

Editorial – Thema der Woche

Montag, 12. Dezember 2016

Jetzt mal Hand aufs Herz: Woran orientieren sich Versicherte bei der Wahl ihrer Krankenkasse? Am Preis? Am Image? An der Farbe des Logos? Wenn wir ehrlich sein wollen, müssen wir wohl konstatieren, dass die Mehrzahl der Bevölkerung bei ihrer Entscheidung für eine Kasse sich ungefähr so rational verhält wie bei der Wahl ihrer Tankstelle: Ein bisschen Preis, ein bisschen Image, ein bisschen Bonus („haben Sie ne ADAC-Clubkarte?“)... Ansonsten: Wenn man's braucht, nimmt man halt, was da ist. (Kleine hypothetische Prognose: Wenn man sich für den deutschen Raum günstig im grenznahen Ausland versichern könnte, würde dort das Geschäft boomen. Wie bei den Spritpreisen.) Verwunderlich ist das nicht. Denn ähnlich wie beim Sprit sind im „GKV-Markt“ die Produkte weitgehend austauschbar. Am Ende steht die Regelversorgung und da geht's nicht besonders bunt zu. Den Tankstellen-Shop ersetzen die Krankenkassen durch Selektivverträge und Chichi.

Insofern ist die Initiative der Siemens Betriebskrankenkasse (SBK) nicht nur begrüßenswert sondern auch mutig: Man könnte ja unentschlossenen Versicherten einfach mal zeigen, wie es an der eigenen Beschwerde-, Widerspruchs- und Klagefront aussieht. Der zukünftige Versicherte möge bitte sagen „Boah, so wenig?“ – und sich dann möglichst für die SBK entscheiden. Ja, kann klappen – kann aber auch schiefgehen. Denn so lange die anderen Kassen nichts dergleichen machen, kann es durchaus sein, dass der offensive und selbstbewusste SBK-Umgang mit ihren Zahlen beim unentschlossenen Neu-Versicherten den Ausruf auslöst „Boah, so viele?“. Muss nicht, aber kann.

Die SBK baut solchen Reflexen vor, indem sie insgesamt mehr Transparenz der Branche nach außen fordert. Und zwar besonders im Bereich ihrer Dienstleistungen. Tatsächlich wäre das vermutlich der richtige Weg, um gerade junge und gesunde Versicherte dazu zu bringen, sich mit der Wahl einer Krankenkasse zu beschäftigen. Hier wären allerdings mal wieder politische Vorgaben gefordert, um nicht genau die Unternehmen zu bestrafen, die sich transparent machen. Also: Daten zum Beschwerdemanagement sind gut, Daten zur Morbiditätsentwicklung könnten auch hilfreich sein. Kurz: Alles, was Versicherte schlau macht, und ihnen zeigt, dass es sehr wohl jenseits der reinen Patientenversorgung (denn die ist für junge Versicherte noch weit) noch eine Reihe anderer wichtiger Entscheidungskriterien für die Wahl einer Kasse gibt, wäre hilfreich, den Markt zu beleben. Es wäre jedenfalls politische Aufgabe, das grottenfalsche und von der Politik selbst gesetzte Kriterium „eine teure Kassen ist unwirtschaftlich“ wieder gerade zu rücken. Das könnte damit gelingen, dass man Kassen verbindlich dazu anhält, Kenndaten zu ihrer Dienstleistungscompetenz zu veröffentlichen. (In diesem Zusammenhang ist es übrigens tatsächlich auch ganz spannend, Leistungsausgaben, Beitragssatz und Verwaltungskosten einzelner Kassen in Relation zu setzen – aber wer kann und macht das schon?)

