

Editorial – Thema der Woche

Montag, 19. September 2016

Die Ärzte werden sich irgendwie und irgendwann schon entscheiden müssen, was sie eigentlich wollen. Zum leidigen Thema der Notfallambulanzen plädiert jetzt die „Freie Ärzteschaft“ interessanterweise für eine Kostenbeteiligung für Kassenpatienten. Eine seltsame Auferstehung der Praxisgebühr (von der wir übrigens wissen, dass sie die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen nicht verringert hat – und wenn, dann genau an der falschen Stelle, nämlich bei den Akutfällen). Was die Freie Ärzteschaft da reitet, bleibt dann auch eher im Dunkeln (außer, dass das Geld natürlich direkt in die Arztkasse fließen soll). Der Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa) flankiert mit einer „konsequenten Patientensteuerung“, hält sich aber bedeckt, wie eine solche Steuerung aussehen soll, denn der Hausarzt als Gatekeeper dürfte ja wohl kaum ein vom SpiFa präferiertes Modell sein. Gleichzeitig aber – und das ist die eigentliche Krönung der ohnehin schon schwierigen Gemengelage – polemisiert der Chef der Bundesärztekammer, Frank-Ulrich Montgomery, gegen den KKH-Vorsitzenden Ingo Kailuweit, weil dieser darauf hingewiesen hatte, dass die Versicherten in den europäischen Nachbarländern wesentlich weniger zum Arzt gehen und auch keine geringere Lebenserwartung haben.

Also, was denn nun? Man würde sich ja freuen, wenn die Ärzte selbst darauf kämen, dass ihre Dienste im Übermaß und auch nicht immer mit vollständiger medizinischer Berechtigung in Anspruch genommen werden. Mir persönlich ist es in der Tat unvorstellbar, mehrere Dutzend Patientengespräche (die ja wohl eine gewisse Intensität beanspruchen dürften) am Tag führen zu müssen. Es wäre daher wohl auch aus ärztlicher Sicht nicht unvernünftig, hier eine stärkere Reglementierung anzumahnen, um sich selbst zu entlasten und eine bessere Zuwendung jenen Patienten gewähren zu können, die diese Zuwendung tatsächlich benötigen. Wenn aber dann jemand kommt und genau das zu sagen versucht, wird er von den Ärztesfunktionären wieder öffentlich an die Laterne geknüpft – obwohl andere ärztliche Verbandsvertreter genau das ebenfalls fordern (aber natürlich mit anderen Worten und Konsequenzen). Und dieser Widerspruch wurde in der letzten Woche besonders pikant dadurch, dass der KV-Vorstand seine beiden Reden vor der Vertreterversammlung nicht anders als unter der Überschrift „mehr Geld“ zusammenzufassen wusste. Und – ach ja – der „dramatische Ärztemangel“ gehört natürlich auch noch zum liturgischen Rüstzeug jeder ärztlichen Messe. Genauso wie die stereotype Warnung vor der Substitution ärztlicher Leistungen...

Also, liebe Doktors, so wird's nicht gehen, und es wäre Zeit sich in irgendeiner Weise für Hü oder Hott zu entscheiden. Denn wenn es tatsächlich zu wenig Ärzte gibt, die zu viel zu tun haben, weil überall die Patienten ungesteuert herumspringen und die Krankenkassen ein Formular nach dem anderen einfordern, dann wäre es wirklich höchsten Zeit, einmal von der Ärzten selbst zu hören, wie eine vernünftige medizinische Versorgung sich wohlgesteuert und unter optimaler Verwendung der Ressourcen gestalten ließe. Wer sonst soll's denn machen? Sich aber – wie in dieser Woche – mit zahlreichen, sich widersprechenden Vorschlägen gleichzeitig zu Wort melden, dies mit der Forderung nach mehr Geld zu verknüpfen und sich ansonsten jede Einmischung in die Gestaltung ärztlicher Belange zu verbitten, das wird auf lange Sicht nicht reichen, um politische Gestaltungshoheit zu erlangen – oder zurück zu erlangen. Besonders wenn dann der Eindruck nicht ganz von der Hand zu weisen ist, dass Teile der ärztlichen Funktionäre eher damit beschäftigt sind, für sich selbst zu sorgen.

Selten wurde deutlicher als in der letzten Woche, dass die ärztliche Selbstverwaltung sich aus einem tiefen Tal herausarbeiten müssen, bevor sie auf dem gesundheitspolitischen Parkett wieder ernstgenommen werden kann.

Recht & Gesetz

- (aerzteblatt.de 14.9.16) – **Wer** von seiner Krankenkasse für gesundes Verhalten **Bonuszahlungen bekommt, darf dafür nicht vom Finanzamt bestraft werden**. Solche Bonuszahlen dürfen Finanzämter nicht mindernd anrechnen, wenn Betroffene ihre Krankenversicherungsbeiträge als Sonderausgaben geltend machen, entschied der **Bundesfinanzhof** (BFH) in einem am Mittwoch in München veröffentlichten Urteil (Az.: X R 17/159). Im Ausgangsfall hatte der Kläger von seiner Krankenkasse 150 Euro im Jahr für privat vorfinanzierte Gesundheitsmaßnahmen erstattet bekommen. Das Finanzamt sah in diesem Zuschuss aber eine teilweise Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen und wollte beim Steuerbescheid die als Sonderausgaben abziehbaren Kassenbeiträge entsprechend mindern.
- (gpb 12.9.16) – **Rainer Schlegel** (58) ist mit Wirkung zum 1. Oktober **zum Präsidenten des Bundessozialgerichts** (BSG) **ernannt** worden. Der bisherige Vizepräsident wird Nachfolger von Peter Masuch (65), der Ende September in den Ruhestand tritt. Schlegel wurde 1997 zum Richter am BSG und 2008 zum Vorsitzenden Richter ernannt. Derzeit ist er Vorsitzender des 9., 10. und 13. Senats des BSG. Diese sind unter anderem für das Soziale Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht, die Alterssicherung für Landwirte und die gesetzliche Rentenversicherung zuständig.

Europa

- (facharzt.de 14.9.16) – Das **niederländische Parlament** hat mit hauchdünner Mehrheit einem umstrittenen **Gesetzentwurf zur Organspende zugestimmt**. Demnach können Bürger als Spender registriert werden, auch wenn sie dem nicht ausdrücklich zugestimmt haben. 75 Abgeordnete stimmten am Dienstag in Den Haag dem Entwurf zu, 74 lehnten ihn ab. Bisher werden nur diejenigen als Organspender registriert, die das selbst ausdrücklich wollen. Nach dem neuen Gesetz sollen alle Bürger gefragt werden, ob sie Organe nach ihrem Tod spenden wollen oder nicht. Wer sich nicht entscheidet, soll automatisch als Spender registriert werden. Die Erste Kammer des Parlaments muss dem Gesetzentwurf noch zustimmen.

Ministerium und Regierung

- (aerztezeitung.de 16.9.16) – Eine **gründliche Überarbeitung des Referentenentwurfs** für das **GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz** hat **Staatssekretär Lutz Stroppe** vom Bundesgesundheitsministerium beim Symposium "House of Pharma" am Dienstag in Frankfurt **angekündigt**. Mit dem Gesetz soll ein Teil der Verabredungen des Pharmadialogs umgesetzt werden, der vor allem Korrekturen an Details der frühen Nutzenbewertung vorsieht. Die Industrie hatte darauf enttäuscht reagiert, weil sie darin unzureichende Umsetzung der Ergebnisse des Pharmadialogs sieht – GKV und Ärzteorganisationen sehen hingegen zu große Industriefreundlichkeit des Bundesgesundheitsministeriums. Nun zeichnet sich ab, dass die Kabinettsvorlage in einigen Punkten nachgebessert wird und damit vor allem Bedenken und Anliegen der Industrie aufgegriffen werden. Für das geplante Arzteinformationssystem, das der Gemeinsame Bundesausschuss errichten und betreiben soll, wird nach Angaben Stroppe sichergestellt, dass die Arzneimittelhersteller an der Erarbeitung der inhaltlichen Informationen beteiligt werden. Das System soll sicherstellen, dass Nutzenbewertungsergebnisse für Ärzte bundeseinheitlich zugänglich werden.
- (aerztezeitung.de 15.9.16) – Gesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) will einen breiten Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Jetzt hat er die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitete neue **Psychotherapie-Richtlinie beanstandet**. Der GBA darf demnach das neu eingeführte Angebot einer psychotherapeuti-

schen Sprechstunde nicht als "Kann-Leistung" bezeichnen. Bei der psychotherapeutischen Sprechstunde handele es sich um eine spezifische Leistung, die der Verbesserung der Versorgung diene und die der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen habe. Kurz: An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Psychotherapeuten müssen die Sprechstunden anbieten, die den weiterführenden Behandlungsbedarf abklären sollen. Ausnahmen seien im Binnenverhältnis zwischen KV und Therapeut zu klären. Die psychotherapeutische Sprechstunde zu organisieren ist ein Auftrag des Gesetzgebers im Mitte 2015 in Kraft getretenen Versorgungsstärkungsgesetz. Damit soll ein zeitnaher Zugang zu einer orientierenden Diagnostik und Beratung möglich werden.

