

Editorial – Thema der Woche**Montag, 17. Oktober 2016**

Der Versuch ist ehrenwert, aber im Grunde kann der TK-Chef, Jens Baas mit seinem Vorstoß gegen die Windmühlenflügel des Morbi-RSA nur verlieren. Denn seine Analyse ist zwar richtig, doch wird der Appell für entsprechende Änderungen auf politischen Beton stoßen – und dann ist mehr verloren als gewonnen. In zwei Richtungen geht dabei die Argumentationsstrategie von Jens Baas: Zum einen ist der Morbi-RSA manipulationsanfällig, weil er die falschen Krankheiten gewichtet, zum anderen werden die Kassen bei der Überprüfung ihrer entsprechenden Optimierungsstrategien ungleich behandelt, weil die AOKen der Landes-, die Ersatz- und Betriebskrankenkassen aber in der Regel der Bundesaufsicht unterliegen.

In beiden Fällen hat Baas recht. Es ist eine der Ursünden der Morbi-RSA-Justierung, dass er Krankheiten zu stark bewertet, die hohe *volkswirtschaftliche* Kosten verursachen (Diabetes, Bluthochdruck etc.), aber Krankheiten mit hohen *individuellen* Kosten (Hämophilie, ALS etc.) unterbewertet. Schuld daran trägt die Politik, die im Paragraph 268 SGB V von „kostenintensiven Krankheiten“ spricht, ohne zu sagen, welche der beiden möglichen Bezugsgrundlagen mit „kostenintensiv“ eigentlich gemeint ist. Ein entsprechendes Gutachten des ersten Morbi-RSA-Beirats von 2008 setzte noch den Schwerpunkt auf individuell teure Erkrankungen, doch dieses Gutachten wurde einkassiert (worauf der damalige Beirat geschlossen zurücktrat), um die Gewichtung eher auf die volkswirtschaftlich teuren Erkrankungen zu verschieben. Seitdem haben wir den Salat. Denn das Problem ist, dass diese Krankheiten nicht nur deutlich manipulationsanfälliger sind, sie sind in der Regel auch präventiven Ansätzen zugänglich. Die falsche Prioritätensetzung ist also doppelt falsch. Dass nun Kassen auf Ärzte einwirken würden, um massenweise Diabetiker, Hypertoniker und Depressive zu „finden“, war von Anfang an klar (genau das dürfte mit Hämophilie- und ALS-Patienten eben wesentlich schwieriger sein). Also 1:0 für Baas. – Und klar ist auch, dass die unterschiedlichen Aufsichten, die sich den entsprechenden vertraglichen Suchstrategien der Krankenkassen annehmen, in den jeweiligen Ländern deutlich lockerer mit „ihrer“ AOK umgehen werden, als das Bundesversicherungsamt mit den bundesunmittelbaren Kassen. Also 2:0 für Baas.

Doch jetzt kommen die politischen Realitäten ins Spiel: Die Neigung der Bundespolitik an der Gewichtung der für den Morbi-RSA relevanten Diagnosen etwas zu ändern, ist gering. Sie selbst hat schließlich weiland diese Gewichtung mit aller Macht durchgedrückt. Und selbst wenn: Es würde wohl ein Gutachten in Auftrag gegeben werden, dass noch einmal die Folgen der jetzigen Regelung zu untersuchen hätte – und bis aus dessen Ergebnissen politische Realität geworden ist, sind allemal zwei, drei Jahre ins Land gegangen. Das dürfte für eine Reihe von Kassen zu spät sein. Also nur noch 2:1 für Baas. Aber, was viel schlimmer wiegt: An der unterschiedlichen Aufsicht zwischen Bund und Land wird sich kaum jemals etwas ändern, denn die Länder werden niemals ihren Machteinfluss aufgeben, den ihnen die Kontrolle über die jeweilige AOK sichert. Der wirkt ja, wie wir gerade an dieser Diskussion erleben durften - durchaus auch bundesweit. Also steht's nur noch 2:2. Der Vorstoß von Baas war dann allenfalls berechtigt und gut gemeint – aber wirkungslos...

Nun aber holt das System zum finalen Konter aus: Denn natürlich wird auf die Ansage des TK-Chefs die Bundesaufsicht – also das BVA – ihre Kontrolle über „ihre“ Kassen noch deutlich verschärfen. – Während auf Landesebene alles so weitergeht wie bisher. Und schon steht es 2:3 *gegen* Baas (und seine Mit-Kassen), und alles, was im Prinzip richtig ist, hat sich nun zum Schaden des wackeren Ritters (von trauriger Gestalt) gewandelt. Was lehrt uns das: Die Windmühlen des Morbi-RSA und seiner Fehlanreize müssen ganz offensichtlich anders besiegt werden. Vielleicht stiller.

Europa und die Welt

- (ots 14.10.16) – Im Jahr **2015 starben 1,8 Millionen Menschen an Tuberkulose** - 22% weniger als noch im Jahr 2000. Trotz des Rückgangs zählt Tuberkulose noch immer zu den zehn häufigsten Todesursachen weltweit. Die Zahl der Neuerkrankungen lag zuletzt bei 10,4 Millionen, darunter eine Million Kinder. Dank effektiver Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten wurden seit dem Jahr 2000 insgesamt 49 Millionen Menschenleben gerettet. Das geht aus dem am Freitag veröffentlichten globalen **Tuberkulosebericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** hervor. Der WHO zufolge wären für eine ausreichende Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung 8,3 Milliarden US-Dollar im Jahr 2016 nötig - 1,7 Milliarden US-Dollar mehr, als derzeit zur Verfügung stehen. Die internationale Geber investieren lediglich rund 700 Millionen US-Dollar.
- (aerzteblatt.de 12.10.16) – Die Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) begründet ihre **Forderung nach einer „Zuckersteuer“** in einem Report mit den Erfahrungen, die verschiedene Länder mit gesetzlichen Initiativen gemacht haben. Die zusätzlichen Einnahmen sollten am besten in die Subvention von gesunden Grundnahrungsmitteln investiert werden, heißt es in dem **Report „Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases“**. Die Zahl der Diabetiker nimmt unaufhaltsam zu. Die WHO schätzt, dass es 2014 bereits 422 Millionen waren gegenüber 108 Millionen in 1980. Die Krankheit sei im Jahr 2012 allein für 1,5 Millionen Todesfälle verantwortlich gewesen. Der steigende Zuckerkonsum ist nach Einschätzung der WHO für diese Entwicklung zumindest mitverantwortlich. Um den Konsum zu senken, schlägt die WHO eine Steuer vor, die den Preis von zuckerhaltigen Süßgetränken um 20% oder mehr erhöht. Gleichzeitig könnte der Preis für frisches Obst und Gemüse durch Subventionen um 10 bis 30% gesenkt werden.
- (aerzteblatt.de 14.10.16) – Im Mai nächsten Jahres wird die Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) einen **neuen Generaldirektor** bestimmen. **Sechs Kandidaten** sind im Augenblick im Rennen um dieses höchste Amt in der WHO. Er oder sie löst ab Juli 2017 die bisherige Amtsinhaberin Margaret Chan ab, die die WHO seit 2006 leitet. Bis zum 22. September hatten die WHO-Mitgliedstaaten Gelegenheit, Kandidaten vorzuschlagen. Sechs Kandidaten sind es geworden: Tedros Adhanom Ghebreyesus (Äthiopien), Flavia Bustreo (Italien), Philippe Douste-Blazy (Frankreich), David Nabarro (UK), Sania Nishtar (Pakistan) und Miklós Szócska (Ungarn). Nach Vorausscheidungen in diesem Herbst und im Frühjahr 2017 wird sich die WHO-Vollversammlung zwischen drei noch verbleibenden Kandidaten entscheiden.

Ministerium und Regierung

- (bmg 12.10.16) – Das **Bundeskabinett** hat am Mittwoch den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV“ (**GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG**) **beschlossen**. Der beschlossene Gesetzentwurf greift Anregungen aus diesem „Pharmadialog“ auf und beinhaltet weitere Maßnahmen Erhaltung des Versorgungsniveaus mit Arzneimitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig sollen die Maßnahmen zur finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung beitragen Die Besonderheiten von Kinderarzneimitteln sollen bei der Nutzenbewertung besser berücksichtigt werden können. Bei Antibiotika wird die Resistenzsituation bei der Nutzenbewertung (und bei der Festbetragsgruppenbildung) künftig einbezogen. Die freie Preisbildung für ein Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung gilt künftig nur bis zum Erreichen eines Schwellenwerts in Höhe von 250 Mio. Euro. Ärztinnen und Ärzte sollen künftig über ihre Praxissoftware besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden. Die Regelungen sollen 2017 in Kraft treten. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.
- (bibliomed.de 14.10.16) –Der am Mittwoch vom Bundeskabinett beschlossene **Gesetzentwurf zur Arzneimittelreform sieht auch das Ende von Ausschreibungen für Zy-**

tostatika vor. Ferner hat die Bundesregierung die Maßnahme nach Informationen von BibliomedManager als besonders eilbedürftig erklärt. Damit verkürzt sich das Gesetzgebungsverfahren, der Bundesrat hat statt der üblichen sechs nur drei Wochen Zeit für eine Stellungnahme. Die nächste Bundesratssitzung findet am 4. November statt. Das Gesetz ist nicht zustimmungsbedürftig, der Bundestag kann das Votum des Bundesrats also leicht überstimmen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) begründete seinen Vorschlag vor dem Bundeskabinett mit der Kritik verschiedener Verbände, unter anderem dem Deutschen Apothekerverband, dem Verband Zytostatika herstellender Apothekerinnen und Apotheker sowie dem Berufsverband niedergelassener Hämatologen und Onkologen.

