

Editorial – Thema der Woche

Montag, 28.11. 2016

Dass sich das Bundesministerium der Heil- und Hilfsmittelversorgung annimmt, ist auf den ersten Blick eine feine Sache. In beiden Bereichen (die übrigens nur „historisch gewachsen“ in einen Topf geschmissen werden) hat sich die Welt in den letzten Jahren gründlich weitergedreht, was gesetzlichen Anpassungsbedarf dringend erforderlich macht. Es gehört aber zum Wesen dieses zusammengeschwurbelten GKV-Ressorts, dass sich die Welt der Heilmittel (das sind Menschen) ganz anders dreht, als die Welt der Hilfsmittel (das sind Produkte). Bei den Hilfsmitteln ergibt sich der Anpassungsbedarf vor allem durch die in den letzten Jahren dramatisch gewachsenen Rabatt-Potentiale der Krankenkassen. Da hatten sich buchstäblich einige Unappetitlichkeiten eingeschlichen, die dringend der Nachjustierung bedürfen. Es sei nur das Stichwort „aufsaugende Inkontinenzprodukte“ bemerkt. Da braucht’s dann nicht mehr viel Phantasie, um Änderungsbedarf rasch zu akzeptieren, wenn’s hier nicht klappt. Der Entwurf zum Heil- und Hilfsmittelgesetz verspricht nun, sich diesen undichten Stellen anzunehmen. Wir sind gespannt. Ärgerlich ist es schon, dass Politik augenscheinlich kaum in der Lage ist, sich Fehlentwicklungen prospektiv vorzustellen, die sich aus dem von ihr gesetzten Wettbewerbsrahmen ergeben. Und das Vertrauen auf die ethischen Grundlagen der „Marktteilnehmer“ ist naiv, wenn deren ethische Verantwortung im Zweifelsfall mit „Marktaustritt“ bestraft wird. Das sollte aber gar nicht Thema dieses Editorials werden...

Denn der eigentliche Skandal des jetzt vorliegenden Gesetzentwurfs liegt nicht in der politischen Korrektur politisch verursachter Fehlentwicklungen, sondern in Bereichen, die man von politischer Seite augenscheinlich überhaupt nicht anzufassen bereit ist. Und hier sind die Versäumnisse im Bereich der Heilmittel, sprich bei den Gesundheitsberufen, sehr viel größer als der Wettbewerbsaktionismus bei den Hilfsmitteln. Noch immer nämlich stammt die Gesetzgebung der allermeisten Gesundheitsfachberufe aus der ersten Hälfte der neunziger Jahre. Und damit aus dem letzten Jahrhundert – oder sogar Jahrtausend. Und haben Sie sich mal auf der Zunge zergehen lassen, was seitdem passiert ist? Internet zum Beispiel, eMail, Big-Data, Genanalyse und und und...

Noch immer aber dümpeln die Heilberufe mit einer Gesetzgebung herum, an der diese Entwicklungen komplett vorbeigegangen sind. Um zu verdeutlichen, was das bedeutet, nehmen wir mal einen anderen Bereich: das KFZ-Handwerk. Könnten Sie sich vorstellen, dass an Ihrem Auto jemand herumschraubt, der von KFZ-Mechatronik, computergesteuerter Fehleranalyse und digitalem Motormanagement noch nie etwas gehört hat? Wohl kaum. Unsere frisch ausgebildeten MTAs laufen aber genau so herum, denn in ihrem Berufsgesetz ist dergleichen nicht vorgesehen (übrigens zahlen sie auch ihre Ausbildung zum Teil selbst – den angehenden KFZ-Mechatroniker möchte ich sehen, dem man das zumuten kann).

Was ist die Folge: In immer mehr Gesundheitsfachberufe drängen Akademikerinnen und Akademiker, schlicht weil die akademische Fundierung inzwischen vielfach verlangt aber von den traditionellen Gesundheitsberufen nicht geliefert wird. Bei den MTAs sind’s die Biotechnologen, bei den Diätassistenten sind’s die Ökotrophologen. Und in anderen Gesundheitsfachberufen sieht es sicher nicht besser aus. Interessant in diesem Zusammenhang: Der in die Professionen drängende akademische Nachwuchs ist gar nicht zum *Heilberuf* qualifiziert. So kann man die Gesundheitsfachberufe natürlich auch abschaffen. – Aber davon redet das Heil- und Hilfsmittelgesetz mit keiner Zeile. Da aber hängt der Skandal dieses Gesetzes, das Probleme zu lösen vorgibt, die von der Politik selbst initiiert wurden, aber glaubt, die echten Probleme der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems (und „der Welt an sich“) konsequent ignorieren zu können.

Europa

- (deutsche stiftung weltbevölkerung 21.11.16) – Der **Kampf gegen HIV und Aids macht Fortschritte**: Mitte 2016 hatten **18,2 Millionen Menschen Zugang zu einer antiretroviralen Therapie** - doppelt so viele wie fünf Jahre zuvor. Insgesamt waren Ende 2015 36,7 Millionen Menschen HIV-infiziert, 1,1 Millionen Menschen starben im vergangenen Jahr an Aids. Das geht aus dem am Montag veröffentlichten UNAIDS-Bericht hervor. Die Studie weist zugleich darauf hin, dass HIV vor allem für Mädchen und junge Frauen in Afrika südlich der Sahara weiterhin eine große Gefahr darstelle und dringend mehr für die Prävention getan werden müsse.
- (gpb 24.11.) – Kein Land in der EU gibt mehr **Geld für Gesundheitsleistungen** aus als **Deutschland**. Voriges Jahr waren es **11,1 % des Bruttonationalproduktes**, im **Durchschnitt der Europäischen Union** waren es nur **9,9 %**. Allenfalls das Nicht-EU-Mitglied Schweiz übertrifft mit 11,5 % den deutschen Wert. Das geht aus einer neuen Übersicht der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit (**OECD**) hervor, die am Mittwoch vorgestellt wurde. Demnach liegen nur die schwedischen Ausgaben auf vergleichbar hohem Niveau, die in Frankreich mit 11 % leicht darunter. Auch der Ausgabenzuwachs von 2 % jährlich in Deutschland ist in der EU ein Spitzenwert. Im Schnitt seien in der EU die Ausgaben zwischen 2009 und 2015 lediglich um 0,7 % gestiegen. Die Untersuchung bestätigt frühere Studien, wonach die hohen Ausgaben in Deutschland einhergehen mit einem guten Zugang zu medizinischer Versorgung. Das wird laut OECD illustriert durch eine überdurchschnittliche Ausstattung mit Ärzten, Pflegekräften und Krankenhausbetten.

Ministerium und Regierung

- (aerztezeitung.de 24.11.16) – Der **Haushalt 2017 für das Bundesgesundheitsministerium** liegt um 63 Mio. Euro höher als noch im Regierungsentwurf vorgesehen. Insgesamt umfasst der Etat **im kommenden Jahr 15,16 Mrd. Euro**. Der Bundestag stimmte dem veränderten Haushaltsentwurf am Dienstag in zweiter Beratung zu. Am Freitag beschloss das Parlament dann in abschließender Lesung den Haushalt. Allein 14,5 Mrd. Euro im Etat entfallen auf den Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung, das sind 500 Mio. Euro mehr als noch im laufenden Jahr. In den Jahren zuvor war der Steuerzuschuss um zusammengenommen 8,5 Mrd. Euro gekürzt worden, um damit einen Beitrag zur Haushaltskonsolidierung zu leisten. Die Personalausgaben im Gröhe-Ressort betragen rund 231 Mio. Euro (6,8 Millionen mehr als 2016), und die Verwaltungsausgaben addieren sich auf 168 Mio. Euro (plus 6,1 Mio. Euro). Entsprechend ist die tatsächlich aktiv zu verteilende Geldmenge vergleichsweise gering. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hob in der Debatte hervor, dass Deutschland immer eine reformierte Weltgesundheitsorganisation gefordert habe.
- (aerzteblatt.de 22.11.16) – Das **Bundesforschungsministerium** fördert in den kommenden fünf Jahren **Forschungsvorhaben zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen**. „Damit schutzsuchende Menschen die Kraft finden, sich gut in unserem Land zu integrieren, müssen mögliche psychische Störungen und Belastungen früh erkannt werden“, sagte Bundesforschungsministerin Johanna Wanka (CDU) am Dienstag in Berlin. Das Ziel sei es, die Entstehung folgenschwerer Erkrankungen wie Depressionen oder posttraumatischer Belastungsstörungen möglichst zu verhindern. Über fünf Jahre sollen die Projekte mit 20 Mio. Euro unterstützt werden. Die vom Ministerium unterstützten Forschungsverbände sollen untersuchen, welche spezifischen Angebote nötig sind, um die Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen schnell zu verbessern. Damit die Ergebnisse zügig in der Versorgung der Patienten ankommen, sollen neben den Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen auch Erstaufnahmeeinrichtungen oder Krankenkassen an den Projekten beteiligt werden.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (facharzt.de 23.11.16) – Geld für die Gesundheitsversorgung ist nach Ansicht der Grünen ausreichend da – aber Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) habe die Mittel nicht wirklich klug und nachhaltig eingesetzt, kritisierte die Grünen-Abgeordnete **Elisabeth Scharfenberg** bei der Debatte über den Gesundheitshaushalt 2017. **Gröhe** habe das **Geld vor allem so eingesetzt, dass Konflikte mit den Akteuren im System vermieden** worden seien, sagte Scharfenberg am Dienstag im Bundestag weiter. Das sei Politik nach dem Motto „nach mir die Sintflut“. Scharfenberg beklagte, dass die Ausweitungen der Leistungen in der Pflege mit massiven Beitragserhöhungen einhergingen. Mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II sind insgesamt Beitragserhöhungen von 0,5 %punkten auf künftig 2,55 % vom Brutto verbunden. Zudem bekräftigte die Grünen-Politikerin die Absicht ihrer Partei, eine gesetzliche Bürgerversicherung für alle bei Gesundheit und Pflege einzuführen und gleichzeitig die Private Krankenversicherung aufzulösen.
- (bvmed 25.11.16) – Der CDU-Bundestagsabgeordnete **Roy Kühne will für den Verbandsmittelbereich "keine Riesen-Nachweispflicht einführen**, die dazu führt, dass bewährte Produkte vom Markt genommen werden". Das sagte der Hilfsmittelexperte der CDU/CSU-Bundestagsfraktion auf dem BVMed-Gesprächskreis Gesundheit am Mittwoch in Berlin. Eine Legaldefinition für Verbandmittel ist Teil des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG), zu dem am 30. November 2016 eine Anhörung im Bundestags-Gesundheitsausschuss stattfindet. Zur Nutzenbewertungsdiskussion sagte Kühne: "Man muss nicht beweisen, dass Gummistiefel vor Nässe schützen. Das hat sich bewährt." Der Mehrwert neuer Verfahren müsse aber dargestellt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe die Aufgabe, dieses Verfahren für Verbandmittel zu organisieren. Wichtig sei für ihn: "Wir müssen für Innovationen offen bleiben. Wir wollen nicht mit Durchschnitt nur Durchschnitt erreichen, sondern uns die Innovationsfähigkeit erhalten." Kühne plädierte dafür, eine Expertenkommission für den Wundversorgungsbereich zu bilden, um die Versorgungssituation zu verbessern.
- (hib 24.11.16) – Die **Fraktion Bündnis 90/Die Grünen kritisiert Vorschläge** der EU-Kommission **zu endokrinen Disruptoren**. Auch die inzwischen überarbeiteten Kriterien zur Identifizierung der hormonell wirksamen Stoffe stünden im Widerspruch zum Vorsorgeprinzip und den Regelungen der Biozid- und Pestizidverordnung, heißt es in einem Antrag der Fraktion. Die Bundesregierung wird darin unter anderem aufgefordert, bei den Beratungen durchzusetzen, dass "auch Chemikalien mit einer vermuteten endokrinen Schadwirkung beim Menschen als endokrine Disruptoren identifiziert werden". Der Antrag wird am Donnerstag im vereinfachten Verfahren überwiesen.

