

Editorial – Thema der Woche

Montag, 12. September 2016

Zur ambulanten Notfallversorgung werden wir uns wohl mal grundlegende Gedanken machen müssen. Im Moment jedenfalls läuft's nach Kraut und Rüben – und da leider immer entweder der ambulante oder der stationäre Bereich profitiert, loben die jeweiligen Interessenvertreter immer aus verschiedensten (und in der Regel kaum medizinischen) Gründen die unterschiedlichsten Teile der chaotischen Zustände. Was dabei aus Versorgungsperspektive vernünftig wäre, bleibt – wie so oft im Gesundheitswesen – auf der Strecke.

Dabei müsste man wohl mal mit dem Patienten anfangen, der bislang noch je nach Gutdünken, Freizeitverhalten, individuellem Wissenstand oder auch ethnischer Prägung aufschlagen kann, wo er möchte. Der „normale“ Gedanke, der Patient werde sich schon nicht stundenlang in eine Krankenhausambulanz setzen, wenn's nicht so schlimm ist, greift jedenfalls aus unterschiedlichen Gründen häufig nicht. Möglicherweise sind die Notfallangebote der regionalen KVen gar nicht bekannt (wer weiß schon, was eine KV ist?), möglicherweise hat man keine Lust, sie in Anspruch zu nehmen (von der unaufgeräumten Küche war ja an dieser Stelle schon die Rede) oder man überschätzt vielleicht auch schlicht den akuten Behandlungsbedarf... Auf jeden Fall geht's oft schief – und dann beginnt das System-Chaos.

Denn finanziert wird dieses ambulante Angebot der Krankenhäuser von den Kassenärztlichen Vereinigungen. Und die haben natürlich wenig Neigung, „der Konkurrenz“ allzu viel Geld in den Rachen zu werfen. Dass die Krankenhäuser unter diesen Vorzeichen für jeden Patienten draufzahlen, dürfte kaum verwundern. Allerdings: Groß ist auch der Anreiz, mit dem Notfall-Patienten, wenn er denn schon da ist, ein nicht belegtes Bett zu füllen – auch wenn das heimatliche Patientenbett vielleicht der viel bessere Aufenthaltsort wäre. Und vielleicht – um die Krankenhäuser in nicht allzu schlechtem Licht dastehen zu lassen – gebietet auch nur die Vorsicht vor einem eventuellen Haftpflichtfall die stationäre Einweisung.

Was sehen wir aber aus all dem: An zahlreichen Stellen entscheiden externe und vor allem nicht-medizinische Begründungen, Befürchtungen oder Informationen darüber, wo der Patient im objektiven oder eben auch subjektiven Notfall landet und was dann mit ihm passiert. (Wie so oft im deutschen Gesundheitssystem sei an dieser Stellen übrigens der Hinweis erlaubt, dass man sich gelegentlich auch wundern und/oder freuen kann, wie gut die Sache insgesamt trotz allem funktioniert... – aber das ist jetzt nicht das Thema.) An diesen externen und nicht-medizinischen Begründungen müssen jedoch die grundlegenden Gedanken ansetzen, von denen eingangs die Rede war.

Es zeigt sich nämlich, dass das Problem von den Beteiligten selbst nicht zu lösen ist – und von den Patienten in der Regel gar nicht als Problem wahrgenommen wird. Das heißt, der Karren kommt nur aus dem Dreck, wenn sich die Politik des Falles annimmt. Das allerdings ist schon geschehen (Stichwort Portalpraxen), hat zu einem Aufschrei der KVen geführt (warum eigentlich?) und doch nichts geändert. Die Gräben sind zu tief, und die Befürchtungen, jeweils von der anderen Seite über den Tisch gezogen zu werden, scheinen unausrottbar.

In dieser Situation mag es sich empfehlen, die Sache mal grundsätzlich neu und vom Versorgungsbedarf her zu denken. Empfehlenswert wäre dafür ein Dialog (politische initiiert, würde ich sagen), der zunächst die medizinischen Notwendigkeiten und Erwartungen definiert. Erst dann kann und sollte darüber nachgedacht werden, welcher Regelungsbedarf im System sich daraus ergibt. Und dann los... Angenehmer Nebeneffekt: es dürften sich aus dieser Analyse Erkenntnisse ergeben, die auch darüber hinaus Hinweise zur besseren Verzahnung der Versorgungsektoren liefern. Da kann man dann ja gleich weitermachen. Denn das hatte sich ja Hermann Gröhe ohnehin für die nächste Runde vorgenommen.

Ministerium und Regierung

- (bmg 5.9.16) – Die **gesetzlichen Krankenkassen** wiesen im **1. Halbjahr 2016** einen **Überschuss von 598 Mio. Euro** aus. Einnahmen in Höhe von rund 111,6 Mrd. Euro standen nach den vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Halbjahres 2016 Ausgaben von rund 111 Mrd. Euro gegenüber. Dabei verzeichneten sämtliche Kassenarten ein positives Ergebnis. Im 1. Halbjahr 2015 hatten die Krankenkassen noch ein Defizit von 491 Mio. Euro ausgewiesen. Das Finanzergebnis der Krankenkassen hat sich damit im Vergleich zu den ersten 6 Monaten des vergangenen Jahres um rund 1,1 Mrd. Euro verbessert. Die Finanzreserven der Krankenkassen liegen nunmehr bei 15,1 Mrd. Euro. Auch die Ausgabenentwicklung hat sich bei weiterhin positiv verlaufender Einnahmenentwicklung in diesem Jahr deutlich abgeflacht. Je Versicherten gab es einen Anstieg von 3,2%. Dies ist der niedrigste Anstieg seit 2012 und liegt deutlich unterhalb des Ausgabenzuwachses, den der Schätzerkreis im Oktober vergangenen Jahres für das Gesamtjahr 2016 prognostiziert hatte.
- (bibliomed.de 9.9.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) hat die **Selbstverwaltung ermahnt**, die **Umsetzung** seiner **Krankenhausreform nicht zu verschleppen**. Bei seiner Rede während der Haushaltsdebatte im Bundestag rügte er Verzögerungen infolge von Streit zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG). Gröhe sagte zur Umsetzung der Reform: „Ich erwarte, dass dies zeitnah geschieht. Ich finde es nicht schön, dass es beispielsweise im Bereich der Hochschulambulanzen und der Zentrenzuschläge des Schlichtungsverfahrens bedarf. Wir erwarten, dass der Wille des Gesetzgebers, diese Arbeit auskömmlich zu finanzieren, umgesetzt wird.“ Die Selbstverwaltung hat sich zwar nach Informationen des BibliomedManagers bei einigen Punkten geeinigt, weist aber eben auch noch eine Reihe offener Fragen aus. Der Minister trat auch Vorwürfen von Kassen, Ökonomen und Teilen der Opposition entgegen, seine Gesundheitsreformen seien nicht nachhaltig finanziert. In den Medien würden Daten über mögliche Zusatzbeiträge genannt, die nicht stimmten.
- (aerzteblatt.de 8.9.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) hat einer **paritätischen Finanzierung** der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der heutigen Haushaltsdebatte im Bundestag **erneut eine Absage erteilt**. „Wir halten die Lohnzusatzkosten in Schach“, sagte der Minister. Er warnte zugleich vor falschen Zahlen über steigende Zusatzbeiträge und versicherte, für derartigen „Alarmismus“ gebe es keinen Anlass. Gröhe verwies darauf, dass die Krankenkassen im ersten Halbjahr einen Überschuss von 600 Mio. Euro verbucht hätten. Vor einigen Wochen hatten Schätzungen für Unruhe gesorgt, wonach der durchschnittliche Zusatzbeitrag für die Krankenversicherung von jetzt 1,1% bis 2020 auf 2,4% steigen könnte. Diese Zahlen hat der GKV-Spitzenverband mittlerweile relativiert. Der Zusatzbeitrag, den die Versicherten alleine tragen müssen, kommt zum allgemeinen Beitragssatz von 14,6% hinzu, den sich die Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen.
- (bibliomed.de 8.9.16) – Nach Informationen des BibliomedManagers und des Pflegeportals Station24 rechnet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit **12.500 Sozialhilfeempfängern**, bei denen die **Finanzierung ihres Heimplatzes im Zuge der Pflegereform gefährdet** sein könnte. Am Mittwoch hatte es Berichte über 80.000 Betroffene gegeben. Allerdings arbeitet das BMG bereits an einer gesetzlichen Klarstellung, die im Lauf des parlamentarischen Verfahrens Rechtssicherheit geben soll. Das Bundessozialministerium (BMAS) unter Führung von Andrea Nahles (SPD) bestreitet bisher, dass es eine rechtliche Lücke gibt. Für die Finanzierung der Heimplätze von Menschen mit geringem Einkommen, die zu geringe Mittel aus der Pflegeversicherung erhalten, ist das BMAS zuständig. Insgesamt sieht das BMG die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf gutem Weg. Die Schulung der Begutachter sei weit fortgeschritten. Auch die nötigen Ergänzungsvereinbarungen in den Bundesländern kämen voran. Berlin,

Brandenburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen haben demnach solche Vereinbarungen für den vollstationären Bereich abgeschlossen, Hamburg für den teilstationären.