- (aerzteblatt.de 15.9.16) – Die **Bundesregierung will ihre Zahlungen an den Globalen Fonds gegen Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM) deutlich aufstocken**. Entwicklungsminister Gerd Müller (CSU) habe eine Erhöhung des deutschen Beitrags um rund ein Drittel auf 800 Mio. Euro vorgeschlagen, sagte ein Ministeriumssprecher am Donnerstag in Berlin. Der Bundestag müsse dem im Rahmen der Haushaltsberatungen noch zustimmen. Das Ministerium bestätigte damit einen Bericht der *Süddeutschen Zeitung (SZ)*. Die Mittel sollen den Angaben zufolge zwischen 2017 und 2019 fließen. Von 2014 bis 2016 lag der deutsche Beitrag bei rund 665 Mio. Euro. Morgen und übermorgen trifft sich der GFATM erneut zu einer Finanzierungskonferenz in Montréal.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (aerztezeitung.de 13.9.16) – **Union und SPD haben sich auf Änderungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen verständigt**. Dazu haben sie erneut die Anträge eingebracht, die Anfang Juli auf Druck der SPD von der Tagesordnung des Bundestags abgesetzt wurden. Mit den Anträgen soll klargestellt werden, dass auch für 2013 bei den Zuweisungen an die Kassen die Regeln angewendet werden, die der Bundestag 2014 im GKV-Finanzierungsgesetz (FQWG) festgelegt hat. Dies betrifft den Verteilungsmodus für Auslandsversicherte und das Krankengeld. Betroffen wäre vor allem die AOK Rheinland-Hamburg, bei der aus historischen Gründen jeder vierte Auslandsversicherte Mitglied ist. Die Kasse hat moniert, im Fall einer Neuberechnung könnten ihr rund 150 Mio. Euro verloren gehen.
- (gpb 16.9.16) – Der SPD-Gesundheitsexperte **Karl Lauterbach plädiert für eine Neuregelung der Organspende** in Deutschland. "Eine Regelung, nach der grundsätzlich jeder Organspender ist, halte ich auch für Deutschland für richtig", sagte Lauterbach der "Neuen Osnabrücker Zeitung" (Donnerstagsausgabe). Er sei dafür, die in Deutschland geltende Regelung "noch einmal gründlich zu überprüfen". Lauterbach nahm der Zeitung zufolge mit seinem Vorstoß Bezug auf eine Neuregelung in den Niederlanden. Dort hatte das Parlament demnach am Dienstag mit knapper Mehrheit für einen umstrittenen Gesetzentwurf gestimmt. Demnach soll künftig jeder Einwohner der Niederlande als Organspender registriert werden - es sei denn, er widerspricht dem ausdrücklich. Mit der Regelung solle die Spenderzahl erhöht werden, berichtete die "NOZ". "Ich habe die Diskussion in den Niederlanden verfolgt", sagte Lauterbach. Auch in Deutschland gebe es viel zu wenig Spender. "Wir müssen einsehen, dass wir in Deutschland mit unserer jetzigen Regelung wahrscheinlich nicht weiter kommen." Unabdingbar für eine solche Neuregelung sei ein Widerspruchsrecht, unterstrich der SPD-Politiker.
- (hib 13.9.16) – Mit der **Zukunft der Zentralbibliothek Medizin (ZB MED)** in Köln/Bonn befasst sich erneut die **Fraktion Die Linke** in einer **Kleinen Anfrage**. Es stelle sich die Frage, ob die geplante Abwicklung der Einrichtung im gesellschaftlichen Interesse liege, zumal bundesweit keine andere Einrichtung in dem Maß über die spezifische Fachliteratur verfüge. Damit erscheine der Zugang zu medizinischem Wissen in Deutschland bedroht. Die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) von Bund und Ländern habe am 24. Juni 2016 beschlossen, dass bis Ende des Jahres 2016 die Bund-Länder-Förderung für die ZB MED beendet werde. Dies bedeute auch den Austritt aus der Leibniz-Gemeinschaft.

- (hib 13.9.16) – Mit der **Krankenversicherung für Selbstständige** befasst sich die Fraktion **Bündnis 90/Die Grünen** in einer **Kleinen Anfrage**. Der Wandel in der Arbeitswelt führe auch zu Brüchen in der Erwerbsbiografie. So wechselten Zeiten selbstständiger Tätigkeit und abhängiger Beschäftigung. Viele Selbstständige befänden sich in prekären Einkommenssituationen und benötigten deshalb eine soziale Absicherung insbesondere im Krankheitsfall. Daraus ergebe sich nach Ansicht von Experten ein Reformbedarf in der Krankenversicherung für Selbstständige. Die Abgeordneten wollen nun beispielsweise wissen, ob die Bundesregierung eine Modifizierung der Beitragsbemessungsregelungen für Selbstständige für nötig hält.
- (hib 13.9.16) – Der Patientenschutz und eine mögliche **Reform des Heilpraktikerrechts** sind Thema einer **Kleinen Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen**. Vor dem Hintergrund einiger Fälle von offenbar fragwürdigen Heilmethoden in der Branche werde über das noch aus dem Jahr 1939 stammende Heilpraktikergesetz und dessen Reformbedürftigkeit diskutiert. Hinterfragt würden dabei etwa die fehlenden einheitlichen und verbindlichen Anforderungen an die Ausbildung, Zulassung und Qualifikation der Heilpraktiker. Der Umfang der von Heilpraktikern ausgeübten Heilkunde sei ebenfalls umstritten. Die Abgeordneten wollen nun mehr über die Branche erfahren und erkundigen sich, ob die Bundesregierung eine Reform des Heilpraktikergesetzes befürwortet.

Länder und Regionen

- (aerzteblatt.de 16.9.16) – In **Nordrhein-Westfalen (NRW)** sollen die Aktivitäten zum Schutz von Frauen und Mädchen vor Gewalt verstärkt werden. Mit einem entsprechenden **Landesaktionsplan „NRW schützt Frauen und Mädchen vor Gewalt“** bündelt das Land erstmals alle Maßnahmen, die das Ziel haben, präventiv die Entstehung von Gewalt zu verhindern, betroffenen Frauen und Mädchen frühzeitig zu helfen sowie Umfeld und Hilfesysteme zu sensibilisieren, die Folgen von Gewalt besser zu erkennen. Dabei nimmt der Landesaktionsplan entsprechend der Leitmotive „innovativ-inklusiv-nachhaltig“ verschiedene Handlungsfelder und Zielgruppen in den Blick. Dazu gehört beispielsweise die Förderung einer traumapädagogischen Einrichtung für weibliche minderjährige Flüchtlinge und gewaltbetroffene Mädchen, die Entwicklung eines Konzepts für ein flächendeckendes Angebot zur anonymen Spurensicherung nach Sexualstraftaten sowie die Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Förderung von Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt.
- (aekn 16.9.16) – Der **Niedersächsische Landtag** hat am Mittwoch die **Übertragung von Aufgaben der klinischen Krebsregistrierung** in Niedersachsen (Gesetz über die Übertragung von Aufgaben der klinischen Krebsregistrierung in Niedersachsen) auf die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) und Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) **verabschiedet**. Mit diesem Gesetz schafft das Land die Voraussetzungen für die Umsetzung des am 9. April 2013 bundesweit in Kraft getretenen Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetzes (KFRG). Rechtsgrundlage hierfür ist § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Um die klinische Krebsregistrierung umzusetzen, wollen die ÄKN und die ZKN zum 1. Januar 2017 einen gemeinsamen Zweckverband gründen. Als Teil des vom Bundesministerium für Gesundheit 2008 initiierten Nationalen Krebsplans enthält § 65c SGBV die Vorgaben, nach denen die Krebsfrüherkennung, die onkologischen Versorgungsstrukturen, die Qualitätssicherung und die effiziente Behandlung gestärkt und weiterentwickelt werden sollen.
- (aerzteblatt.de 15.9.16) – Ein neues Gesetz soll in **Hessen** die **Unterbringung bei psychischen Krankheiten und die Hilfe für Betroffene neu regeln**. Sozialminister Stefan Grüttner (CDU) brachte den Gesetzesentwurf am Mittwoch in den Landtag ein und bezeichnete das Gesetz als „Meilenstein in der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Hessen“. Ziel sei es, eine Rechtsgrundlage für vor- und nachsorgende Hilfen zu schaffen, sodass eine stationäre Unterbringung vermieden werden könne. Den Fokus legt das Gesetz daher auf ambulante Hilfen. Ein weiterer Schwerpunkt soll laut Grüttner

die Stärkung der Patientenrechte sein. Sicherheitsmaßnahmen und eine Behandlung psychisch Kranker gegen deren Willen seien nur als letzte Möglichkeit erlaubt und müssten überwacht sowie dokumentiert werden.