Länder und Regionen

- (bundesrat 25.11.16) – Die Versorgung psychisch kranker Menschen wird optimiert und an die speziellen Erfordernisse der Kliniken und Patienten angepasst. Die **Länderkammer** hat am Freitag ein entsprechendes Gesetz gebilligt. Die Novelle entwickelt das pauschalierende **Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen** (PsychVVG) weiter. Danach können psychiatrische und psychosomatische Kliniken auch in Zukunft ihr Budget einzeln verhandeln, um regionale oder strukturelle Besonderheiten besser zu berücksichtigen. Basis für die Kalkulation in den Kliniken ist der jeweilige Aufwand, wobei künftig verbindliche Mindestvorgaben bei der Personalausstattung gelten. Das Gesetz sieht zudem eine zusätzliche Finanzspritze für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 1,5 Mrd. Euro vor. Davon soll eine Milliarde Euro die Mehrbelastungen der Krankenkassen durch die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge ausgleichen. Weitere 500 Mio. Euro stehen bereit, um die Telematikinfrastruktur der Kassen aufzubauen.

- (bundesrat 25.11.16) – Der **Bundesrat will den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verbieten**. Zur Begründung verweist er auf die Entscheidung des EuGH, wonach sich ausländische Apotheken nicht an die in Deutschland geltende Preisbindung halten müssen. In Verbindung mit dem Versandhandel führe dies zu einer konkreten Gefährdung stationärer Apotheken und damit auch der flächendeckenden Arzneimittelversorgung, heißt es in der Stellungnahme der Länder zum Entwurf des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz vom 25. November 2016. Die Intention der Bundesregierung, mit dem Gesetzentwurf die Arzneimittelversorgung auf hohem Niveau sicherzustellen und zugleich die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten, unterstützt der Bundesrat. In seiner Stellungnahme regt er jedoch zahlreiche Änderungen an. Kritisch sieht er dabei insbesondere die geplante freie Preisgestaltung für neue Medikamente bis zu einem Ausgabenwert von 250 Mio. Euro. Die Preise für diese Medikamente sollten vielmehr zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen ausgehandelt werden. Die Bundesregierung möchte mit dem Gesetzentwurf insbesondere überhöhte Preise für neue Medikamente verhindern. Sie beabsichtigt deshalb auch die Einführung der Umsatzschwelle von 250 Mio. Euro, bis zu der Hersteller neuer Medikamente die Preise selbst bestimmen können. Nach Erreichen der Umsatzschwelle soll der zwischen Herstellern und Krankenkassen ausgehandelte Erstattungsbetrag gelten.
- (pharma-fakten.de 25.11.16) – Eine **Clearingstelle** soll helfen, **Marktrücknahmen von Arzneimitteln im AMNOG-Verfahren zu verhindern**. Für diesen **Vorschlag** hat sich der **Bundesrat** ausgesprochen. Die Länderkammer greift damit ein Problem im Prozess der Nutzenbewertung auf, das dazu führt, dass in Deutschland immer mehr Arzneimittel nicht oder nicht mehr verfügbar sind. Wie der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) kürzlich vorgerechnet hat, ist die Zahl dieser Medikamente im Vergleich zu der Vor-AMNOG-Ära sprunghaft gestiegen. Vor dem AMNOG waren fast alle von der europäischen Zulassungsbehörde EMA freigegebenen Arzneimittel anschließend in deutschen Apotheken erhältlich. Seit Einführung des AMNOG im Jahre 2011 aber wächst die Zahl der Präparate, die es nur noch im Ausland zu kaufen gibt – entweder, weil der pharmazeutische Unternehmer am Ende des Preisfindungsprozesses beschlossen hat, das Medikament hierzulande nicht mehr anzubieten (Opt-out), oder weil er es von vornherein gar nicht anbietet, weil er weiß, dass die von ihm vorgelegte Evidenz bei den bewertenden Behörden auf wenig Gegenliebe stoßen wird.
- (bundesrat 25.11.16) – **Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern** möchten die notärztliche Versorgung auf dem Land sicherstellen und haben hierfür am Dienstag eine **EntschlieÙung** vorgestellt. Darin fordern sie die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der es **Honorarärzten** ermöglicht, **ohne Sozialversicherung zu arbeiten**. Eine entsprechende Regelung Österreichs könne dabei Vorbild sein. Zur Begründung ihrer EntschlieÙung verweisen die Länder auf ein Urteil des Landessozialgerichtes Mecklenburg-Vorpommern, welches die Notarztztätigkeit als sozialversicherungspflichtig eingestuft hat. Dies führe zur Verunsicherung unter Notärztinnen und Notärzten, die vor allem im ländlichen Raum zunehmend auf Honorarbasis tätig sind. Die beiden Länder fürchten deshalb, dass es deutlich schwieriger werden könne, Notarztstandorte im notwendigen Umfang zu besetzen. Fachverbände seien außerdem der Ansicht, dass der Ersatz sogenannter "Freelancer" durch nichtselbständige Notärztinnen und Notärzte zu Akzeptanzproblemen führen könne, heißt es in der Begründung weiter.
- (aerzteblatt.de 25.11.16) – **Niedersachsen** will sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die **Kosten für Verhütungsmittel für Frauen mit geringem Einkommen übernommen** werden. Ein entsprechender Antrag von SPD und Grünen stieß gestern auf die Zustimmung aller Fraktionen des Landes. „Wenn sich Frauen Verhütungsmittel nicht oder nur schwer leisten können, versteht es sich von selbst, dass sich damit das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft erhöht“, sagte Sozialministerin Cornelia Rundt (SPD). Die Frage, wer für die Kosten einer solchen Regelung aufkommt, hänge von der Ausgestaltung der bundesgesetzlichen Regelung ab, erklärte Rundt auf Nachfrage des „Deutschen Ärzteblattes“. Wie diese konkret aussehen werde, könne zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht gesagt werden. „Je nachdem, ob eine einkommensunab-

hängige Regelung für alle Frauen durchsetzbar ist oder lediglich eine einkommensabhängige Kostenübernahme, wird sich auch die Frage der Beitragsfinanzierung oder Steuerfinanzierung beantworten lassen“, erklärte Niedersachsens Sozialministerin.