- (bmg 6.9.16) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** und Bundesfamilienministerin **Manuela Schwesig** gaben am Dienstag gemeinsam in Berlin den Startschuss für eine deutschlandweite Initiative, die über Demenzerkrankungen sowie die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Familien aufklärt. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft führt die **Initiative "Demenz Partner"** durch, die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt wird. Vorbild ist die Aktion "Dementia Friends" der englischen Alzheimer-Gesellschaft, die die Initiative aus Japan aufgenommen hat. Daran beteiligen sich inzwischen mehrere Millionen Menschen in Großbritannien, Kanada, Nigeria, China und weiteren Ländern. Die Initiative hat eine Laufzeit von fünf Jahren. Nach der Anschubfinanzierung durch das Bundesgesundheitsministerium unterstützt Frau Susanne Klatten mit ihrer gemeinnützigen SKala-Initiative die bundesweite Initiative für die nächsten fünf Jahre.
- (aerzteblatt.de 8.9.16) – Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, **Karl-Josef Laumann**, hat eine **Überprüfung der Heilpraktikerausbildung angekündigt**. Zwar lägen Überprüfung, Erteilung der Erlaubnis und Überwachung der Berufsausübung in der Verantwortung der Länder, sagte Laumann der *Neuen Osnabrücker Zeitung*. Gleichwohl solle nun geprüft werden, „ob der aktuelle Gesetzesrahmen noch den Anforderungen der Zeit entspricht“. Dabei gelte der Grundsatz Gründlichkeit vor Schnelligkeit. „Gegenseitige Schuldzuweisungen und Schnellschüsse helfen da niemandem“, sagte Laumann.
- (hib/PK 6.9.16) – Wissenschaftler plädieren für eine systematische Aufwertung bestimmter Gesundheitsberufe durch eine universitäre Ausbildung. So sei es "wünschenswert und machbar", für die Berufsausbildung der **Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und Physiotherapeuten** jeweils Studiengänge einzurichten, heißt es in einem **Bericht über die Einführung einer Modellklausel** in die Berufsgesetze der vier Gesundheitsfachrichtungen, wie aus einer Unterrichtung der Bundesregierung hervorgeht. In Evaluierungen sprächen sich die beteiligten Hochschulen überwiegend für eine Teilakademisierung aus, bei Erhaltung der fachschulischen Ausbildung. Eine Minderheit befürworte die vollständige Verlagerung der vier Ausbildungen an die Hochschulen. Die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den vier Bereichen werde als "essentiell notwendiger und zukunftsweisender Schritt" angesehen. Allerdings würde bei einer Vollakademisierung den Schülern mit einem mittleren Schulabschluss der Zugang verwehrt. Ferner seien keine Daten über die finanziellen Auswirkungen einer vollständigen Verlagerung der Ausbildung auf die Hochschulen erhoben worden. Zudem seien Fragen zu den langfristigen Auswirkungen der Akademisierung in diesen Berufszweigen noch unbeantwortet.
- (hib 5.9.16) – Von **Lieferengpässen bei Arzneimitteln ist in der Regel nicht Deutschland allein betroffen**. Es seien "keine spezifisch nur Deutschland betreffenden Ursachen für Lieferengpässe bekannt", heißt es in der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke**. Die unterschiedlichen Gründe für solche Engpässe könnten immer mehrere Märkte betreffen. Mögliche Ursachen seien Probleme bei der Wirkstoffproduktion und -beschaffung, Probleme bei der Arzneimittelproduktion, die Sperrung oder ein Rückruf von Chargen wegen qualitativer Mängel sowie eine falsche Kapazitätsplanung oder ein akut erhöhter Bedarf. Im Referentenentwurf zum GKV-Arzneimittelstärkungsgesetz sei vorgesehen, dass künftig Produktionszeiten beim Abschluss von Rabattverträgen stärker berücksichtigt werden sollen. So seien Rabattverträge über patentfreie Arzneimittel so zu vereinbaren, dass die Pflicht der Pharmafirma zur Gewährleistung der Lieferfähigkeit "frühestens sechs Monate nach der Vorabinformation über den geplanten Zuschlag und frühestens drei Monate nach Zuschlagserteilung beginnt". Im Übrigen träfen auch die Vertragspartner Vereinbarungen, um die Einhaltung der Lieferverpflichtungen zu gewährleisten. Der Jour fixe zum Thema "Liefer- und Versorgungsengpässe" werde im 3. Quartal dieses Jahres seine Arbeit aufnehmen und sich

mit der Beobachtung und Bewertung der aktuellen Versorgungslage befassen, heißt es in der Antwort weiter.

- (hib/PK 5.9.16) – Die seit 2016 unter neuer Trägerschaft organisierte **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** hat den **geplanten Leistungsumfang offenbar noch nicht erreicht**. Wie die Bundesregierung in ihrer **Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen** schreibt, hat die UPD im Juli 2016 insgesamt rund 7.000 Beratungen verzeichnet. Im Vorjahresmonat waren es unter alter Trägerschaft rund 7.500 Beratungen. Für den Aufbau eines effizienten und qualitätsorientierten Beratungsbetriebs sei nach dem Trägerwechsel dem neuen Anbieter ein Übergangszeitraum von sechs Monaten, bis Ende Juni 2016 eingeräumt worden. Somit sei ein vollständiges und umfassendes Beratungsangebot der UPD "in dieser Übergangsphase nicht zu erwarten gewesen", heißt es in der Antwort. In der Aufbauphase habe es auch technische Probleme gegeben. Die neue UPD hat den Angaben zufolge zwischen Januar und Juni 2016 ihre Leistung kontinuierlich von rund 5.400 auf 7.100 Beratungen gesteigert. In den meisten Fällen handelte es sich um telefonische Beratungen. Seit Juni 2016 liege die telefonische Erreichbarkeit bei umgerechnet 90%.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (krankenkassen-direkt.de 7.9.16) – Nach Abschluss der Sommerpause hat die **SPD-Bundestagsfraktion** in Berlin mehrere Beschlüsse zur parlamentarischen Arbeit in den kommenden Monaten gefasst. Auch die **Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** fällt hierunter: Sie soll **in Zukunft wieder je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern** getragen werden. In einem **Beschlusspapier** fordert die SPD-Bundestagsfraktion, den Zusatzbeitrag, der einseitig von den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gezahlt wird, abzuschaffen. An der Finanzierung der Krankenkassenbeiträge sollen Arbeitnehmer und Arbeitgeber wieder jeweils zur Hälfte beteiligen werden. Würden die kassenindividuellen Zusatzbeiträge abgeschafft, wäre damit auch der bestehende Beitragswettbewerb in der GKV beendet. Alle Kassen müssten dann erneut den selben Beitragssatz erheben. Der Zusatzbeitrag sei laut SPD-Fraktion mit einer Begrenzung auf 0,9 Beitragssatzpunkte eingeführt worden, um die Lohnnebenkosten zu senken, Jobs zu sichern sowie Arbeitgeber sowie den Staat in Zeiten der Wirtschaftskrise zu entlasten. Die Belastung der Arbeitnehmer sei dann jedoch unter der schwarz-gelben Regierung verschärft worden, als diese den Arbeitgeberbeitrag einseitig festschrieb.
- (aerzteblatt.de 8.9.16) – Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, **Hilde Mattheis**, forderte die Union auf, ihre Haltung zur Parität zu überdenken und **begrüßte Äußerungen des Arbeitnehmerflügels von CDU und CSU**, noch in dieser Legislatur die Parität gemeinsam wiederherzustellen. Sie „werbe“ für diesen Vorschlag, so Mattheis. „Das Gesundheitssystem in Deutschland ist ungerecht finanziert“, betonte auch SPD-Fraktionsvize Karl Lauterbach. Er bezeichnete die paritätische Bürgerversicherung als „langfristig das wichtigste Projekt“, dass diese Ungerechtigkeit beseitigen könne. Linke und Grüne hatten in der Debatte vehement darauf gedrungen, zur paritätischen Finanzierung zurückzukehren. „Arbeitgeber sollen genauso viel zahlen wie Arbeitnehmer“, erklärte Gesine Lötsch (Die Linke). Dass die Arbeitnehmer steigende Kosten im Gesundheitswesen allein tragen müssten, sei „nicht in Ordnung“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Maria Klein-Schmeink.
- (apotheke-adhoc.de 9.9.16) – Mit einer gemeinsamen Initiative haben Apotheker, Ärzte und Krankenhäuser in dieser Woche auf die **Probleme bei der Zytostatika-Versorgung** aufmerksam gemacht und ein Verbot von Ausschreibungen gefordert. Während sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) weiter bedeckt hält, reagiert als erster CDU-Gesundheitsexperte **Michael Hennrich**: Der Berichterstatter für Arzneimittel der will die Apotheker aus der Preiszwinge entlassen und schlägt stattdessen **Rabattverträge zwischen Kassen und den Wirkstoffherstellern** vor. „Wir wollen, dass die Kassen in Zu-

kunft direkt Rabattverträge mit den Zytostatika-Herstellern schließen und die Apotheken verpflichtet werden, nur Produkte mit Rabattvertrag einzusetzen“, sagte Henrich dem Handelsblatt. „Damit erhalten wir die Wahlfreiheit der Apotheke und legen gleichzeitig den grauen Markt um Zytostatika trocken.“ Eine solche Änderung könnte die große Koalition im Rahmen der AMG-Novelle oder des Pharmadialog-Gesetzes noch in diesem Jahr beschließen.