- (aerzteblatt.de 13.9.16) – Fast ein Jahr nach dem Honorarabschluss auf Bundesebene sind sich jetzt auch in **Westfalen-Lippe** Vertragsärzte und Krankenkassen einig. Demnach stehen in diesem Jahr **rund 90 Mio. Euro mehr für die ambulante Versorgung gesetzlich Krankenversicherter** zur Verfügung. Das entspricht einem **Plus** gegenüber 2015 von knapp **3,4%**. Langwierig, schwierig und hart – so resümierte der 2. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) in Dortmund, Gerhard Nordmann, die Honorarverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen in der Sitzung der Vertreterversammlung (VV). Just einen Tag zuvor waren sie zu Ende gegangen. Dass sie so lange dauerten, hatte auch mit dem Wechsel an der Spitze der größten Krankenkasse in Westfalen-Lippe zu tun. Der bisherige Vorstandsvorsitzende der AOK NordWest, Martin Litsch, steht seit Jahresbeginn an der Spitze des AOK-Bundesverbandes. Sein Nachfolger im Nordwesten, Tom Ackermann, musste sich zunächst in sein neues Amt einarbeiten.
- (aerzteblatt.de 13.9.16) – Nach den Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) der **KV Mecklenburg-Vorpommern** (KVMV) hat die VV auf ihrer konstituierenden Sitzung sowohl den VV-Chef als auch die Vorstände für die Legislatur ab 2017 neu gewählt. Wechsel gab es gleich bei zwei von den insgesamt drei Vorstandsposten. Im **Amt bleibt Axel Rambow** (53), bisheriger und künftiger Vorstandsvorsitzender der KVMV. Er ist verantwortlich für das Allgemeinressort und hatte im Februar 2014 die Personaländerungen haben sich bei den stellvertretenden Vorständen ergeben. Als **hausärztlicher Vorstand** wurde **Jutta Eckert** (59) gewählt. Sie hat knapp 20 Jahre eine Hausarztpraxis geführt, bevor sie die Leitung der Medizinischen Beratung in der KVMV übernahm. Ihr Vorgänger, Dieter Kreye, Hausarzt in Neubrandenburg, kandidierte aus persönlichen Gründen nicht mehr. **Fachärztlicher Vorstand** wird **Angelika von Schütz** (55). Die HNO-Ärztin ist seit 1994 in Grimmen niedergelassen. Sie löst den Gynäkologen Fridjof Matuszewski ab, der sich zur Wiederwahl gestellt hatte.
- (kv-rlp 12.9.16) – Unter dem Motto „KV trifft Politik“ hat die **KV RLP den Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz 2016 vorgestellt**. Mit dem Versorgungsatlas 2016 blickt die KV RLP auf die Entwicklung der Versorgungsstrukturen der vergangenen zehn Jahre seit der Fusion der ehemals vier rheinland-pfälzischen KVen zurück. Spezialisierung, Feminisierung, Flexibilisierung, Teambildung, Zentralisierung und Überalterung – das sind die zentralen Entwicklungen, mit denen die ambulanten medizinischen Versorgungsstrukturen des vergangenen Jahrzehnts beschrieben werden. Nicht nur der medizinische Fortschritt, auch die steigende Zahl an Angestellten- und Teilzeitarbeitsverhältnissen sowie der Trend zur Zusammenarbeit in Gemeinschaftspraxen – heute als Berufsausübungsgemeinschaften bezeichnet – und Medizinischen Versorgungszentren haben die medizinischen Versorgungsstrukturen maßgeblich verändert. Zum Ersatz von zwei Ärzten traditionellen Typs werden heute mindestens drei Ärzte benötigt, um die gleiche Zahl an Patienten zu versorgen. Der demographische Wandel wird diesen Bedarf an Ärzten noch weiter steigern. Um die medizinische Versorgung in der Fläche auch in Zukunft noch aufrecht zu erhalten, müssen diese Entwicklungen wahrgenommen und zusammen mit der KV RLP Lösungen zur Bewältigung des drohenden Ärztemangels gefunden werden.
- (aerztezeitung.de 15.9.16) – Der **Krankenstand in Mecklenburg-Vorpommern** liegt nach Angaben der AOK Nordost mit 5,6% **leicht über dem Bundesdurchschnitt** (5,3%) und über dem Wert des Vorjahres (5,5%). Damit hat jeder Beschäftigte im Nordosten im vergangenen Jahr im Durchschnitt 20,6 Tage wegen Arbeitsunfähigkeit am Arbeitsplatz gefehlt. Verbessern ließe sich der Gesundheitszustand der Beschäftigten nach Auffassung der AOK Nordost, wenn die Mitarbeiter mit der Gesamtsituation in ihrem Unternehmen zufrieden wären. Nach Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK gebe es einen Zusammenhang zwischen der Unternehmenskultur und der Gesundheit. Den niedrigsten Krankenstand im Nordosten hatten die AOK-Versicherten in Rostock

(5,0%), den höchsten wiesen die AOK-Versicherten in der Region Parchim-Ludwigslust (6,4%) auf.

- (facharzt.de 17.9.16) – Nachdem das niederländische Parlament neue Regelungen zur Organspende beschlossen hat, hält **Theodor Windhorst** nun auch in Deutschland die **Zeit reif für eine Diskussion über die Widerspruchslösung**. „Jeder Tod auf der Wartliste ist ein gesellschaftlicher Skandal“, erklärte der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe am Freitag. In Spanien, wo es die Widerspruchslösung gebe, seien die Spenderzahlen viel höher als in Deutschland. Die Spendebereitschaft in Deutschland stagniere auf niedrigem Niveau. Daher sei eine „offene und ehrliche Diskussion“ über die Einführung der Widerspruchslösung „dringend nötig“. Windhorst verweist auch auf die Schweiz: Werde dort bis 2018 keine Steigerung der Spenderzahlen um 60% erreicht werden, solle auch dort über die Einführung der Widerspruchslösung diskutiert werden.
- (laekh 15.9.16) – Mit knapper Mehrheit hat die **Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH)** am 14.09.2016 die **Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA)** in Hessen **beschlossen**. Bei 17 Gegenstimmen und 15 Enthaltungen sprachen sich 23 Delegierte für den Beitritt der LÄKH zum Rahmenvertrag der Bundesärztekammer zur Herausgabe des eHBA aus. Der Entscheidung waren lebhafte Diskussionen vorausgegangen, in denen erhebliche Bedenken gegenüber der Einführung des Ausweises geäußert wurden. Aus Datenschutzgründen hatte sich die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen bereits 2008 gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und gegen die Unterzeichnung des Rahmenvertrags zur Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises entschieden. Damit ist die LÄKH bis heute die einzige Kammer bundesweit, die den Vertrag noch nicht unterzeichnet hat.

Gremien & Institutionen

- (gpb 19.9.16) – Das **Bundesversicherungsamt** hat am heutigen Montag seinen **Tätigkeitsbericht 2015 veröffentlicht**. Der Bericht gibt einen Überblick über die Vielfalt der Themen und Fälle, mit denen das BVA im Jahr 2015 befasst war. Nur beispielhaft seien genannt: Die Überwachung der Finanzlage der über 80 bundesunmittelbaren Sozialversicherungsträger einschließlich der Genehmigung der Zusatzbeitragssätze der bundesunmittelbaren Krankenkassen, die bedarfsgerechte Verteilung von rund 200 Mrd. € des Gesundheitsfonds, die Prüfung der Einhaltung der Wettbewerbsgrundsätze durch die gesetzlichen Krankenkassen, die Begleitung der Digitalisierung in der Sozialversicherung (insbesondere der Nutzung von Fitness-Apps), die Prüfung der fehlerhaften Berechnung von Auslandsrenten sowie der Hilfsmittelversorgung.
- (gba 15.9.16) – **Intrakranielle Stenosen** (Verengungen von Blutgefäßen im Gehirn) dürfen zukünftig nur noch bei bestimmten Patientengruppen mit dem Einsatz von Stents (Gefäßstützen) behandelt werden. Den **weitgehenden Ausschluss von der stationären Behandlung** hat der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** vergangenen Donnerstag in Berlin beschlossen. Unberührt vom Leistungsausschluss bleibt der Einsatz bei Patienten, die aufgrund einer hochgradigen intrakraniellen Stenose einen akuten Gefäßverschluss haben und bei denen alternative Therapiekonzepte nicht in Betracht kommen oder versagen. Zudem bei den Patientinnen und Patienten mit einer intrakraniellen Stenose mit einem Stenosegrad von mindestens 70%, die nach einem stenosebedingtem Infarkt trotz nachfolgender intensiver medikamentöser Therapie mindestens einen weiteren Infarkt erlitten haben. Die Intervention soll mit ausreichendem zeitlichem Abstand zum letzten Ereignis durchgeführt werden.
- (gba 16.9.16) – Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** hat am Donnerstag in Berlin seine **Eckpunkte für das zukünftige Screening auf Gebärmutterhalskrebs** (Zervixkarzinom-Screening) **geändert**. Frauen ab dem Alter von 35 Jahren soll statt der derzeitigen jährlichen zytologischen Untersuchung alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung – bestehend aus einem Test auf genitale Infektionen mit humanen

Papillomaviren (HPV) und einer zytologischen Untersuchung – angeboten werden. Frauen im Alter zwischen 20 und 35 Jahren haben weiterhin Anspruch auf eine jährliche zytologische Untersuchung. Vorgesehen ist weiterhin, dass die Screening-Strategien inklusive Intervallen und Altersgrenzen nach einer mindestens sechsjährigen sogenannten Übergangsphase auf Änderungsbedarfe überprüft werden.