- (kvsa 24.11.16) – Die **Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt** hat sich für die Amtsperiode von 2017 bis 2022 in ihrer Sitzung am Donnerstag **konstituiert**. In der konstituierenden Sitzung wählten die Mitglieder der Vertreterversammlung erneut aus ihrer Mitte den bisherigen Amtsinhaber **Andreas Petri**, Facharzt für Allgemeinmedizin, zum **Vorsitzenden** der Vertreterversammlung. Auch **Michael Diestelhorst**, Facharzt für Radiologie, wurde zum **stellvertretenden Vorsitzenden** der Vertreterversammlung wiedergewählt. Der gewählte **Vorstand der KV Sachsen-Anhalt** besteht, wie bisher, aus drei hauptamtlichen Mitgliedern. Nachdem entsprechende Vorschläge von den Vertretern unterbreitet wurden, erbrachten die unmittelbaren und geheimen Wahlgänge folgendes Ergebnis: Vorsitzender des Vorstandes: **Burkhard John**, Facharzt für Allgemeinmedizin; **Stellv. Vorsitzender** des Vorstandes: **Holger Grüning**, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; **Geschäftsführender Vorstand: Mathias Tronnier**.
- (facharzt.de 26.11.16) – Die **KV Brandenburg** hat einen **neuen Vorsitzenden: Peter Noack**, Facharzt für Chirurgie aus Cottbus, ist am Freitag auf der konstituierenden Sitzung der neuen Vertreterversammlung (VV) ohne Gegenstimmen gewählt worden. Er erhielt 28 der 30 Stimmen der Delegierten. Der Vorstand der KV Brandenburg besteht laut Satzung aus einem Vorsitzenden und zwei gleichberechtigten stellvertretenden Vorsitzenden. Die VV wählte **Andreas Schwark**, Hausarzt aus Bernau, zu einem **Stellvertreter**. Auf einen zweiten Stellvertreter konnten sich die Mitglieder der VV nicht verständigen, teilte die KV am Freitagabend mit. Zum Präsidenten der Vertreterversammlung wählten die Delegierten erneut Torsten Braunsdorf, Chirurg aus Calau. Sein neuer Stellvertreter wurde Stefan Roßbach-Kurschat, Hausarzt aus Nauen. Die Wahlperiode der neuen Vertreterversammlung beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember 2022.
- (facharzt.de 26.11.16) – Die **Vertreterversammlung der KV Nordrhein** fordert die Bundesregierung auf, den **Entwurf zum Selbstverwaltungsstärkungsgesetz zurückzuziehen**. Eine entsprechende Resolution haben die Delegierten am Freitag in Düsseldorf mit großer Mehrheit bei sechs Gegenstimmen und einer Enthaltung beschlossen. Die bestehende Rechtslage reiche für eine effektive aufsichtsrechtliche Kontrolle der Körperschaften aus, heißt es zur Begründung. Sie müsse nur angewendet werden. So soll das Zwangsgeld zur Durchsetzung der Aufsichtsverfügungen dem Gesetzentwurf zufolge um das Vierhundertfache auf bis zu zehn Mio. Euro erhöht werden. „Dieses Zwangsgeld wurde aber bisher noch nie gezahlt“, wusste Peter Potthoff. Der 1. Vorsitzende der KV Nordrhein sieht in dem geplanten Gesetz, das im März 2017 in Kraft treten soll, eine massive Ausweitung der Kontroll- und Prüfbefugnisse des Bundesgesundheitsministeriums.
- (aerztezeitung.de 25.11.16) – Der **Bremer Hausärzteverband** hat einen **Beschluss der Landesärztekammer Bremen zur Versorgung geriatrischer Patienten scharf kritisiert**. "Wenn das, was die Ärztekammer Bremen beschlossen hat, tatsächlich Teil der Versorgungswirklichkeit wird, dann würden ältere Patienten nicht nur aus ihrer vertrauten hausärztlichen Versorgung herausgerissen, sie würden auch zum Spielball eines immer unübersichtlicheren Gesundheitswesens", sagt Hans-Michael Mühlenfeld, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Bremen. Der Antrag sieht vor, dass die Versorgung geriatrischer Patienten zukünftig verstärkt von Geriatrischen Schwerpunktpraxen übernommen werden soll. Patienten sollen geriatrische Assessments durchlaufen und dann gegebenenfalls von einem Geriater weiterbehandelt werden.
- (aerzteblatt.de 25.11.16) – **Günther Matheis** ist **neuer Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**. Der 58-jährige Thorax-Chirurg aus Trier erhielt auf der konstituierenden Vertreterversammlung (VV) der Landesärztekammer in Mainz 72 von 77 Stimmen. Matheis arbeitet als Oberarzt sowie als Sektionsleiter Thorax-Chirurgie im Trierer Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Er gehörte bereits während der ver-

gangenen Wahlperiode dem Vorstand der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz an und ist zudem Vorsitzender der Bezirksärztekammer Trier.

Gremien & Institutionen

- (gba 24.11.16) – **Kritische angeborene Herzfehler** bei Neugeborenen können künftig besser entdeckt und damit frühzeitiger behandelt werden. Mit einem entsprechenden Beschluss **ergänzte** der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) vergangenen Donnerstag in Berlin die **Kinderuntersuchung U1/U2 um die Pulsoxymetrie**. Mit dieser Methode können bestimmte Herzfehler erkannt werden, die bei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaftsvorsorge oder nach der Geburt bislang nicht entdeckt werden konnten. Diese sogenannten kritischen angeborenen Herzfehler sind Fehlbildungen am Herzen und seinen Gefäßen. Diese können den Blutkreislauf so stark behindern, dass das Kind ohne Behandlung kaum eine Überlebenschance hat. Durch das Screening soll ein unverzüglicher Behandlungsbeginn ermöglicht werden.
- (gba 24.11.16) – Der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat am Donnerstag in Berlin die Regelungen beschlossen, nach denen **Krankenhäuser und Krankenkassen zukünftig** die sogenannten **Sicherstellungszuschläge** zu vereinbaren haben. Bundeseinheitlich festgelegt wurden die Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses, die Auswirkungen unzureichender Qualität sowie die Überprüfung der Zuschlagsfähigkeit durch die zuständigen Landesbehörden. Der GBA hat damit definiert, wann ein Krankenhaus als unverzichtbar gilt, wann ein strukturell bedingter geringer Versorgungsbedarf vorliegt und welche Abteilungen zuschlagsfähig sind. Im Ergebnis wird die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen bundesweit vergleichbarer, zudem bekommen die Vertragspartner eine stärkere Normenklarheit.
- (gba 24.11.16) – Der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat die Anforderungen an die **Fachweiterbildungsquote von Pflegekräften in kinderkardiologischen Intensiv-einheiten geändert**. Die bisherige Übergangsregelung, die eine Anrechnung berufserfahrener Pflegekräfte auf die Quote des fachweitergebildeten Kinderkrankenpflegepersonals ermöglichte, wird durch eine Stichtagsregelung ersetzt. Zukünftig können nur noch Pflegekräfte auf die geforderte Fachweiterbildungsquote von mindestens 40 % angerechnet werden, die spätestens zum 1. Januar 2017 eine ausreichende Berufserfahrung nachweisen konnten. Voraussetzung für diese einmalige dauerhafte Anerkennung einer ausreichenden Berufserfahrung ist, dass die Pflegekraft mindestens fünf Jahre in Vollzeit auf einer kinderkardiologischen Intensivereinheit tätig war, mindestens drei Jahre davon zwischen 1. Januar 2011 und 1. Januar 2017. Den Beschluss zur Änderung der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie fasste der GBA am Donnerstag in Berlin.
- (gba 24.11.16) – Die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, **DMP**) für Patientinnen und Patienten mit **Diabetes mellitus Typ 1 und koronare Herzerkrankung (KHK) werden aktualisiert**. Der für die Entwicklung von DMP zuständige Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) beschloss am Donnerstag in Berlin, zunächst das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) mit entsprechenden **Leitlinienrecherchen** zu beauftragen. Der GBA folgt damit seinem gesetzlichen Auftrag, seine Richtlinien regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren. Auf der Grundlage seines Beschlusses vom 21. August 2014, die Beratungen über Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz aufzunehmen, wird der GBA das derzeit noch bestehende Modul Herzinsuffizienz aus dem DMP KHK in ein eigenständiges DMP Herzinsuffizienz überführen.
- (aerztezeitung.de 25.11.16) – Die **Aufsicht der Sozialversicherungen von Bund und Ländern haben den Krankenkassen bei Manipulationen von Leistungsabrechnungen mit rechtlichen Schritten gedroht**. Die Behörden hätten auf ihrer Tagung in Mün-

chen hierfür einstimmig rechtliche Rahmenbedingungen abgesteckt und Maßnahmen beschlossen. Es gehe darum, unzulässige Beeinflussungen der vertragsärztlichen Diagnose zu verhindern, teilte das bayerische Gesundheitsministerium auf Anfrage mit. Hintergrund sind Berichte, dass gesetzliche Krankenkassen bei der Abrechnung von Leistungen im großen Stil schummeln. Es bestehe ein Wettbewerb zwischen den Kassen, wer es schaffe, die Ärzte dazu zu bringen, für die Patienten möglichst viele Diagnosen zu dokumentieren. Die Behörden stellten nun fest: "Grundsätzlich ist die korrekte und vollständige Kodierung von Diagnosen stets vertragsärztliche Pflicht und eine gesonderte Vergütung der Krankenkassen alleine für die Kodierung von Diagnosen unzulässig." Die Aufsichtsbehörden wollen das Thema weiterverfolgen, hieß es.

- (facharzt.de 25.11.16) – Die Neuvergabe der Patientenberatung sorgte vor einem Jahr für Wirbel. Nun hat die **UPD** eine **erste Bilanz** darüber **vorgelegt**, wie die gemeinnützige GmbH sich inzwischen aufgestellt hat und mit welchen Anliegen sich Patienten an die Unabhängige Patientenberatung wenden. Bemängelt wird etwa, dass die Terminservicestellen nicht ausreichend gut funktionieren. Nahezu täglich gebe es Beschwerden über Wartezeiten bei Ärzten. Allerdings mangle es offenbar an der richtigen Umsetzung des Konzeptes, sagte UPD-Geschäftsführer Thorben Krumwiede in dieser Woche in Berlin. Demnach gebe es **zu viele Schwierigkeiten und zu wenige Informationen über die Terminservicestellen**, die bundesweit am 25. Januar an den Start gegangen waren und helfen sollen, allen gesetzlich Versicherten bei medizinischer Notwendigkeit einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen zu vermitteln.. „Patienten wissen nicht, dass es die Terminservicestellen gibt und wie sie funktionieren.“ Laut deren Schilderungen gegenüber der UPD wüssten auch Ärzte nicht ausreichend Bescheid. Krumwiede selbst findet es schwierig, dass die TSS in den Ländern unterschiedliche Sprechzeiten und Prozedere haben. Und bisweilen stellten sich Fragen, die offenbar keiner beantworten könne; beispielsweise wenn jemand in Berlin arbeitet, aber in Brandenburg lebt. „Welche Terminservicestelle ist dann zuständig“, fragte Krumwiede.
- (kbv 24.11.16) – Der **Bürokratieaufwand in deutschen Arztpraxen** ist zwar **leicht gesunken**, aber immer noch viel zu hoch. Das ergab der erste **Bürokratieindex**, den Wissenschaftler für die **KBV** ermittelten. Danach sind die Bürokratiestunden in Arztpraxen von insgesamt 55 Millionen im Jahr 2013 auf rund 52 Millionen in 2016 gesunken. Zwar habe es an einigen Stellen Entlastungen gegeben, aber es kämen immer neue Belastungen hinzu, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Andreas Gassen bei der Vorstellung des Bürokratieindex. Ein großes Problem seien zum Beispiel die kassenindividuellen Formulare. Der Bürokratieindex soll künftig jährlich aktualisiert werden. Damit wird die öffentliche Diskussion über die bürokratische Belastung in Arztpraxen mit empirischen Fakten begleitet. Grundlage für den Bürokratieindex war die Bestandsmessung der Bürokratiekosten von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten durch das Statistische Bundesamt, die der Nationale Normenkontrollrat in seinem Projekt „Mehr Zeit für Behandlung“ im Jahr 2015 veröffentlicht hat. Diese Messung wurde auf den aktuellen Stand gebracht sowie neue Informationspflichten berücksichtigt. Zudem wurden die zugrundeliegenden jährlichen Fallzahlen aktualisiert.
- (aerztezeitung.de 24.11.16) – Die **Forderung** der Regierung **nach einem dritten Vorstandsmitglied** für die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat **KBV-Chef Andreas Gassen** als „**Verschlimmbesserung**“ bezeichnet. Er rechne daher mit Änderungen am Regierungsentwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes. Die Voraussetzungen für den von der Regierung für die KBV zwingend geforderten dritten Vorstand dürften im parlamentarischen Verfahren noch einmal angegangen werden, sagte Gassen am Dienstagabend vor Journalisten. Dass das dritte Vorstandsmitglied keinem Versorgungsbereich angehören dürfe, sei schwer umzusetzen. Gassen kritisierte den Gesetzentwurf als zu detailverliebt. Es gebe Regelungen, die tief in die Binnenstruktur der Körperschaften eingriffen. Dazu gehöre zum Beispiel die von der Regierung geforderte vereinfachte Abwahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung. Zweifel äußerte Gassen zudem an einer schnellen Einführung eines Arzteinformationssystems, wie es das aktuell diskutierte Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz vorsehe. Mit diesem System sollen Ärzte bes-

ser als heute über Arzneiinnovationen informiert werden. Auf diese Weise soll deren Marktdurchdringung befördert werden. „Ohne simple Regelungen und die Rücknahme von Regressdrohungen wird das nicht passieren“, sagte Gassen.