- (aerzteblatt.de 12.10.16) – Das **Bundeskabinett** hat am Mittwoch wie erwartet die **Rechengrößen in der Sozialversicherung für 2017 gebilligt**. Demnach steigt die Beitragsbemessungsgrenze für die Renten- und Arbeitslosenversicherung im Westen von 6.200 auf 6.350 Euro Brutto-Monatseinkommen, im Osten von 5.400 auf 5.700 Euro. Bei der Kranken- und Pflegeversicherung soll es einen Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4.237,50 auf 4.350 Euro Monatseinkommen geben. Hier gilt für ganz Deutschland ein einheitlicher Wert. Die Versicherungspflichtgrenze für die Krankenversicherung steigt von 4.687,50 auf 4.800 Euro. Wer mehr verdient, kann sich statt in einer gesetzlichen Kasse auch privat versichern. Die Verordnung bedarf noch der Zustimmung des Bundesrats.
- (facharzt.de 15.10.16) – Das **Bundesgesundheitsministerium will** nach Informationen der „Rheinischen Post“ ein **Register für Samenspender aufbauen**, damit Kinder aus künstlicher Befruchtung die Identität ihres leiblichen Vaters auf jeden Fall erfahren können. Zu jeder Spende sollen Samenbanken künftig Name, Vorname, Geburtstag, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und Anschrift des Spenders speichern müssen, wie die Zeitung (Samstag) unter Berufung auf einen ihr vorliegenden Gesetzentwurf berichtet. Sie dürften den Samen dann auch nur noch an reproduktionsmedizinische Einrichtungen übergeben, die ihrerseits verpflichtet sind, die Daten der Mutter und des Kindes festzuhalten. Aus diesen Angaben solle beim in Köln ansässigen Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information ein bundesweites Samenspenderregister entstehen, das die Daten zu jedem erzeugten Kind 110 Jahre lang speichern muss, heißt es in dem Bericht weiter.
- (aerzteblatt.de 12.10.16) – Die **Arzneimitteltherapiesicherheit** muss **weiterhin eine zentrale Rolle** in der Gesundheitspolitik einnehmen. Das hat Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) am Mittwoch in München zur Eröffnung des Deutschen Apothekertages deutlich gemacht. Er könne sich nicht damit abfinden, dass jedes Jahr ungefähr 250.000 Menschen wegen vermeidbarer Fehlmedikation ins Krankenhaus eingewiesen würden, betonte der Minister, der zugleich darauf hinwies, dass die Zahl der älteren Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen wachsen wird. Gleichzeitig würden Polymedikationen zunehmen und damit das Erfordernis guter Beratung. Gröhe stimmte mit Friedemann Schmidt, Präsident der ABDA, darin überein, dass die fachliche Einbindung von Apothekern bei der Erstellung von elektronischen Medikationsplänen unerlässlich sei, um die Risiken der Polymedikation zu minimieren.
- (bmbf 14.10.16) – Das **BMBF** hat eine **neue Förderbekanntmachung** zur Förderung des Aufbaus modellhafter **Register für die Versorgungsforschung** veröffentlicht. Ziel dieser Fördermaßnahme ist es, den Aufbau neuer, insbesondere patientenbezogener Register zu wichtigen Fragen der Versorgungsforschung zu unterstützen, die hohe Qualitätsstandards erfüllen und Modellcharakter haben. Hierfür ist eine zeitlich begrenzte Anschubfinanzierung vorgesehen. Die Stärkung der Versorgungsforschung in Deutschland ist für die Bundesregierung prioritäres Ziel. Die Förderrichtlinie zu modellhaften Registern ist Bestandteil des Aktionsplans Versorgungsforschung im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Gefördert werden Einzel- oder Verbundvorhaben zum Aufbau neuer, insbesondere patientenbezogener Register.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (aerztezeitung.de 11.10.16) – Die **Verabschiedung einer Nationalen Diabetesstrategie droht** offenbar auf halber Strecke **zu scheitern**. **Dietrich Monstadt**, CDU-Bundes-tagsabgeordneter, nutzte jedenfalls das Podium beim Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, für einen eindringlichen Appell: "Wenn es nicht gelingt, die Nationale Diabetes-Strategie bis zum Jahresende auf Bundesebene zu verabschieden, wird das Vorhaben auf der langen Bank der Gesundheitspolitik verkümmern." Denn die Bundestagswahl im nächsten Jahr werde kaum Chancen bieten, so Monstadt, das Vorhaben im Konsens zu verabschieden.
- (bundestag 11.10.16) – Am **Mittwoch, 19. Oktober 2016** um 17 Uhr findet im Marie-Elisabeth-Lüders-Haus eine **öffentliche Anhörung zum Thema „Gruppennützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen Menschen“** statt. Gäste der Anhörung werden gebeten, sich vorab beim Ausschusssekretariat mit vollständigem Namen und Geburtsdatum unter gesundheitsausschuss@bundestag.de anzumelden.

Länder und Regionen

- (hib/PK 14.10.16) – Das **dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** der Bundesregierung **muss nach Ansicht des Bundesrates an zentralen Stellen verändert werden**. So seien die geplanten Änderungen und Leistungsausweitungen mit erheblichen Mehrausgaben für die Kommunen als Träger der Sozialhilfe verbunden, heißt es in der Stellungnahme der Länderkammer zu dem Gesetzentwurf wie aus der Unterrichtung durch die Bundesregierung hervorgeht. Der Bund habe bereits mit dem PSG II einseitig Entlastungen in der Sozialhilfe berechnet, die weder konkret dargelegt, noch nachvollziehbar dargestellt worden seien. Dies werde nun wiederholt. Daher müsse eine Evaluations- und Kostenausgleichsklausel zugunsten der Kommunen in das Gesetz aufgenommen werden. Der Gesetzentwurf enthalte auch keine eindeutigen Regelungen zur Klärung der Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für Behinderte. Die vorgesehenen Regelungen verschärfen das Schnittstellenproblem, führten zu erheblichen neuen Auslegungs- und Abgrenzungsschwierigkeiten und seien in der Praxis nicht umsetzbar. Auch das Zeitfenster für die geplante Umsetzung der Regelungen mit Jahresbeginn 2017 sei zu klein.
- (aerzteblatt.de 14.10.16) – **Ehegatten und Lebenspartner** sollen sich **im Falle einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls automatisch gegenseitig vertreten** dürfen. Dies sieht ein **Gesetzentwurf** vor, den die **Länderkammer** heute beschlossen hat. Ist ein volljähriger Partner wegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung nicht mehr in der Lage, für sich zu entscheiden und hat nichts Gegenteiliges geäußert, soll der Partner die mit dem Krankheitsfall zusammenhängenden Angelegenheiten für eine begrenzte Zeit regeln dürfen. Er kann dann etwa in ärztliche Heilbehandlungen einwilligen, Behandlungsverträge mit Ärzten und Krankenhäusern abschließen oder Ansprüche des Partners gegenüber der Krankenversicherung geltend machen. Behandelnde Ärzte und andere Berufsgeheimnisträger sind zudem von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Ehegatten entbunden.
- (aerztezeitung.de 13.10.16) – **Ärztetze** werden **bei der Umgestaltung der Versorgungsstrukturen nach Einschätzung** der nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerin **Barbara Steffens** (Grüne) eine **zentrale Rolle** spielen. "Das wird nicht reichen, aber ohne Ärztenetze, ohne die verbesserte Qualität durch vernetzte Strukturen werden wir keine zukunftsfeste Versorgung haben", sagte Steffens auf dem zweiten Netzkongress der KV Westfalen-Lippe (KVWL) in Dortmund. Deshalb seien Maßnahmen notwendig, um die Netze dauerhaft tragfähig zu machen. Steffens lobte die KVWL für ihr großes Engagement im Bereich der Ärztenetze. In Westfalen-Lippe sind 16 der insgesamt rund 50 bundesweit akkreditierten Netze beheimatet, vier sind zudem nach Stufe 1 zertifiziert. "Die KVWL ist ein Motor für die bundesweite Veränderung der Versorgungsstrukturen."