- (bvmed 9.9.16) – **Martina Stamm-Fibich**, Berichterstatterin für Hilfsmittel der SPD-Bundestagsfraktion, **sieht die Neuregelung der Verbandmitteldefinition im Rahmen der Hilfsmittelreform (HHVG) kritisch**. Innovative Wundversorgungsprodukte müssten den gesetzlich Versicherten zeitnah zur Verfügung stehen, sagte die SPD-Bundestagsabgeordnete auf dem Gesprächskreis Gesundheit des BVMed am Mittwoch in Berlin. Die Neuregelung des Gesetzes sieht vor, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel zu erstatten sind. Andere Mittel zur Wundbehandlung müssten hingegen ihre medizinische Notwendigkeit in Studien nachweisen, um in die GKV-Versorgung einbezogen zu werden. "Diese Neuregelung bringt Nachteile für die Patienten bei der Versorgung. Ich stehe zu Innovationen und finde, dass sie beim Patienten auch angewendet werden müssen", so Stamm-Fibich.
- (gpb 6.9.15) – Der Paderborner **SPD-Bundestagsabgeordnete Burkhard Blienert** wurde von der SPD-Bundestagsfraktion **in den Haushaltsausschuss als zuständiger Berichterstatter für den Gesundheitsbereich berufen**. Neben der Mitgliedschaft im Haushaltsausschuss bleibt Blienert Mitglied im Ausschuss für Kultur und Medien und Stellvertreter im Gesundheitsausschuss. Zudem bleibt er als Berichterstatter der SPD-Bundestagsfraktion zuständig für die Drogen- und Suchtpolitik sowie für die Filmpolitik.
- (aerztezeitung.de 7.9.16) – **Nicht einwilligungsfähige Personen**, etwa Demenzerkrankte, sollen **nicht in für sie nutzlose pharmakologische Studien eingeschlossen** werden: Mit einem dementsprechenden **Änderungsantrag** im Bundestag will eine **fraktionsübergreifende Gruppe von Abgeordneten** einen Vorstoß von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ins Leere laufen lassen. Der hatte im Frühjahr in den Regierungsentwurf der Vierten Novelle des Arzneimittelgesetzes einen strittigen Passus aufnehmen lassen. Dieser würde die Teilnahme von nicht einwilligungsfähigen Personen an für sie fremdnützigen klinische Prüfungen ermöglichen, sofern sie das in einer Patientenverfügung erlaubt haben. Das Vorhaben ist strittig, die Beratungen im Bundestag wurden im Juni ausgesetzt. Jetzt nimmt das Verfahren einen neuen Anlauf: "Diesem Vorschlag muss eine klare Absage erteilt werden", heißt es in der Begründung des Änderungsantrags von **Ulla Schmidt** (SPD), **Uwe Schummer** (CDU), **Kathrin Vogler** (Linke) und **Kordula Schulz-Asche** (Grüne) sowie weiterer Abgeordneter. Solche Prüfungen sollten nur bei einem direkten Nutzen für die Probanden möglich sein. Die Abgeordneten setzen nun auf eine Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss. Ende des Jahres soll der Bundestag abstimmen.
- (hib/PK 6.9.16) Zu dem vom Bundeskabinett gebilligten Entwurf eines "Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (**PsychVVG**) hat der Gesundheitsausschuss des Bundestages am Dienstag eine **öffentliche Anhörung** beschlossen. Vorbehaltlich der Zustimmung durch das Parlament soll die Expertenanhörung am **26. September** stattfinden. Mit der Gesetzesnovelle der Bundesregierung soll die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessert werden. Geplant ist eine Neuausrichtung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen sowie eine bessere Abstimmung der ambulanten und stationären Versorgung. Das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wird schon länger kritisch hinterfragt, weil die pauschale Abrechnung von Therapien bei psychischen Erkrankungen dem tatsächlichen Aufwand oft nicht gerecht wird. Der Gesundheitsausschuss billigte außerdem eine öffentliche Anhörung über einen Antrag der Fraktion Die Linke zum Thema Cannabis als Medizin. Er soll am **21. September** zusammen mit dem **Gesetzesentwurf** der Bundesregierung über die Zu-

lassung von **Cannabis für schwer kranke Patienten** beraten werden.

Länder und Regionen

- (landsh 6.9.16) – Das **Landeskabinett Schleswig-Holstein** hat am Dienstag dem **Entwurf eines neuen Rettungsdienstgesetzes zugestimmt**. Die Novelle passt die Gesetzeslage den veränderten Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst an. Der Gesetzentwurf wurde im Dialog mit Vertretern der kommunalen Aufgabenträger, den Krankenkassen und den Trägern der Rettungsdienste abgestimmt. Kernpunkte des Gesetzes: Die Luftrettung soll mit dem Gesetz erstmalig gesetzlich geregelt werden. So soll auch in Zukunft eine rechtssichere Verzahnung mit dem bodengebundenen Rettungsdienst realisiert werden: Das Land Schleswig-Holstein wird Träger der Luftrettung und beauftragt Luftrettungsunternehmen mit der operativen Durchführung. Träger der Luftrettung für den Standort Sibirin wird zur Nutzung der derzeitigen strukturellen und finanziellen Synergien mit dem Zivil- und Katastrophenschutz der Kreis Ostholstein. Für den bodengebundenen Rettungsdienst wird an der Aufgabenträgerschaft der Kreise und kreisfreien Städte festgehalten. Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen diese Aufgabe als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahr.
- (aerzteblatt.de 5.9.16) – Die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin **Barbara Steffens** (Bündnis90/Grüne) hat ihre **Forderung nach einer grundlegenden Novellierung des Bundesheilpraktikergesetzes** erneuert. Das „Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ gilt seit dem 17. Februar 1939. Bereits in den Jahren 2010 und 2011 hatte Steffens Reformen angemahnt. „Komplementärmedizin kann das Spektrum der Schulmedizin sinnvoll ergänzen“, sagte die Ministerin jetzt in Düsseldorf. Vielfalt in der Herangehensweise und im Zugang zu Patienten könne „nur hilfreich sein“. Dabei müsse aber die bestmögliche Versorgung der Patienten erstes Ziel aller Akteure im Gesundheitswesen sein. Konkret fordert Steffens ein Berufsgesetz wie für andere Pflege- und Gesundheitsfachberufe auch. Dieses Gesetz müsse eine mehrjährige staatlich geregelte und bundesweit einheitliche Ausbildung für Heilpraktiker festlegen. Nötig seien außerdem verbindliche Ausbildungsinhalte- und -ziele, eine einheitliche Ausbildungsdauer, geregelte Zugangsvoraussetzungen sowie eine staatliche Abschlussprüfung.
- (aerztezeitung.de 12.9.16) – Werden die Kassen die gesetzlich geplante Arzt-Information über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung dazu instrumentalisieren, die ärztliche Therapiefreiheit zu beschneiden? Das befürchten zumindest die Vorstandsvorsitzenden der **KV Baden-Württemberg, Norbert Metke**, der **KV Bayerns, Wolfgang Kromholz**, sowie der **KV Westfalen-Lippe, Wolfgang-Axel Dryden**. In einem gemeinsam unterzeichneten **Brief** appellieren sie an Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe**, "bereits im Gesetz selbst" für Klarstellung zu sorgen, dass die **Arztinformationen** über Umfang und Ausmaß des Zusatznutzens neuer Arzneimittel "**weder als Leitlinie noch als Prüfkriterium** taugen" dürften. Hintergrund: Im Ende Juli vorgelegten Referentenentwurf zur AMNOG-Reform (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz) ist unter anderem vorgesehen, dass der GBA die Resultate seiner Nutzenbewertungen in einer Fassung veröffentlicht, die zur Abbildung in der Paxis-EDV "geeignet ist".
- (kvbw 7.9.16) – Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), **Norbert Metke**, sieht die **Patientensicherheit** im Rahmen der Versorgung mit Heilmitteln (Physiotherapie, Ergo- und Logotherapie) **durch das** vom Bundeskabinett verabschiedete **Heil- und Hilfsmittelgesetz nachhaltig gefährdet**. Der Gesetzentwurf sieht in der Heilmittelversorgung Modellversuche vor, bei denen nach Diagnosestellung und Indikation einer Heilmitteltherapie der Physiotherapeut die Anwendung sowie die Dauer selbst bestimmt (sog Blankorezeptur). Metke erklärte hierzu: „Wir begrüßen es ausdrücklich, dass den Physiotherapeuten mehr Freiheit bei der Wahl der konkreten Behandlung gegeben werden soll. Das ist eine Forderung der Ärzteseite seit langem, ergibt sich doch häufig die richtige Wahl der konkreten Behandlung erst aus dem Verlauf einer Erkrankung heraus. Die vom Gesetzgeber vorgesehene Regelung,

dass alleine der Physiotherapeut nach initialer ärztlicher Diagnose die Dauer einer Therapie bestimmt, ist aus unserer Sicht unverantwortlich, weil sie der Patientensicherheit entgegensteht.“