- (gba 15.9.16) – Der **Gemeinsame Bundesausschuss (GBA)** hat die bereits im Dezember 2015 beschlossenen einheitlichen **Regeln für ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement** am Donnerstag in Berlin **angepasst**. Mit entsprechenden Ergänzungen in § 4 der neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie stellt er klar, welche Maßnahmen ausnahmslos anzuwenden sind und unter welchen Voraussetzungen und mit welchen Begründungen von den Vorgaben abgewichen werden darf. Ausnahmslos einzusetzen und anzuwenden sind nach diesem Beschluss die Instrumente Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme sowie die Vorgaben für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus und für den Einsatz von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen erfolgen. Die erstmals sektorenübergreifend angelegte Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) war bereits am 17. Dezember 2015 in einer Neufassung beschlossen worden, bislang aber noch nicht in Kraft getreten. Die Änderungen der ansonsten nicht beanstandeten Richtlinie erfolgten nach einer Auflage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Der Beschluss wird dem BMG zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.
- (iqwig 15.9.16) – **Selexipag** (Handelsname Upravi) ist zugelassen zur Langzeit-Behandlung von Erwachsenen mit mittelschweren bis schweren Beschwerden durch pulmonale arterielle Hypertonie (PAH). Der Wirkstoff kann in einer Kombinationstherapie mit anderen blutdrucksenkenden Medikamenten kombiniert oder als Monotherapie verabreicht werden bei Patienten, für die die anderen Blutdrucksenker nicht infrage kommen. Seit Mai 2016 ist Selexipag in Deutschland auf dem Markt. In einer **frühen Nutzenbewertung** hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) nun untersucht, ob Selexipag Vor- oder Nachteile gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie hat. Die Einschränkung der Vergleichstherapie auf einen bestimmten Wirkstoff und die nachfolgende Aufteilung der Population im Dossier sind nicht sachgerecht. Die einzige Studie, die der Hersteller für eine seiner Teilpopulationen anführt, vergleicht Selexipag mit Placebo. Aus einem solchen Vergleich lässt sich aber kein Zusatznutzen ableiten. Somit hat der Hersteller für die Bewertung des Zusatznutzens von Selexipag keine geeigneten Daten vorgelegt und das IQWiG kommt zu dem Schluss: Ein **Zusatznutzen** von Selexipag gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist **nicht belegt**.
- (iqwig 15.9.16) – **Talimogen laherparepvec** (Handelsname Imlygic) ist seit Dezember 2015 für Erwachsene mit fortgeschrittenem schwarzem Hautkrebs zugelassen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat in einer **Dossierbewertung** überprüft, ob der Wirkstoff diesen Patienten gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen bietet. Da das Dossier des Herstellers jedoch keine geeigneten Daten enthält, lässt sich daraus auch kein Zusatznutzen von Talimogen laherparepvec ableiten. Da der Hersteller auch keine Studien vorlegt, die einen indirekten Vergleich ermöglichen, enthält sein Dossier keine Daten, aus denen sich ein Zusatznutzen ableiten ließe. Ein **Zusatznutzen** von Talimogen laherparepvec ist deshalb **nicht belegt**.
- (iqwig 15.9.16) – Seit Mai 2016 ist **Nivolumab** (Handelsname Opdivo) in **Kombination mit Ipilimumab** (Handelsname Yervoy) für Erwachsene mit fortgeschrittenem Melanom (schwarzer Hautkrebs) zugelassen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat in einer **Dossierbewertung** überprüft, ob dieser Wirkstoff einen Zusatznutzen bietet. Nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten, deren Tumor BRAF-V600-Mutation-negativ ist, überleben demnach länger. Allerdings variiert dieser Vorteil mit dem Geschlecht. Zugleich treten schwere Nebenwirkungen bei

Nivolumab in Kombination mit Ipilimumab häufiger auf. In der Gesamtschau sieht das IQWiG bei **Männern** einen **Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen**, bei **Frauen** einen **Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen**.

- (iqwig 15.9.16) – Der Wirkstoff **Ticagrelor** ist seit Februar 2016 für Erwachsene zugelassen, die vor mindestens einem Jahr einen Herzinfarkt hatten und bei denen ein hohes Risiko für einen erneuten Herzinfarkt oder Schlaganfall besteht. Ticagrelor wird dabei gemeinsam mit niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS) eingesetzt. Bei seiner Anfang Juli 2016 veröffentlichten **Dossierbewertung** hatte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) Ticagrelor einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen im Vergleich zur alleinigen Gabe von ASS bescheinigt. Unter Einbezug von zusätzlichen Auswertungen, die der Hersteller im Stellungnahmeverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eingereicht hat, kommt das Institut nun jedoch zu einem anderen Ergebnis: Ein **Zusatznutzen ist nicht belegt**, da positive Effekte durch negative infrage gestellt werden.
- (aerzteblatt.de 16.9.16) – Mit Blick auf die nächste Runde der Honorarverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband hat der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), **Andreas Gassen**, bei der KBV-Vertreterversammlung noch einmal die Forderung der Vertragsärzte für eine **deutliche Erhöhung des Honorars für 2017** unterstrichen. Wie aus seinem Redemanuskript für die nicht-öffentliche Sitzung am heutigen Freitag hervorgeht, fordert die KBV eine Erhöhung des Orientierungspunktwerts sowie eine Steigerung der Honorare, die die gestiegenen Personalkosten sowie die Gehaltssteigerungen für Ärzte in Krankenhäusern berücksichtigt. Für Hausärzte wird die Einführung einer Technikpauschale gefordert, für die Fachärzte eine Erhöhung der fachärztlichen Grundpauschale. „Ernsthaft bewegen muss sich der GKV-Spitzenverband im Übrigen bei der Weiterentwicklung des EBM. Grundsätzlich gilt, dass die Weiterentwicklung unter Punktsummenneutralität verhandelt wird“, erklärte Gassen vor den Mitgliedern der KBV-VV. Dabei sei klar, dass es neue Leistungen nur für neues Geld gebe und der kalkulatorische Arztlohn angepasst werden müsse. Die nächsten Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband stehen am kommenden Mittwoch, dem 21. September, an.
- (facharzt.de 17.9.16) – **KBV-Vize Regina Feldmann** hat eine **angemessene Vergütung für den Medikationsplan gefordert**. Dies sei wichtig für die Arzneimitteltherapiesicherheit und die sprechende Medizin, betonte sie am Freitag während der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. In Sachen geplanter Heilmittel-Richtlinie forderte sie, dass Ärzte nicht für Therapiekosten haften sollten. Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz befindet sich aktuell in der parlamentarischen Beratung. Wesentliche Neuregelung: das Modellvorhaben zur sogenannten Blankoverordnung von Heilmitteln. In einem solchen Modellvorhaben könne der Heilmittelerbringer auf Basis einer ärztlichen Diagnose- und Indikationsstellung neben der Auswahl des Heilmittels auch die Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten selbst bestimmen, erklärte Feldmann am Freitag vor den Delegierten in Berlin. Die Heilmittelerbringer sollen dabei auch von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie abweichen können. In den Vereinbarungen zum Modellvorhaben seien auch die zukünftige Mengenentwicklung und die damit verbundene Wirtschaftlichkeitsverantwortung zu berücksichtigen.
- (aerztezeitung.de 14.9.16) – Die "**Causa Köhler**" lässt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht los. Der Skandal um den ehemaligen Vorstandsvorsitzenden Andreas Köhler und weitere ehemalige und amtierende Spitzenfunktionäre der Körperschaft und der Vertreterversammlung zieht weitere Kreise. Unter anderem gibt es nun eine Dienstwagenaffäre, die bis Ende vergangenen Jahres nicht einmal der Dienstaufsicht im Gesundheitsministerium bekannt war. **Mehrere Fälle von Verdacht auf Untreue und sogar Betrug** listet ein **Gutachten** der Kölner Kanzlei Luther auf, das auf den 23. August datiert ist. Das Gutachten, das im Auftrag von Gesundheitsminister Hermann Gröhe den Dienstvertrag der KBV mit Köhler unter die Lupe nimmt, liegt der "Ärzte Zeitung" vor. Demnach schloss Köhler einen Leasingvertrag über ein Fahrzeug ab, für den die KBV rückwirkend die Raten in Höhe von rund 1249 Euro im Monat übernahm. Dazu kam laut

Gutachten eine Benzinverbrauchskostenübernahme bis zu 10.000 Euro im Jahr. Eine pauschale Inanspruchnahme dieser Summe strich die VV später wieder. Köhler durfte ausweislich einer im Gutachten zitierten Zusatzvereinbarung das Fahrzeug privat nutzen.

- (aerztezeitung.de 16.9.16) – Ärztepräsident **Frank Ulrich Montgomery** hat die **Kritik der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH)** an den häufigen Arztbesuchen in Deutschland **zurückgewiesen**. "Ich kann das nicht nachvollziehen", sagte der Präsident der Bundesärztekammer der "Passauer Neuen Presse" an die Adresse von KKH-Vorstandschef Ingo Kailuweit. Kailuweit hatte der "Bild"-Zeitung (Mittwoch) gesagt, die Hälfte aller Arztbesuche sei überflüssig. Montgomery erwiderte: "Wir Deutsche sind schon immer Weltmeister in Sachen Arztbesuche." Dies habe medizinische, aber vor allem auch rein administrative Gründe. "Da gibt es zu viel Bürokratie, etwa die Verlängerung von Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit, zur Auszahlung von Krankengeld oder eine Reihe von anderen Dokumentationspflichten", sagte Montgomery.
- (aerzteblatt.de 16.9.16) – Das **Patientenportal** des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (**ÄZQ**) ist **erweitert** worden: Ab sofort erklärt ein neues Onlinewörterbuch medizinische Fachbegriffe und Abkürzungen zu häufigen Krankheiten in allgemeinverständlicher Form. Das virtuelle Nachschlagewerk enthält derzeit rund 700 Fachbegriffe und wird laufend ergänzt. Als Grundlage dienen Patientenleitlinien aus dem Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Weitere Informationen unter: <http://www.patienten-information.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-nvl/woerterbuch>
- (aerztezeitung.de 13.9.16) – Die **Zahl der Abtreibungen in Deutschland** ist in der ersten Jahreshälfte **leicht gestiegen**. Insgesamt ließen bis Ende Juni rund 51 200 Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, wie das Statistische Bundesamt am Montag mitteilte. Das war eine Zunahme von 0,8% im Vergleich zu den ersten sechs Monaten des Vorjahres. Zwischen April und Ende Juni war mit knapp 25 000 Schwangerschaftsabbrüchen sogar ein Anstieg um 1,9% im Vergleich zum Vorjahreszeitraum festzustellen. Von einer Trendwende könne aber nicht gesprochen werden, hieß es auf Nachfrage. Zwar sei die Zahl in den vergangenen Jahren rückläufig gewesen. Ein leichter Anstieg bei den Quartalszahlen müsse dennoch zurückhaltend betrachtet werden.