- (aerztezeitung.de 13.10.16) – **Brandenburg und Berlin** verzeichneten **2014 die höchsten Gesundheitsausgaben je Einwohner** unter den Bundesländern. Das teilte das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg mit. Dabei liegt Brandenburg mit 4233 Euro pro Kopf noch vor Berlin mit 4105 Euro. Im Vergleich zum Vorjahr sind die Gesundheitsausgaben in Brandenburg um 3,9% und in Berlin um 4,7% gestiegen. Mitursächlich für die hohen Kosten sei die Altersstruktur der Bevölkerung, so die Statistiker. Die GKV-Ausgaben liegen in Brandenburg um 340 Euro je Einwohner über dem Bundesschnitt. In Berlin schlagen vor allem die überdurchschnittlich hohen Kosten der Pflegeversicherung sowie überdurchschnittliche Ausgaben der öffentlichen Haushalte für Hilfen zur Pflege und zur Gesundheit zu Buche.
- (facharzt.de 15.10.16) – Der Vorstand der **KV Sachsen-Anhalt** hat ein **Zwischenfazit zu den Terminservicestellen** gezogen: „Bisher wurden in den vergangenen acht Monaten ca. 4.500 Anrufe entgegengenommen. Berechtigt für eine Vermittlung innerhalb von vier Wochen nach den gesetzlichen Vorgaben waren ca. 60% der Anrufenden“, heißt es in einer aktuellen Erklärung. Die am stärksten nachgefragten Fachgruppen seien bisher die Nervenheilkunde, die Augenheilkunde, die Kardiologie und die Orthopädie gewesen. Die Auswertung der vermittelten Termine im ersten und zweiten Quartal dieses Jahres hätten gezeigt, dass rund 10% der vermittelten Patienten nicht „in den Praxen ankamen“. Vom ersten zum zweiten Quartal zeige sich ein minimaler Rückgang dieser „Verlustrate“, ob dies aber ein Trend werde, sei abzuwarten.
- (äkb 10.10.16) – Nach den aktuellen Aussagen des Chefs der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, dass die Krankenkassen systematisch manipulieren bzw. zu Manipulationen aufrufen, fordert der **Präsident der Ärztekammer Berlin, Günther Jonitz**, einen Strategiewechsel. „Ich bin Herrn Baas für seine offenen Worte dankbar. Er hat deutlich ausgesprochen, was inzwischen hinlänglich bekannt ist: Die **Krankenkassen versuchen, Patienten auf dem Papier flächendeckend kranker zu machen** als sie sind, um über den Risikostrukturausgleich Geld in ihre Kassen zu spülen“, mahnte Jonitz. Diese Praxis sei ein weiterer Beleg dafür, dass sich der von der Politik ausgerufenen „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ zunehmend als verhängnisvoll erweise.
- (facharzt.de 13.10.16) – Die **KV Schleswig-Holstein (KVSH) wehrt sich gegen den Vorwurf**, niedergelassene **Ärzte würden Diagnosen manipulieren**. Es gebe keine Verträge, „die ein ungerechtfertigtes Up-Coding beinhalten oder dieses fördern“. „Wir verwahren uns gegen den Vorwurf des Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, dass durch Verträge Ärzte aufgefordert würden, Patienten kränker zu machen, als sie sind“, sagte KV-Chefin Monika Schliiffke in einer Mitteilung vom Donnerstag. Es gebe weder mit der TK noch einer anderen Krankenkasse einen Vertrag oder eine Vereinbarung, die ein ungerechtfertigtes Up-Coding beinhalten oder dieses fördern.
- (kvberlin 10.10.16) – Die **Berliner Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten** haben ihre nächste **Vertreterversammlung (VV) gewählt**. Die Vertreterversammlung ist das Parlament der Berliner niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten der KV Berlin und besteht aus 40 Vertretern. Für die VV werden vom Wahlkörper der ärztlichen Mitglieder (kurz: Ärzte) 36 Vertreter und vom Wahlkörper aus dem Kreis der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (kurz: PP/KJP) 4 Vertreter gewählt. Die Wahlbeteiligung lag bei insgesamt 64,1% (Ärzte: 61,8%; PP/KJP: 73,2%). Es kandidierten insgesamt zehn Listen, acht für die Ärzte und zwei für die PP/KJP. Bis auf die Liste „MEDI-BERLIN / Hausarztliste“ (Wahlkörper Ärzte) erhielten alle Listen Sitze in der neuen VV. Diese wird am 14. Januar 2017 zur konstituierenden Sitzung zusammentreten und ihren Vorsitzenden und dessen Stellvertreter wählen. Am 11. Februar 2017 wird der Vorstand der KV Berlin neu gewählt.
- (aerzteblatt.de 10.10.16) – Am vergangenen Wochenende hat die Vertreterversammlung der **KV Nordrhein** ihren **neuen Vorstand gewählt**. **Vorsitzender** der KV wird ab Anfang 2017 der Psychiater und Neurologe **Frank Bergmann** aus Aachen. Sein **Stellvertreter** wird der Düsseldorfer Hausarzt **Carsten König**. Bergmann ist im Augenblick noch Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein. Die Delegierten hatten ihn

mit 26 Stimmen zum fachärztlichen Vorstandsmitglied gewählt. Sein Gegenkandidat Harald Hofer, Anästhesist aus Dinslaken, erhielt 23 Stimmen.

Gremien & Institutionen

- (bva 13.10.16) – Bei Sitzung am Donnerstag kam der **GKV-Schätzerkreis** – bestehend aus Experten des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesversicherungsamtes und des GKV- Spitzenverbandes – zu einer einvernehmlichen **Prognose** der Höhe der Einnahmen und Ausgaben sowie der Zahl der Versicherten und Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2016 und 2017. Die Einnahmen des Gesundheitsfonds werden auf 205,4 Mrd. Euro geschätzt. Dabei wurde der Bundeszuschuss in Höhe von 14,0 Mrd. Euro abzüglich des Anteils für die landwirtschaftlichen Krankenkassen berücksichtigt. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds betragen entsprechend der rechtlichen Vorgaben unverändert 206,2 Mrd. Euro. Der Schätzerkreis geht für das Jahr 2016 von Ausgaben in Höhe von 218,4 Mrd. Euro aus. Für das Jahr 2017 werden Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 214,8 Mrd. Euro erwartet. Der Bundeszuschuss beträgt im Jahr 2017 14,5 Mrd. Euro. Die voraussichtlichen Ausgaben betragen 229,1 Mrd. Euro. Aktuelle Gesetzesvorhaben und Konjunkturprognosen wurden bei dieser Schätzung berücksichtigt. Rechnerisch ergibt sich aus den Schätzergebnissen **keine Veränderung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes** gegenüber 2016. Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2017 fest und gibt ihn bis zum 1. November 2016 im Bundesanzeiger bekannt.
- (facharzt.de 11.10.16) – Das **Bundesversicherungsamt (BVA)** hat den mutmaßlichen **Abrechnungsbetrug von gesetzlichen Krankenkassen scharf verurteilt**. Wenn Ärzte von Krankenkassen dazu veranlasst werden, falsche Diagnosen zu dokumentieren, sei das „rechtswidrig und zu unterbinden“, zitiert die „Süddeutsche Zeitung“ die Bonner Behörde. Das BVA habe angekündigt, jedem einzelnen Fall nachzugehen, wenn ein mögliches Fehlverhalten einer Kasse bekannt werde.
- (facharzt.de 15.10.16) – Die **deutschen Sozialversicherungssysteme** stehen immer noch mit **1,3 Mrd. Euro** in der Kreide. Das **Finanzierungsdefizit** war im ersten Halbjahr 2016 aber um 3,4 Mrd. Euro geringer als in den ersten sechs Monaten im Jahr 2015, wie das Statistische Bundesamt in Wiesbaden am Freitag mitteilte. Zur Sozialversicherung gehören Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung sowie die Bundesagentur für Arbeit. Der Grund für die Erholung: Die Einnahmen stiegen in Summe stärker als die Ausgaben. Insgesamt kamen 4,2% mehr rein, es wurden aber nur 3,0% mehr ausgegeben. Das größte Defizit zum Halbjahr hatte die Krankenversicherung mit 2,6 Mrd. Euro. Gründe waren steigende Arzneimittelausgaben und Behandlungskosten sowie das Defizit beim Gesundheitsfonds. Bei der Pflegeversicherung betrug der Überschuss 0,3 Mrd. Euro. Grund ist unter anderem die jüngste Reform.
- (bäk 11-10.16) – Der Präsident der **Bundesärztekammer (BÄK)**, **Frank Ulrich Montgomery**, **fordert** eine zügige **Aufklärung** der von der Techniker Krankenkasse (TK) eingeräumten **Manipulationen bei der Abrechnung von Leistungen** über den Risikostrukturausgleich. "Der Gesetzgeber sollte nicht lange zögern und Konsequenzen ziehen. Was wir hier erleben, ist Betrug unter Krankenkassen. Das schädigt die Beitragszahler massiv", kritisiert der BÄK-Präsident. Die Beratungskosten für diese Praktiken betragen nach Angaben des TK-Chefs rund eine Milliarde Euro. "Dieses Geld wird verpulvert für Berater, Callcenter und Drückerkolonnen. Es fehlt leider für die Versorgung der Patienten. Es ist ein starkes Stück, dass sich ausgerechnet die Kassen, die uns Ärzten bei jeder Gelegenheit vorwerfen, korrupt zu sein, selbst korrupt verhalten", moniert Montgomery.
- (kbv 13.10.16) – Mit dem geplanten sogenannten **Selbstverwaltungsstärkungsgesetz** greift das Bundesgesundheitsministerium nach Ansicht der KBV in drastischem Maße in die Strukturen der Selbstverwaltung ein. Reformen seien notwendig, aber diese müssten

mit Augenmaß durchgeführt werden, heißt in einer am Donnerstag veröffentlichten **Stellungnahme der KBV**. „Ich warne eindringlich davor, Strukturen zu schaffen, die uns Ärzten und Psychotherapeuten später die Luft zum Atmen nehmen“, betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen. Es gehöre zu „unserem Selbstverständnis als Angehörige eines freien Berufes, unsere Dinge selbst zu regeln“, fügte er hinzu. Mit dem geplanten Gesetz würden sämtliche Selbstverwaltungsorgane geschwächt.

- (facharzt.de 14.10.16) – Nach der KBV hat sich nun auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (**KZBV**) zum Referentenentwurf des **Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes** geäußert. Das Urteil: Der Entwurf beinhalte eine solche Fülle detaillistisch ausgearbeiteter Eingriffsmöglichkeiten der Aufsicht in alle Bereiche der Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene, „dass dieser nur als **Rundumschlag gegen das Selbstverwaltungsprinzip** insgesamt verstanden werden kann.“ Die Fülle der Maßnahmen, die zudem für die Betroffenen noch ganz erhebliche zusätzliche Bürokratielasten beinhalten, sei auch durch die bekannten Vorfälle der Vergangenheit durch nichts gerechtfertigt, da diese bei konsequenter Anwendung der bereits bisher bestehenden aufsichtsrechtlichen Kompetenzen frühzeitig hätten erkannt und verhindert werden können, heißt es in der Stellungnahme weiter.
- (facharzt.de 14.10.16) – **Psychotherapeuten** sollten bei der **Behandlung von körperlichen Krankheiten** eine wesentlich **größere Rolle spielen** als bisher. Das forderte die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)** am Donnerstag bei einer Fachtagung in Berlin, verbunden mit dem Appell, entsprechende Weiterbildungsgänge zu etablieren. Derzeit werde bereits eine Weiterbildungsordnung zur psychotherapeutischen Mitbehandlung von Diabetes-Patienten erstellt, sagte Bruno Waldvogel von der BPTK-Kommission Zusatzqualifizierung. Gerade sei der Entwurf den Landeskammern vorgelegt worden, beim nächsten Therapeuten-Tag im November solle eine Beschlussfassung vorgelegt werden. Dies soll dann Grundlage sein für die Ausweitung der psychotherapeutischen Mitbehandlung auf andere Krankheitsfelder.
- (dimdi 11.10.16) – Das **DIMDI** hat die **Alpha-ID Version 2017** und als Testdatei die Alpha-ID-SE Version 2017 **veröffentlicht**. Die Alpha-ID enthält standardisierte Codes für medizinische Diagnosenbezeichnungen. Sie ist im Wesentlichen eine fortlaufende Nummer, die die Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM identifiziert. Die Testdatei Alpha-ID-SE enthält zusätzlich für einige Einträge die jeweilige Orphan-Kennnummer, die aus der Datenbank "Orphanet" für seltene Erkrankungen stammt. In der Alpha-ID sind jedem der annähernd 79.700 Einträge des Alphabetischen Verzeichnisses der ICD-10-GM ein Alpha-ID-Kode und jeweils einer der ca. 16.000 ICD-10-GM-Kodes zugeordnet. In die Version 2017 der Alpha-ID wurden auch Bezeichnungen neu aufgenommen, die in den Fach- und Gebrauchsinformationen von Arzneimitteln verwendet werden.

