitung.de 30.8.16) – Die **AOK Plus** hat in den Jahren **2014 und 2015** insgesamt **832 Hinweise auf Fehlverhalten** im Gesundheitswesen geprüft. Auf Sachsen fielen dabei 485 und auf Thüringen 347 Fälle, wie die Krankenkasse in Dresden mitteilte. Bei etwas mehr als 40% der Hinweise stellte sich der Verdacht den Angaben zufolge als begründet heraus. Rund 2,1 Mio. Euro seien dadurch im Berichtszeitraum in das System der gesetzlichen Krankenkassen zurückgeflossen. Die meisten Hinweise (384) gingen in den Jahren 2014/2015 bei der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen ein. An zweiter Stelle stand mit 164 Verdachtsmomenten das Erschleichen von Sozialleistungen, etwa in Form von Zuschüssen für den behindertengerechten Umbau einer Wohnung. Am dritthäufigsten (106 Fälle) ging es um eine fehlende Zulassung oder Qualifikation und einer damit verbundenen falschen Abrechnung.
- (kkh 31.8.16) – Die **medizinische Behandlung von Flüchtlingen könnte deutlich besser** als bisher **organisiert werden**. Diese Ansicht vertritt die **KKH Kaufmännische Krankenkasse**. „Es ist völlig unverständlich, warum sich die überwiegende Zahl der Städte und Gemeinden weigert, die Gesundheitskarte für Flüchtlinge einzuführen“, sagte KKH-Vorstandschef Ingo Kailuweit. „In Nordrhein-Westfalen haben trotz Rahmenvereinbarung gerade einmal 20 von rund 360 Kommunen für die Karte für Flüchtlinge votiert.“ Noch düsterer sieht es in Niedersachsen aus, wo lediglich die Stadt Delmenhorst die Einführung der Karte beschlossen hat. Andere Länder wie Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt haben sich komplett gegen die Gesundheitskarte für Flüchtlinge ausgesprochen. Ohne die Karte muss jede medizinische Behandlung eines Flüchtlings von Mitarbeitern der jeweiligen Kommune bewilligt werden. „Es wäre ein leichtes, diesen Bürokratie-Irrsinn zu beenden“, so Kailuweit. Angesichts der aktuellen Situation erneuerte die KKH ihre Forderung nach einer bundesweit einheitlichen Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge.

Innovationsfonds, Selektivverträge, Gesundheitstelematik

- (facharzt.de 30.8.16) – Die **Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG AG)** hat das **Geschäftsjahr 2015 mit einem deutlichen Plus abgeschlossen**. Für das laufende Jahr erwartet der Vorstand die Marke von einer Milliarde Honorarumsatz aus den Hausarztverträgen zu erreichen – trotz Problemen mit einzelnen Kassen und IT-Firmen. Der Gesetzgeber hat durch die Änderungen des §73b SGB V, insbesondere durch den Wegfall der Refinanzierungsvorgaben, die Situation für den Abschluss von Hausarztverträgen deutlich verbessert. Nicht zuletzt auf Grund dieser gesetzlichen Erleichterungen konnte die HÄVG den Honorarumsatz aus der Hausarztverträgen um 4,7% auf 970 Mio. Euro im Jahr 2015 steigern, berichten Eberhard Mehl und Stephanie Becker-Berke im Vorstandsbericht 2015. Dieses Ergebnis wurde durch den Abschluss von 580 Einzelverträgen teilweise auch in großen Kassenverbundverträgen und damit in rund 65 Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in nahezu allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland erreicht. Derzeit nehmen 16.840 Hausärzte an den von der HÄVG AG umgesetzten Selektivverträgen teil und versorgen rund 3,9 Millionen Versicherte im Rahmen der HZV.
- (aerzteblatt.de 25.8.16) – Die Krankenkasse **Barmer GEK investiert 15 Mio. Euro** in einen sogenannten **Venture-Kapital-Fonds des Unternehmens Earlybird**. Das berichten die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* (FAZ) und andere Medien am Donnerstag (34.KW). Der Fonds soll laut FAZ 100 bis 120 Mio. Euro Kapital einwerben und das Geld in Start-ups der Gesundheitsbranche investieren, die innovative IT-Technologien entwickeln. „Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird das Megathema des 21. Jahr-

hunderts sein“, erklärte die Krankenkasse gegenüber dem *Deutschen Ärzteblatt*. Man wolle „diese Entwicklung nicht nur begleiten, sondern aktiv gestalten“. Die Investition sei weniger eine klassische Kapitalanlage – die ja vor allem der Rendite gilt – als vielmehr eine Investition in die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung. „Unsere Rendite werden neue Produkte und innovative Versorgungsformen für die Versicherten sein. Dafür bringen wir unser Know-how als große Krankenkasse in die Beteiligung ein, um bei der Auswahl geeigneter Technologiefirmen und deren Produkte fachlich den entscheidenden Input zu liefern“, erläuterte die Kasse. Daher werde sie auch in den Gremien der Investoren und Berater des Kapitalgebers vertreten sein.