Aus der Kassenlandschaft

- (bibliomed.de 16.9.16) – Der **GKV-Spitzenverband** sieht ein **Versäumnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bei Stents zur Schlaganfallprophylaxe**. Gleichzeitig lobt der Verband aber, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dieses Verfahren nun zumindest für Kassenpatienten weitgehend ausgeschlossen hat. Der stellvertretende Vorsitzende des GKV-SV, Johann-Magnus von Stackelberg, kritisierte während der GBA-Plenumssitzung am Donnerstag, dass der Leistungsausschluss sich über so viele Jahre hingezogen habe. Er verwies darauf, dass die US-Aufsicht FDA die Methode bereits 2012 verboten habe. Aus Gründen des Patientenschutzes habe die Leistung für die Mehrheit der Patienten ausgeschlossen werden müssen, argumentierte Stackelberg.
- (ikk ev 14.9.16) – Als erste Kassenart legen die **Innungskrankenkassen** ein **Positionspapier** für die zukünftige **Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017** vor. Es wurde am Mittwoch in der Mitgliederversammlung des IKK e.V. einstimmig beschlossen. "Die Innungskrankenkassen sind mit mehr als 5,5 Millionen Versicherten vor allem dem Mittelstand sowie dem Handwerk verpflichtet - unser Ziel ist es, Versicherte und Patienten zu befähigen sowie Betriebe und Arbeitgeber zu unterstützen", sagt Hans-Jürgen Müller, Vorstandsvorsitzender des IKK e.V. Besonderes Augenmerk legen die Innungskrankenkassen dabei auf die finanzielle Entwicklung der GKV. Nicht hinnehmbar sei der schleichende finanzielle Rückzug von Bund, Ländern und Kommunen, wie etwa bei der Übernahme der Investitionskosten für Krankenhäuser.

- (bibliomed.de 13.9.16) – Eine **schlechte Unternehmenskultur** geht mit einem **deutlich höheren gesundheitlichen Risiko für Mitarbeiter** einher. Das ist das Ergebnis einer bundesweit repräsentativen **Befragung des** Wissenschaftlichen Instituts der AOK (**WIDO**) im **Fehlzeiten-Report 2016**, die am Montag veröffentlicht wurde. Demnach ist unter den rund 2.000 befragten Beschäftigten jeder Vierte, der seine Unternehmenskultur als schlecht bewertet, auch mit der eigenen Gesundheit unzufrieden. Bei den Befragten, die ihr Unternehmen positiv sehen, war es nur jeder Zehnte. Besonders wichtig sei Arbeitnehmern der Umfrage zufolge, dass ihr Arbeitgeber hinter ihnen stehe (78%) und dass er sie für gute Arbeit lobe (69%). Doch nur für rund die Hälfte der Beschäftigten sei dieser Wunsch auch Wirklichkeit.
- (barmer gek 16.9.16) – **Zwei Drittel der Kinder zwischen zwei und sechs Jahren gehen nicht zum Zahnarzt**. Nur 33,9% dieser Altersgruppe nutzten im Jahr 2014 die Früherkennungsuntersuchung. Darauf wies der Verwaltungsrat der **Barmer GEK** in seiner Sitzung am Freitag in Stuttgart anlässlich des Tages der Zahngesundheit (25. September) hin. Aber auch bei den Erwachsenen gibt es erheblichen Nachholbedarf. Viele von ihnen scheuen offensichtlich eine zahnärztliche Behandlung. Rund 30% der Barmer GEK Versicherten haben im Jahr 2014 keinen Dentisten aufgesucht. Im regionalen Vergleich scheuen vor allem die Saarländer den Gang zum Dentisten. Hier nahmen nur 64,8% einen Zahnarzttermin wahr. Ähnlich schlecht sieht es in Rheinland-Pfalz (67,9%), Hamburg und Bremen (beide 66,8%) aus. Die Baden-Württemberger liegen mit 71,7% im Mittelfeld. Die Thüringer nehmen hingegen die Spitzenposition ein. Hier waren es 78,1%, die zum Zahnarzt oder zu einer Zahnärztin gegangen sind.
- (schwenninger bkk 13.9.16) – Das Leben wird für junge Bundesbürger offenbar immer beschwerlicher: 74% der 14- bis 34-Jährigen geben an, ihr Leben sei im vergangenen Jahr anstrengender geworden. 68% fühlen sich regelmäßig gestresst - Tendenz seit Jahren steigend. Das sind Ergebnisse der repräsentativen **Studie "Zukunft Gesundheit 2016" der Schwenninger Krankenkasse** und der Stiftung "Die Gesundarbeiter". Mehr als 1.000 Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland zwischen 14 und 34 Jahren wurden dafür befragt. Die Auslöser für Stress sind dabei insbesondere auch im Privatleben zu finden: 53% der Befragten haben das Gefühl, ständig für Freunde und Familie über digitale Medien erreichbar sein zu müssen - deutlich mehr als für ihren Arbeitgeber (29%). Aber auch die Arbeitgeber sollten ihren Mitarbeitern Entspannungstechniken vermitteln, beispielsweise im Zuge der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- (facharzt.de 14.9.16) – Patienten in Deutschland gehen nach Darstellung der **Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) doppelt so häufig zum Arzt wie eigentlich nötig**. „Wir haben nicht zu wenig Ärzte, sondern zu viele Arztkontakte“, sagte KKH-Vorstandschef Ingo Kailuweit der „Bild“-Zeitung (Mittwoch). „Die Hälfte dieser Arztbesuche ist überflüssig.“ Nicht Vermittlungs-, sondern Verteilungsprobleme seien der Grund für fehlende Facharzttermine. Zudem, so Kailuweit, würden Patienten zu oft falsch behandelt, sodass sie danach erneut andere Ärzte aufsuchen müssten. Den Hausärzten warf er vor, sie hätten Angst, ihre Patienten zu überweisen: „Hausärzte halten ihre Patienten zu lange“, sagte der Kassenchef der „Bild“-Zeitung. Kailuweit warf Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) vor, Strukturreformen zur Lösung solcher Probleme zu vernachlässigen. Dass es kaum Kritik an der Gesundheitspolitik der Regierung gebe, liege daran, dass der Arbeitgeberanteil am Kassenbeitrag festgeschrieben sei. Im laufenden und kommenden Jahr rechnet Kailuweit mit einer Kostensteigerung für die gesetzlichen Krankenkassen von 4,5 Mrd. Euro.
- (aerzteblatt.de 13.9.16) – **Immer mehr berufstätige Väter kümmern sich nach Beobachtungen der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) um erkrankte Kinder zuhause**. Für 19% aller Fehltagelohnersatz wegen krankem Nachwuchs zahlte die Kasse 2015 Lohnersatz an Männer, wie diese heute in Hamburg mitteilte. „Damit blieben Väter fast doppelt so häufig wegen ihres kranken Nachwuchses zu Hause wie noch im Jahr 2008“, sagte Günter Feigl, KKH. Dennoch betreuten in vier von fünf Fällen Mütter die erkrankten Kinder. Hier sei also für die Väter noch Luft nach oben, so Feigl. Nach der bundesweiten Aus-

wertung der KKH unter ihren Versicherten haben die Väter in Hamburg den bundesweit höchsten Anteil beim Kinderkrankengeld, dicht gefolgt von Berlin. Auf dem letzten Platz liegen die Männer in Baden-Württemberg.

- (kkh 13.9.16) – Nach 45 Jahren im Dienst der **KKH Kaufmännische Krankenkasse** wird Vorstandschef **Ingo Kailuweit** Ende **September 2017 in den Ruhestand** treten. Der 60-Jährige steht seit 1999 an der Spitze der Kasse mit Sitz in Hannover, die mit einem Haushaltsvolumen von mehr als 5,5 Mrd. Euro und rund 4.000 Mitarbeitern zu den großen Krankenversicherungsträgern in Deutschland zählt. Kailuweit lenkt als Vorstandsvorsitzender seit 1999 die Geschicke der KKH. Zum Nachfolger hat der Verwaltungsrat der KKH bei seiner Sitzung am 9. September Wolfgang Matz gewählt, der bereits von 2002 bis 2011 als Ressortleiter Personal für die KKH in Hannover tätig war. Seit 2012 leitet der 48-Jährige das strategische Personalmanagement bei der TÜV NORD GROUP.
- (aok bv 15.9.16) – Ärzte verschreiben **älteren Patienten seltener Medikamente, die für sie ungeeignet sind oder sogar gefährlich werden können**. Darauf weist der **AOK-Bundesverband** aus Anlass des Internationalen Tages der Patientensicherheit am 17. September hin. Er steht in diesem Jahr unter dem Motto "Gemeinsam Medikationsfehler vermeiden". Nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ist der Anteil der AOK-versicherten Patienten ab 65 Jahren, die mindestens ein für sie potenziell riskantes Medikament von der sogenannten Priscus-Liste erhielten, von 29% im Jahr 2006 auf knapp 19% im Jahr 2015 gesunken.