Aus der Kassenlandschaft

- (facharzt.de 13.10.16) – Die **Techniker Krankenkasse erhöht den Druck in Sachen Reform des Morbi-RSA**. Kassen-Chef Baas verlangt von Gesundheitsminister Gröhe, das System neu aufzustellen und es weniger anfällig für Manipulationen zu machen. Zudem müsse die Politik dafür sorgen, dass die Ärzte Diagnosen bundesweit nach einem einheitlichen Muster registrierten. Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ scheint so etwas wie das Sprachrohr für TK-Chef Jens Baas zu sein. Nachdem er dort am vergangenen Wochenende mit seinen vielbeachteten Äußerungen zur Diagnose-Manipulation vieler Krankenkassen die Kodierdebatte losgetreten hat, legt er nun nach. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe solle dafür sorgen, dass der Finanzausgleich der Krankenkassen (Morbi-RSA) weniger anfällig für Manipulationen wird, fordert er in dem Blatt. Dafür seien drei Voraussetzungen nötig: Zum einen müsse man die Auswahl jener 80 repräsentativ zur Berechnung des Morbi-RSA ausgewählten Krankheiten auf besonders schwere Erkrankungen konzentrieren. Zweitens solle die Politik dafür sorgen, dass die

Ärzte Diagnosen bundesweit nach einem einheitlichen Muster registrierten. Und die Aufsichtsbehörden des Bundes und die der Länder müssten bei der Kontrolle der Vorgaben gleiche Maßstäbe anlegen.

- (aerzteblatt.de 12.10.16) – Die mutmaßlichen **Diagnosemanipulationen** bei der Einstufung von Krankheiten haben einem Bericht zufolge ein **größeres Ausmaß als bisher bekannt**. Wie das *Handelsblatt* heute berichtete, sollen nicht nur Ortskrankenkassen und die Techniker Krankenkasse durch Beratung oder Verträge mit Ärzten Einfluss auf deren Diagnoseverhalten genommen haben, sondern auch DAK Gesundheit, Barmer GEK, KKH sowie eine größere Zahl von Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die Einflussnahme erfolgte dem Bericht zufolge vor allem über sogenannte Betreuungsstrukturverträge, die von den genannten Kassen mit Ärzten abgeschlossen worden seien. Formal gehe es dabei um eine bessere Betreuung der Versicherten. Allerdings würden Ärzte Extrahonorare dann erhalten, wenn der Arzt in seinem Computer die Krankheit im Sinne der Kasse kodiere. Der in Sachsen und Thüringen tätigen Kasse AOK Plus sei es auf dies Weise gelungen, Mehreinnahmen allein bei Herz-Kreislaufkrankungen von bis zu 72,4 Mio. Euro pro Jahr zu erzielen, bei psychischen Erkrankungen von bis zu 110 Mio. Euro, hieß es im *Handelsblatt*.
- (bkk-dv 11.10.16) – Der **Vorstandsvorsitzende des BKK-Dachverbandes, Franz Knieps**, hat die **Kritik** des TK-Vorsitzenden Jens Baas **am Morbi-RSA unterstützt**. Der Ausgleich sei intransparent und begünstige Kassen und Kassenarten, die gezielt so genanntes Einnahmemanagement betreiben und damit Einfluss auf Ärzte bei der Dokumentation und Abrechnung ihrer Leistungen ausüben. Dies sei Aufsichten und Politik seit langem bekannt. "Gegenseitige Beschuldigungen und Strafanzeigen helfen aber ebenso wenig weiter wie moralische Appelle." sagte Knieps. Notwendig seien vielmehr sofortige Korrekturen zum Abbau von Über- und Unterdeckungen aus dem Gesundheitsfonds. Auch müsse Transparenz über die Ausgleichsströme geschaffen und eine unabhängige Evaluierung des Ausgleichs erfolgen. All dies sei noch in dieser Legislaturperiode möglich und dürfe nicht auf die lange Bank geschoben werden.
- (sbk 10.10.16) – Der Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (sog. Morbi-RSA) fördert Schief lagen im Wettbewerb und setzt Fehlanreize. Aktuelles Beispiel: Krankenkassen nehmen teilweise bewusst Einfluss auf die Kodierung von Diagnosen durch Leistungserbringer, um damit ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu maximieren. Die Politik muss endlich handeln und durch **faire Rahmenbedingungen für alle Kassen** solche Fehlanreize verhindern, die letztlich zu Lasten der Versicherten gehen, fordert **Hans Unterhuber**, Vorstandsvorsitzender der Siemens-Betriebskrankenkasse **SBK**. Der SBK-Chef sieht die Krankenkassen in einem schwierigen Dilemma: Kassen, die sich an diesem unfairen Wettlauf um Zuweisungen nicht beteiligten möchten, erleiden langfristig ernsthafte finanzielle Nachteile. "Der Ehrliche ist leider der Dumme", erklärt Unterhuber.
- (aok-bv 12.10.16) – **Martin Litsch**, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes hat das **GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz kritisiert**. Die Bundesregierung biete mit diesem Gesetzentwurf keineswegs eine Lösung für die Frage, wie trotz immer schneller steigender Preise für patentgeschützte Wirkstoffe eine zukunftsfähige Arzneimittelversorgung für alle Patienten gewährleistet werden kann. Stattdessen werden viele Wünsche der Pharmafirmen aufgegriffen, die diese zuvor im Pharmadialog vorrangig mit Blick auf den Wirtschaftsstandort Deutschland vorgebracht hatten. Durch den Wegfall der Zytostatika-Ausschreibungen sowie zusätzliches Honorar in Höhe von 100 Mio. Euro können sich auch die Apotheker über unverhoffte Geschenke freuen. Außerdem enthält der Gesetzestext immer noch keine Hinweise darauf, wie die intransparenten Erstattungspreise umgesetzt werden sollen, wenn gleichzeitig alle relevanten Stellen die verhandelten Preise kennen müssen. Details dazu wollen das Bundesgesundheitsministerium und das Bundeswirtschaftsministerium in einer Rechtsverordnung klären.
- (vdek 1.10.16) – Das Vorhaben der Politik, den Krankenkassen zu **verbieten, Ausschreibungen** auf Apothekenebene **für patientenindividuell hergestellte Zytostatika**

vorzunehmen, stößt beim **Verband der Ersatzkassen (vdek)** auf **deutliche Kritik**. "Offenbar haben die Apothekerverbände erfolgreiche Lobbyarbeit betrieben", so Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek, "denn dieses Verbot ist nicht im Sinne der Patienten und nicht im Sinne der Beitragszahler." Die Krankenkassen nutzen mit den Ausschreibungen die Möglichkeit, in den Verträgen mit den Lieferapotheken auch Qualitätskriterien festzulegen. Nur eine Apotheke, die nachweisen kann, dass sie auch die Befähigung hat, die hochwirksamen Krebsrezepturen in einem vorgegebenen Zeitfenster herzustellen, bekommt einen Zuschlag, so Elsner. Ohnehin sind nur rund 300 von insgesamt mehr als 20.000 Apotheken überhaupt in der Lage, die besonderen Voraussetzungen für die Herstellung solcher Infusionen zu erfüllen. Elsner forderte die Politik auf, von dem geplanten Verbot wieder Abstand zu nehmen. Um diesen Versorgungsbereich transparenter und wirtschaftlicher zu gestalten, habe die Politik in 2009 die gesetzliche Möglichkeit von Ausschreibungen für Zytostatika-Rezepturen eingeführt.

- (aok-bv 11.10.16) – **Studierende** in Deutschland sind **überdurchschnittlich gestresst**. Das geht aus einer repräsentativen **Online-Befragung** des Lehrstuhls für Marketing der Universität Potsdam und des Lehrstuhls für Marketing und Business Development der Universität Hohenheim unter mehr als 18.000 Hochschülern hervor. Die Untersuchung, die **im Auftrag des AOK-Bundesverbandes** durchgeführt wurde und bisher die umfassendste rund um die Belastung von Studierenden ist, zeigt auch: Weibliche Studierende leiden mehr unter den Anforderungen als ihre männlichen Kommilitonen, an staatlichen Universitäten ist man gestresster als an privaten Hochschulen, und Bachelorstudenten fühlen sich mehr belastet als Studierende anderer Abschlussarten.
- (aerzteblatt.de 12.10.16) – Angespannt, gehetzt, ungeduldig: Die **Mehrheit der Erwachsenen** in Deutschland **klagt** einer neuen Studie zufolge **über Stress**. 61% der Bundesbürger fühlen sich mindestens manchmal unter Druck, so das Ergebnis einer **Forsach-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK)**, die heute in Berlin vorgestellt wurde. Stressfaktoren sind demnach vor allem der Job (46%), hohe Ansprüche an sich selbst (43%) und Termine in der Freizeit (33%). Die Fehlzeiten wegen psychischer, vor allem auch stressbedingter Erkrankungen wie Depressionen, Angst- oder Belastungsstörungen stiegen in den vergangenen 15 Jahren um etwa 90%. Allerdings habe sich auch die Diagnostik deutlich verbessert, so dass Krankheiten früher erkannt würden, sagte TK-Chef Jens Baas. Allein bei den TK-Versicherten habe es im vergangenen Jahr über 2,3 Millionen Fehltag wegen Belastungs- und Anpassungsstörungen gegeben.
- (aerztezeitung.de 11.10.16) – Die **Securvita BKK** hat **zum 1. Oktober den Zusatzbeitrag um 0,3 Punkte auf 1,4% erhöht**. Daraus ergibt sich ein Beitragssatz von 16,0%. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag liegt in diesem Jahr bei 1,1%. Die Securvita hatte zuletzt im Juli 2015 den Zusatzbeitrag um 0,2 Punkte auf 1,1% heraufgesetzt. Die bundesweit geöffnete BKK hat die Zahl ihrer Versicherten zuletzt mit rund 226.000 angegeben. Die Securvita setzt auf Angebote naturheilkundlicher Verfahren. Man bekenne "sich eindeutig zur Homöopathie als gesetzlicher Kassenleistung", teilte die Kasse im Mai mit.