- (kbv 24.11.16) – Die **Ärzeschaft** muss **an der geplanten flächendeckenden Erprobung von Blankorezepten für Heilmittel zwingend beteiligt** werden. Dass dies nicht im Gesetzentwurf für ein Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz vorgesehen ist, kritisierte **Vize-KBV-Chefin Regina Feldmann** vor einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags. Der aktuelle Regierungsentwurf für ein Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sieht flächendeckend die modellhafte Einführung der Blankoverordnung von Heilmitteln vor. Die Idee: Nach der Diagnose- und Indikationsstellung durch den Arzt wählen die Therapeuten selbst das Heilmittel aus und bestimmen auch über Therapie-dauer und Behandlungsfrequenz. „Die Idee ist gut, die Umsetzung nicht“, sagte Feldmann im Vorfeld einer Anhörung am 30. November im Gesundheitsausschuss. Das Gesetz soll voraussichtlich im Frühjahr 2017 in Kraft treten.
- (bzga 24.11.16) – Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (**BZgA**) hat gemeinsam mit ärztlichen Fachgesellschaften und dem Robert Koch-Institut **neue Informationsmaterialien zum Thema sexuell übertragbare Infektionen (STI)** entwickelt. Das Angebot richtet sich an Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachdisziplinen. Ziel ist es, über die Prävention und Behandlung von Chlamydien-Infektionen zu informieren und Patienten und Patientinnen zur Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) zu motivieren. Bestellung unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=361>
- (bzga 23.11.16) – Der **REITOX-Bericht 2016** ist erschienen! Der Bericht ist das Standardwerk zur **Situation illegaler Drogen in Deutschland**. Jedes Jahr liefert der REITOX-Bericht aktuelles und umfassendes Zahlenmaterial zur Entwicklung des Drogenkonsums und zur Behandlung von Suchterkrankungen in Deutschland. Der REITOX-Bericht wird von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), die als REITOX-Knotenpunkt der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zuliefert, herausgegeben. Als Partner in der DBDD trägt die BZgA zum REITOX-Bericht vor allem aktuelle Informationen zur Situation der Prävention des Konsums illegaler Drogen in Deutschland bei. Wie bereits im Vorjahr zeichnet sich der aktuelle REIOX-Bericht durch eine übersichtliche Struktur aus, in der die Einzelthemen in so genannten ‚Workbooks‘ behandelt werden. Es gibt Workbooks zu folgenden Themen: „Drogenpolitik“, „Rechtliche Rahmenbedingungen“, „Drogen“, „Prävention“, „Behandlung“, „Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminimierung“, „Gefängnis“, „Drogenmärkte und Kriminalität“, „Research und Best Practice“.
- (aerzteblatt.de 24.11.16) – Fast **22.000 Kinder und Jugendliche** in Deutschland wurden im vergangenen Jahr **wegen akuten Alkoholmissbrauchs in Krankenhäusern** stationär behandelt. Wie das **Statistische Bundesamt** am Donnerstag in Wiesbaden mitteilte, ging die Zahl der jungen Komatrinker und schwer Betrunkenen in den Kliniken damit um 2,2 % im Vergleich zum Jahr 2014 zurück. Ausgewertet wurden die Daten von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren. Der Rückgang ist je nach Geschlecht unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei Jungen und jungen Männern gingen die Fälle von stationär behandeltem Alkoholmissbrauch 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 2,4 % zurück. Bei Mädchen und jungen Frauen gab es einen Rückgang von 1,9 %. 69 % der wegen Alkoholmissbrauchs behandelten Kinder und Jugendlichen war noch nicht volljährig. Alkoholmissbrauch habe auch zahlreiche Erwachsene in die Kliniken gebracht, berichtete die Behörde nach Auswertung der Krankenhausdiagnosestatistik für 2015. Mit fast 327.000 Fällen lagen alkoholbedingte psychische Probleme und Verhaltensstörungen an zweiter Stelle der Häufigkeit aller Diagnosen von insgesamt 19,8 Millionen vollstationären Patienten.
- (bäk 25.11.16) – Die **Bundesärztekammer (BÄK)** begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, die **Rahmenbedingungen für die Substitutionstherapie Opioidabhängiger zu verbessern**. In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf einer 32. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (32. BtMÄndV)

befürwortet die BÄK insbesondere, dass die ärztlich-therapeutischen Erfordernisse künftig in einer Richtlinie der BÄK und nicht länger in der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV) geregelt werden sollen. Kritisch sieht die BÄK vor dem Hintergrund des Fortbestands der Strafbarkeit nach § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) allerdings die in der Verordnung vorgegebenen Behandlungsziele, die Option für eine Verlängerung der Take-Home-Verschreibung auf bis zu 30 Tage, die Unbestimmtheit der hierfür heranzuziehenden Kriterien sowie mögliche arztrelevante haftungsrechtliche Implikationen einer Ausweitung der Behandlungssettings.

- (kzbv 25.11.16) – Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (**KZBV**) hat ihren **Jahresbericht 2015/2016 vorgelegt**. Themen des Berichts sind – neben der Bewertung der jüngsten Gesetzgebung – die Entscheidungen rund um die unabhängige Patientenberatung, die im November 2015 freigeschaltete Website www.informationen-zum-zahnersatz.de sowie die Förderung des zahnärztlichen Nachwuchses, die Herausforderungen durch die Feminisierung des Berufsstandes sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- (facharzt.de 22.11.16) – Eine „Roskur“ empfiehlt **Ferdinand M. Gerlach** dem deutschen Gesundheitssystem. Zwar habe Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, dieses sei aber reformbedürftig, betonte der „Gesundheitsweise“ bei einer Veranstaltung in Essen. Im Blick hat Gerlach laut Bericht der „WAZ“ dabei auch die Patientensteuerung. Die „**Flatrate-Mentalität**“ sei ein **großes Problem**, die hohe Zahl der Arztbesuche „rekordverdächtig“. Es brauche „intelligente bargeldlose Selbstbeteiligungskonzepte nach internationalen Vorbildern“. Kostentreiber seien auch falsche Anreizsysteme für Ärzte und Fehlsteuerungen bei der regionalen Versorgung. Das Argument, dass der demografische Wandel die Kosten nach oben triebe, hält Gerlach demnach für vorgeschoben: Dieser bedinge lediglich zehn bis höchstens 20 % der Kostensteigerung. Das klassische Modell des Landarztes in Einzelpraxis hält Gerlach für überholt. Junge Ärzte wollten lieber im Team arbeiten. „Was wir brauchen, sind attraktive Angebote für die Arbeit im ländlichen Raum, zum Beispiel lokale Gesundheitszentren, in denen auch Haus- und Fachärzte, die zum Teil in der Großstadt wohnen, in Teilzeit praktizieren können“, zitiert die Zeitung ihn.

Aus der Kassenlandschaft

- (aerzteblatt.de 24.11.16) – Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich **nochmals verbessert**. Ende September wiesen die 117 Krankenkassen einen **Überschuss von knapp 1,5 Mrd. Euro** aus. Das berichtete heute die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ (FAZ) unter Berufung auf Daten der Krankenkassen. Diese hätten ihren Überschuss von 600 Mio. Euro aus dem ersten Halbjahr im dritten Quartal damit mehr als verdoppelt. Wie aus Kreisen des Bundesgesundheitsministeriums zu vernehmen ist, sollen die Zahlen der FAZ den richtigen Trend widerspiegeln. Eine Bestätigung gibt es dafür indes nicht. Das Ministerium will die Finanzentwicklung der GKV dem Vernehmen nach in den nächsten Tagen offiziell bekanntgeben. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) hatte in den vergangenen Wochen mehrfach betont, die gesetzliche Krankenversicherung stehe „finanziell auf einem sicheren Fundament“. Der FAZ zufolge hat sich die Finanzlage der Kassenarten nach wie vor sehr unterschiedlich entwickelt. Mit 757 Mio. Euro weisen laut Zeitung die Ersatzkassen den höchsten Überschuss aus. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) folgen mit 558 Mio. Euro. Die Knappschaft nannte ein Plus von 124 Mio. Euro, und auch die Betriebskrankenkassen erwarteten ein leicht positives Ergebnis. Nur die Innungskassen rutschen demnach leicht ins Defizit.
- (apotheker.adhoc.de 27.11.16) – Das **Bundesversicherungsamt (BVA)** hat nach Medieninformationen ein offizielles **Prüfverfahren gegen die Barmer GEK eingeleitet**. Nach einem Bericht der Berliner Tageszeitungen B.Z. und Bild geht es um **nachträgliche Änderungen und Ergänzungen von Arzt-Diagnosen**, durch die die Krankenkasse mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten habe. Normalerweise kodieren Ärzte ihre Di-

agnose in den Abrechnungsunterlagen selbst. Die Codes sind Grundlage für die Kostenerstattung durch die Kassen. Doch für die Barmer habe die KV Berlin selbst nachträglich Diagnosen der Ärzte kodiert und bei der Kasse dafür „technische Dienstleistungen“ in Rechnung gestellt, heißt es in dem Bericht. Auf Anfrage von B.Z. und Bild habe die Barmer die nachträglichen Änderungen beziehungsweise Ergänzungen eingeräumt. Aber: „Uns geht es um eine korrekte und lückenlose Kodierung von Behandlungsfällen und nicht um eine Veränderung von Diagnosen“, zitierten die Zeitungen einen Sprecher der Kasse. Die KV Berlin räumte dem Bericht zufolge ebenfalls eine „Datenkorrektur“ ein, aber nur, weil die Daten „nicht die gewünschte Konsistenz“ aufgewiesen hätten.