Innovationsfonds, Selektivverträge, Gesundheitstelematik

- (facharzt.de 15.9.16) – Unter **Ärzten, die sektorenübergreifend kooperieren**, geht die **Angst vor Strafverfolgung** um. Darauf jedenfalls ließen die reihenweise **Kündigungen von Kooperationsverträgen** schließen, die derzeit zu beobachten seien. Das sagte Hans-Friedrich Spies, Präsident des **Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI)**, am Donnerstag in Berlin, im Vorfeld des Deutschen Internistentags am Freitag und Samstag. Dabei soll es unter anderem auch um das kürzlich in Kraft getretene Antikorruptionsgesetz gehen. „Der Gesetzgeber zerstört so sinnvolle, für die Versorgung wichtige Strukturen, schon bevor der Staatsanwalt eingegriffen hat“, sagte Spies. Dieser „Kollateralschaden“ des Gesetzes müsse beseitigt werden, und zwar mit einer Positivliste.
- (facharzt.de 18.9.16) – Die **Krankenkassen verlieren in Sachen elektronischer Gesundheitskarte** offenbar so langsam die **Geduld**. Während die DAK die zweite Kartengeneration an ihre Versicherten verschickt, fordert der Chef der Techniker Krankenkasse Jens Baas die Politik auf, alle Kassen dazu zu verpflichten, eine elektronische Gesundheitskarte anzubieten. Die Zeit sei reif für digitale Gesundheitsangebote. Zu diesem Ergebnis kommt eine forsa-Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK): Drei von vier Bürgern verfügen über ein internetfähiges Smartphone und damit über die wichtigste technische Voraussetzung, um Therapie und Diagnostik mit sinnvollen digitalen Gesundheitsanwendungen unterstützen zu können, heißt es in einer Mitteilung der Kasse.
- (facharzt.de 15.9.16) – Die AOK hat großes Interesse an einer Digitalisierung der Gesundheitsversorgung, das hat sie in letzter Zeit mehrfach deutlich gemacht. Nun hat die **AOK Nordost** mit den **Klinikkonzernen Vivantes und Sana** vereinbart, **gemeinsam ein digitales Gesundheitsnetzwerk** zu bilden, um „den Informationsfluss zwischen Patienten, Krankenhäusern, Ärzten und Krankenkasse zu optimieren“. Digitale Patientenakten spielen dabei eine Rolle. Versicherte der AOK Nordost in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sollen bald selbst über ihre Medikationspläne, Untersuchungsergebnisse und andere Gesundheitsdaten verfügen können, indem ihre Patientenakte digitalisiert wird. In einem sogenannten Letter of Intent haben die Kasse und die beiden Klinikkonzerne ihre Vereinbarung festgehalten. Die Patienten könnten ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten somit bei Bedarf einen schnellen Einblick in ihre

persönliche digitale Gesundheitsakte gewähren, erläutern die drei Partner. Ziel sei es, damit letztlich auch Über-, Unter- und Fehlbehandlungen zu vermeiden.

- (facharzt.de 16.9.16) – Um die Online-Sprechstunde beim Arzt wird in Politik und Ärzteschaft heftig gestritten. Ein häufiges Argument: Die Patienten wollen das. Zweifel an dieser These legt eine neue **Umfrage des Digitalverbands Bitkom** nahe: Eine **Online-Sprechstunde** würden lediglich **17% der Befragten** auf jeden Fall nutzen, weitere 16% gaben an, sie könnten sich dies zumindest vorstellen. Das größte Hindernis ist dabei die Sorge, dass das Risiko einer Fehlbehandlung bei einer Onlinesprechstunde steige (67%). Gut die Hälfte (52%) glaubt zudem, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient leidet. Ein weiterer Nachteil der Online-Sprechstunde ist aus Sicht der Befragten, dass Arzt und Patient dafür über technisches Know-how und technische Ausstattung verfügen müssen (43%). Gleichzeitig stehen die Befragten der Telemedizin generell weniger ablehnend gegenüber. 61% glauben, dass die Digitalisierung der Medizin unterm Strich mehr Chancen als Risiken berge. Jeder Fünfte (20%), würde im Krankheitsfall auf jeden Fall seinen eigenen Gesundheitszustand telemedizinisch überwachen lassen, weitere 39% können sich vorstellen, diese Möglichkeit in Anspruch zu nehmen.
- (laekh 15.9.16) – Die **Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen** hat am Mittwoch in Bad Nauheim vor den **Sicherheitsrisiken** als Folge der vorgesehenen Vergütung für den **Versand eines elektronischen Arztbriefes gewarnt**. In der Resolution heißt es wörtlich: Das E-Health-Gesetz sieht für das Jahr 2017 eine festgeschriebene Förderung in Höhe von 55 Cent pro übermitteltem elektronischen Arztbrief vor, wenn der elektronische Heilberufsausweis für eine qualifizierte elektronische Signatur zum Einsatz kommt. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden sich auf eine Aufteilung der Förderung, 28 Cent erhält der Absender, 27 Cent der Empfänger, einigen. Gleichzeitig können Ärzte, die diesen E-Health-Zuschlag in Anspruch nehmen wollen, dann nicht mehr die EBM-Kostenpauschale von 55 Cent für versendeten Brief bzw. FAX abrechnen. Die Delegierten der Landesärztekammer Hessen wenden sich gegen die Aufteilung dieser Förderung. Die geplante Aufteilung würde die sichere Übertragung von Arztbriefen nicht fördern, sondern vielmehr die unsichere Übermittlung per FAX.

Pharma & Apotheke

- (ims health 15.9.16) – Der **Umsatz mit Arzneimitteln im Pharma-Gesamtmarkt** (Apotheke und Klinik) verbucht nach Informationen des Branchendienstleisters IMS Health im **Juli 2016** einen **Rückgang von 3%** (3,3 Mrd. Euro). Die Menge abgegebener Zählheiten ist ebenfalls rückläufig (-4%; 7,9 Mrd. ZE). □Hierbei ist zu beachten, dass der Juli zwei Arbeitstage weniger beinhaltete als der Vorjahresvergleichsmonat. Für den gesamten Zeitraum Januar bis Juli 2016 ergibt sich für den Pharma- Gesamtmarkt ein Umsatzwachstum im unteren einstelligen Bereich (+3%). Der Umsatz mit Arzneimitteln im stationären Sektor wächst im betrachteten kumulierten Zeitraum um +7%. Die führenden zehn Präparategruppen legen sogar um 13% zu. Dazu zählen verschiedene onkologische Präparategruppen, Immunmodulatoren und ophthalmologische, antineovaskuläre Produkte zur Behandlung der altersbedingten Makuladegeneration. Der größte Zuwachs mit +24% zeigt sich bei MAB* Antineoplastika und begründet sich auch durch die Einführung neuer Präparate im Vorjahr, die sich erst am Markt etablieren.
- (apotheker-adhoc.de 15.9.16) – Das **Bundeskartellamt** hat am Mittwoch bundesweit **Büros von insgesamt acht Pharmagroßhändlern durchsucht**. Die Behörde gehe dem Verdacht nach, dass die Großhändler untereinander wettbewerbsbeschränkende Absprachen getroffen hätten, sagte ein Kartellamtssprecher heute. Zuvor hatte die *Braunschweiger Zeitung* über die Aktion berichtet. Nach Angaben des Kartellamts beteiligten sich insgesamt 50 Mitarbeiter der Wettbewerbsbehörde an den Durchsuchungen. Sie wurden von örtlichen Polizeikräften unterstützt. Es gehe vor allem um den Verdacht, dass die Großhändler sogenannte Kundenschutzabsprachen getroffen haben könnten,

bei denen Unternehmen den Markt untereinander aufteilen und vereinbaren, einander keine Kunden abzuwerben. Mit den Durchsuchungen sollten Beweismittel sichergestellt werden, „die den Verdacht auf wettbewerbsbeschränkende Verhaltensweisen bestätigen oder entkräften können“, betonte der Sprecher.