Innovationsfonds, Selektivverträge Gesundheitstelematik

- (ots 11.10.16) – Die **AOK Nordost** und die **Emperra GmbH E-Health Technologies** wollen mit einem innovativen, telemedizinischen Betreuungsansatz gezielt die Versorgung von insulinpflichtigen AOK-Versicherten mit starken Stoffwechselschwankungen und erhöhten Blutzuckerwerten optimieren. Zu diesem Zweck haben beide Partner aktuell einen **Versorgungsvertrag geschlossen**. Die technische Basis bildet das von Emperra entwickelte ESYSTA®-System. Es ermöglicht die **unmittelbare Übertragung** sowohl der gemessenen **Blutzuckerdaten** als auch der injizierten Insulineinheiten **in ein elektronisches Diabetestagebuch**. ESYSTA besteht aus einem patentierten, mit Insulinen aller Hersteller kompatiblen Insulin-Pen, dem Blutzuckermessgerät und einer Übertragungseinheit. Pen und Blutzuckermessgerät verbinden sich automatisch mit der Sendeeinheit, die die Daten per Mobilfunk im ESYSTA-Portal auf einem gesicherten Server

erfasst. Der vom Patienten dazu autorisierte Arzt hat damit jederzeit Zugriff auf eine vollständige und unverfälschte Datenbasis, auf deren Grundlage er die Therapie optimieren kann.

- (bibliomed.de 12.10.16) – **IBM und Siemens** haben eine **Kooperation vereinbart**, um gemeinsam an einer evidenzorientierten medizinischen Versorgung zu arbeiten. Das verkündeten beide Unternehmen am Dienstag in einer Pressemitteilung. Die fünfjährige, globale strategische Allianz im Bereich Population Health Management (PHM) konzentriert sich demnach vor allem auf die Versorgung von Patienten mit komplexen, chronischen und teuren Krankheitsbildern, etwa Herzerkrankungen oder Krebs. Siemens Healthineers und IBM Watson Health wollen eigener Aussage zufolge Ärzte und andere medizinische Experten dabei unterstützen, grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen zu bewältigen. Unter anderem werde Siemens Zugang zu IBM Watson Care Manager erhalten, der kognitive Analysemethoden einsetzt, um aus unterschiedlichsten klinischen und individuellen Daten neue Erkenntnisse zu ziehen. Ziel ist es, medizinische Experten und chronisch Kranke besser zu betreuen und individueller zu beraten.

Pharma & Apotheke

- (apotheker-adhoc.de 13.10.16) – **ABDA-Präsident Friedemann Schmidt** hat die **Apotheker** angesichts der Herausforderungen des Berufs **zur Geschlossenheit aufgefordert**. Nur so könnten die 60.000 Apotheker zu einer politischen Kraft werden, deren Forderungen Gewicht hätten. „Wir alle gemeinsam werden zu einer politischen Kraft, aber nicht zu einer Masse, die auf der Straße steht und brüllt, die aber mit sachlichen Argumente überzeugt“, so Schmidt. In wesentlichen Passagen richtet sich Schmidts diesjähriger politischer Rechenschaftsbericht mit Blick auf die anstehenden Wahlen zur ABDA-Präsidentschaft an seine Kritiker im eigenen Lager. Als Bewerbungsrede fiel sie durch: Der Beifall war deutlich schwächer als im Vorjahr.
- (abda 12.10.16) – Lieferengpässe bei Medikamenten, die Leben retten können, sollten durch mehr Transparenz auf dem Weg vom Hersteller zur Apotheke und durch bessere Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen vermieden werden. Diesen Appell an Krankenkassen, Politiker und Marktteilnehmer formulierte **Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV)**, am Mittwoch in seiner Rede zur Eröffnung der pharmazeutischen Fachmesse "expopharm" in München. Zur Steigerung der Arzneimittelsicherheit sei zudem die **Abschaffung der Importförderquote** geboten, durch die Apotheker von den Kassen zur Abgabe von importierten Präparaten gezwungen werden. "Wer in seine Apothekensoftware schaut, der findet inzwischen eine erschreckend lange Liste nichtverfügbarer Arzneimittel", sagte Becker.
- (abda 11.10.16) – Die **Mehrheit der selbstständigen Apotheker** in Deutschland schaut **verhalten positiv** in die Zukunft. 71,9% erwarten für die nächsten zwei bis drei Jahre eine unveränderte oder etwas bessere wirtschaftliche Situation für ihren Betrieb. Allerdings sind vor allem sehr kleine Apotheken deutlich pessimistischer. Sie planen seltener Investitionen, häufiger Entlassungen und haben eher Nachwuchssorgen. Das ist das Ergebnis einer **repräsentativen Umfrage von TNS infratest im Auftrag der ABDA** unter 500 Apothekeninhabern in Deutschland, die heute im Vorfeld des Deutschen Apothekertages in München vorgestellt wurde. Der Apothekenklima-Index wurde 2016 zum ersten Mal erstellt. Dabei wurden auch gesundheitspolitische Prioritäten der Apotheker abgefragt. Bessere wirtschaftliche Rahmenbedingungen (75,6%) und ordnungspolitische Planungssicherheit (73,6%) wurden von einer großen Mehrheit der Befragten als wichtigste Punkte angeführt, gefolgt von dem Wunsch nach Bürokratieabbau (67,1%).
- (apotheker-adhoc.de 13.10.16) – Als Reaktion auf das kommende Mittwoch anstehende Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zum Rx-Boni-Verbot für ausländische Versandapotheken fordert der **Deutsche Apothekertag** ein **Verbot des Versandhandels mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln**. Die Hauptversammlung verabschiedete zum Auftakt der Antragsberatung eine entsprechende Resolution. Darin wird das Rx-

Versandverbot allerdings nur verklausuliert gefordert: Es wird gefordert, die deutsche Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) dem „europarechtlichen Maßstab“ zu entziehen. Lutz Tisch, Geschäftsführer Apotheken- und Arzneimittelrecht, begründete die indirekte Formulierung mit der Absicht, eine Emotionalisierung der Diskussion verhindern zu wollen. Daher habe man die Formulierung „zurückhaltender, etwas weniger aufdringlich“ gewählt. Außerdem sei das Rx-Versandverbot nur eine mögliche Reaktion des Gesetzgebers auf das EuGH-Urteil. Man wolle den Gesetzgeber nicht präjudizieren.

- (apotheker-adhoc.de 10.10.16) – Mit Blick auf die Assistentenrolle der Apotheker beim neuen Medikationsplan **wirft** der **Marketing Verein Deutscher Apotheker** (MVDA) in einem Rundumschlag der **ABDA politische Schwäche vor**. „Hier hätte der ABDA etwas mehr Durchsetzungsvermögen durchaus gut zu Gesicht gestanden“, heißt es im aktuellen Präsidentenbrief von MVDA-Präsidentin Gabriela Hame-Fischer und Vizepräsident Holger Wicht. Das Verhalten der Ärzte kritisiert der MVDA als „unkollegial“. Es falle einem schon die Frage ein, warum die Apothekerschaft, die digital weit voraus sei und den so dringend gewünschten Medikationsplan sogar nebst Interaktions-Check auch heute schon nicht nur in Papierform, sondern auch digital anbieten könne, hier ausgebootet wurde, so der MVDA.
- (facharzt.de/gpb 11,10,16) – Anlässlich des Kabinettsbeschlusses zum neuen **Arzneimittelgesetz** hat die **Pharmabranche vor Risiken für Schwerkranke gewarnt**. Die Patienten sollten Medikamente, die oft die einzige Behandlungsalternative seien, von den Krankenkassen nicht mehr bekommen, kritisiert die Hauptgeschäftsführerin des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (**vfa**), **Birgit Fischer**. Hintergrund ist, dass teure Medikamente von der Verordnung ausgeschlossen werden sollen, wenn sie nach offizieller Bewertung nicht besser wirken als andere. Laut vfa sind es aber oft formale Gründe, wegen denen diesen Mitteln ein Zusatznutzen im offiziellen Bewertungsverfahren noch nicht zugesprochen werde. „Dieses Gesetz ist ein reines Spargesetz, das reale Gefahren für Patienten verursacht“, meinte Fischer. „Betroffen wären beispielsweise Patienten, die an Brust- oder Hautkrebs, Diabetes, Epilepsie, Multiple Sklerose oder psychischen Störungen leiden.“ Bei diesen Krankheitsbildern sind Ärzte laut vfa dringend auf ein breites Spektrum von Behandlungen angewiesen – etwa wenn ein Arzneimittel im Einzelfall nicht wirkt oder nicht vertragen wird.
- (bpi 12.10.16) – **Martin Zentgraf**, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (**BPI**) hat das am Mittwoch vom Kabinett verabschiedete **Arzneimittelgesetz scharf kritisiert**: "Der Gesetzgeber institutionalisiert folgenschwere Steuerungsinstrumente wie das Preismoratorium bis 2022 oder den Ausschluss von Innovationen aus der Versorgung durch den GBA. Diese Maßnahmen gefährden eine zukunftsichere Gesundheitsversorgung." Regelungen, die Arzneimittel von vornherein von der Verordnung für bestimmte Patienten ausschließen, zielen genauso wenig darauf ab eine hochwertige und innovative Arzneimittelversorgung zu sichern, wie die rein kostenorientierte Steuerung der Arzneimittelversorgung durch ein Arztinformationssystem (AIS) oder fehlende Rahmenbedingungen bei der Nutzenbewertung von Antibiotika oder auch von neuen Kinderarzneimitteln. Zudem gefährdet eine ohne Not veranlasste Verlängerung des Preismoratoriums bis 2022 insbesondere den pharmazeutischen Mittelstand. Zentgraf: "Aufgrund der guten gesamtwirtschaftlichen Lage und bei soliden Kassenüberschüssen müsste der Preisstopp schon längst der Vergangenheit angehören."