- (aerzteblatt.de 9.9.16) – Hausärzte in ländlichen Regionen sind rar. Nach Angaben der KV **Sachsen** waren **zum 1. Juli 226 Hausarztstellen** im Freistaat **unbesetzt**, davon entfielen mehr als 200 auf die Gegenden außerhalb der Ballungszentren Dresden, Leipzig und Chemnitz. Die Versorgung sei zunehmend problematisch, hieß es. Den Angaben zufolge sind von den gut 2.600 praktizierenden Hausärzten im Sachsen 680 älter als 60 Jahre, 340 sogar älter als 65 Jahre. Damit seien insgesamt 40% der Hausärzte nahe dem Rentenalter. Einen Nachfolger zu finden, sei gerade in strukturschwachen Regionen eine Herausforderung. „Viele zögern den Zeitpunkt noch hinaus, oftmals weil die Praxisnachfolge und Versorgung der eigenen Patienten nicht abgesichert ist“, so ein KV-Sprecher.
- (aerzteblatt.de 6.9.16) – Bei **Sprachtests für ausländische Ärzte fällt in Sachsen-Anhalt jeder vierte Prüfling durch**. Seit dem Start Anfang 2015 habe es 280 Prüfungen gegeben, davon 40 Wiederholungen, teilte die Ärztekammer des Landes auf Anfrage mit. Die Durchfallquote liegt bei etwa 25%, in den Wiederholungsprüfungen ist diese laut Kammer höher. Am häufigsten scheitern die Mediziner daran, schriftliche Untersuchungsbefunde und einen Arztbrief zu verstehen. Zudem sei das Verstehen zwei- und dreistelliger Zahlen ein Problem – Sprachschulen arbeiteten aber inzwischen verstärkt daran, sodass es kein häufiger Grund fürs Durchfallen ist. Der neue Deutschtest für ausländische Ärzte war zum Jahresbeginn 2015 eingeführt worden. Ziel war, die Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte genauer zu prüfen. Bis zu den neuen Tests mussten die Mediziner vor ihrer Zulassung nur ein gewisses Sprachniveau nachweisen.
- (aerzteblatt.de 9.9.16) – Als ein „**überreguliertes System, das in dieser Komplexität kaum noch zu erklären ist**“ hat der Vorstandsvorsitzende der **KV Niedersachsen (KVN), Mark Barjenbruch**, das deutsche Gesundheitswesen bezeichnet. Dabei bezog sich der KV-Chef auf die neue Richtlinie für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen, die aufgrund offener Honorierungsfragen bislang nicht umgesetzt werden kann. So sei die neue Kinder-Richtlinie zwar in der vergangenen Woche in Kraft getreten, werde aber erst dann Kassenleistung, wenn die ärztliche Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt ist. Dafür habe der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit. Bis zur Änderung der Gebührenordnung könnten Neuerungen wie Impfschutzberatung oder Mukoviszidose-Screening nur privat abgerechnet werden.
- (facharzt.de 8.9.16) – Die **KV Berlin** hat als Reaktion auf das am Dienstag veröffentlichte vdek-Gutachten zur Reform der **Notfallversorgung** einen **eigenen Vorschlagskatalog erstellt**. Diesen stellte KV-Vorsitzende Angelika Prehn am Donnerstag vor. Danach sollen Hausärzte als Klinikangestellte in den Rettungsstellen arbeiten und entscheiden: Was ist ein ambulanter, was ein stationärer Fall? „Grundsätzlich gilt hier zunächst: Alle, die im Rettungswagen angefahren werden, gehören in die Notaufnahme (Rettungsstelle), alle anderen in die Notdienstpraxis (Portalpraxis)“, so Prehns erster Vorschlag. Um diese Triage sollten sich eine geschulte Aufnahmekraft des Krankenhauses und der Hausarzt gemeinsam kümmern. Weiter schlägt die KV-Chefin eine Selbstbeteiligung der Patienten vor: „Patienten, die nicht im Rettungswagen gebracht werden, zahlen zur Behandlung 20 Euro. Handelt es sich dann doch um einen Notfall, wird die Gebühr zurückerstattet.“ Voraussetzung sei, dass die Krankenkassen die in den Rettungsstellen durchgeführten Untersuchungen vollständig bezahlen, und zwar extrabudgetär.
- (facharzt.de 11.9.16) – In **Berlin** entsteht ein **neues Herzzentrum**. Ein gemeinsamer Plan der Senatsverwaltungen für Wissenschaft und Gesundheit sieht vor, dass die herzmmedizinischen Einrichtungen von Charité und dem Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) zusammengelegt werden. Der Plan soll dem Senat am Dienstag zum Beschluss vorgelegt werden, wie eine Sprecherin der Senatsverwaltung für Gesundheit sagte. Details nannte sie nicht. Über das Vorhaben hatte zuerst die "Berliner Morgenpost" (Sams-

tag) berichtet. Demnach entsteht das neue Herzzentrum auf dem Gelände des Virchow-Klinikums in Wedding und soll 200 Mio. Euro kosten. Die Bauarbeiten sollen dem Bericht nach 2018 beginnen. Vorgesehen seien zwei Bauabschnitte, der erste solle 2021 abgeschlossen sein.

- (facharzt.de 9.9.16) – Der Vorstand der **KV Niedersachsen** (KVN) hat die Vorschläge des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zur Verbesserung der ambulanten Notfallversorgung als „realitätsfern“ bezeichnet. Für einen **Drei-Schichten-Betrieb in den Portalpraxen** seien **allein in Niedersachsen knapp 1.000 Hausärzte** nötig. „Was bedeutet die Einrichtung von Portalpraxen an allen Krankenhäusern, die rund um die Uhr an der stationären Notfallversorgung teilnehmen? Wir müssten in Niedersachsen 190 Portalpraxen an Krankenhäusern etablieren“, sagte KV-Chef Mark Barjenbruch. Die Kosten dafür beliefen sich auf mindestens 21 Mio. Euro. In einem Drei-Schichten-Betrieb sieben Tage in der Woche wären 950 Ärzte notwendig. „Nahezu jeder fünfte niedergelassene Hausarzt müsste dann Dienst in einem Krankenhaus machen. Die Forderung des vdek ist realitätsfern“, kritisierte Barjenbruch.

Gremien & Institutionen

- (zi 8.9.16) – **Kassenärztliche Bundesvereinigung und Barmer GEK** fordern gemeinsam gesetzliche **Änderungen im Sozialgesetzbuch und dem Krankenhausgesetz**. Ziel solle sein, dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ mehr Geltung zu verschaffen, der quer durch die Republik sehr unterschiedlich umgesetzt werde. „Ein Grund dafür ist, dass **Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Kliniken** nicht den realen Versorgungsbedarf in einer Region **berücksichtigen**, sondern **vor allem Strukturen und Leistungsmengen der Vergangenheit** fortschreiben. Das können wir ändern“, erläutert Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Wie sich das Potential der ambulanten Versorgung besser nutzen lässt, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen – darum ging es beim Forum des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Berlin. Vor rund 200 Fachleuten aus dem Gesundheitswesen wurde dabei unter anderem ein Gutachten der wissenschaftlichen Beratungsgesellschaft AGENON, Berlin, im Auftrag von Zi und Barmer GEK vorgestellt. Es liefert das methodische Rüstzeug, wie der konkrete Versorgungsbedarf der Bevölkerung einer Region analysiert und bewertet, auf dortige Krankenhäuser bezogen werden und schließlich in die Verhandlungen mit den Kliniken einfließen kann.
- (kbv 8.9.16) – In der Diskussion um die Neustrukturierung der ambulanten Notfallversorgung plädiert die **KBV für verstärkte Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern**. Allerdings dürfe es dann keine Doppelstrukturen mehr geben, betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen am Mittwochabend auf einer Veranstaltung in Berlin. Vielmehr seien Strukturen notwendig, die eine engere Zusammenarbeit zwischen den Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Klinikambulanzen ermöglichten, fügte Gassen hinzu. „Die Notfälle, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden in die Ambulanz der Klinik geleitet. Und die ambulanten Patienten werden von Vertragsärzten versorgt.“ Über die Einrichtung von „derartigen Schlüsselstandorten“ müssten jedoch regionale Experten entscheiden“. Nach Ansicht des KBV-Chefs sollte diese Erneuerung der Kooperation von Klinik und KV noch weitergehen. Notwendig sei eine **Aufgaben- und Mengenplanung**, wozu auch die gemeinsame Nutzung von Geräten, Personal und Räumlichkeiten gehörten. In diesem Zusammenhang warb Gassen für ein Umdenken „bei so mancher Klinikverwaltung“. Wenn Notaufnahmen als „Akquise-Instrument“ angesehen würden, „um mit Patienten, die eigentlich nicht ins Krankenhaus gehören, leere Betten zu füllen, dann ist das kontraproduktiv“.
- (kbv 8.9.16) – Die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten wird erleichtert. Auf entsprechende Neuerungen in der **Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Schmerztherapie** haben sich **KBV und GKV-Spitzenverband geeinigt**. Die geänderte Fassung

tritt am 1. Oktober 2016 in Kraft. „Mit der aktualisierten Vereinbarung werden wir mehr Ärzte für die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gewinnen können“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen. „Es war uns wichtig, die Qualitätsstandards auf international höchstem Niveau zu halten und dennoch Erleichterungen für den Zugang zu erreichen.“ Moderne Arbeitszeitmodelle sowie die Einführung einer befristeten Dokumentationsprüfung seien „wichtige Schritte, um den Ärztezugang zu einer qualitätsgesicherten schmerzmedizinischen Versorgung zu erleichtern“, betonte Joachim Nadstawek, Vorsitzender des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten (BVSD), der die Verhandlungen unterstützte. Damit werde auch „die Nachwuchsproblematik etwas entschärft“, fügte Nadstawek hinzu.