- (bfarm/mvl 12.9.16) – Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (**BVL**) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (**BfArM**) haben gemeinsam ein **Positionspapier** erstellt. Dieses soll als Grundlage für die Beurteilung von **Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke** im Hinblick auf die **Abgrenzung zu Arzneimitteln** dienen. Das Vorliegen eines Lebensmittels für besondere medizinische Zwecke kann anhand von sieben charakteristischen Merkmalen, geprüft werden. Diese sind abschließend in einem Entscheidungsbaum dargestellt. Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, u. a. unter der Bezeichnung bilanzierte Diäten bekannt, zählen zu den Lebensmitteln, die für Patienten entwickelt werden, deren Nährstoffbedarf aufgrund bestimmter Erkrankungen, Störungen oder spezifischer Beschwerden nicht durch den Verzehr normaler Lebensmittel gedeckt werden kann.
- (bibliomed.de 16.9.16) – Der **Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe** (DBfK) sieht in der kontinuierlich anhaltenden **Arbeitsverdichtung** in der Pflege einen **großen Risikofaktor für Medikationsfehler**. Die Zeit, Verordnungen fachgerecht und patientenorientiert umzusetzen, werde in der Pflegearbeit immer knapper, sagte DBfK-Sprecherin Johanna Knüppel am Donnerstag in Berlin. Etwa zehn Prozent aller Klinikeinweisungen seien Folge von Arzneimittelnebenwirkungen, ein Fünftel davon seien vermeidbar. Ziel müsse es für alle Beteiligten im Gesundheitssystem sein, Medikationsfehler nach Möglichkeit zu verhindern, aber mindestens aus ihnen die nötigen Schlüsse zu ziehen und daraus zu lernen. „Medikationsfehler sind in den allermeisten Fällen ein Systemproblem und weniger die Schuld des Einzelnen“, so Knüppel weiter. Sie müssten gemeldet und systematisch aufgearbeitet werden, riskante Abläufe seien abzustellen und Systemmängel zu beheben. Damit sich die momentanen Rahmenbedingungen spürbar verbesserten, erwarte der DBfK vom diesjährigen Schirmherrn Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe „mehr als lediglich öffentliche Erklärungen“.
- (apotheke-adhoc.de 16.9.16) – Der **Einsatz von Cannabis zur Schmerztherapie** muss **nach Auffassung der ABDA strengen Regeln** folgen. Auf keinen Fall dürfe Cannabis als Joint geraucht oder in Form von Keksen oder Butter eingenommen werden. Damit sei die dem Körper zugeführte Wirkstoffmenge nicht zu kontrollieren, schreibt die ABDA in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung betäubungsrechtlicher Vorschriften. Außerdem verlangen die Apotheker präzise Angaben auf den Cannabis-Rezepten. Im Mai hat die Bundesregierung auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) beschlossen, Cannabis zu medizinischen Zwecken freizugeben. Grundsätzlich begrüßt die ABDA diesen Schritt und dass beim therapeutischen Einsatz von Cannabis als Arzneimittel „auf die bewährten Versorgungsstrukturen der öffentlichen Apotheken“ zurückgegriffen werden soll. Damit setze die Bundesregierung eine Forderung des Deutschen Apothekertags 2015 in Düsseldorf um. Es müsse aber eine „klare Trennung zwischen dem therapeutischen Einsatz von Cannabis und seinem Gebrauch als Genussmittel“ gezogen werden.
- (ots 15.9.16) – Die **digitale Transformation** ist **in der Pharmabranche angekommen**: Bereits heute beschäftigen sich die Mitarbeiter in neun von zehn Pharmaunternehmen zu mehr als 20% ihrer Arbeitszeit mit der Bearbeitung neuer digitaler Themen - Tendenz steigend. Zu diesem Ergebnis kommen die 77 Entscheider, die von Pierre Audoin Consultants (PAC) im Mai und Juni 2016 im Auftrag von Hays befragt wurden. Für die Bearbeitung der Innovationsthemen setzen Unternehmen bevorzugt auf umsetzungsorientierte und prozessorientierte Experten (74%), weniger auf Hochschulabsolventen (25%) oder junge kreative Kräfte (23%). Trotzdem sehen es 40% der Befragten als schwierig an, die für die Digitalisierung benötigten Kompetenzen bei ihren Mitarbeitern auszubauen. Gleichfalls vier von zehn Unternehmen berichten von Schwierigkeiten, die entsprechenden Fachkräfte zu rekrutieren. Um Kompetenzen aufzubauen, setzen die befragten Füh-

rungskräfte auf strukturelle Ansätze. Ganz oben auf der Agenda der Pharmaunternehmen stehen hier die stärkere Etablierung gemischter Teams (48%) und der Ausbau projektwirtschaftlicher Strukturen (40%).

Rund ums Krankenhaus

- (gqmg 16.9.16) – **Lean Management** im Gesundheitswesen ist keine Modeerscheinung. Sie wird vielmehr einen **unverzichtbaren Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeiten von Krankenhäusern** und anderen Unternehmen in der Gesundheitsversorgung leisten. Zu diesem Fazit kommt die Arbeitsgruppe Prozessmanagement der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) in ihrem neuen Positionspapier „Lean Management in der Gesundheitsversorgung“. In einem kritischen Diskurs wurden in den letzten Monaten die aktuelle Literatur sowie einschlägige Erfahrungen von Krankenhäusern mit dem Lean Ansatz bewertet. Das Positionspapier beschreibt den konzeptionellen Hintergrund des Lean Management und die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung.
- (aerzteblatt.de 16.9.16) – Die qualitativ hochwertige Versorgung demenzkranker **Patienten** ist laut dem **Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV)** eine „**Zukunftskompetenz für Krankenhäuser**“. Gemeint ist die Versorgung von Patienten, die zwar an kognitiven Beeinträchtigungen leiden, aber wegen somatischer Erkrankungen in die Klinik kommen. Laut einer in diesem Sommer veröffentlichten Studie „Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Prävalenz und Versorgungssituation“ der Hochschule Mannheim und der Technischen Universität München weisen 40% aller über 65-jährigen Patienten in Allgemeinkrankenhäusern kognitive Störungen auf, fast jeder Fünfte leidet an Demenz. „Die große Zahl an Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt Krankenhäuser vor eine erhebliche Herausforderung, auf die derzeit weder das pflegerische noch das medizinische Personal vorbereitet ist“, warnte Martina Schäufele von der Fakultät für Sozialwesen der Hochschule Mannheim.
- (aerztezeitung.de 16.9.16) – Die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)** hat zu Beginn ihrer 112. Jahrestagung in Hamburg das Engagement des Deutschen Ethikrates gewürdigt, der sich für die Rettung der Kinderkliniken in Deutschland einsetzt. Nach Überzeugung des Ethikrats ist die Schließung von Fachabteilungen und Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin "höchst problematisch". Laut DGKJ müssten für die stationäre Pädiatrie dringend neue Abrechnungsmodi gefunden werden, weil der Anteil planbarer Leistungen sehr gering sei und "hohe Vorhaltekosten für die Breite pädiatrischer Erkrankungen" geleistet werden müssten. Die DGKJ begrüßt daher die Forderung des Ethikrates, die **Kinder- und Jugendmedizin vom Vergütungssystem der Erwachsenenmedizin zu entkoppeln** und ein **eigenes DRG-System** zu etablieren. Nur so könne auf Dauer die stationäre Pädiatrie gesichert werden.
- (apotheker-adhoc.de 16.9.16) – In den **Hamburger Asklepios Kliniken prüfen Apotheker die Verschreibungen der Ärzte**. Auf diese Weise sollen unerwünschte Neben- und Wechselwirkungen reduziert werden. Das Konzept der „**Patientenorientierten Arzneimittel-Versorgung**“ (PAV) ist laut Konzern ein Erfolg. Ein Konkurrenzdenken zwischen den Heilberufen gebe es nicht. In sechs der sieben Asklepios-Kliniken in Hamburg überprüfen insgesamt etwa 20 Apotheker die Verordnungen der Ärzte. Wenn nötig, passen sie Dosierungen an oder wählen bessere Präparate aus. Täglich kontrollieren die Apotheker Verordnungen von bis zu 3500 Patienten. Besonders wichtig sei diese Leistung für Patienten mit einer Nieren- oder Lebererkrankung, die Medikamente im Körper anders abbauen, erklärt der medizinische Sprecher der Kliniken, Franz Jürgen Schell.

Verbände & Unternehmen

- (facharzt.de 16.9.16) – Der **Arzt in Niederlassung wird zunehmend zum Auslaufmodell** und stellt die ärztliche Selbstverwaltung vor neue Probleme. Davon geht **Bernd**

Köppl, Vorstandsvorsitzender des **Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren** (BMVZ) aus, wie er am Freitag bei der Jahrestagung des Verbands in Berlin deutlich machte. „Das Bild des Einzelarztes, der die Versorgung trägt, ist in der Gesundheitspolitik immer noch prägend“, sagte Köppl, „aber es ist Schnee von gestern“. Die gestiegene Bedeutung angestellter Ärzte würde aber in keiner Weise bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgebildet. „Die Vertretung der Ärzte in den KVen ist stark verbesserungsbedürftig“, sagte Köppl. „Über unsere elementaren Angelegenheiten entscheiden Kollegen, die nicht unsere Freunde sind.“

- (aerzteblatt.de 13.9.16) – In der Diskussion um die Patientenversorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten hat der **Spitzenverband Fachärzte Deutschlands** (SPiFa) eine **konsequentere Patientensteuerung gefordert**. Es geht dem Verband insbesondere um jene Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, obwohl sie von niedergelassenen Ärzten versorgt werden könnten. „Die Aufrechterhaltung des völlig freien und unregelmäßigen Zugangs der Patienten zu ärztlichen Leistungen bringt eine Ineffektivität und gleichzeitige Fehlallokationen von Ressourcen mit sich“, kritisierte Lars Lindemann, Hauptgeschäftsführer des SpiFa. Dies entziehe dem Gesundheitssystem erhebliche Finanzmittel, die an anderer Stelle fehlten.
- (aerztezeitung.de 16.9.16) – Um die steigende Inanspruchnahme von **Notdiensten sowie überflüssige Arztbesuche** zu reduzieren, plädiert die **Freie Ärzteschaft** (FÄ) für die **Einführung einer Kostenbeteiligung für Kassenpatienten**. Dass Kostenbeteiligung die Zahl der Arztbesuche reduziere, habe in der Vergangenheit die Praxisgebühr gezeigt. „Im Unterschied zur Praxisgebühr müsste aber jede Form der Selbstbeteiligung nicht nur in den Arztpraxen und anderen ambulanten medizinischen Einrichtungen bezahlt werden, sondern auch dort bleiben. Denn die Leistung erbringen die Ärzte und anderen medizinischen Fachkräfte, nicht die Krankenkassen“, betonte FÄ-Vorsitzender Wieland Dietrich am Donnerstag in Essen.
- (bvmed 13.9.16) – Die Gelenkersatzoperation ist eine der erfolgreichsten chirurgischen Eingriffe der letzten Jahrzehnte. Sie ermöglicht Patienten wieder Mobilität und weitgehende Schmerzfreiheit. Das vor kurzem vom IGES vorgelegte **"Weißbuch Gelenkersatz"** belegt: Gelenkersatz-Patienten werden in Deutschland sehr gut versorgt. Die Entwicklung der Eingriffszahlen und der Indikationsstellung zeigt zudem, dass in Deutschland keineswegs zu viel operiert wird. Und noch ein Mythos wird ausgeräumt: **Materialversagen** ist **"sehr selten" die Ursache für Wechseleingriffe** (Revisionen) – "entgegen der Wahrnehmung in der Bevölkerung", wie es im Weißbuch heißt. "Das Weißbuch verdeutlicht, dass wir in Deutschland eine hohe Patientenzufriedenheit und Behandlungsqualität erreicht haben", kommentiert BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt. Laut Statistischem Bundesamt wurden 2014 rund 27.000 implantierte Hüftgelenke und rund 21.000 künstliche Kniegelenke ausgewechselt.
- (aerzteblatt.de 12.9.16) – Eine **Sondersteuer auf Lebensmittel mit besonders viel Zucker stößt bei den Deutschen** laut einer Umfrage **auf Skepsis**. Einen solchen Preisaufschlag für stark gesüßte Produkte lehnen 51% der Menschen in Deutschland eher oder komplett ab, wie eine Befragung des Meinungsforschungsinstituts YouGov ergab. Voll und ganz oder eher befürworten würden dies 40%. Bei stark gezuckerten Getränken wären 44% tendenziell für eine Steuer und 49% dagegen.
- (aerzteblatt.de 15.9.16) – Die **PVS holding**, Dienstleister für Abrechnungen von Niedergelassenen, Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren, Laboren und Pflegeeinrichtungen, ist nun **mit einem Patientenportal online** (<https://www.pvs-rechnung.de/>). Damit seien „nicht nur Ärzte, sondern auch deren Patienten immer auf dem neuesten Stand der Abrechnung“, heißt es. Das neue Angebot ermöglicht es dem Rechnungsempfänger zum Beispiel, mit wenigen Klicks ein Rechnungsduplikat anzufordern, den Zahlungsstand einzusehen oder Anmerkungen vom Kostenträger einzureichen. Darüber hinaus haben Patienten, die eine Rechnung der PVS erhalten, rund um die Uhr die Gelegenheit, Fragen zu ihrer Rechnung oder Mahnung online zu stellen.