Rund ums Krankenhaus

- (facharzte.de 14.10.16) – Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) schreibt neue **Regelungen zum Entlassmanagement** der Kliniken vor. So sollen Kliniken künftig Arznei- und Hilfsmittel verordnen und Krankenscheine für bis zu sieben Tage ausstellen – doch Kassen, KBV und Krankenhausgesellschaft konnten sich bislang nicht auf die Ausgestaltung der Details einigen. Nun hat das erweiterte Bundesschiedsamt gesprochen. Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) **sieht sich dabei auf der Verlie-**

rerseite. Das Schiedsamt habe mit seiner Entscheidung „ein bürokratisches Monster für die Krankenhäuser“ erschaffen, monierte die DKG am Freitag in Berlin. Krankenkassen und Kassenärzte hätten mit ihrer absoluten Mehrheit durchgesetzt, dass nunmehr jeder Patient in ein formales Entlassmanagement einbezogen werden muss, ob er es braucht oder nicht. „Zu diesem formalen Entlassmanagement gehören Aufklärungsgespräche und das Ausfüllen von zwei Formblättern, mit der Möglichkeit des Patienten, datenschutzrechtliche Einwände zu erheben. Zeitlich bedeutet das, dass mindestens 50 Millionen Minuten Arbeitszeit gebraucht werden, das sind ca. 100.000 Arbeitstage. Entlassmanagement ist gut und richtig, aber nur für die Patienten, die es brauchen“, so DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum.

- (bibliomed.de 11.10.16) – Viele **Krankenhäuser** können die **Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in ihren Perinatalzentren** wegen fehlender finanzieller oder personeller Ressourcen offenbar **nicht vollständig umsetzen**. Das zeigt eine am Montag veröffentlichte und von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragte Studie des Deutsche Krankenhausinstituts (DKI). Ab 2017 muss das Verhältnis von Frühgeborenen zu Pflegekräften jederzeit (24 Stunden täglich) 1:1 für intensivtherapiepflichtige Frühgeborene und 1:2 für intensivüberwachungspflichtige Frühgeborene jeweils unter 1.500 Gramm betragen. Derzeit erfülle gut ein Viertel der Perinatalzentren die Fachkraftquoten für die pädiatrische Intensivpflege von 40% (Level 1) beziehungsweise 30% (Level 2). Bei Berücksichtigung der Stichtagsregelung der geänderten Richtlinie, wonach Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung stichtagsbezogen auf die Fachkraftquoten angerechnet würden, seien es 93% der Perinatalzentren. Das DKI beziffert den mit den Personalvorgaben verbundenen personellen und finanziellen Mehrbedarf auf bis zu 1.750 Vollkräfte (plus 28% gegenüber heute) beziehungsweise von bis zu 95 Mio. Euro (plus 27%).
- (aerztezeitung.de 12.10.16) – Die **intensivmedizinische Versorgung von Frühchen kehrt als Beratungsthema auf die Tagesordnung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zurück**. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat bestätigt, einen dementsprechenden Antrag beim GBA eingereicht zu haben. Es gehe nicht darum, einmal festgezurrte Qualitätskriterien wieder abzuschwächen, sondern sie praktikabel zu machen, sagte ein Sprecher am Freitag der "Ärzte Zeitung". Hintergrund sind die strengen Personalvorgaben, die der GBA im Juni 2013 in einer Richtlinie erlassen hat – übrigens mit der Stimme der DKG. Im Dezember läuft die Übergangsfrist aus. Ab Januar soll zwingend gelten, dass Frühchen, die intensiv betreut werden müssen, rund um die Uhr eine pädiatrische Intensivpflegekraft zur Seite gestellt bekommen sollen. Die Richtlinie verwendet das Wort "jederzeit". Das sei rechtssicher für die 231 Perinatalzentren in Deutschland kaum zu erfüllen, sagte der DKG-Sprecher.
- (kbv 13.10.16) – Die **Einrichtung von Portalpraxen** ist nicht an jedem Krankenhaus möglich. Das geht aus aktuellen **Modellrechnungen** hervor, die die Wissenschaftler des **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung** vorgenommen haben. Kernpunkt ist, dass es nicht ausreichend Ärzte gibt. Nach den Berechnungen der Wissenschaftler müsste jeder der 55.400 Hausärzte zusätzlich zu den bestehenden Bereitschaftsdiensten im Schnitt 21 Dienste im Jahr absolvieren, wenn an allen rund 1.600 Klinikstandorten mit einer Notfallversorgung Portalpraxen eingerichtet werden würden. Um diese Praxen zwischen 7 und 23 Uhr zu besetzen, wäre ein Zwei-Schicht-Betrieb von je acht Stunden notwendig. Dies würde jede zweite Woche eine Schicht in einer Portalpraxis bedeuten. Ähnlich sieht den Modellrechnungen des Zi zufolge die Situation bei den Fachärzten aus. In der kinderärztlichen Versorgung wäre ein solches Angebot ungeachtet der Kosten gar nicht zu leisten, weil es zu wenige Kinderärzte gibt. Das Zi leitet daraus ab, dass die Zahl der Anlaufstellen für die Notfallbehandlung an den Krankenhäusern begrenzt werden muss.
- (aerztezeitung.de 11.10.16) – In Deutschland gibt es nach Ansicht der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung 500 Krankenhäuser zu viel**. "Heute gibt es über 2000 Krankenhäuser. So viele brauchen wir sicher nicht. Schaut man ins Ausland, würde eine Zahl von

1500 wohl ausreichen", sagte Vorstandschef Andreas Gassen der "Rheinischen Post". Jeder vierte Fall, der im Krankenhaus behandelt werde, gehöre eigentlich in den ambulanten Bereich. "Man sollte die überflüssigen Kliniken vom Netz nehmen und die Mittel und Ressourcen in andere Häuser und die ambulante Versorgung umleiten, um dort Pflegenotstand und andere Engpässe zu beheben", sagte Gassen.

- (aerztezeitung.de 11.10.16) – Im **Saarland** hat die Krankenhausgesellschaft die **Landesregierung aufgefordert**, ihre **Investitionsförderung** für die Kliniken **deutlich aufzustocken**. Experten hätten einen jährlichen Bedarf im Saarland von 80 Mio. Euro errechnet. Tatsächlich habe das Land aber nur 28,5 Mio. Euro für die Investitionsförderung in den Haushalt eingestellt. "Geld darf keine Rolle spielen, wenn Menschen auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen sind", sagte die stellvertretende Vorsitzende der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG), Susann Breßlein. Im Ländervergleich der Krankenhausfördermittel pro Einwohner liegt das Saarland im Jahr 2015 mit 28,82 Euro auf dem viertletzten Platz.
- (aerzteblatt.de 13.10.16) – Der **Dachverband „Clowns in Medizin und Pflege“** hat im Stuttgarter Landtag **für mehr politische und finanzielle Unterstützung** von Land und Bund für seine Tätigkeit im Gesundheitswesen **geworben**. Bislang sei man allein auf Spenden angewiesen, sagte Christel Ruckgaber, Chefin des Tübinger Vereins „Clowns im Dienst“. Der Einsatz von rund 50 Clowns landesweit diene der Gesundheit von Patienten in Kliniken, Kinderkrankenhäusern, Hospizen und Seniorenheimen. „Lachen kann Schmerzen verringern, es entspannt und erleichtert den Krankenhausaufenthalt“, resümierte Ruckgaber. Kindern nehme es den Stress vor Operationen. Die Spaßmacher seien speziell für ihre „Visiten“ ausgebildet und hätten eine künstlerische und/oder pädagogische Grundbildung. Sie seien im Nebenjob tätig.

Verbände & Unternehmen

- (hartmannbund 10.10.16) – Der **Vorsitzende des Hartmannbundes, Klaus Reinhardt**, hat die **Thematisierung des sogenannten „Up-Coding“** durch den Vorsitzenden der Techniker Krankenkasse (TK), Jens Baas ausdrücklich **als „wichtig und mutig“ gewürdigt**. Die von Baas angesprochenen „Manipulationen“ bei der Dokumentation von Diagnosen zur Schaffung von Wettbewerbsvorteilen im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) müssten endlich offen und vorbehaltlos diskutiert werden. „Wenn wir uns – wie zum Beispiel im Zusammenhang mit der Notfallversorgung – über Instrumente intelligenter Patientensteuerung unterhalten, dann müssen endlich auch Fehlanreize wie Schummeleien beim Morbi-RSA auf den Tisch“, so Reinhardt.
- (ots 13.10.16) – Die Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitswesen muss grundlegend korrigiert werden. Das fordert die **Freie Ärzteschaft (FÄ)** angesichts der Diskussionen um das Umkodieren von Diagnosen. "Mit dem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich - kurz **Morbi-RSA** - hat der Gesetzgeber einen **eklatanten Systemfehler in das Gesundheitswesen eingebaut**", sagte FÄ-Vorsitzender Wieland Dietrich am Donnerstag in Essen. "Dass die Gelder aus dem Gesundheitsfonds anhand von Diagnosen an die gesetzlichen Krankenkassen verteilt werden, schafft Fehlanreize und baut Druck auf." Diesen Druck gäben die Kassen an Ärzte und Patienten weiter: Ärzte würden aufgefordert, gewinnbringende Diagnosen zu dokumentieren.
- (bdc 14.10.16) – Das jüngste Urteil des **Bundessozialgerichtes (BSG)** zur **Nachbesetzung von chirurgischen Vertragsarztsitzen gefährdet** die zukünftige **Patientenversorgung** in chirurgischen Arztpraxen. Zu diesem Schluss kommt der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC). Der Rechtsspruch des BSG verbietet die Übernahme einer bestehenden chirurgischen Facharztpraxis durch den größten Teil der niederlassungswilligen Fachärzte aus dem Gesamtgebiet der Chirurgie. Das Gericht hat festgelegt, dass nur noch Praxen übernommen werden dürfen, deren Inhaber neben dem Facharzt für Chirurgie auch die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie führt. Damit wird die Weitergabe eines Großteils der chirurgischen Praxen nicht mehr möglich sein.