- (bibliomed.de 2.9.16) – Das **ICT-Accessibility Lab der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften** hat gemeinsam mit dem Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich einen **Ratgeber zur Entwicklung altersgerechter mobiler Applikationen** erarbeitet. Das berichtete das Portal „seniorweb“. Die neue Broschüre beschreibt zehn Bereiche für eine seniorenfreundliche Gestaltung von mobilen Anwendungen. Die Autoren gehen mithilfe von Checklisten unter anderem auf die Aspekte Steuerung, Übersichtlichkeit, Benutzerführung und Navigation, Text und Sprache, Grafiken, Animation und Multimedia sowie Suchen, Filtern und Sortieren ein. Ziel sei es, nicht nur Wohn- und Außenräume für alte Menschen barrierefrei zu gestalten, sondern auch virtuelle Räume, denn zunehmend nutzten auch Senioren Smartphones oder Tablet-Computer.
- (bibliomed.de 23.8.16) – Aus Sicht der **Techniker Krankenkasse (TK)** könnten **Fitnesstracker künftig im Bonusprogramm der Kasse** einen Platz finden. Das stellte der Vorstandsvorsitzende der TK, Jens Baas, in einem aktuellen Interview mit dem Nachrichtendienst „dpa“ in Aussicht. Die neue Technik, bei der über digitale Armbänder Bewegungsdaten aus Schrittzählern und GPS-Sendern in mobilen Apps ausgewertet werden, sei vergleichbar mit Nichtraucherkursen und Früherkennungsuntersuchungen, die bereits im Bonusprogramm enthalten seien. Es ginge jedoch nicht darum, Menschen von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen und damit das Solidarprinzip aufzuweichen. „Ein Bonusprogramm weicht daran nichts auf“, sagte Baas. Jeder werde weiterhin „ohne Ansehen seiner Person versichert“.

Pharma & Apotheke

- (progenerika 25.8.16) – **Ein Prozent der Gesamtausgaben der GKV entfallen auf Generika**, die mit 77% den Großteil der Arzneimittelversorgung in Deutschland übernehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2015 Gesamtausgaben von 214 Mrd. Euro ausgewiesen. Für die Generikaversorgung hat die GKV nach Abzug der Rabatte aus Rabattverträgen 2,14 Mrd. Euro aufgewendet. Nur 1% der Gesamtausgaben entfallen somit auf die Generikaversorgung der Patienten in Deutschland. 2015 hat die GKV für die Versorgung ihrer Versicherten insgesamt 214 Mrd. Euro aufgewendet. Die Ausgaben für Arzneimittel sind mit rund 37 Mrd. Euro in diesem Betrag enthalten - allerdings sind in dieser Summe auch die Vergütung der Apotheken, der Großhändler sowie die gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten. Um daher die tatsächlichen Arzneimittelausgaben der GKV zu betrachten, muss man die Ausgaben zu Listenpreisen der Hersteller heranziehen. Hier lagen die GKV-Ausgaben für Arzneimittel nach Abzug der Rabatte aus Rabattverträgen mit gut 20 Mrd. Euro deutlich unter diesem Wert. Legt man den Fokus nun auf die Generikaversorgung, so wendet die GKV für die 77% der zu ihren Gunsten abgegebenen Arzneimittel gut 2 Mrd. Euro auf, dies entspricht nur 1% ihrer Gesamtausgaben.
- (facharzt.de 23.8.16) – Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (**BPI**) warnt davor, die mit dem AMNOG eingeführten **Erstattungsbetragsverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer zu schwächen**. „Wenn Innovationen auf Verdacht bereits direkt nach der Zulassung Kassenpatienten nicht mehr zur Verfügung stehen, werden viele Menschen zukünftig auf eine moderne Arzneimittelversorgung verzichten müssen“, sagte BPI-Hauptgeschäftsführer Henning