- (kbv 8.9.16) – Gegen den bakteriellen Erreger von **Hirnhautentzündungen und Blutvergiftungen** sind in Deutschland rund 80% der Kleinkinder geimpft. Eine aktuelle Studie der Wissenschaftler des Zi-Versorgungsatlas zeigt jedoch **gravierende Unterschiede der Impfquoten bei den Landkreisen**. Schlusslicht ist Bad Tölz-Wolfratshausen in Bayern: bis zum Ende des zweiten Lebensjahres sind dort nur knapp 32% der Kleinkinder gegen Meningokokken C geimpft, wohingegen der Anteil bei Spitzenreiter Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt bei 93% liegt. Auf Ebene der Bundesländer sind die Unterschiede deutlich geringer: In Bayern liegt die Impfquote bei 75%, in Mecklenburg-Vorpommern bei 85%. Auch zwischen alten und neuen Bundesländern geht die Tendenz weiter Richtung Angleichung. Die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut hatte die Impfung gegen Meningokokken C im Jahr 2006 in ihre Empfehlungen aufgenommen. Bereits drei Jahre später waren 80,2% der zweijährigen Kinder geimpft, so die Studie. Die Wissenschaftler des Versorgungsatlas werteten für die Untersuchung Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2014 aus.
- (aerzteblatt.de 9.9.16) – Die Zahl der **Abrechnungsbetrugsfälle** im Gesundheitswesen ist im vergangenen Jahr **um 11%** auf 4.457 registrierte Fälle in der polizeilichen Kriminalstatistik **angestiegen**. Darauf wies das **Bundeskriminalamt (BKA)** in seinem „Bundeslagebild 2015 Wirtschaftskriminalität“ vor Kurzem hin. Dabei sei auch der entstandene Schaden deutlich angestiegen: von 41 Mio. Euro im Jahr 2014 auf 70 Mio. Euro im vergangenen Jahr. Als Grund für den Anstieg nennt das BKA den Abrechnungsbetrug „durch russischsprachige Pflegedienste, das heißt solche, die mehrheitlich von Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion geführt werden“. Hierbei handele es sich um ein bundesweites Phänomen, das insbesondere dort auftrete, wo sich durch Sprachgruppen geschlossene Systeme bildeten. „Die Täter wählen beim Abrechnungsbetrug unterschiedliche Vorgehensweisen, indem sie beispielsweise nur zum Teil oder überhaupt nicht erbrachte Leistungen abrechnen, die Pflegebedürftigkeit von Patienten vortäuschen (Patienten simulieren bewusst), Ärzte und Pflegepersonal bestechen oder Urkunden im Zusammenhang mit der Ausstellung von Ausbildungszertifikaten fälschen“, erklärt das BKA.
- (aerzteblatt.de 8.9.16) – Ein Blick auf die aktuelle Versorgungslage zeigt: Je nach Region sind **Arzt- und Psychotherapeutesitze in Deutschland sehr unterschiedlich verteilt**. Doch die unterschiedliche Dichte bei den Versorgungsangeboten lässt sich nicht ausreichend auf regionale Unterschiede in der Häufigkeit der Erkrankungen oder Risikofaktoren zurückführen. Dies zeigt eine epidemiologische Studie, die an der Psychologischen Hochschule Berlin in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführt. „Anhand epidemiologischer Daten aus Bevölkerungsstudien und Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnten wir zeigen, dass die regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen weitaus geringer sind als die regionalen Unterschiede im Versorgungsangebot, welches die aktuelle Bedarfsplanung vorsieht“, sagte Frank Jacobi, Professor an der Psychologischen Hochschule Berlin und Leiter der Studie.

Aus der Kassenlandschaft

- (vdek 6.9.16) – Der **Verband der Ersatzkassen e. V.** (vdek) **will die Versorgung in der ambulanten Notfallmedizin verbessern** und hat dazu ein Gutachten beim AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Auftrag gegeben. Darin werden Empfehlungen zur Reform der ambulanten Notfallversorgung und einer besseren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Notdienst sowie dem Rettungsdienst vorgestellt. Patienten steuern im Notfall das Krankenhaus an, auch wenn sie eigentlich ambulant hätten behandelt werden können“, sagte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek. Unklare Sprechstundenzeiten und Anlaufstellen der niedergelassenen Ärzte, unklare Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Notdienst und die Unsicherheit der Patientinnen und Patienten seien die Hauptgründe dafür. So werden jährlich bis zu 25 Millionen Menschen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt, mit steigender Tendenz. Nach Aussagen von Fachgesellschaften könnten ein Drittel der Patienten bedenkenlos im niedergelassenen Bereich behandelt werden, gehören also nicht ins Krankenhaus.
- (aerztezeitung.de 8.9.16) – Die **Techniker Krankenkasse stellt neuen Medikamenten**, die 2013 erstmals zugelassen worden sind, ein **schlechtes Zeugnis aus**. Nur einer von 23 neuen Wirkstoffen erhält im "Innovationsreport" der Kasse, der auf einem Ampelschema beruht, die Farbe grün, gilt damit als innovativ. Es handelt sich dabei um das Brustkrebs-Präparat Pertuzumab (Perjeta®). Ausgewertet wurden Routinedaten des Jahres 2014 der 8,9 Millionen TK-Versicherten. Neun Substanzen werden als "begrenzt innovativ" bezeichnet, das entspricht der Ampelfarbe "gelb". Für zehn Wirkstoffe steht die Ampel auf "rot", sie werden als "nicht innovativ" bezeichnet, darunter sind alle drei untersuchten Orphan Drugs. Dieses Ergebnis habe "leider Tradition", sagte TK-Chef Jens Baas bei der Vorstellung des Reports am Mittwoch in Berlin. Auch bei dem im Vorjahr präsentierten Bericht für neue Substanzen aus dem Jahr 2012 gab es nur in einem Fall ein "grün", sieben Mal "gelb", zwölf Mal "rot". Die Ampelbewertung für einen Wirkstoff ergibt sich aus einem Score, der drei Kriterien berücksichtigt: verfügbare alternative Therapien, der Zusatznutzen und die (Vergleichs-) Kosten des Präparats. "Wir wollen Ärzte in die Lage versetzen, besser zu verschreiben", sagte Baas.
- (barmer gek 8.9.16) – In Deutschland sind **rund 1,5 Millionen Menschen abhängig von Medikamenten**. Die größte Suchtgefahr geht von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln aus. „Einige Medikamente können schnell abhängig machen, bei manchen geschieht dies binnen drei bis vier Wochen“, erklärt Andrea Jakob-Pannier, Psychologin bei der Barmer GEK. Wie Ärzte, Patienten und Angehörige problematischen Medikamentenkonsum erkennen und frühzeitig gegensteuern können, darüber informieren jetzt die **Barmer GEK** und die **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** mit einem gemeinsam entwickelten **Online-Angebot** (<http://www.medikamente-und-sucht.de/startseite.html>). Damit es nicht zu einer Abhängigkeit kommt, erklärt das neue Online-Angebot, welche Warnzeichen auf einen riskanten Medikamentenkonsum hindeuten.
- (bkk24 6.9.16) – Die **Universität Bremen** und die **Krankenkasse BKK24** haben das **"Länger besser leben."-Institut gegründet**. Hinter dem Namen verbirgt sich eine Kooperation, die sich inhaltlich mit **Fragen rund um Prävention und Gesundheitsförderung** beschäftigt. Vorrangiges Ziel der Zusammenarbeit ist es, neue Erkenntnisse in den Themenfeldern zusammenzutragen, um daraus konkrete Angebote zu machen. Auf diese Weise soll das Gesundheitsprogramm der BKK24 wissenschaftlich begleitet und "Länger besser leben." weiterentwickelt werden. Angesiedelt ist das wissenschaftlich orientierte "Länger besser leben."-Institut am "SOCIUM", einem fachbereichsübergreifenden Forschungszentrum der Universität Bremen zu Ungleichheit und Sozialpolitik. Von dort übernimmt Gerd Glaeske, Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, die wissenschaftliche Leitung.

- (sbk 7.9.16) – **Hans Unterhuber**, Vorstand der **Siemens-Betriebskrankenkasse SBK**, **fordert mehr Kundenorientierung** in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Damit die Versicherten wieder in den Mittelpunkt rücken, müsse ein Kulturwandel bei den Krankenkassen stattfinden: „Wir brauchen eine neue Dienstleistungsmentalität, damit Kundeninteressen nicht länger auf der Strecke bleiben,“ so Unterhuber. Krankenkassen sicherten ihre Kunden im Krankheitsfall ab – der gesetzliche Leistungskatalog sei dabei fast gleich, daher sei das WIE entscheidend: „Werde ich aktiv beraten oder nur auf Nachfrage? Bietet mir meine Kasse eine Lösung, die zu meiner Lebenssituation und meinen Bedürfnissen passt? Nimmt meine Kasse meine Beschwerde ernst?“ Wenn die Versicherten einer Krankenkasse solche Fragen klar mit Ja beantworten, erfülle die Kasse ihre Aufgaben. „Der Wettbewerb in der GKV wird sich weiter verschärfen, dieses WIE wird in Zukunft – zurecht! – eine wichtige Rolle bei der Kassenwahl spielen,“ so der SBK-Chef.