„Die Kollegen werden keine Nachfolger mehr finden, da abgesehen von wenigen Spezialisten die Kernarbeit in der Betreuung von Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates liegt.“ erklärte Jörg-A. Rüggeberg, Vizepräsident des Berufsverbandes.

- (aerzteblatt.de 14.10.16) – **Orthopäden und Unfallchirurgen** haben eine **höhere Vergütung des Arzt-Patientengesprächs bei Rückenschmerzen gefordert**. Denn bildgebende Verfahren seien häufig ohne Nutzen, erklärten die Mediziner im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) Ende Oktober in Berlin. „Im Vordergrund einer guten Diagnostik bei Rückenbeschwerden steht die fachkundige Befragung des Patienten und eine sachgerechte körperliche Untersuchung“, betonte Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Bei der Erstuntersuchung ginge es hauptsächlich darum, Warnzeichen zu erkennen, die auf gefährliche Erkrankungen wie zum Beispiel einen Wirbelbruch, einen Bandscheibenvorfall mit Nervenschaden oder eine Entzündung hindeuten. Dann könne der Arzt – je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit – weitere Untersuchungen oder eine Überweisungen in fachärztliche Behandlung anordnen.
- (aerztezeitung.de 13.10.16) – **Massiv unzufrieden** äußern sich die **Psychotherapeuten** am **Honorarabschluss von KBV und GKV-Spitzenverband** für das Jahr 2017. Mit dem vereinbarten Anstieg des Orientierungswertes von 0,9% werde die Einkommensschere zwischen Psychotherapeuten und somatisch tätigen Ärzten weiter auseinanderdriften, so die Vorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung Barbara Lubisch. Anders als bei Ärzten seien keine weiteren Zuwachskomponenten vorgesehen. Ohnehin lägen die Praxisüberschüsse der Psychotherapeuten mit 65.877 Euro (Durchschnitt 2013) am untersten Ende; Ärzte erzielten im Schnitt einen Überschuss von 145.415 Euro. Während die Mediziner ihr Einkommen nach Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zwischen 2010 und 2013 um 4,4% verbesserten, seien die Praxisüberschüsse der Psychotherapeuten um 5,1% rückläufig gewesen.
- (aerzteblatt.de 13.10.16) – Etwa 17.500 Kinder unter 14 Jahren haben Typ-1-Diabetes. Sie müssen auch in der Kita oder Schule täglich Blutzucker messen und Insulin spritzen. Manchmal brauchen sie noch weitere Unterstützung, um am Unterricht teilzunehmen. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (**BVKJ**) fordert daher für diese Aufgabe **flächendeckend Schulgesundheitspflegekräfte**. Ihre Finanzierung sollen die Krankenkassen übernehmen. „Die Zahl junger Diabetiker steigt mit jedem Jahr“, sagte Thomas Fischbach, Präsident des BVKJ. Eine Klarstellung, wer die zusätzlichen Kosten für die Betreuung junger Diabetiker in Kitas und Schulen zu tragen habe, sei „dringend nötig“. Die derzeitige Regelung in Paragraph 14 Sozialgesetzbuch IX ist laut BVKJ unscharf, verschiedene Kostenträger würden sich gegenseitig die Zahlungspflicht zuschieben. Familien bliebe oft keine andere Wahl, als sich die Leistungen auf dem Klageweg zu erkämpfen.
- (aerztezeitung.de 12.10.16) – Die niedergelassenen Ärzte laufen in vielen Fällen bei ihrer präventiven Arbeit einem "abgefahrenen Zug" hinterher, der nicht mehr aufzuhalten ist. Klaus-Michael Keller, wissenschaftlicher Leiter des 44. Herbstkongresses des **Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)** in Bad Orb machte dieses Dilemma am Beispiel der Adipositasprävention deutlich. Hier seien die Erfolge derart marginal, dass die Grenzen der pädiatrischen Möglichkeiten offenkundig würden. So schränkten einerseits Autos, Rolltreppen, Aufzüge, Fernsehen und Computer den Bewegungsdrang der Kinder und Eltern zunehmend ein. Andererseits gebe es heute süße Getränke, Fastfood oder "ambulante Restaurants in Hülle und Fülle". Auch der Boom an fettarmen, aber zum Teil sehr kohlenhydratreichen Light-Produkten könne an diesem Trend nicht grundsätzlich etwas ändern. Keller forderte daher erneut die **Einführung** der viel diskutierten **Zuckersteuer auf Colagetränke, Eistees und Energydrinks**, mit der seiner Ansicht nach Süßgetränke pro Liter mit zu bis zu 30 Cent belegt werden sollten.
- (bvmed 11.10.16) – Der **BVMed**-Vorstand hat den redaktionell leicht **angepassten "Kodex Medizinprodukte"** mit Stand September 2016 **verabschiedet**. "Der Kodex fasst die

geltende Rechtslage der Zusammenarbeit im Gesundheitssystem in einfacher und verständlicher Sprache zusammen und enthält Verhaltensregeln, die bei der Zusammenarbeit beachtet werden sollten", so BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt. Der leicht überarbeitete Kodex Medizinprodukte berücksichtigt auch die neue Rechtslage durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Bereits der ursprüngliche Kodex Medizinprodukte, der 1997 mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart wurde, machte keinen Unterschied zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten.

- (aerztezeitung.de 14.10.16) – Der Bundesverband Gesundheits-IT – **bvitg** e.V. hat in seiner jüngsten Mitgliederversammlung in Koblenz die **Strategie 2021 beschlossen**. Wie es heißt, sehe die Strategie unter anderem vor, den Verband für neue Mitgliedsgruppen zu öffnen, um die ganze Bandbreite der Gesundheits-IT zu vertreten. Weitere Details wurden zunächst nicht bekannt. Bei den Vorstandswahlen wurde **Matthias Meierhofer** im Amt des **Vorstandsvorsitzenden bestätigt**. Jens Naumann fungiert künftig als stellvertretenden Vorstandsvorsitzender, neuer Finanzvorstand ist Uwe Eibich. Dr. Axel Wehmeier bleibt ebenfalls im Vorstand, für Jörg Holstein, der nicht wieder zur Wahl antrat, rückt nun Katrin Keller nach.

Nachrichten aus der Pflege

- (bertelsmann stiftung 12.10.16) – In Deutschland gibt es **deutliche regionale Unterschiede, wie viel stationäre Altenpflege kostet**. In fast der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte reicht das durchschnittliche Einkommen der Senioren über 80 Jahre nicht, um professionelle stationäre Versorgung in Anspruch zu nehmen. Das zeigt die aktuelle Analyse der Pflegelandschaft in Deutschland, die die **Prognos AG im Auftrag der Bertelsmann Stiftung** durchgeführt hat. Die Analyse nimmt die wichtigsten Fragen der Bürger zum Thema Altenpflege in Deutschland zum Ausgangspunkt. Die Bürger wollen unter anderem wissen, wie viel Pflege vor Ort kostet. Die Antwort: Im Nordosten müssen sich Senioren weniger um die Finanzierung eines Pflegeheimplatzes sorgen als im Südwesten Deutschlands. In den Kreisen von Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Baden-Württemberg sowie in den Stadtstaaten übersteigen die Pflegekosten das durchschnittliche Jahreseinkommen der über 80-Jährigen zum Teil deutlich. Bundesweit reicht in 44% der Kreise das Durchschnittseinkommen der alten Menschen rechnerisch nur für maximal elf Monate stationärer Pflege. In einem Viertel der Kreise liegt die durchschnittliche Kaufkraft sogar so niedrig, dass die über 80-Jährigen nur maximal zehn Monate stationäre Pflege pro Jahr finanzieren können.
- (aerztezeitung.de 17.10.16) – Das **Bundeskriminalamt (BKA)** legt beim **Abrechnungsbetrug** im Gesundheitswesen ein **besonderes Augenmerk** auf das enorme Schadenspotenzial durch **sogenannte "Russische Pflegedienste"**. Wie es in dem am Freitag veröffentlichten "Bundeslagebild 2015 Organisierte Kriminalität" (OK) heißt, "liegen Informationen vor, dass bei dieser Form des organisierten Betruges Bezüge zur Russisch-Eurasischen Organisierten Kriminalität (REOK) bestehen". Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen schätzten den insgesamt durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen entstandenen volkswirtschaftlichen Schaden auf rund eine Milliarde Euro, wie das BKA bereits im Sommer bei der Vorlage des "Bundeslagebildes Wirtschaftskriminalität 2015" betonte.
- (aerzteblatt.de 11.10.16) – Nach jahrelangem Streit sollen die **Pflegekräfte in Bayern bald eine neue Interessenvertretung** erhalten – die Mitgliedschaft soll allerdings nicht verpflichtend sein. Das **Kabinett in Bayern beschloss** nun, nachdem es bereits im Juli dieses Jahres das Vorhaben grundsätzlich abgesegnet hatte, den dazu gehörigen Gesetzentwurf des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zur Errichtung einer **„Vereinigung der bayerischen Pflege“**. Das Kabinett setzt sich mit dem Beschluss über den Willen des Deutschen Pflegerats und anderer Berufsverbände hinweg. Diese hatten stets eine Pflegekammer mit verpflichtender Mitgliedschaft gefordert, ähnlich, wie

es sie bei Ärzten oder Apothekern gibt. Ihre Forderung hatten die Verbände auch in ihrer Anhörung vor dem endgültigen Kabinettsbeschluss deutlich gemacht – die Staatsregierung blieb aber trotzdem bei ihrer Linie. Nun soll das Gesetz im Landtag beraten und verabschiedet werden.