Fahrenkamp. Hintergrund der Äußerungen ist ein Referentenentwurf zum Arzneimittel-Versorgungs-Stärkungsgesetz, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss dazu legitimiert werden soll, Innovationen noch vor Beginn der Preisverhandlungen von der Versorgung auszuschließen. Der BPI argumentiert, dass das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) „aus gutem Grund“ eine Zweiteilung bei der Findung der Erstattungsbeträge vorsehe: Über den Zusatznutzen im Verfahren der frühen Nutzenbewertung entscheide der GBA – aber der Erstattungsbetrag für alle potentiellen Patienten sei dann Verhandlungssache zwischen pharmazeutischem Unternehmer und GKV-Spitzenverband. „Diese Logik muss gelten und die Preise müssen in einem fairen Verfahren verhandelt werden können“, fordert Fahrenkamp.

- (bpi 29.8.16) – Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (**BPI**) **fordert**, dass **homöopathische Arzneimittel auch in Zukunft als Satzungsleistungen** von der GKV erstattet werden können. Der GBA-Vorsitzende Josef Hecken hatte sich am Wochenende in der FAZ dafür ausgesprochen, homöopathische Therapien künftig als freiwillige Kassenleistungen zu verbieten, da es für sie keine Evidenz gäbe. Studien aus der Versorgungsforschung zeigten übereinstimmend, dass von einem Nutzen der Homöopathie für Patienten und Gesundheitssystem ausgegangen werden kann. Klinische Studien belegen zudem relevante Verbesserungen bei verschiedenen Indikationen.
- (bah 29.8.16) – Vor dem Hintergrund der aktuellen **Diskussionen zu homöopathischen Arzneimitteln** mahnt der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (**BAH**) zur **Versachlichung der Debatte**. "Diese gefährdet in unverantwortlicher Weise die Arzneimittelvielfalt und die therapeutischen Möglichkeiten. Zudem widerspricht sie dem Wunsch des mündigen Patienten", so Elmar Kroth, Geschäftsführer Wissenschaft des BAH. Eine repräsentative Befragung des Institutes für Demoskopie Allensbach im Jahr 2014 hat ergeben, dass über die Hälfte der Bevölkerung bereits homöopathische Arzneimittel angewendet hat und der Verwenderkreis stetig wächst."Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sind vom Gesetzgeber im Sinne der Patientensicherheit eindeutig geregelt und in der Arzneimittelversorgung erfolgreich etabliert", erläutert Kroth.
- (facharzt.de 1.9.16) – Eine neue **Sparmaßnahme der AOK führt** offenbar **zu einem Sicherheits-Risiko bei der Versorgung von Krebspatienten**. Das zumindest haben Recherchen des Politikmagazins „Panorama“ ergeben. Danach verlangt die Krankenkasse von Onkologen den Einsatz bedenklicher Medikamente für die Behandlung ihrer Patienten. Um die hohen Kosten bei Krebsmedikamenten in den Griff zu bekommen, hatte die AOK kürzlich als erste Krankenkasse in Deutschland die Zubereitung der lebenserhaltenden Mittel durch Apotheker ausgeschrieben. Seit dem 1. August werden in fünf Bundesländern die Medikamente nicht mehr von dem jeweils ortsnahen Apotheker zubereitet, sondern von dem Gewinner der Ausschreibung – also dem Apotheker mit dem preiswertesten Angebot. Diese Praxis führt nach Recherchen von „Panorama“ dazu, dass seitdem an Ärzte lebenserhaltende Medikamente ausgeliefert wurden, deren Wirksamkeit nach Herstellerangabe nicht mehr garantiert war.
- (aerztezeitung.de 5.9.16) – **Rabattverträge** von Krankenkassen **mit Spezialapotheken** zur Versorgung mit patientenindividuellen **parenteralen Arzneizubereitungen sollten** nach Auffassung des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (**BNHO**) **gesetzlich untersagt werden**. Einen entsprechenden Vorstoß beim Gesetzgeber kündigte der BNHO-Vorsitzende Stephan Schmitz im Gespräch mit der "Ärzte Zeitung" an. Mit ursächlich sind Erfahrungen vieler niedergelassener Hämatologen und Onkologen mit einem am 1. August in Kraft getretenen Rabattvertrag, den die Ortskrankenkassen Rheinland-Hamburg, Hessen und Nordost mit Spezialapotheken zur Versorgung mit parenteralen Zubereitungen in der Onkologie abgeschlossen haben. Zuschlagskriterium laut Ausschreibung: "Niedrigster Preis". Eine derzeit noch laufende Erhebung in den Praxen von Hämatologen und Onkologen, die vom BNHO organisiert wird, offenbart erhebliche Versorgungsprobleme, die die Qualität der Therapie gefährden und die Wirtschaftlichkeit des Rabattvertrags in Frage stellen.