- (rheinische post – 19.11.16) Die **Techniker Krankenkasse (TK)** will den **Zusatzbeitrag 2017 stabil halten**. "Ich werde dem Verwaltungsrat vorschlagen, den Zusatzbeitrag unverändert bei 1,0 % zu lassen. Damit liegt die TK weiter unter dem Schnitt, der aktuell und auch im kommenden Jahr 1,1 % beträgt", sagte TK-Chef Jens Baas der in Düsseldorf erscheinenden "Rheinischen Post" (Samstagsausgabe – 46.KW). "Der allgemeine Beitragssatz, der für alle hinzukommt, bleibt ohnehin bei 14,6 % stabil. Die Ausgaben steigen zwar, doch wegen des Wirtschaftsbooms steigen auch die Beitragseinnahmen - allerdings nicht so stark wie die Kosten." Zugleich sprach sich Baas gegen ein Verbot des Versandhandels bei Arzneien aus, das Bundesgesundheitsminister Gröhe plant. "Ein Verbot des Versandhandels halte ich für den falschen Weg. Damit droht der Gesundheitsminister Schiffbruch vor dem Europäischen Gerichtshof zu erleiden, denn ein Verbot dürfte die Spielregeln des EU-Binnenmarktes verletzen."
- (aerztezeitung.de 22.11.16) – Nach Einschätzung von **Thomas Ballast**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK), gibt es ein probates Mittel um zu verhindern, dass der Innovationsschub im Gesundheitswesen nach dem Auslaufen des Innovationsfonds wieder verpufft. "Die **Krankenkassen** sollten verpflichtet werden, eine **bestimmte Summe für Forschung und Entwicklung auszugeben**", sagte Ballast auf dem Medica Econ Forum der TK in Düsseldorf. Vorbild könnte das Präventionsgesetz sein. So wie die Kassen eine bestimmte Summe für Präventionsmaßnahmen ausgeben müssen, könnte das auch bei innovativen Projekten der Fall sein. Dabei müsse es klare inhaltliche Regeln für die Mittelverwendung geben und eine neutrale Stelle für die Überprüfung. "Auf Dauer wäre das ein erfolgreicherer Projekt, weil es nicht am Füllstand des Gesundheitsfonds scheitern würde."
- (kbs 24.11.16) – Die Vertreterversammlung der **Knappschaft-Bahn-See (KBS)** hat in ihrer heutigen Sitzung den Haushaltsplan für das Jahr 2017 verabschiedet. Das Ausgabenvolumen im Haushaltsjahr 2017 beträgt insgesamt 48,7 Mrd. Euro. Das sind 1,3 Mrd. Euro bzw. 2,7 % mehr als im laufenden Jahr. Der **Beitrag für die Krankenversicherung Knappschaft bleibt stabil**. Die Kranken- und Pflegeversicherung wird im kommenden Jahr voraussichtlich rund 9,6 Mrd. Euro ausgeben, die Rentenversicherung 23,9 Mrd. Euro.
- (hkk 16.11.16) – Die **hkk Krankenkasse** ist mit ihrem aktuellen Zusatzbeitrag von 0,59 % (Gesamtbeitrag 15,19 %) zum zweiten Mal in Folge die günstigste deutschlandweit wählbare Krankenkasse. hkk-Mitglieder zahlen derzeit im Vergleich zum Kassen-Durchschnitt 0,51 Prozentpunkte weniger. Damit sparen sie abhängig von der Höhe ihres Verdienstes bis zu 260 Euro pro Jahr; gegenüber Kassen mit einem Zusatzbeitrag von 1,7% sogar bis zu 564 Euro. Dieser **Beitragsvorteil wird auch 2017 mindestens in gleicher Höhe erhalten** bleiben. Die genaue Höhe des Zusatzbeitrags für das Jahr 2017 legt der hkk-Verwaltungsrat im Dezember fest. Die hkk ist zuversichtlich, auch über 2017 hinaus ein besonders attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis anbieten zu können. Grund dafür sind hohe Rücklagen und vergleichsweise niedrige Ausgaben, die einer schlanken Verwaltung und gesundheitsbewussten Mitgliedern zu verdanken sind.
- (aerztezeitung.de 24.11.16) – Sieben von zehn **Menschen in Deutschland fürchten sich am meisten vor Krebs**. Bei Erwachsenen zwischen 30 und 44 Jahren, insbesondere bei Frauen, ist die Angst besonders groß. Das zeigt eine aktuelle **Studie der DAK-Gesundheit**. Jeder Zweite fürchtet sich demnach vor Alzheimer oder Demenz. Fast ge-

nauso viele Menschen (47 %) haben Angst, einen Schlaganfall oder einen Unfall mit schweren Verletzungen (43 %) zu erleiden. Die Furcht vor einem Herzinfarkt kennen vier von zehn Befragten. Die Angst vor psychischen Krankheiten trifft dagegen vor allem Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 und 29 Jahren: 40 % befürchten, an Depressionen und anderen Seelenleiden zu erkranken.

- (wip 23.11.16) – Die **Alterungsrückstellungen der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung** haben sich **in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt** – von 103,4 Mrd. Euro im Jahr 2005 auf 220,1 Mrd. Euro im Jahr 2015. Seit 2006 liegen die Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen regelmäßig bei mindestens 10 Mrd. Euro oder mehr pro Jahr. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Institutes der PKV (WIP) trug die PKV im Jahr 2015 mit einem Anteil von 5,1 % zum Nettosparvolumen bei. Damit kam jeder 20. Euro, den die deutsche Volkswirtschaft im Jahr 2015 angespart hat, aus Beiträgen von Privatversicherten. Die Bedeutung der Alterungsrückstellungen für die Volkswirtschaft zeigt sich insbesondere dann, wenn das Nettosparvolumen Deutschlands zurückgeht. Dies war in der näheren Vergangenheit in den Jahren 2012 und 2013 sowie im Jahr 2009 im Zuge der Finanzmarktkrise der Fall.

Innovationsfonds, Selektivverträge Gesundheitstelematik

- (aerztezeitung.de 28.11.16) – Die Entscheidung über die Vergabe der 75 Mio. Euro zur Förderung der **Versorgungsforschung** ist gefallen. Der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hat für 2016 insgesamt **62 Projekte ausgewählt**, die nun **Fördergelder aus dem Innovationsfonds** erhalten sollen. Eingereicht worden waren 296 Anträge. Nach einer ersten Bewertungsrunde blieb noch die Hälfte übrig. Die Antragsteller der 62 ausgewählten Projekte werden jetzt schriftlich benachrichtigt. Nach Ablauf der Rückmeldefrist werden die endgültigen Förderbescheide versandt. Anschließend wird auf den Internetseiten des Innovationsausschusses bekannt gegeben, welche Projekte gefördert werden. "Die gesamte für 2016 vorgesehene Fördersumme von 300 Mio. Euro kann somit für den Erkenntnisgewinn und die qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in Deutschland verwendet werden", kommentierte GBA-Chef Josef Hecken den Beschluss. Hecken ist auch Vorsitzender des Innovationsausschusses.
- (aerzteblatt.de 25.11.16) – In einer groß angelegten **Fallkontrollstudie** in Thüringen wurden auf der Basis von Routinedaten die **Effekte der hausarztzentrierten Versorgung** (HzV) hinsichtlich Versorgungskosten, Versorgungskoordination und Pharmakotherapie untersucht. Rund 40.000 Versicherte der AOK PLUS in Thüringen, die in deren HzV-Programm eingeschrieben waren, wurden mit einer Kontrollgruppe von Versicherten aus der Regelversorgung verglichen. Die Ergebnisse, die Antje Freytag, Janine Biermann und Koautoren in der aktuellen Ausgabe des „Deutschen Ärzteblattes“ vorstellen, sind überraschend: Nur **in wenigen Bereichen** wurden in der Interventionsgruppe **positive Effekte der HzV** beobachtet. Rund 3,7 Millionen Patienten nehmen inzwischen in Deutschland an solchen HzV-Programmen teil. Die Initiatoren dieser Versorgungsform gingen davon aus, mit diesem Angebot die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und gleichzeitig die Kosten senken zu können.
- (kbv 25.11.16) – Die **Pilotphase** für die erste **Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte** hat begonnen. Etwa 20 Praxen und ein Krankenhaus werden dazu an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) ist die erste Online-Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Dabei wird über eine Online-Verbindung zwischen der Praxis und der Krankenkasse des Patienten geprüft, ob die Versichertenstammdaten wie Name, Adresse und Versichertenstatus aktuell sind und die eGK gültig ist. Die Pilotphase findet in der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) statt. Nach Darstellung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) sollen die Stabilität des digitalen Netzes des deutschen Gesundheitswesens

sowie die Praxistauglichkeit der damit verbundenen Komponenten und Prozesse getestet und wissenschaftlich evaluiert werden.