Letztlich sind wir wieder bei einem Lieblingsthema von mir: Der nach wie vor ungeklärten Frage: „Wo ist im Gesundheitswesen vernünftiger Markt und Wettbewerb denkbar – und wo nicht?“ Hier wird „Otto Normalverbraucher“ bislang noch in völlig falsche Kategorien gesteckt, wenn er beispielsweise die Qualitätsberichte von Krankenhäusern lesen soll (an dieser Stelle wäre die Kasse als „Einkäufer“ viel besser zur Beurteilung – und entsprechenden Kontrahierungsmöglichkeiten – geeignet). Aber Qualität und Leistung seiner Krankenkasse könnte und sollte der Versicherte sehr wohl sehr kritisch begutachten (können). Zu diesem Zeitpunkt ist er nämlich noch gesund und entscheidungsfähig (und das braucht es für eine freie Wahl). Die SBK zeigt auf, wie ein solcher Wettbewerb in Gang gebracht werden könnte.

Recht & Gesetz

- (bvg 7.12.16) – Die **Verfassungsbeschwerde gegen die Einführung einer Mindestmenge** bei der Krankenhausbehandlung von Früh- und Neugeborenen **ist unzulässig**. Mit dem am Mittwoch veröffentlichtem Beschluss hat die 1. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts (BVG) eine Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen, die sich gegen die Einführung einer Mindestmenge von Versorgungsfällen bei der Krankenhausbehandlung von Früh- und Neugeborenen mit höchstem Risiko als Mittel der Qualitätssicherung wendet. Die klagenden Betreiber von Krankenhäusern, die eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Neuregelung in Frage stellen, haben aus Sicht des BVG nicht hinreichend konkret dargetan, dass sie beschwerdebefugt sind.

Europa und die Welt

- (aerzteblatt.de 8.12.16) – Erstmals seit mehr als zwei Jahrzehnten ist die **Lebenserwartung in den USA gesunken**: Hatte ein Neugeborenes 2014 im Durchschnitt 78,9 Lebensjahre vor sich, waren es 2015 nur noch 78,8 Lebensjahre, wie das Zentrum für Gesundheitsstatistik in Washington mitteilte. Acht der zehn häufigsten Todesursachen hätten zugenommen – darunter vor allem Todesfälle durch Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Diabetes sowie Überdosen von Drogen und Medikamenten. Besonders betroffen sind weiße Männer und Frauen sowie schwarze Männer. „Ich denke, wir müssen das sehr ernst nehmen“, sagte Anne Case, Ökonomin der Princeton University, der *Washington Post* mit Blick auf die wachsenden Todesraten durch Herzerkrankungen.
- (aerzteblatt.de 7.12.16) – **Jeder Vierte in der Europäischen Union raucht**. Den höchsten Raucheranteil gibt es in Bulgarien (34,7%), Griechenland (32,6%) und Österreich (30,0%), wie die EU-Statistikbehörde Eurostat in Luxemburg heute meldete. In Schweden, Großbritannien und Finnland greift hingegen weniger als jeder Fünfte gelegentlich zur Zigarette oder zu anderen Tabakerzeugnissen. Deutschland liegt mit einem Raucheranteil von 21,7% europaweit im unteren Drittel. In allen 28 EU-Staaten rauchen Männer eher als Frauen. Mehr als jeder Fünfte (21,6%) ist im europaweiten Schnitt täglich Tabakrauch in Innenräumen ausgesetzt. Die relativ betrachtet meisten Passivraucher gibt es in Griechenland (64,2%), die wenigsten in Schweden (5,9%) Eurostat stützt sich auf Daten aus dem Jahr 2014. Die Statistiker verlassen sich dabei auf Angaben der befragten Personen selbst.

Ministerium und Regierung

- (bmg 8.12.16) – Die **gesetzlichen Krankenkassen haben im 1. bis 3. Quartal 2016 einen Überschuss von 1,55 Mrd. Euro** erzielt. Damit steigen die Finanzreserven der Krankenkassen auf mehr als 16 Mrd. Euro. Einnahmen in Höhe von rund 167,65 Mrd. Euro standen Ausgaben von rund 166,10 Mrd. Euro gegenüber. Im 1. Halbjahr 2016 hatten die Krankenkassen einen Überschuss von 589 Mio. Euro und im 1. bis 3. Quartal des Vorjahres einen Ausgabenüberhang der von 359 Mio. Euro ausgewiesen. Die Finanzergebnisse der Krankenkassen haben sich damit insgesamt im Vergleich zu den ersten neun Monaten des vergangenen Jahres um rund 1,95 Mrd. Euro verbessert. Die Ausgabenentwicklung hat sich bei weiterhin positiv verlaufender Einnahmenentwicklung in diesem Jahr deutlich abgeflacht.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