Nachrichten aus der Pflege

- (ots 13.9.16) – Im **Südwesten** hat **jeder dritte Einwohner Erfahrungen in der Pflege**. Das stellt das Meinungsforschungsinstitut Forsa in seinen aktuellen **Umfrageergebnissen** fest. Die im Auftrag der **AOK Baden-Württemberg** durchgeführte Befragung ergab zudem, dass Pflegende hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. An der Spitze stehen emotionale Betroffenheit (73%), gefolgt von Gereiztheit (63%), Müdigkeit (56%) und dem Gefühl, allein zu sein (48%). Jeder Zweite (50%) hat mindestens zwei Jahre Pflegeerfahrung - knapp jeder Fünfte (19%) sogar fünf Jahre oder mehr. Rund ein Drittel (30%) kümmert sich darüber hinaus auch noch um eigene oder nahestehende Kinder. Im Weiteren zeigen die Befragungsergebnisse, dass unter den im privaten Umfeld Pflegenden der Anteil der Frauen höher ist als der der Männer (35% vs. 26%) und sich die Pflege Tätigkeit offenbar stärker belastend auswirkt: Frauen sind häufiger traurig (78% zu 66% bei Männern), müde (61% vs. 48%) oder fühlen sich allein (53% vs. 42%). Hier können Entlastungsangebote gegensteuern. Doch nur zehn Prozent der Frauen haben bislang das Angebot einer sogenannten Verhinderungspflege genutzt (vs. 17% der Männer), bei der die Kosten für eine Ersatzpflegekraft von der Pflegekasse übernommen werden, wenn der pflegende Angehörige eine wohlverdiente Auszeit nimmt.
- (aerzteblatt.de 15.9.16) – Im **Saarland** sollen **in den kommenden vier Jahren 1.000 neue Stellen im Pflegebereich** geschaffen werden. „Wir brauchen mehr Personal“, sagte Gesundheitsministerin Monika Bachmann (CDU) heute im Landtag. „Ein ‚Weiter so‘ darf es in unserem Land nicht geben.“ Bachmann kündigte an, in Kürze mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und den Krankenkassen über die Refinanzierung der zusätzlichen Stellen zu sprechen. Die neuen Stellen sollten vor allem in der Krankenpflege geschaffen werden. Nach Angaben des Ministeriums ist seit 1996 in diesem Bereich die Zahl der Pflegekräfte um 300 auf rund 6.500 gesunken. Insgesamt gebe es derzeit im Saarland rund 20.000 Beschäftigte in der Pflege.
- (bibliomed.de 15.9.16) – Die **Pflegereform** mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 **wird zu mehreren Tausend neuen Stellen in der Pflege** führen. **Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes**, sagte am Mittwochnachmittag in Berlin, er gehe von zwei bis drei zusätzlichen Stellen je Pflegeheim aus. Ähnliche Daten hatte zuvor bereits das Bundesgesundheitsministerium genannt. Die zwei bis drei Stellen seien mit der Anzahl von 13.000 Einrichtungen zu multiplizieren, sagte Kiefer. Ulrike Maschke, Präsidentin des Sozialverbandes VdK, sagte, sie erwarte, dass die Bescheide mit der neuen Einstufung der Pflegebedürftigen bis Ende November bei den Betroffenen vorlägen. Schließlich müsse es die Möglichkeit zu Widerspruchsverfahren geben. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sieht statt der bisherigen drei Pflegestufen fünf Pflegegrade vor. Anstatt des bisher in Minuten gemessenen Pflegebedarfs richte sich die Leistung der Pflegeversicherung künftig danach, was ein Pflegebedürftiger tatsächlich noch selbst erledigen könne und was nicht, erklärte GKV-Vorstand Kiefer.
- (aerzteblatt.de 14.9.16) – Das neue sogenannte **Pflegeberufsgesetz** jetzt **schnell umzusetzen** hat das **Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP)** gefordert. Das Gesetz sieht vor, die bislang nebeneinander bestehenden Ausbildungen zur Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zusammenzufassen. Außerdem soll in ganz Deutschland das Schulgeld für die Ausbildung entfallen. „Das Gesetz ist überfällig! Wenn es jetzt nicht kommt, werden die Altenpflege und die Pflegebedürftigen die großen Verlierer sein“, warnte der DIP-Direktor Frank Weidner. Er wies darauf hin, dass die Altenpflege als Beruf immer unattraktiver werde: Im Schnitt verdiene ein Altenpfleger im Monat bis zu 500 Euro weniger als ein Krankenpfleger. „In der Krankenpflege haben inzwischen bis zu zwei Drittel der Schüler Abitur, in der Altenpflege ist das hingegen nur noch gut jeder Zehnte, mit abnehmender Tendenz“, so Weidner.
- (ots 14.9.16) – **Mehr als zwei Drittel** aller Menschen, die in Deutschland einen **Mitmenschen pflegen oder betreuen**, fühlen sich **durch die Aufgabe stark belastet**. Die häufigsten negativen Auswirkungen sind dabei: körperliche und emotionale Erschöpfung so-

wie die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Dies sind Ergebnisse der **Continentale-Studie 2016** der Continentale Krankenversicherung. Für diese wurden bundesweit 1.000 Menschen befragt, die eine andere Person privat pflegen oder betreuen. Im Detail fühlen sich 23% sehr stark belastet, 48% stark. Unter den Befragten, die sich um eine Person mit der Pflegestufe 3 kümmern, sind sogar 36% sehr stark belastet. Gar keine Belastung empfinden nur 5% aller Befragten. Nur 31% der Pflegenden sagen, sie würden ihrer Aufgabe auf jeden Fall gerecht. Dies alles hat viele negative Folgen: 63% der Befragten fühlen sich körperlich erschöpft, 62% emotional und seelisch. 60% der Pflegenden sagen, sie würden ihre persönlichen Bedürfnisse vernachlässigen. 43% fühlen sich bei der medizinischen Versorgung überfordert. Rund ein Drittel berichtet von negativen Auswirkungen auf den Beruf und von finanziellen Nachteilen.

Aus- und Weiterbildung

- (aerzteblatt.de 13.9.16) – **Brandenburgs** Wissenschaftsministerin Martina Münch (SPD) will die medizinische Forschung im Land mit einem **neuen Gesundheitscampus** stärken. Dessen großes Thema werde die **Gesundheit des Alterns** sein, sagte Münch heute in Potsdam. Der Campus soll helfen, Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen zu vernetzen. Zunächst sei eine zweijährige Pilotphase zum Aufbau des bundesweit einzigartigen Netzwerks geplant, sagte Münch. Als Träger-Hochschulen fungieren die Universität Potsdam, die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg und die Medizinische Hochschule Brandenburg. Dabei soll auch eine gemeinsame Promotions- und Habilitationsordnung erarbeitet werden, damit erstmals in Brandenburg der „Dr. med.“ erlangt werden kann. Zudem sollen **bis 2019 zwölf neue Professorenstellen** geschaffen werden.

Termine

- 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>
- 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/>
- 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.gwg-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/>
- 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/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-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:** 23. November (Berlin) **Konferenz Zukunft Prävention**
<http://www.zukunft-praevention.de/>
- 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>
- NEU:** 13.- 14. Februar 2017 (Berlin) **Kassengipfel 2017**
<http://mcc-seminare.de/de/gesundheit/kassengipfel-2017/event.view./>
- 23.-25. März 2017 (Berlin) **Deutscher Pflergetag 2017**
<https://deutscher-pflegetag.de>
 - 28. März 2017 (München) **5. Bayerischer Tag der Telemedizin „Vernetzte Zukunft“**
<http://www.telemedizintag.de>
 - 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