- (abda 30.8.16) – Für **637 Mio. Euro** werden gesetzlich krankenversicherte Patienten mit **Hilfsmitteln in Apotheken** versorgt. Das ergeben die erstmals veröffentlichten Berechnungen des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) für das Jahr 2015 (inklusive Mehrwertsteuer). Vor allem wurden Applikationshilfen (z.B. Insulin-Pens) für 246 Mio. Euro, Inkontinenzhilfen (z.B. Bettbeutel) für 137 Mio. Euro und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie (z.B. Kompressionsstrümpfe) für 92 Mio. Euro von den Ärzten verordnet und von den Apotheken beliefert. Hilfsmittel machen am Gesamtumsatz der Apotheken kaum mehr als ein Prozent aus, sind aber eine wichtige Ergänzung für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung der Patienten mit ärztlich verordneten Arzneimitteln. Rund 18.000 Apotheken - das sind 90% aller Apotheken - sind berechtigt, ihre Patienten zumindest mit bestimmten Hilfsmitteln zu versorgen.

Rund ums Krankenhaus

- (kma 23.8.16) – Der durchschnittliche **Fehlbetrag pro Notfallpatient von 88 Euro** verursacht bei Krankenhäusern mit Notfallversorgung jährlich ein **Gesamtdefizit von einer Milliarde Euro**. Zu diesem Ergebnis kommt das im Verlag Kohlhammer erschienene Buch „Management der Notaufnahme“. Demnach lägen die durchschnittlichen Kosten, die ein ambulanter Notfallpatient bei Behandlung in einer Krankenhaus-Notaufnahme verursacht, bei 126 Euro. Demgegenüber stünden im Schnitt Erlöse pro Fall in Höhe von 32 Euro. Der durchschnittliche Fehlbetrag pro Notfallpatient in Höhe von 88 Euro führt zu einem Gesamtdefizit bei den im Notfalldienst engagierten Krankenhäusern in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr. „Dies ist deutlich mehr, als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst leistet, dem eigentlich der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung obliegt. In der Praxis setzt sich das Konzept einer interdisziplinären Notaufnahme als der zentrale Anlaufpunkt für die Patienten mit akuten gesundheitlichen Beschwerden durch“, so Mitherausgeber Wilfried von Eiff. So würden inzwischen in Kliniken mehr als elf Millionen ambulante Notfallpatienten versorgt.
- (facharzt.de 24.8.16) – Mit **120 Mio. Euro** fördert das Land **Niedersachsen** in diesem Jahr **Baumaßnahmen und den Kauf von medizinischen Großgeräten in 22 Kliniken** in Niedersachsen. Fünf Projekte wurden neu in das Investitionsprogramm aufgenommen, teilte Sozialministerin Cornelia Rundt (SPD) am Dienstag (34.KW) nach einer Sitzung des Krankenhaus-Planungsausschusses des Landes mit. Rundt wies außerdem noch einmal darauf hin, dass mit rund 670 Mio. Euro der Investitionsstau in Niedersachsens Krankenhäusern ab 2017 kurzfristig abgebaut werden soll. Außerdem gibt es einen zusätzlichen Strukturfonds von 92,3 Mio. Euro von Bund, Land und Kommunen, mit dem Umstrukturierungen in Niedersachsens Kliniklandschaft finanziert werden sollen.
- (facharzt.de 3.9.16) – Die **Zahl der Betten in Thüringer Krankenhäusern** ist im vergangenen Jahr **erneut zurückgegangen**. 2015 standen 16.017 Betten in den Kliniken - 160 weniger als im Vorjahr. Das teilte das Landesamt für Statistik am Freitag mit. Mit 76,7% waren die Betten etwas besser ausgelastet (2015: 75,8%). Wie schon 2014 wurden im vergangenen Jahr die Patienten nach durchschnittlich 7,7 Tagen aus der stationären Behandlung entlassen. Im Jahr 2000 hatten die Menschen erst nach 10,1 Tagen das Krankenhaus verlassen. Gestiegen ist hingegen die Zahl der festangestellten Ärzte. Mit 4.953 Ärzten arbeiteten 156 Mediziner (plus 3,3%) mehr in den Krankenhäusern als ein Jahr zuvor. Seit dem Jahr 2000 stieg die Zahl der Ärzte um 52%. Beim nichtärztlichen Personal stieg die Zahl der Vollzeitkräfte um 180 Stellen.
- (bibliomed.de 29.8.16) – Die **Zahl der von Krankenhäusern betriebenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** ist im vergangenen Jahr **erneut gestiegen**, wie die jüngsten Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigen. Demnach unterhielten Kliniken zum Stichtag 31. Dezember 2015 genau 910 MVZ, etwa 8% mehr als im Vorjahr. Damit bauten die Krankenhäuser ihren Anteil an der Gesamtzahl der MVZ hierzulande geringfügig auf nunmehr 42% der zuletzt 2.156 Einrichtungen insgesamt aus. Dominierende Rechtsform ist dabei die GmbH. Die in den MVZ tätigen Ärzte sind in