- (bibliomed.de 13.10.16) – **Beruflich Pflegende** weisen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen **besonders hohe Krankenstände** auf, die vor allem auf stressbedingte Erkrankungen zurückzuführen sind. Das geht aus der aktuellen Stress-Studie der Techniker Krankenkasse (TK) hervor, die die TK am Mittwoch in Berlin vorgestellt hat. In den vergangenen 15 Jahren seien stressbedingte Krankheitsausfälle überproportional, etwa um 90%, gestiegen, sagte die Sprecherin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), Johanna Knüppel, ergänzend zu den TK-Ergebnissen. „Das ist keine Überraschung, sondern logische Konsequenz der chronischen Überlastung am Arbeitsplatz.“ Die hohen Krankheitsquoten resultierten aus dem Dauerdruck, den Pflegefachpersonen seit langem aushalten müssten, und sie verstärkten ihn gleichzeitig. Durchbrochen werden könne dieser Teufelskreislauf nur mit einer Personalbemessung, die den Bedarf tatsächlich und Ausfälle – kurzfristig oder geplant – von vornherein mit einkalkuliere und kompensieren könne.
- (bibliomed.de 14.10.16) – **Pflegende** erleiden **weit häufiger Nadelstichverletzungen als bisher angenommen**. Das zeigen Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage, die die B. Braun-Stiftung gemeinsam mit dem Arbeitsschutz der Universität Frankfurt veröffentlicht hat. Demnach gaben von den teilnehmenden Pflegefachpersonen mehr als die Hälfte an, bereits eine Nadelstichverletzung gehabt zu haben, heißt es in einer entsprechenden Mitteilung von Donnerstag. Nur 50% der Betroffenen hätten ihre Verletzung beim Durchgangsarzt aber auch gemeldet. Die angegebenen Gründe dafür seien überwiegend subjektiver Natur und reichten von „keine Zeit“ bis hin zu „Bagatelle“ oder „der Patient schien nicht infektiös zu sein“. Das sei auch deshalb bemerkenswert, weil die Pflegenden die Gefahren, die aus einer HIV- und Hepatitis-Infektion resultieren, durchaus als relevant erkannten. Außerdem fehle es teilweise an notwendigem Wissen über die Prävention von Nadelstichverletzungen. Insgesamt fühlten sie die Befragten nicht genügend geschult. Besonders Berufsanfänger hätten deutliche Wissenslücken gezeigt.
- (devk 13.10.16) – Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV)** fordert anlässlich des Deutschen Hospiztages am Freitag den Anschub eines flächendeckenden **Qualifizierungsprogramms zur Förderung der palliativen Kompetenz** in Krankenhäusern. Medizinisches und pflegerisches Personal müsse in allen Bereichen zur einfühlsamen Begleitung und angemessenen Versorgung sterbender Patienten befähigt werden. „Sterbende sind die schwächsten Patienten im System. Ihre Versorgung ist nicht mehr proaktiv auf eine Genesung ausgerichtet, sondern zielt darauf ab, Schmerzen zu lindern und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.“

(ots 13.10.16) – Zum Deutschen Hospiztag startet die **AOK** auf ihrer Internetseite einen **bundesweiten Palliativwegweiser**, mit dem sich Betroffene und Angehörige von schwerstkranken und sterbenden Menschen über Versorgungs- und Beratungsangebote in ihrer Nähe informieren können. Auf der Seite www.aok.de/palliativwegweiser haben die Nutzer die Möglichkeit, nach Eingabe von Postleitzahl oder Ort gezielt nach besonders qualifizierten Einrichtungen oder Hilfsangeboten zur Hospiz- und Palliativversorgung in ihrer Region zu suchen. Der AOK-Palliativwegweiser umfasst mehr als 8.000 Einträge. Neben 238 stationären Hospizen und mehr als 600 Palliativstationen in Kliniken sind etwa 1.000 Hospizdienste, knapp 400 Pflegedienste mit Schwerpunkt Palliativversorgung und 300 Teams der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) verzeichnet. Darüber hinaus sind in der Datenbank auch mehr als 4.500 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin enthalten.

Aus- und Weiterbildung

- (gpb 13.10.16) – Die **Deutsche Hochschulmedizin fordert eine bessere Perspektive** und Finanzierung der **akademischen Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen**. Und kritisiert in diesem Zusammenhang die Politik des Bundesgesundheitsministeriums. Bereits zu Wochenbeginn hatten die Deutsche Hochschulmedizin, die Gesellschaft für medizinische Ausbildung und der Verband der PflegedirektorInnen der Unikliniken in einer gemeinsamen Stellungnahme „die konsequente Verstetigung“ akademischer Ausbildungsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe in der Ergotherapie, der Physiotherapie, der Logopädie und im Hebammenwesen gefordert. Hintergrund sei die am 31. Dezember 2017 auslaufende Modellklausel für berufsqualifizierende Gesundheitsstudiengänge. Sie regelt derzeit die Möglichkeit zur akademischen Ausbildung in den genannten Berufen.

Neuerscheinungen

- Gesellschaftliche Wandlungsdynamiken führen seit einigen Jahren zu einem steigenden Bedarf an fachlich ausgebildeten Personal für die interdisziplinären Hilfsangebote aller Teilbranchen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Aufgrund der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung, des Anstiegs an Pflegebedürftigen und der Zunahme an chronisch kranken, multimorbiden Menschen gehen Schätzungen von einem extremen Arbeitsplatzwachstum innerhalb der Branche aus, der einen erhöhten Bedarf an Fach- und Führungskräften nach sich zieht. **Thomas Müller, Gabriele Moos, Silvia Breyer, André Katz und Florian Partner** bieten mit dem Arbeitsbuch „Der Wechsel an der Spitze in Verbänden, Unternehmen und Organisationen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft“ einen Handlungsleitfaden für die künftig entscheidende Herausforderung der strategischen Nachfolgesicherung an. Es werden verschiedenste kurz- bis langfristige Problemstellungen behandelt und jeweils konkrete Lösungen entwickelt. Die theoretische und praktische Basis dafür bieten Erhebungen und Interviews mit Akteuren verschiedener Organisationen der Branche sowie Know-How und Erfahrungen aus Beratungsprojekten der contec GmbH.
Thomas Müller, Gabriele Moos, Silvia Breyer, André Katz, Florian Partner: Der Wechsel an der Spitze in Verbänden, Unternehmen und Organisationen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft, contec 2016, 120 Seiten, 49,80 Euro.

Termine

- 17. Oktober (Berlin) **Fachgespräch Gesundheits-Apps**
<http://tinyurl.com/j3fxhw>
 - 19. Oktober (Berlin) **Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung**
<http://www.vzbv.de/termin/digitalisierung-der-gesundheitsversorgung>
 - 20. Oktober (Berlin) **Healthcare Compliance und Antikorruption**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/healthcare-compliance-und-antikorrup-tion-2/> s
 - 20./21. Oktober (München) **15. Europäischer Gesundheitskongress**
<http://gesundheitskongress.de/>
 - 25.-27. Oktober (Berlin) **21. Jahrestagung Handelsblatt Health 2016**
<http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/>
 - 3. November (Berlin) **5. Gesundheitswirtschaftskonferenz des BMWi**
Rückfragen unter gesundheitswirtschaftskonferenz@bmwi-registrierung.de
 - 3./4. November (Düsseldorf) **3. Petersberger Forum zum Gesundheitswesen**
<http://www.forum-petersberg.de/>
- NEU:** 3./4. November (Düsseldorf) **RehaForum 2016**
<http://mcc-seminare.de/de/gesundheit/rehaforum-2016/event.view/>

- 3./4. November (Berlin) **7. Nationaler Fachkongress Telemedizin**
www.telemedizinkongress.de
 - 4. November (Berlin) **17. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen**
<http://www.gesundheitsgespraeche-berlin.de>
- NEU:** 4.-5. November (Schwerin) **Versorgung unter Nutzung von Telemedizin etc.**
<http://www.kas.de/mv/de/events/68993/>
- 8./9. November (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/>
 - 18. November (Berlin) **Zi-Tagung: Krankheitslast und ärztliche Vergütung**
<http://www.zi.de/cms/veranstaltungen/zi-forum/november-2016/>
 - 23. November (Berlin) **Konferenz Zukunft Prävention**
<http://www.zukunft-praevention.de/>
- NEU:** 23. November (Leipzig) **12. Leipziger Forum zur Gesundheitswirtschaft**
<http://www.leipziger-forum-gesundheitswirtschaft.de/>
- NEU:** 23. November (Berlin) **Krankenversicherung quo vadis?**
<http://www.krankenversicherung-quo-vadis.de/Programm/>
- 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>
 - 13.- 14. Februar 2017 (Berlin) **Kassengipfel 2017**
<http://mcc-seminare.de/de/gesundheit/kassengipfel-2017/event.view./>
 - 15. -16. Februar 2017 (München) **9. Kooperationsgipfel im Pharmamarkt**
<http://www.kooperationsgipfel.de/der-kooperationsgipfel.html>
 - 23.-25. März 2017 (Berlin) **Deutscher Pfl egetag 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