- (apotheke-adhoc.de 11.12.16) – In der kommenden Woche will die SPD ihre Position zum Rx-Versandhandelsverbot festlegen. Nach dem kategorischen Nein von SPD-Fraktionsvize Karl Lauterbach sieht auch Gesundheitsexperte **Edgar Franke** (SPD) so

gut wie keine Chancen mehr für den Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU): „Das **Rx-Versandverbot** ist **politisch und gesellschaftlich höchst umstritten**“, sagt er. In der SPD werde die Idee daher „eher kritisch gesehen“. Als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestages schlägt Franke daher einen **Kompromiss** vor: Über das Sozialgesetzbuch (SGB V) und den Rahmenvertrag will Franke das Boni-Problem lösen. Nach Ansicht von Franke wäre der Weg über das SGB V und den Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband (DAV) sowohl kurzfristig möglich als auch rechtssicher. „Das wäre eine handwerklich ordentliche Lösung“, so Franke. Der SPD-Politiker schlägt eine **Klarstellung im Paragraf 129 des SGB V** vor. Dieser regelt den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung.

- (apotheker-adhoc.de 9.11.16) – Am Donnerstag hat die ABDA ihre Unterschriftenaktion gegen die Folgen des **EuGH-Urteils zu Rx-Boni** vorgestellt. Die Aufforderung zur Unterzeichnung wird eingeleitet mit pauschaler Kritik an der EU. Der CDU-Gesundheitspolitiker **Michael Hennrich** zeigt der ABDA dafür die gelbe Karte: Er **rät davon ab, aus dem Urteil pauschale EU-Kritik abzuleiten**. „Ich teile die Sorge vieler niedergelassenen Apotheken, dass nach dem EuGH-Urteil Rabatte beim Rx-Versandhandel die flächendeckende Arzneimittelversorgung mit hochwertiger und individueller Beratung gefährdet ist. Ich rate allerdings davon ab, daraus eine pauschale Europa-Kritik abzuleiten. Vielmehr geht es darum, die SPD – auch mit diesen Unterschriften – davon zu überzeugen, ein europarechtskonformes Rx-Versandhandelsverbot mit durchzusetzen“, so Hennrich.
- (hib 8.11.16) – Die Bundesregierung will die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbessern und die über sie geführte Aufsicht stärken. Das geht aus dem Entwurf des **GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes** hervor, der **am Donnerstag in die erste Lesung beraten** wurde. Mitberaten wird zudem ein Antrag der Fraktion Die Linke mit dem Titel „Selbstverwaltung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten“. Die Aussprache wird eine halbe Stunde dauern, dann werden beide Vorlagen zur federführenden Beratung an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Ziel des Gesetzentwurfs ist es laut Bundesgesundheitsministerium, die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung durch „schlüssige Vorgaben für das Aufsichtsverfahren, klare Vorgaben für die Haushalts- und Vermögensverwaltung sowie eine Stärkung der internen Transparenzpflichten und Kontrollmechanismen“ vor Selbstblockaden zu schützen. Zudem sollen mit dem Gesetz im Rahmen einer Angleichung einzelne Regelungen auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen werden.
- (hib 8.12.16) – Die **Fraktion Die Linke fordert mehr Personal in der Krankenhaus- und Altenpflege**. Das geht aus zwei Anträge hervor, die am Donnerstag, im Bundestag beraten wurden. Der erste Antrag soll zur weiteren Beratung an den Gesundheitsausschuss überwiesen werden, zum zweiten legt der Gesundheitsausschuss eine Beschlussempfehlung vor. Nach Ansicht der Linken muss der höhere Versorgungsaufwand in der Altenpflege mit mehr Personal bewältigt werden. In kaum einem anderen Berufsfeld sei der Personalnotstand seit Jahren so spürbar wie hier, heißt es in dem ersten Antrag. Arbeitsverdichtung, Stress und fehlende Zeit für Zuwendung prägten den Arbeitsalltag der Pflegekräfte. Die Abgeordneten fordern daher unter anderem, ein wissenschaftliches Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Der höhere Pflegeaufwand, der 2017 mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einhergehe, müsse durch mehr Personal abgesichert werden. In eine ähnliche Richtung zielt der zur Abstimmung stehende Antrag der Fraktion, in dem die Bundesregierung aufgefordert wird, die Personalbesetzung in den Krankenhäusern kurzfristig zu verbessern und dazu mindestens 100.000 Vollzeitstellen in der Pflege zu schaffen.
- (hip 9.12.16) – Die Preise für neue, hochwertige Arzneimittel sollen künftig effektiver gedeckelt werden. Das sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung der Arz-