erster Linie angestellt, nur rund zehn Prozent arbeiten als Vertragsärzte, Tendenz sinkend. Die Krankenhäuser beschäftigten den KBV-Zahlen zufolge 6.918 angestellte Mediziner in ihren MVZ bei nur 30 Vertragsärzten. Es gibt nur ein Klinik-MVZ, das ausschließlich mit Vertragsärzten arbeitet. Im Schnitt arbeiteten in einem Klinik-MVZ demnach 7,6 Ärzte und damit einer mehr als bei den MVZ insgesamt.

- (aerzteblatt.de 24.8.16) – In den **Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen (NRW)** haben im vergangenen Jahr **fast 40.000 hauptamtliche Ärzte** gearbeitet. Das waren 2,6% mehr als 2015, wie das Statistische Landesamt am Mittwoch (34.KW) mitteilte. Die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst blieb hingegen mit rund 100.000 im Jahresvergleich nahezu unverändert. Sie kümmerten sich um etwa 4,5 Millionen Patienten (plus 0,5%). Die Patienten blieben durchschnittlich 7,3 Tage im Krankenhaus. Im Jahr 2000 hatte die durchschnittliche Verweildauer noch 10,4 Tage betragen. „Während Krankenhäuser immer mehr Ärztinnen und Ärzte beschäftigen, stagniert die Zahl der Pflegekräfte weiterhin“, unterstrich NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne). Man brauche vom Bund möglichst schnell klare Vorgaben für mehr Pflegepersonal in Krankenhäusern, denn nur so könnten die Krankenhausträger die Mehrkosten über Kassenleistungen refinanzieren.
- (bibliomed.de 30.8.16) – Die Ärztegewerkschaft **Marburger Bund fordert** für die rund 55.000 Ärzte **in kommunalen Kliniken 5,9% mehr Gehalt**. „Die angestellten Ärztinnen und Ärzte in kommunalen Krankenhäusern wollen – wie alle anderen Arbeitnehmer auch - an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben und erwarten eine ihrer Leistung und ihrem Einsatz entsprechende Bezahlung der Arbeit“, erklärte der 1. Vorsitzende Rudolf Henke gestern in Berlin. Henke begründet die Forderung unter anderem mit der steigenden durchschnittlichen Wochenarbeitszeit der Ärzte, die sich der 60 Stunden-Marke nähere, sowie mit Überstunden, die anfielen, um die unbesetzten Stellen im ärztlichen Dienst zu kompensieren. Der Geschäftsführer des Interessenverbandes Kommunaler Krankenhäuser (IVKK), Uwe Alschner, wies die Forderungen des MB gestern indes als „welfremd und verantwortungslos“ zurück. Es sei „zynisch“, dass Henke die kommunalen Kliniken an ihre Verantwortung erinnere, die überproportionalen Lasten der Mediziner an kommunalen Kliniken angemessen zu honorieren.
- (ots 25.8.16) – Der **Asklepios Konzern** hat seine Position als einer der führenden privaten Klinikbetreiber Deutschlands im ersten Halbjahr 2016 weiter ausgebaut. Das Unternehmen konnte gegenüber dem Vorjahr alle wesentlichen Konzernkennzahlen verbessern. Insbesondere die **erneut steigenden Patientenzahlen** haben zu dem Erfolg beigetragen. In den ersten sechs Monaten 2016 ließen sich insgesamt 1,2 Mio. Patienten in einer der 150 Gesundheitseinrichtungen behandeln - ein Anstieg von 4,2% im Vergleich zum Vorjahr. Die Umsatzerlöse des Konzerns stiegen im Vorjahresvergleich um 4,5% auf insgesamt EUR 1,6 Mrd. (H1 2015: EUR 1,5 Mrd.). Das Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) erhöhte sich um 6,6% auf EUR 179,6 Mio. (H1 2015: EUR 168,5 Mio.) Dies entspricht einer EBITDA-Marge von 11,1% (H1 2015: 10,9%). Die gestiegene Rentabilität ist insbesondere auf einen unterproportionalen Anstieg der Materialaufwandquote zurückzuführen. Diese konnte Asklepios durch Effizienzsteigerungen um 0,5 Prozentpunkte auf 21,4% senken (H1 2015: 21,9%). Das Konzernzwischenenergebnis betrug für das erste Halbjahr 2016 insgesamt EUR 83,7 Mio. (H1 2015: EUR 86,4 Mio.). Die Umsatzrendite liegt aufgrund des überproportionalen Anstiegs des Zinsaufwandes, im Wesentlichen bedingt durch die EUR 580 Mio. Schuldscheinemission im zweiten Halbjahr 2015, mit 5,2% (H1 2015: 5,6%) leicht unter dem Niveau des Vergleichszeitraums.