- (aerzteblatt.de 22.11.16) – Einen größeren Schub für die **Online-Behandlung von Patienten per Videosprechstunde** hat der Präsident des **Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD)**, Klaus Strömer, **gefordert**. Auf der Medizintechnikmesse Medica warnte er Mitte November davor, die Einführung einer Ziffer im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Online-Videosprechstunden auf bestimmte Fachgruppen und Indikationsgebiete einzuschränken. Wichtig sei außerdem eine auskömmliche Dotierung, so der BVDD-Präsident. Das sogenannte E-Health-Gesetz sieht vor, dass Online-Videosprechstunden ab Juli 2017 finanziell gefördert werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband haben sich im November über die technischen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst geeinigt.
- (aerztzeitung.de 28.11.16) – Die **Rhön-Klinikum AG** hat im Oktober ihre selbst entwickelte **elektronische Patientenakte "WebEPA+" in Betrieb genommen**. An den beiden Standorten Frankfurt (Oder) und Bad Berka könnten auf diese Weise auch **niedergelassene Ärzte**, deren Software eine Schnittstelle zur Patientenakte hat, auf die zentral abgelegten Patientendaten **zugreifen** und auch selbst Daten einstellen. Rhön sei der erste große Klinikbetreiber, der eine eigene elektronische Patientenakte für eine sektorübergreifende Zusammenarbeit entwickelt und im Live-Betrieb habe, sagten Bernd Griewing, Vorstand Medizin, sowie Kurt Marquardt, Konzernbereichsleiter IT bei Rhön, am Freitag in einem Pressegespräch. Die Akte soll nun 2017 an allen Rhön-Standorten ausgerollt werden. In Zukunft sollen auch Patienten selbst erhobene Daten in die Akte einspielen können.

Pharma & Apotheke

- (facharzt.de 24.11.16) – Die **AOK** hat vom Bund die **Einführung einer Medikamenten-Meldepflicht gefordert**. Damit soll klar werden, wo wie viele Arzneimittel lagern. "Wir brauchen eine offene Diskussion um eine transparentere Arzneimittelversorgung", erklärte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Christopher Hermann, am Mittwoch in Stuttgart. Er reagierte damit auf den zuletzt wieder mehrfach erhobenen Vorwurf, Arzneimittelrabattverträge würden Versorgungsprobleme verursachen. Hermann, der auch Verhandlungsführer der bundesweiten AOK-Arzneimittelrabattverträge ist, erklärte nun: "Dass Teile der Pharmalobby immer wieder Vorurteile gegen Rabattverträge und damit gegen Wettbewerb schüren und sie zur Ursache von Lieferengpässen erklären, ist Heuchelei." Schließlich seien gerade diese Verträge das einzige Instrument, Lieferausfälle unter Sanktion zu stellen. "Durch die Verträge werden die gesetzlichen Krankenkassen zugunsten der Versicherten derzeit jährlich um 3,2 Mrd. Euro entlastet."
- (apotheker-adhoc.de 23.11.16) – Das in den letzten Jahren rasante Wachstum der **Rabattverträge** dürfte sein Ende erreicht haben: Nach Ansicht des **Marktforschungsunternehmens QuintilesIMS** stagnieren in diesem Jahr erstmals die damit für die Krankenkassen erwirtschafteten Einsparungen. „Die Zitrone ist ausgequetscht“, sagte Datenchefin Dagmar Wald-Eßer. Nach einer Hochrechnung werden die **Einsparungen** der Kassen in diesem Jahr bei **3,6 Mrd. Euro und damit auf Vorjahresniveau** liegen. Damit ist der seit 2009 anhaltende Siegeszug der Rabattverträge vorerst gestoppt. Im ersten Halbjahr sparten die Rabattverträge nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 1,8 Mrd. Euro. Wald-Eßer sieht das Potential der Rabattverträge an seinen Grenzen: „Die Abdeckung bei Generika liegt bei 98 bis 100 %.“ Auch die Rabatthöhe sei bei vielen Wirkstoffen ausgereizt. Die mit den Kassen ausgehandelten Rabatte sind zwar Geheimsache, aber in der Branche werden Werte bis zu 70 % genannt.
- (abda 23.11.16) – Die **Bundesapothekerkammer (BAK)** hat am Mittwoch **Andreas Kiefer (55) einstimmig als Präsidenten bestätigt**. Die nächste Amtsperiode beginnt im Januar 2017 und dauert vier Jahre. Kiefer: "Die Bundesapothekerkammer wird den Apothekerberuf zukunftssicher in allen Tätigkeitsfelder weiterentwickeln. Die wohnortnahen öf-

fentlichen Apotheken sind und bleiben eine eigenständige Säule des Gesundheitswesens. Wir kämpfen dafür, dass jeder Patient uneingeschränkten Zugang zu einer Apotheke seiner Wahl hat." Kiefer ist 2006 Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand der BAK und seit 2013 Präsident. Außerdem ist er seit 2006 Präsident der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz.

Rund ums Krankenhaus

- (gkv spitzenverband 24.11.16) – In den Ballungsgebieten gibt es häufig mehr Krankenhausbetten, als für die gute Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. In dünn besiedelten Gebieten gibt es jedoch immer wieder Kliniken, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs die Leistungen, die für die medizinische Basisversorgung in der Bevölkerung notwendig sind, nicht kostendeckend erbringen können. Damit diese Kliniken nicht schließen müssen, sondern weiterhin für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen, gibt es sogenannte Sicherstellungszuschläge. Bisher erhalten vier Kliniken in Deutschland solche Zuschläge. Am Donnerstag haben die Vertreter der Krankenkassen, der Kliniken und der niedergelassenen Ärzte unter Einbeziehung der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss erstmals bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung solcher Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser beschlossen. Dazu erklärt **Johann-Magnus v. Stackelberg**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des **GKV-Spitzenverbandes**: „**Bis zu 70 Kliniken haben künftig einen Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag**, wenn sie sich ansonsten nicht kostendeckend finanzieren können. Von Oberbayern über Mecklenburg-Vorpommern bis hin zu den nordfriesischen Inseln finden sich diese Krankenhäuser.“
- (aerzteblatt.de 23.11.16) – **Hochschulambulanzen müssen künftig Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vorhalten**, die Diagnose- und Therapieentscheidungen treffen. Niedergelassene Haus- oder Fachärzte, die ihre Patienten an einen Facharzt in der Hochschulambulanz überweisen, sowie die Patienten erhalten somit Verlässlichkeit. Qualifizierte Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung führen dann die Behandlung der zuweisenden Ärzte fort. Das geht aus einem **Schiedsamtsspruch** hervor, über den die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) berichtete. „Wir begrüßen es, dass Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf nun die Garantie haben, in einer Hochschulambulanz von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung versorgt zu werden, der die Diagnose- und Therapieentscheidung trifft“, erklärte KBV-Chef Andreas Gassen. Hintergrund der aktuellen Entscheidung des erweiterten Bundesschiedsamtes ist das Krankenhausstrukturgesetz. Darin wurde geregelt, dass Hochschulambulanzen nun auch Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern ambulant versorgen können.
- (facharzt.de 21.11.16) – Der **Verband der Ersatzkassen will** eigenen Angaben zufolge die **Versorgung in der ambulanten Notfallmedizin in Hamburg verbessern**. An Krankenhäusern mit einer Notfallambulanz sollten demnach Anlaufstellen „für eine rasche Erstbegutachtung“ eingerichtet werden. „Damit helfen wir den Patienten, schnell den für sie richtigen Behandlungspfad zu finden“, sagte Vdek-Landesvertretungs-Chefin Kathrin Herbst. „Gleichzeitig entlastet ein solches Angebot die überlaufenen Notaufnahmen.“ In den Notaufnahmen der Hansestadt würden sich immer mehr Menschen behandeln lassen, auch wenn sie nicht lebensbedrohlich erkrankt seien. „Den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst kennen viele Patienten nicht oder vermuten eine höherwertige Versorgung im Krankenhaus“, so Herbst. In den Anlaufstellen soll laut Vdek Fachpersonal einschätzen, wie schwer eine Erkrankung ist.
- (gpb 25.11.16) – Deutschland verfügt über ein engmaschiges Krankenhausnetz. Doch wie steht es um die **Qualität der Versorgung**? Es ist empirisch belegt, dass höhere Fallzahlen bei vielen planbaren und komplexen Eingriffen zu einer höheren Behandlungsqualität führen. Komplikationen und Todesfälle ließen sich durch die Spezialisierung von Krankenhäusern vermeiden. Darauf aufbauend, hat der **Faktencheck Gesundheit** un-

tersucht, wie sich eine stärkere räumliche Konzentration von Leistungen auf die Krankenhauslandschaft auswirkt.

- (bv asv e.v. 24.11.16) – Ein dauerhafter **Bestandsschutz für Krankenhäuser mit Berechtigungen nach §116b SGB V alter Fassung** ist nicht im Interesse der **Patientenversorgung**. Mit dieser Kritik reagierte der **Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung** (BV ASV) am Donnerstag in München auf eine Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf dem Deutschen Krankentag. □ Nach aktueller Rechtslage enden bestehende Berechtigungen von Krankenhäusern drei Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden ASV-Konkretisierung. Dies betrifft in 2017 die Indikationen Tuberkulose (Januar) und gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Juli). Betroffene Krankenhäuser müssen somit bei den Erweiterten Landesausschüssen neue Teilnahmeanzeigen für die ASV einreichen. „Die ASV unterscheidet sich in vielen Punkten von der Regelung des alten §116b SGB V. Gerade in der Onkologie ist jetzt eine Kooperation von Krankenhäusern und Vertragsärzten vorgeschrieben. Auch wurden Qualifikationsvorgaben präzisiert und erweitert“, führte Vorstandsvorsitzende Munte aus. „Diese Fortschritte dürfen nun nicht konterkariert werden.“ Hinzu käme, dass es explizit ein Ziel der ASV war, regionale Verwerfungen des alten §116b SGB V zu beseitigen, so der Verband.