Innovationsfonds, Selektivverträge, Gesundheitstelematik

- (facharzt.de 6.9.16) – Ein **telemedizinisches Angebot der Barmer GEK** verspricht **Kinder- und Jugendärzten in Nordrhein-Westfalen schnellen pädiatrischen Rat**. So verkürze sich die Diagnostikphase um bis zu vier Wochen, heißt es in einer Mitteilung der Krankenkasse vom Dienstag. Mit **PädExpert** könnten die rund 1.300 Kinder- und Jugendärzte in NRW die Therapie so abstimmen, ohne dass ihre Patienten Wartezeiten oder den Weg in eine weitere Praxis auf sich nehmen müssen. „So verbessern wir die Versorgung, allem voran in ländlichen Gebieten, wo etwa Kinderrheumatologen selten sind, oder in Regionen mit langen Wartezeiten“, sagt Heiner Beckmann, Landesgeschäftsführer der Barmer GEK. Die Kasse bietet das Programm gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) an. Es vernetze niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit Pädiatern, die über eine Facharztqualifikation verfügen. Innerhalb von 24 Stunden erhielten die anfragenden Ärzte bei derzeit zehn Indikationen – darunter Rheuma, Zöliakie oder dermatologische Erkrankungen – die Einschätzung der Spezialisten, verspricht die Kasse.
- (aerzteblatt.de 6.9.16) – Die **Telekom wird zum 21. Oktober** dieses Jahres mit ihrem Produkt „Medical Exchange“ **als Provider für das KV SafeNet ausscheiden**. Ärzte, die darüber ins SafeNet gelangt sind, müssen sich einen neuen Provider suchen. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind rund 2.500 Ärzte im gesamten Bundesgebiet betroffen. Provider für das KV SafeNet müssen sich regelmäßig rezertifizieren lassen und damit nachweisen, dass sie alle Anforderungen erfüllen, die das KV SafeNet stellt. Zum Beispiel müssen die Provider neue kryptografische Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) einhalten. Diese Rezertifizierung liegt für das Telekomprodukt nicht mehr vor. „Leider lässt sich die eingesetzte Technik nicht in der vorgegebenen Zeit den erhöhten Sicherheitsanforderungen anpassen“, heißt es in einem Informationsschreiben des Konzerns, das dem *Deutschen Ärzteblatt* vorliegt.

Pharma & Apotheke

- (ots 7.9.16) – **Ärzte und Apotheker fordern** den Gesetzgeber auf, ab sofort **keine Exklusivausschreibungen von Krankenkassen** unter Apothekern für **Zytostatika-Zubereitungen** zu Lasten der gesetzlich krankenversicherten Patienten mehr **zuzulassen**. Solche Exklusivverträge gefährden die Versorgungsqualität, schränken den Patientenwillen ein und erhöhen das Risiko von Lieferengpässen. Das ist der Tenor eines gemeinsamen Papiers von acht Fachgesellschaften und Verbänden von Ärzten und Apothekern, das heute in Berlin vorgestellt wurde. Zytostatika sind Medikamente gegen Krebserkrankungen, die als Spezialrezepturen für jeden Patienten einzeln angefertigt werden müssen. Bundesweit erfüllen ca. 300 öffentliche Apotheken die besonderen Anforderungen an ebendiese Herstellung in einem Reinraumlabor gemäß § 35 Apothekenbetriebsordnung. "Exklusivverträge für Zytostatika-Rezepturen zerstören die flächende-

ckende Versorgungsstruktur. Nach jeder Ausschreibungsrunde bleiben weniger Gewinner übrig und immer mehr Spezialapotheker müssen aufgeben", sagt Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV).

- (aok bundesverband 6.9.16) – Die **AOK** hat die Versorgung mit Krebsmedikamenten (Zytostatika) in fünf Bundesländern ausgeschrieben. Die Verträge sind Anfang August gestartet und betreffen ausschließlich die Bezugswege zwischen dem behandelnden Arzt und der Apotheke, in der die Zytostatika zubereitet werden. Für die Patienten ändert sich nichts. Doch einzelne Ärzte und Apotheker tragen ihre Kritik an der Ausschreibung seit einigen Wochen auf dem Rücken der Patienten aus. Der AOK-Bundesverband klärt in einem **Faktenpapier über die Zytostatika-Versorgung** in Deutschland sowie die Hintergründe der Ausschreibung auf.
- (vfa 7.9.16) – "Welchen **Wert** ein **Medikament** in unterschiedlichen Behandlungssituationen hat, lässt sich **nicht mit einem simplen Ampelschema vermitteln**. Rot, Grün und Gelb gilt nämlich in der Therapie - anders als im Straßenverkehr - nicht für jeden Patienten in gleicher Weise." So kritisiert **Birgit Fischer**, die **Hauptgeschäftsführerin des vfa**, den TK Innovationsreport für seine Darstellungsweise und die dahinter liegende Methodik, die differenzierte Ergebnisse verschleiert und negiert. In der Krebsmedizin stellt jedes neue Medikament einen weiteren Baustein für einen abgestimmten Therapieplan dar. Für manche Patienten ist es ein sinnvoller Teil einer Kombinationstherapie, für andere ein Reservemittel, wenn die erste Therapie ihre Wirksamkeit verloren hat. Für wieder andere kommt es gar nicht in Betracht, etwa aus genetischen Gründen oder aufgrund des Patientenalters. Diese differenzierte Nutzensituation ist durch eine pauschalierende Ampel nicht angemessen abzubilden.
- (bpi 7.9.16) – Wie der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (**BPI**) mitteilt wurden seit Einführung des AMNOG in Deutschland **24 Arzneimittel im Kontext der frühen Nutzenbewertung vom Markt genommen** und stehen damit Patienten nicht mehr direkt zur Verfügung. Ein besonderes Problem beim AMNOG gebe es bei den neuen Präparaten ohne bewiesenen Zusatznutzen. Solche Präparate werden durch die strikte Orientierung an der zweckmäßigen Vergleichstherapie regelmäßig auf generisches Preisniveau gedrückt. Manchen Herstellern bleibt dann nur noch das Opt Out. "Die Forschung und Entwicklung in Therapiebereichen, die generisch dominiert sind, lohnt sich oft nicht mehr", so Henning Fahrenkamp, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI).
- (apotheker-adhoc.de 9.9.16) – Bei der **Neuwahl des ABDA-Präsidenten** im Dezember kommt es zu einer **Kampfkandidatur: Kai-Peter Siemsen**, Präsident der Hamburger Apothekerkammer, hat seinen Hut in den Ring geworfen. Der Grund für seine Gegenkandidatur: Siemsen ist mit der Amtsführung Friedemann Schmidts nicht zufrieden. Damit können die Delegierten der 17 Kammern und 17 Verbände am 7. Dezember erstmals seit 2004 wieder zwischen zwei Kandidaten entscheiden. Vor vier Jahren sei er ein „glühender Anhänger“ von ABDA-Präsident Friedemann Schmidt gewesen, sagt Siemsen. Aber in den letzten vier Jahren habe er zusehends intern Kritik an seiner Amtsführung geübt. Seine Anregungen seien allerdings nicht aufgenommen worden: „Jetzt nutze ich das demokratische Mittel der Wahl.“ Mehrere Mitgliedsorganisationen hätten ihn zudem zur Kandidatur ermutigt, so Siemsen.

Rund ums Krankenhaus

- (bibliomed.de 6.9.16) – Die **Krankenhausaussgaben** der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) seien **deutlich geringer gestiegen, als die Kosten der Kliniken**, sagte der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Georg Baum, in einer DKG-Pressemitteilung von Montag anlässlich des Finanzergebnisses der GKV im ersten Halbjahr 2016. „Die begrenzten Zuwächse machen deutlich, dass für Tarifforderungen von drei und mehr Prozent überhaupt keine Finanzierungsspielräume bestehen“, sagte Baum weiter. Mit 4,5% stiegen die Verwaltungskosten der Krankenkassen

deutlich überproportional. „Bei allem Verständnis für die Erwartungen der Mitarbeiter der Krankenkassen für eine gute Altersversorgung steht dies im krassen Widerspruch zur Bereitschaft der Krankenkassen, in den Kliniken für das Personal ausreichend Mittel zur Verfügung zu stellen“, so Baum. Erneut zeige sich, dass die jährlichen Prognosen des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt für die finanziellen Rahmenbedingungen der GKV höher seien „als die Realitäten“. Dies müsse „endlich Anlass sein, die Leistungserbringer in den Schätzerkreis aufzunehmen“, forderte Baum.