Verbände & Unternehmen

- (bdi 2.9.16) – Der Gesetzgeber hat verbindlich im Sozialgesetzbuch vorgeschrieben, dass in Zukunft den Patienten ein **Medikationsplan** zur Verfügung gestellt werden muss. Im Interesse einer transparenten Arzneimitteltherapie, die allein schon wegen der Folgen

der Rabattverträge bei der Arzneimittelabgabe dringend notwendig ist, begrüßt der **Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)** ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers. Die Umsetzung führt aber zu einem bedeutsamen **Mehraufwand** an Koordination, Information und Bürokratie, der **bei der Vergütung** dieser Leistung **berücksichtigt** werden muss. Der BDI fordert für die hausärztliche Versorgung deshalb eine Anhebung des Chroniker- und Geriatriekomplexes. Für alle übrigen Patienten, die einen Medikationsplan benötigen, muss eine eigene EBM-Ziffer eingeführt werden, die auch für den fachärztlichen Bereich zu gelten hat. Eine solche Ziffer darf nicht mit anderen Pauschalen verrechnet werden. Diese neuen Leistungen müssen zusätzlich erbracht werden und ersetzen keine seitherigen Honorierungen im EBM. Sie sind deshalb grundsätzlich extrabudgetär zu vergüten. Der BDI erwartet insbesondere von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass diese Vorgaben so mit den Krankenkassen vereinbart werden, damit die sinnvollen gesetzlichen Bestimmungen auch umgesetzt werden können.

- (facharzt.de 1.9.16) – Die **homöopathisch tätigen Ärzte wehren sich** dagegen, mit **Heilpraktikern in einen Topf geworfen** zu werden. Den GBA-Vorsitzenden Joseph Hecken attackieren sie für seine Äußerungen scharf. Hecken sei – so einer der Kritikpunkte – der aktuelle Forschungsstand unbekannt. Joseph Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), hatte als Reaktion auf Todesfälle im Zusammenhang mit der Behandlung eines Heilpraktikers in NRW gefordert, dass die Krankenkassen nicht länger homöopathische Verordnungen erstatten sollten. Bei schwerwiegenden Erkrankungen wie Krebs müsse eine homöopathische Therapie auch Selbstzahlern untersagt werden können. „Hecken wirft Ärzte und Heilpraktiker sowie Therapiemethoden der integrativen Medizin wild durcheinander“, kritisiert nun Cornelia Bajic, Fachärztin für Allgemeinmedizin und 1. Vorsitzende des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ). Hecken gehe davon aus, dass die Patienten in Brüggen aufgrund einer homöopathischen Behandlung gestorben seien. „Das ist falsch“, sagt Bajic. In seiner Position sollte Hecken sehr schnell herausfinden können, wie die Faktenlage tatsächlich sei.
- (aerzteblatt.de 2.9.16) – **Sieben Hilfsmittelverbände haben vor Defiziten bei der Versorgung von Patienten mit Anti-Dekubitus-Systemen gewarnt.** Unter den aktuellen Vergütungsstrukturen der Krankenkassen könnten die Patienten nicht mehr adäquat versorgt werden, so der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT), der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), die EGROH, die Fachvereinigung Medizinprodukte (fmp), der Reha-Service-Ring (RSR), rehaVital und Sanitätshaus Aktuell. Der Trend zu „Billigprodukten“ gefährde die Patienten und Sorge für „teure Wunden“, die das Gesundheitssystem „hinten mehr belasten, als die Kassen vorne sparen“, kritisierten die Verbände. Ihnen zufolge wollen einige Krankenkassen mit einer Vergütung von unter 100 Euro das Produkt, die Dienstleistung und die Logistik abgelden. „Eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten mit Anti-Dekubitus-Produkten ist nicht mehr darstellbar“, sagte BVMed-Hilfsmittelexpertin Daniela Piossek. Diese Entwicklung gehe mit einem überproportionalen Anstieg von schmerzhaften und lebensbedrohlichen Dekubitalgeschwüren und den damit verbundenen deutlich höheren Folgekosten einher.