Verbände & Unternehmen

- (gpb 23.11.16) – Mit dem **Positionspapier „32 Thesen zur Gesundheitspolitik** nach der Bundestagswahl 2017“ wollen der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (**BDC**), der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (**BDI**), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (**VKD**) und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (**VLK**) einen Leitfaden für politische Gespräche mit Politikern vorlegen und zugleich eine schnelle Orientierung darüber geben, wo aus Sicht der Verbände Handlungsbedarf besteht. Zentrale Forderung der Autoren ist die Rückkehr zu einer System-Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen, die darauf fußt, dass ökonomische Aspekte des Gesundheitssystems der Patientenversorgung zu dienen haben – und nicht umgekehrt. Unter diesen Vorzeichen widmet sich das Thesenpapier den Kernthemen, Finanzierung und Qualitätssicherung, wendet sich aber auch dem Anti-Korruptionsgesetz sowie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und den Fehlsteuerungen im gegenwärtigen Abrechnungssystem zu.
- (facharzt.de 24.11.16) – Mehr Geld für die Versorgung fordert der **Hausärzteverband**. Die **Krankenkassen** sollten ihre **erwirtschafteten Überschüsse** lieber **in die Vergütung für den Medikationsplan stecken**, anstatt Reserven anzuhäufen. „Es ist seit Jahren immer das gleiche Spiel: Die Krankenkassen klagen über ihre angeblich so angespannte Finanzsituation und drohen mit steigenden Zusatzbeiträgen für ihre Versicherten, um kurze Zeit später enorme Überschüsse zu vermelden. Diese Taktiererei nimmt den Kassen niemand mehr ab. Anstatt immer mehr Reserven anzuhäufen, sind die Krankenkassen jetzt in der Pflicht, das zur Verfügung stehende Geld in bessere Versorgung zu investieren“, forderte der Chef des Deutschen Hausärzteverbands Ulrich Weigelt am Donnerstag. Zuvor war bekanntgeworden, dass die Krankenkassen im dritten Quartal einen Überschuss von rund 1,5 Mrd. Euro erwirtschaftet haben.
- (facharzt.de 22.11.16) – Die **Sektorengrenzen** müssen **weg**, und ein **komplett neues Vergütungsmodell** sowie die **elektronische Patientenakte** müssen her: Das sind die **Kernforderungen des Bundesverband Managed Care** (BMC). „Die bestehenden Vergütungssysteme sind nicht mehr reformierbar“, schreibt der Verband in seinem **Impulspapier zur Bundestagswahl 2017**, das am Dienstag vorgelegt wurde. „Deshalb brauchen wir hier einen Neuanfang, der auch den Quartalsbezug der Vergütungslogik aufhebt. Da es das ideale Vergütungsmodell nicht gibt, sollten verschiedene Ansätze kombiniert werden – von stark pauschalieren, populationsbezogenen Elementen bis hin zu besonders förderwürdigen Einzelleistungen.“ Bei der Bedarfsplanung müssten sowohl

ambulante als auch stationäre Kapazitäten berücksichtigt werden. Generell müssten die „Silostrukturen“ der Sektoren aufgebrochen werden: „Solange wichtige Einflussfaktoren wie Vergütung, Bedarfsplanung, Regulierung, Sicherstellung und Qualitätssicherung strikt nach Sektoren getrennt sind, stehen die Sektorengrenzen den Versorgungsbedürfnissen von Patienten entgegen.“

- (bvmed 22.11.16) – Der **BVMed** hat in einer ausführlichen **Stellungnahme** zum Kabinettsentwurf des „Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz“ (**HHVG**) Korrekturen angemahnt. Man sei sich zwar im Ziel einig, die Versorgung mit Hilfsmitteln im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Bei den konkreten Wegen gebe es aber Änderungsbedarf, so BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt im Vorfeld der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 30. November 2016. So spricht sich der Verband für **verpflichtende Qualitätskriterien bei Ausschreibungen** aus und plädiert für ein umfassendes, verbindliches und bundeseinheitliches Vertragscontrolling im Hilfsmittelbereich.
- (bertelsmann stiftung 21.11.16) – Jeder fünfte gesetzlich Versicherte geht mindestens einmal im Jahr wegen Rückenschmerzen zum Arzt – 27 % davon suchen sogar vier Mal oder öfter einen Arzt auf. Von den **jährlich mehr als 38 Millionen rüchenschmerzbedingten Besuchen bei Haus- oder Fachärzten** und den dabei veranlassten sechs Millionen Bildaufnahmen wären viele vermeidbar. Zu diesem Schluss kommt die **Studie Faktencheck Rücken der Bertelsmann Stiftung**. Wenn es um Rückenschmerzen geht, ist jeder Zweite (52 %) überzeugt davon, dass man immer einen Arzt aufsuchen muss. 60 % der Bevölkerung erwarten außerdem schnellstens eine bildgebende Untersuchung. Und mehr als zwei von drei Personen (69 %) sind der Meinung, dass der Arzt durch Röntgen-, Computertomografie- (CT) und Magnetresonanztomographie-Aufnahmen (MRT) die genaue Ursache des Schmerzes findet. Ein Trugschluss: Ärzte können gerade einmal bei höchstens 15 % der Betroffenen eine spezifische Ursache für den Schmerz feststellen. Die meisten Bilder verbessern oft also weder Diagnose noch Behandlung von Rückenschmerzen. Die bildgebende Diagnostik erfolgt zudem oft vorschnell. Bei 22 % wurde eine Aufnahme vom Rücken bereits im Quartal der Erstdiagnose angeordnet. Bei jedem zweiten Betroffenen wurde ein Bild veranlasst, ohne vorher einen konservativen Therapieversuch, zum Beispiel mit Schmerzmitteln oder Physiotherapie, unternommen zu haben.
- (stiftung gesundheit 23.11.16) – Nach der optimistischen Stimmung im Frühjahr ist der **Medizinklimaindex (MKI) im Herbst 2016 wieder ins Negative abgerutscht**: Der Gesamtwert liegt aktuell bei -3,7 (Frühjahr 2016: +0,2). Der MKI wird halbjährlich im Auftrag der **Stiftung Gesundheit** erhoben und zeigt, wie die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten ihre wirtschaftliche Lage und die Zukunftsaussichten für die kommenden sechs Monate einschätzen. Trotz des derzeit negativen Werts ist jedoch über die Jahre hinweg eine positive Tendenz zu erkennen: Während sich der Index bis Ende 2012 fast ausschließlich im zweistelligen negativen Bereich bewegte, schwankt er seit 2013 nur noch zwischen -6,4 und +6,2. In diesem Zeitraum fiel zudem der Herbst-MKI stets deutlich schlechter aus als der Frühjahrs-MKI. Auch zwischen den befragten Ärztengruppen gibt es große Unterschiede: So liegen die Indizes der Hausärzte und Zahnärzte im positiven Bereich (+3,9 / +2,5), während die Fachärzte sowohl ihre aktuelle Situation als auch die Perspektive für die kommenden sechs Monate deutlich schlechter einschätzen (-11,2). Schlusslicht sind erneut die Psychologischen Psychotherapeuten, deren MKI sich zum vierten Mal in Folge verschlechterte (Frühjahr 2015: 3,2, Herbst 2015: -3,4, Frühjahr 2016: -10,5, Herbst 2016: -16,7).
- (vzbv 25.11.16) – Vor dem Hintergrund ausgeprägter Kostensenkungsbemühungen der Krankenkassen ist es in den Verbraucherzentralen in den vergangenen Jahren zu steigenden Zahlen an Verbraucherbeschwerden im Bereich der Heil- und Hilfsmittelversorgung gekommen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (**vzbv**) begrüßt deshalb ausdrücklich, dass sich der vorliegende Gesetzesentwurf diesem äußerst wichtigen Thema widmet und dabei bekannte Probleme wie die Qualität der Hilfsmittel und die Aktualität

des Hilfsmittelverzeichnisses aufgreift. Auch wenn der vzbv das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) grundsätzlich unterstützt, sieht er dennoch Änderungsbedarf. So macht der vzbv in einer Stellungnahme Vorschläge für eine stärker am Patienten orientierte Ausgestaltung.

Nachrichten aus der Pflege

- (barmer gek 25.11.16) – Wie Menschen in Deutschland gepflegt werden, hängt vom Wohnort der Pflegebedürftigen ab. Das geht aus dem neuen **Pflegereport der Barmer GEK** hervor, der am Freitag in Berlin vorgestellt wurde. Demnach sind die **massiven regionalen Unterschiede in der Pflege** die Konsequenz des Angebots vor Ort. Je mehr Pflegedienste oder Pflegeheime es gibt, desto mehr Betroffene werden von ihnen betreut. „Die Menschen bekommen offenbar nicht immer die Pflege, die sie brauchen, sondern die, die vor Ort verfügbar ist“, betonte Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK. Der aktuelle Pflegereport der Barmer GEK weist große regionale Unterschiede in der Pflege aus. So spielt die Pflege in Heimen die größte Rolle in Schleswig-Holstein. Hier werden 40,5 % der Pflegebedürftigen stationär gepflegt. Dementsprechend ist die Kapazität an Plätzen in Pflegeheimen mit 49,2 pro 100 Pflegebedürftigen die höchste im Bundesgebiet. Zum Vergleich: In Brandenburg sind lediglich 26,9 Plätze pro 100 Pflegebedürftige verfügbar.
- (bibliomed.de 22.11.16) – Die **Trennung von ambulanter und stationärer Pflege zu überwinden**, ist Ziel von **Nordrhein-Westfalens Gesundheitsministerin Barbara Steffens** und dem rheinland-pfälzischen Staatssekretär David Langner. Denn die derzeitigen Strukturen in der Pflege passten nicht mehr zu den Bedarfen älterer Menschen. Diese wollten zu Hause alt werden und flexibel entscheiden können, welche Unterstützung sie bei Pflegebedürftigkeit in Anspruch nähmen. „Aber individuell passgenaue Lösungen lassen sich mit dem geltenden Pflegerecht und den getrennten Leistungssystemen kaum umsetzen“, kritisierte Steffens auf einer gemeinsamen Veranstaltung der beiden Politiker Ende vergangener Woche in Berlin. Eine dogmatische Abgrenzung von ambulant und stationär dürfe flexiblen Unterstützungsangeboten nicht im Wege stehen, ergänzte Langner. Beispielsweise sei es nicht möglich, dass Pflegeheime als Teil der stationären Versorgung den Menschen in der Nachbarschaft den Mittagstisch des Heimes oder die Nutzung der Pflegebäder des Hauses anböten. Beide Politiker betonten, dass offene, vorbehaltlose und mutige Diskussionen auch über Ländergrenzen hinweg notwendig seien, um geeignete Lösungen zu finden.
- (bibliomed.de 24.11.16) – Eine zielgenaue **Unterstützung von Migranten mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen** erhofft sich **Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml** künftig mit sogenannten **internationalen Angehörigentutoren**. Ein entsprechendes Modellprojekt wolle das Land im kommenden Jahr starten, hieß es am Sonntag aus dem Ministerium. Damit sollen Ehrenamtliche mit Migrationshintergrund ausgebildet werden, die in der jeweiligen Muttersprache demenzbetroffene Migranten und ihre pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld kulturspezifisch unterstützen. Die Tutoren erhielten über qualifizierte Fachpersonen eine umfassende Schulung unter anderem zu Demenz, Betreuungsrecht und regionale Versorgungsstrukturen. Die Katholische Stiftungsfachhochschule München soll das Projekt wissenschaftlich begleiten.
- (bibliomed.de 23.11.16) – **Pflegefachpersonen, die in der Altenhilfe tätig sind, haben ein deutlich höheres Risiko, psychisch krank zu werden** als andere Berufstätige. 2015 habe es fast jeden Zweiten getroffen, wie das das Handelsblatt am Mittwoch berichtete. Die Tageszeitung berief sich dabei auf den aktuellen **Gesundheitsreport des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK)**, der dem Handelsblatt vorab vorliege. Demnach hätten 40,5 % der in der Altenpflege Beschäftigten 2015 mindestens einmal die Diagnose einer psychischen Erkrankung gestellt bekommen. Im Durchschnitt aller Versicherten treffe dieses Schicksal nur rund jeden Vierten. Krankheitsbedingt fehl-