- (bibliomed.de 8.9.16) – In die Debatte über Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser geht der **GKV-Spitzenverband** mit klaren Vorstellungen. Nach den Worten von Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-SV, gibt es in Deutschland **nur 66 Klinikstandorte**, deren **Schließung dazu führen würde, dass sich die Fahrtzeiten** im Einzugsgebiet zum nächsten Grundversorger **über das** aus Sicht des GKV-SV zu **tolerierende Niveau erhöhte**. Dem entsprechenden GKV-SV-Modell zufolge ist ein Grundversorger ein Haus, das die Fachabteilungen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie vorhält. Dieses soll innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. Betroffen sein müssten mindestens 5.000 Einwohner. Würde sich die Fahrtzeit für mehr als 5.000 Einwohner auf über 30 Minuten erhöhen, sei für den Standort ein Sicherstellungszuschlag gerechtfertigt. Leber stützt seine Aussage auf ein neues Online-Tool des GKV-SV, anhand dessen sich die Veränderung der Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten geografisch messen lässt (www.gkv-kliniksimulator.de). Damit können die Auswirkungen auf die Erreichbarkeit von Grundversorgern analysiert werden, wenn ein Klinikstandort geschlossen wird.
- (bertelsmann stiftung 8.9.16) – In Krankenhäusern, die bestimmte Eingriffe häufig ausführen, gibt es weniger Komplikationen und Todesfälle als in Kliniken, die deutlich geringere Fallzahlen aufweisen. Der aktuelle **Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung** zeigt, dass die **stärkere Spezialisierung**, beispielsweise bei Hüftoperationen oder Prostata-Entfernungen, die **Versorgungsqualität** in Deutschland **verbessern** könnte. Deutlich längere Fahrzeiten müssten die Patienten deshalb nicht in Kauf nehmen. Das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) hat im Auftrag der Bertelsmann Stiftung berechnet, dass in Deutschland pro Jahr rund 140 Todesfälle bei Hüftoperationen vermieden werden könnten, wenn die Operationen nur in Kliniken mit mehr als 176 Fällen durchgeführt werden. Die Realität sieht jedoch anders aus: Im Jahr 2014 wurden an 311 Kliniken weniger als 50 dieser Operationen erbracht. Auch bei Prostata-Entfernungen sind die Fallzahlen in etlichen Häusern gefährlich niedrig. Von den 414 deutschen Kliniken, die diese Operation vornehmen, machten dies 43 seltener als fünfmal im Jahr. Die Wissenschaftler kommen in der Studie zu dem Ergebnis, dass die **Einführung von verbindlichen Mindestmengen** für die genannten Operationen einerseits eine höhere Qualität und mehr Sicherheit für die Patienten brächte. Andererseits dürfte sich die Zahl der Fachabteilungen in Krankenhäusern verringern, die diese Operationen durchführen. Eine stärkere Spezialisierung führe aber nicht zwangsläufig zu einem Kliniksterben. Es sei sogar möglich, Leistungen zum Beispiel durch Kooperationen von Häusern effizienter zu erbringen.
- (aerztezeitung.de 6.9.16) – **Bremens Krankenhäuser** erhalten noch in diesem Jahr rund **37 Mio. Euro aus dem Krankenhausinvestitionsprogramm**, um Modernisierungen in ihren Häusern bezahlen zu können. Das hat die Gesundheitsdeputation des Landes Bremen beschlossen. "Mit diesen Millionen können notwendige Investitionen begonnen werden. Die medizinische Versorgung der Bremerinnen und Bremer wird dadurch weiter gestärkt", so Gesundheitssenatorin Eva Quante-Brandt (SPD). Die Krankenhäuser im Land Bremern erhalten demnach Beträge ab 423.000 Euro je nach Größe des Krankenhauses. Ausgezahlt werden für große Krankenhäuser bis zu acht Mio. Euro.
- (facharzt.de 11.9.16) – Ein **Viertel der Krankenhäuser in Bayern** verfügt über **stationäre palliativmedizinische Versorgungsstrukturen**. Das geht aus einer Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hervor. Insgesamt gibt es demnach an 99 Krankenhäusern palliativmedizinische Einrichtungen, davon haben 49

Krankenhäuser Palliativstationen und 50 Krankenhäuser palliativmedizinische Dienste. Zudem sind im Freistaat 38 Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) tätig, davon 19 im ländlichen Raum sowie fünf speziell für Kinder und Jugendliche. Im stationären Bereich verfügt Bayern über 18 Hospize mit 182 Plätzen sowie ein stationäres Kinderhospiz. Bayernweit gibt es laut Ministerium derzeit 411 Krankenhäuser für die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten (Stand: 1. Januar 2016).

- (facharzt.de 10.9.16) – **Bayerns Krankenhäuser** haben **zunehmend** mit dem **Mangel an Hebammen** und der steigenden Zahl an Geburten zu kämpfen. Nun hat das Klinikum im schwäbischen Memmingen Alarm geschlagen, dass das Personal der dortigen Frauenklinik am Limit arbeite. "Wir rechnen heuer mit knapp 2000 Geburten, im Vergleich zu 1600 im Jahr zuvor", sagte Chefarzt Felix Flock. Er suche deswegen dringend Hebammen. Nach Angaben der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) gibt es solche Probleme bundesweit, insbesondere weil es einen Mangel an Hebammen gebe. "Es gibt viele Kliniken, die würden liebend gerne Hebammen anstellen", sagte BKG-Sprecher Eduard Fuchshuber. Die Probleme bedrohen schon länger die regionale Versorgung mit Geburtsstationen. So hatte das Schrobenhausener Kreiskrankenhaus wegen des Hebammenmangels heuer die Kreißsäle vorübergehend geschlossen. Zudem stieg die Zahl der Geburten in Bayern 2015 auf den höchsten Stand seit 15 Jahren.

Verbände & Unternehmen

- (hartmannbund 6.9.16) – Im Zusammenhang mit dem am Dienstag vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) vorgestellten Gutachten zur Versorgung in der ambulanten Notfallmedizin hat der **Vorsitzende des Hartmannbundes, Klaus Reinhardt**, die Notwendigkeit der **Einführung von intelligenten Instrumenten zur Patientensteuerung** bekräftigt. „Jede Bemühung im Detail um eine sachgerechte substantielle medizinische Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung – und da lässt sich trefflich über den einen oder anderen unterbreiteten Vorschlag streiten – wird Stückwerk bleiben, wenn wir nicht Mut und Fantasie aufbringen, intelligente und pragmatische Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu entwickeln“, sagte Reinhardt. Die Diskussion um Notfallmedizin und Portalpraxen bilde in diesem Zusammenhang nur die „Spitze des Eisberges“. An dieser Stelle, so Reinhardt, müsse größer gedacht werden. „Wir müssen über Mengensteuerung sprechen, über die Vermeidung von Redundanzen und Fehlversorgung und nicht zuletzt auch über die Frage einer sozialverträglichen Selbstbeteiligung von Patientinnen und Patienten.“
- (facharzt.de 7.9.16) – Die **Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)** **kritisiert** eine aktuelle **Studie der Techniker Krankenkasse (TK)**. Diese zeigt **große regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Appendektomien** bei Kindern. Nach Angaben der TK sind diese Unterschiede „medizinisch kaum zu erklären“. Die DGKCH hingegen bemängelt **methodische Fehler und unzulässige Schlussfolgerungen** der vorgelegten Studie. Laut einer Auswertung von Daten des Statistischen Bundesamtes durch die TK wurde im Jahr 2014 bei etwa 18.000 Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren – davon waren etwas mehr als die Hälfte Jungen – eine Blinddarm-Operation vorgenommen. Die regionalen Unterschiede sind dabei groß. Während in Bremer Krankenhäusern 95 Appendektomien auf 100.000 Heranwachsende kamen, waren es in Nordrhein-Westfalen 183 und in Bayern 208. „Um diese regionalen Unterschiede seriös interpretieren zu können, braucht man die kompletten Daten der Patienten“, sagt Tobias Schuster von der DGKCH. Erforderlich sei etwa die Angabe, bei wie vielen der Appendektomien sich die Diagnose „Entzündung“ histologisch auch bestätigt habe. Bei der Veröffentlichung der TK fehle zudem der Überblick über sämtliche im Vergleichszeitraum mit Verdacht auf Appendizitis vorgestellte Kinder.
- (idw 7.9.16) – Das **TraumaRegister DGU® (TR-DGU)** der **Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.** (DGU) verzeichnet **30.557 Schwerverletzte für das Jahr 2015**. Sie

mussten nach einem schweren Unfall intensivmedizinisch behandelt werden. Am TR-DGU beteiligen sich aktuell 615 deutsche Traumazentren der Initiative TraumaNetzwerk DGU®. 11% der erfassten Patienten stammen aus internationalen Kliniken, die sich am TR-DGU beteiligen, beispielsweise aus Österreich und der Schweiz. Diese Zahlen gehen aus dem aktuellen TraumaRegister-Jahresbericht für den Behandlungszeitraum 2015 hervor. „Die Bilanz zeigt, dass der Anteil schwerverletzter Senioren kontinuierlich zunimmt. Diese Entwicklung im weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister unterstreicht unsere Bemühungen, die Alterstraumatologie für die Zukunft gut aufzustellen“, sagt DGU-Generalsekretär Reinhard Hoffmann im Vorfeld des Jahrestreffens – eine gemeinsame Veranstaltung vom TraumaRegister DGU®, der DGU-Sektion Notfall- und Intensivmedizin, Schwerverletztenversorgung (NIS) und dem TraumaNetzwerk DGU®.