Termine

- 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/>
- 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>
- 21. September (Berlin) **Fachgespräch: Hohe Rendite – schlechte Pflege?**
<https://www.gruene-bundestag.de/termin/hohe-rendite-schlechte-pflege.html>
- 22. September (Berlin) **Pharma-Dialog – Pol. Konsequenzen, ökon. Auswirkungen**
<https://www.rsmedicalconsult.com/veranstaltungen/events2016/pharma-dialog>
- 22. September (Neuss): **Niederrheinische Pflegekongress 2016**
<http://www.niederrheinischer-pflegekongress.de>
- 22./23. September (Berlin) **17. Deutscher Medizinrechtstag**
<http://www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medizinrechtstag/>
- NEU: 27. September (Berlin) **Deutschland Digital Pitch – Gesundheit**
http://www.cisco.com/c/m/de_de/events/2016/dd/index.html?tab=agenda
- 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)
- 29. September (Berlin) **7. Berliner Symposium der GWQ**
<http://www.gwq-serviceplus.de/infos/termine-veranstaltungen>
- NEU: 29./30. September 2016 (Berlin) **Juristentag der Heilberufeorganisationen**
<http://health-care-akademie.de/kursangebot/juristentag-der-heilberufsorganisationen/>
- NEU: 4. Oktober (Frankfurt/Main) **eHealth-Kongress 2016**
<http://www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/ehealth/ehealth-kongress-2016.html>
- 5.-7. Oktober (Berlin) **15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung**
<http://dkvf2016.de/>
- NEU: 12.-15. Oktober 2016 (München) **ExpoPharm**
<http://expopharm.de>
- 13. Oktober (Berlin) **17. PEG-Fachtagung "Gesundheitswirtschaft im Wandel"**
http://www.peg-einfachbesser.de/Veranstaltung/peg-fachtagung/?instance_id=11
- NEU: 13. Oktober (Berlin) **Konferenz: CME – qua vadis?**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/cme-quo-vadis/>
- NEU: 13. Oktober 2016 (Berlin) **Konferenz Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg**
<http://tinyurl.com/hjeoh79>
- 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-antikorrup-tion-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/>

- 3. November (Berlin) **5. Gesundheitswirtschaftskonferenz des BMWi**
Rückfragen unter gesundheitswirtschaftskonferenz@bmwi-registrierung.de
 - 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
- NEU:** 8./9. November 2016 (Berlin) **Berliner Pflegekonferenz**
<http://berliner-pflegekonferenz.de/programm/>
- 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/10jwineq2016/807900>
- NEU:** 14.-17. November (Düsseldorf) **MEDICA**
<http://www.medica.de/>
- NEU:** 14.-17. November (Düsseldorf) **Deutscher Krankenhaustag**
<http://www.deutscher-krankenhaustag.de/>
- 30. November/ 1. Dezember (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>
- NEU:** 20./21. Januar 2017 (Berlin) **Kongress Pflege**
<http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2017/programm/>
- NEU:** 24./25. Januar 2017 (Berlin) **BMC-Kongress. Versorgung gestalten**
<http://www.bmckongress.de>
- NEU:** 23.-25. März 2017 (Berlin) **Deutscher Pfl egetag 2017**
<https://deutscher-pflegetag.de>

© 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