ten Altenpfleger 2015 24,1 Tage. Das sei über eine Woche mehr als der Durchschnitt. Fast jeder fünfter Fehltag gehe dabei auf das Konto psychischer Erkrankungen. Mehr als jeder vierte Arbeitsunfähigkeitstag werde aber durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht. Ein Fünftel habe 2015 mindestens einmal ein Nervenmedikament verordnet bekommen. Acht Prozent nähmen Antidepressiva, jeder Zehnte Schmerzmittel.

- (ms.sachsen-anhalt 21.11.16) – Der **Bedarf an Fachkräften für Altenpflege** wird in **Sachsen-Anhalt bis zum Jahr 2030 um bis zu 36 % ansteigen**. Das prognostiziert eine neue **Fachkräfte-Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung** Sachsen-Anhalt-Thüringen, die in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration und dem Landespflegeausschuss entstanden ist. Um Fachkräftemangel entgegen zu wirken, fordert Sozialministerin Petra Grimm-Benne: „Die Pflegeberufe müssen attraktiver werden.“ Engagement für bessere Bezahlung in der Altenpflege, Unterstützung von Helferinnen und Helfern bei der Weiterbildung zur Fachkraft und gute Arbeitsbedingungen sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf benennt Grimm-Benne dabei als zentrale Herausforderungen. Wege dazu diskutiert der „Runden Tisch Pflege“, zu dem das Sozialministerium eingeladen hat. „Der Runde Tisch soll der Pflege in Sachsen-Anhalt eine starke Stimme geben“, sagte Grimm-Benne nach dem Auftakt-Treffen in einer Magdeburger Pflegeeinrichtung. Hier debattierten Träger, Vereine, Verbände, Wissenschaft, Gewerkschaftsvertreter und Politiker Schlussfolgerungen aus den Daten der Fachkräfte-Studie.
- (aerzteblatt.de 24.11.16) – Streit um das sogenannte Hilfsmittelverzeichnis gibt es zwischen der Selbsthilfe und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV): Der **Selbsthilfeverband Inkontinenz wirft dem Kassenverband vor**, in das neue Verzeichnis **Produkte** aufgenommen zu haben, **die den Mindestanforderungen nicht entsprechen**. Die Kassen wehren sich. Konkret geht es um saugende Inkontinenzprodukte in der Gruppe 15 des Verzeichnisses. „Seit März ist eines der Mindestkriterien, dass Inkontinenzwindelhosen und -unterhosen über eine feuchtigkeitsundurchlässige und zugleich atmungsaktive Außenschicht verfügen“, schreibt der Selbsthilfeverband auf seiner Internetseite. So stehe es im Hilfsmittelverzeichnis „und trotzdem hat der GKV-Spitzenverband Windelhosen mit Plastikfolie eingetragen. PE-Folie ist definitiv nicht atmungsaktiv!“, kritisiert der Verband. Die Empfindlichkeit der Selbsthilfe in diesem Bereich rührt daher, dass die Hilfsmittelversorgung in den vergangenen Jahren problematisch war und Versicherte häufig nur mit Aufzahlungen adäquate Produkte erhalten haben.

Aus- und Weiterbildung

- (facharzt.de 27.11.16) – Medizinstudenten, Fakultäten und die **Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM)** fordern **mehr Transparenz bei der Umsetzung der Reform des Medizinstudiums**. Und warnen vor weiteren Sparmaßnahmen auf Kosten des Medizinernachwuchses. Mehr als ein Jahr nach der Anhörung der Verbände zum Masterplan Medizinstudium Anfang November 2015 seien weder Details noch Umriss des Masterplans veröffentlicht worden. Ein aktueller Beschluss der Finanzministerkonferenz lasse daran zweifeln, ob genug politischer Wille besteht, das Medizinstudium weiterzuentwickeln, heißt es in einer Mitteilung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Kommenden Montag trifft sich die Bundesländer-AG, um über das weitere Vorgehen zu beraten.
- (aerztezeitung.de 24.11.15) – Bei der **Kommunikation über den Masterplan 2020** beklagt der **Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) mangelnde Transparenz**. Seit der Gesundheitsministerkonferenz Ende Juni dieses Jahres seien weder konkrete Inhalte noch ein Zeitplan zur geplanten Reform des Medizinstudiums kommuniziert worden, so der DÄB. Selbst das Bundesgesundheitsministerium habe sich nicht mehr zu dem Thema geäußert. An einigen bisher bekannten Eckpunkten übt der DÄB massive Kritik. So entspreche eine Landarztquote nicht den Interessen der Studenten und der Patienten, denn sie orientiere sich hauptsächlich an regionalen und fachlichen Versorgungsproblemen, ge-

fährde aber die Qualität der Ausbildung. Wichtiger als eine Landarztquote sei zum Beispiel die Arbeit in der Allgemeinmedizin wieder attraktiv zu machen. Eine stärkere Förderung der Weiterbildung und der Niederlassung sowie Stipendienprogramme seien am besten geeignet, den Ärztemangel zu bekämpfen.

- (hartmannbund 22.11.16) – Die **Regierung** des Landes **Mecklenburg-Vorpommern** will **bis zu 100 Bewerbern** für das Studium der Humanmedizin, die am bundesweiten Numerus clausus von 1,4 scheitern, jedoch später in dem nördlichen Bundesland ärztlich tätig werden wollen, **über ein Stipendienprogramm das Studium ermöglichen**. Das geht aus einer Pressemitteilung der Landesärztekammer hervor, die sich auf Aussagen des Gesundheitsministers Harry Glawe beruft. Demnach plane die Regierung ab 2017 ein entsprechendes Programm mit dem Titel „Landeskinder-Bonus“, wofür etwa eine Million Euro bereitgestellt werden sollen. Derzeit werde an einer Umsetzungsrichtlinie gearbeitet.

Gesponserte Veranstaltungshinweise



Der Innovationsfonds wird wichtige Impulse setzen, doch integrierte Versorgung findet längst auch in der Regelversorgung statt. Nicht alles, was derzeit dem Begriff „bessere

Verzahnung der Schnittstellen der (sektoralen) Versorgung“ zugeordnet wird, schöpft bereits die vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven aus. Insbesondere im Schnittstellenbereich der Hauptsektoren ambulant und stationär wird vielfach noch nach den richtigen Lösungen gesucht. Der **DGIV-Bundeskongress am 30. November und 1. Dezember in Berlin** bringt nicht nur sehr aktuelle Informationen über den Entwicklungsstand der Integrierten Versorgung in Deutschland, sondern auch wertvolle Anregungen und Vorschläge für Verbesserungen in diesem interessanten, aber auch sensiblen Versorgungsgebiet. Weitere Informationen unter:

http://dgiv.org/Veranstaltungen/10/13_DGIV_Bundeskongress/artikel,181,1,1.html

Termine

- 28. November (Berlin) Tagung der Grünen: **Konsequenzen aus dem EuGH-Urteil**
<http://tinyurl.com/jcsx7wp>
- 30. November (Berlin) **Zi-Forum: 5 Jahre Versorgungsatlas**
<http://www.zi.de/cms/veranstaltungen/zi-forum/>
- 30. November/ 1. Dezember (Berlin) **13. DGIV-Bundeskongress**
http://www.dgiv.org/Veranstaltungen/10/13_DGIV_Bundeskongress/artikel,178,1,1.html
- 1.- 3. Dezember (Berlin) **40. Wissenschaftl. Kongress: Hypertonie in Bewegung**
<http://www.hypertonie-kongress.de>
- 1./2. Dezember (Düsseldorf) **Innovationskongress Health 3.0**
<http://www.health3punkt0.com>
- 6. Dezember (Hamburg) **Was können wir vom neuen Medikationsplan erwarten?**
<http://www.eppendorferdialog.de>
- 15. Dezember (Berlin) **Konferenz: EuGH kippt Rx-Preisbindung**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/eugh-kippt-rx-preisbindung/>
- 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>

- 1. Februar 2017 (Berlin) **Fünf Jahre ASV: eine Bestandsaufnahme**
<http://www.qualidoc.org/asvsymposium-2017/>
 - 8. Februar (Hamburg) **2. Hamburger Versorgungsforschungstag**
http://www.kvsh.de/KVSH/db2b/upload/events/Programm_Stand%202016.09.22.pdf
 - 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>
 - 15. Und 16. Februar 2017 (Berlin) **22. Handelsblatt Jahrestagung Pharma 2017**
<http://veranstaltungen.handelsblatt.com/pharma/>
 - 17. Februar 2017 (Berlin) **Wissenschaftliches Symposium der GRPG**
<http://www.grpg.de/index.php?id=veranstaltungen0>
- NEU:** 7./8. März (Köln) **Gesundheitskongress des Westens**
<http://www.gesundheitskongress-des-westens.de/home.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>
 - 25.-27. April (Berlin) **conhIT**
<http://www.conhit.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