- (facharzt.de 8.9.16) – Die **Fachverbände der Osteopathen** haben ihre **Forderung nach einem Berufsgesetz erneuert**. Nur so ließe sich Rechtssicherheit für die Kollegen in den Praxen sowie Patientensicherheit und Transparenz für Krankenkassen herstellen. Die gegenwärtige Situation sei undurchsichtig, die Qualifikation von Osteopathie-Anbietern völlig ungesichert, und es gebe weder Rechtssicherheit für qualifizierte Osteopathen noch Transparenz für die gesetzlichen Krankenkassen, kritisieren die Verbände in einer Mitteilung. □ Ihre drei Kernforderungen ließen sich nur durch ein Berufsgesetz lösen: □ Wichtigste Ziele seien Patientensicherheit und Transparenz. So müsse ein ausreichender Verbraucherschutz durch gesetzlich geregelte Ausbildungs- und Qualitätsstandards sichergestellt werden. □ Ein Gesetz schaffe überdies Rechtssicherheit für qualifizierte Osteopathen und minimiere Haftungsrisiken. □ Außerdem schaffe man durch eine bundeseinheitliche Regelung Transparenz und Klarheit für die gesetzlichen Krankenkassen und sichere die verantwortbare Verwendung der Beitragsmittel ausschließlich für qualifizierte Osteopathen und qualifizierte Behandlungen.
- (aerzteblatt.de 5.9.16) – Der **Bestand an Blutkonserven** ist nach **Angaben des Deutschen Roten Kreuzes (DRK)** auf ein **Jahrestief gesunken**. Krankenhäuser und klinische Einrichtungen könnten derzeit nicht mehr ausreichend mit Spenderblut beliefert werden, sagte der Sprecher des DRK-Blutspendedienstes für Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bremen, Tobias Lüttig, am Montag in Springe. Es gebe nur noch rund 7.000 Blutkonserven auf Lager. „Für eine stabile Versorgung braucht das DRK 15.000 Konserven auf Lager.“ Problematisch sei vor allem die Versorgung mit den Blutgruppen „0 Rhesus negativ“ und „0 Rhesus positiv“. Blutspender würden dringend gebraucht.
- (aerztezeitung.de 12.9.16) – **Ärzte** müssen sich offenbar **wenig Sorgen um das Inkassorisiko im Privatgeschäft** machen. Wie die **PVS Holding** berichtet, hat sich die ohnehin **gute Zahlungsmoral der Patienten** in den zurückliegenden Jahren noch weiter verbessert. In den Regionen, in denen die PVS schwerpunktmäßig tätig ist, habe sich 2015 die Abmahn-Quote auf einen neuen Tiefststand seit 2005 deutlich verringert. So seien im Rheinland 14,5% aller Rechnungen abgemahnt worden, 2005 waren es noch 17%. Im Raum Berlin-Brandenburg sei die Mahnquote im Zehnjahreszeitraum von 20% auf aktuell unter 14% gesunken, in Bayern von 14 auf elf Prozent. Im Verlauf des mehrstufigen Mahnverfahrens würden die Menge der offenen Rechnungen weiter abnehmen. Am Ende würden derzeit lediglich noch zwei Prozent aller Fälle in die dritte Mahnung gehen. "Danach bleibt ein geringer Anteil von rund 0,5% für den gerichtlichen Mahnbescheid mit anschließender Vollstreckung", heißt es. Individuell heruntergebrochen kämen damit auf eine Arztpraxis jährlich vier Mahnbescheide, was einem Rechnungsbetrag von insgesamt etwa 1000 Euro entspreche. "Auch davon werden noch zwei Drittel erfolgreich vollstreckt".

Nachrichten aus der Pflege

- (deutscher pflegerat 8.9.16) – **DPR-Präsident Andreas Westerfellhaus fordert eine schnelle Beschließung des Pflegeberufereformgesetzes** „Es geht nach unserem Eindruck gar nicht mehr um inhaltliche Fragen, auch wenn die Gegner der Reform das gerne glauben machen möchten, sondern um taktisches Gezerre zwischen den Parteien. Die seit Monaten andauernde Hängepartie um die künftige, moderne Pflegeausbildung verunsichert die gesamte Branche, schreckt Ausbildungsinteressierte ab und verstärkt so tagtäglich den Pflegefachpersonalmangel. Zum Teil absurde Vorschläge werden kolportiert. So zum Beispiel, die Ausbildung in professioneller Pflege und Pflegeassistenz im gleichen Ausbildungsgang durchzuführen. Solche Vorschläge zeigen ein erschreckendes Maß an Unkenntnis fachlicher und berufspädagogischer Anforderungen.“ , so Westerfellhaus.
- (aekn 8.9.16) – **Marion Charlotte Renneberg, Vizepräsidentin der Ärztekammer Nordrhein fordert mehr Unterstützung für Pflegenden Angehörige.** Ein Familienmitglied zu Hause zu pflegen, kann die körperliche, psychische und psychosoziale Gesundheit der Angehörigen angreifen. Hier bedarf es mehr zielgerichteter Unterstützungsangebote“, so ÄKN-Vizepräsidentin Renneberg anlässlich des Aktionstags Pflegenden Angehörige. Mehr als zwei Drittel der 2013 im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) als pflegebedürftig eingestuften Bundesbürger wurden laut Statistischem Bundesamt (Destatis) zu Hause versorgt. Das sind 1,86 Millionen Menschen von insgesamt 2,63 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland. „Die Gruppe der Pflegenden Angehörigen bedarf daher einer besonderen Aufmerksamkeit und Unterstützung – damit die Pflege im Kreis der Familie für alle Beteiligten eine Bereicherung darstellt und nicht nur zur Belastung wird“, fordert Renneberg.
- (aerztezeitung.de 9.9.16) – Eine **bessere medizinische Versorgung todkranker Menschen in ländlichen Regionen** haben Experten gefordert. Dort sei eine palliative Begleitung auf hohem Niveau bislang oft nur schwer zu leisten, sagte der Vorstandsvorsitzende der **Deutschen Krebshilfe, Gerd Nettekoven**, am Donnerstag in Leipzig. Solche „Versorgungslücken“ müssten geschlossen werden, betonte er zum Auftakt des 11. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Nettekoven würdigte zugleich das 2015 vom Bundestag verabschiedete Hospiz- und Palliativgesetz. Es sei „ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung“. Jetzt sei es notwendig, das Gesetz mit dem Ziel einer flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung umzusetzen. Der Bedarf dafür werde bei einer immer älter werdenden Bevölkerung weiter steigen.

Aus- und Weiterbildung

- (aerztezeitung.de 8.9.16) – Die **Universität Lübeck und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH)** haben ein **Institut für Ernährungsmedizin gegründet**. Es ist unter anderem zuständig für die Durchführung des zum bevorstehenden Wintersemester neu eingeführten Bachelor- und Masterstudiengangs Medizinische Ernährungswissenschaften mit 65 Studierenden. Leiter des neuen Instituts ist Professor Christian Sina, der am UKSH Campus weiterhin als Gastroenterologe und Ernährungsmediziner tätig bleiben wird. Am Institut sollen die Wechselwirkungen von Ernährung, Stoffwechsel und Immunsystem untersucht werden. Davon erhofft man sich in Lübeck Erkenntnisse auch für zahlreiche Erkrankungen wie etwa Diabetes.

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>
- NEU:** 20. September (Berlin) **30. Treffpunkt Medizintechnik**
<http://www.healthcapital.de/medizintechnik/termin/details/30-treffpunkt-medizintechnik/>
- 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:** 26. September (Berlin) **Rechtssymposium des G-BA**
<https://www.g-ba.de/institution/service/veranstaltungen/rechtssymposien/137h/>
- 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>
- 29./30. September 2016 (Berlin) **Juristentag der Heilberufeorganisationen**
<http://health-care-akademie.de/kursangebot/juristentag-der-heilberufsorganisationen/>
- 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:** 9.-11. Oktober (Berlin) **World Health Summit**
<http://www.worldhealthsummit.org/the-summit/program/>

- 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
- 13. Oktober (Berlin) **Konferenz: CME – qua vadis?**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/cme-quo-vadis/>
- 13. Oktober 2016 (Berlin) **Konferenz Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg**
<http://tinyurl.com/hieoh79>
- 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-antikorrption-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
- 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/10jwineg2016/807900>
- 14.-17. November (Düsseldorf) **MEDICA**
<http://www.medica.de/>
- 14.-17. November (Düsseldorf) **Deutscher Krankenhaustag**
<http://www.deutscher-krankenhaustag.de/>
- NEU:** 25./26. November (Köln) **IQWiG Herbst-Symposium 2016**
<https://www.iqwig.de/de/veranstaltungen/herbst-symposium/symposium-2016.7541.html>
- 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>
- 20./21. Januar 2017 (Berlin) **Kongress Pflege**
<http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2017/programm/>
- 24./25. Januar 2017 (Berlin) **BMC-Kongress. Versorgung gestalten**
<http://www.bmckongress.de>
- 23.-25. März 2017 (Berlin) **Deutscher Pflorgetag 2017**
<https://deutscher-pflegetag.de>
- Neu:** 28. März 2017 (München) **5. Bayerischer Tag der Telemedizin „Vernetzte Zukunft“**
<http://www.telemedizintag.de>
- NEU:** 28./29. April (München) **15. BGF Gesundheitsforum**
<http://www.bgm.ag/kongress/bgf-gesundheitsforum-2017/>

© 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