neimittelversorgung in der GKV (**AMVSG**) vor, der am **Mittwoch, 14. Dezember 2016, ab 14 Uhr** im Mittelpunkt einer **öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses** steht. Mit den Regelungen soll das Verfahren zur Nutzenbewertung und Preisbildung von Arzneimitteln weiterentwickelt werden. Zugleich sollen neue Wirkstoffe möglichst schnell für Patienten verfügbar sein. Bei neuen Medikamenten soll nach dem Entwurf die freie Preisbildung im ersten Jahr nach Markteinführung künftig nur noch bis zu einem Schwellenwert in Höhe von 250 Mio. Euro gelten. Liegen die Umsätze über diesem Wert, werden Rabatte fällig. Die vereinbarten Erstattungsbeträge bleiben geheim. Damit soll nach Darstellung der Bundesregierung der Pharmastandort Deutschland gestärkt und Spielraum für die Preisvereinbarung geschaffen werden. Zugleich soll das seit 2010 geltende Preismoratorium für erstattungsfähige Arzneimittel bis Ende des Jahres 2022 verlängert.

- (aerztezeitung.de 8.12.16) – Die **CDU spricht sich für die Landarztquote aus**. Bei ihrem **Bundesparteitag** in Essen gaben die Delegierten mehrheitlich am Mittwoch einen Antrag aus Baden-Württemberg und Sachsen statt. Danach soll "eine bestimmte Zahl von Studienplätzen" denjenigen vorbehalten werden, die sich verpflichten, nach der Ausbildung "für eine bestimmte Zeit in einer unterversorgten Region im ländlichen Raum zu praktizieren". Die Landarztquote ist seit Monaten als Teil des Masterplans Medizinstudium strittig. Das Vorhaben ist bereits Ende Juni von den Gesundheitsministern der Länder grundsätzlich konsentiert worden. Gestritten wird insbesondere zwischen Ländervertretern über das Für und Wider der Landarztquote.

Länder und Regionen

- (aerztezeitung.de 8.12.16) – Der **Bundesrat hat nur wenig Kritik am** umstrittenen Entwurf für das **Selbstverwaltungsstärkungsgesetz** in der GKV. Der Entwurf will an mehreren Punkten in die Körperschaften eingreifen. So soll beispielsweise ein drittes KBV-Vorstandsmitglied bestellt werden, die Abwahl des VV-Vorsitzenden soll erleichtert werden. Die Ausschüsse der Länderkammer monieren aber lediglich, dass angestellte Ärzte, die nur zehn Wochenstunden vertragsärztlich arbeiten, Mitglieder einer KV werden sollen. "Diese Mitgliedschaft ist nicht gerechtfertigt", heißt es in der Empfehlung des Gesundheitsausschusses. Die Selbstverwaltung lebe davon, dass "Rechte, die aus der Mitgliedschaft erwachsen, aktiv wahrgenommen werden". Das sei bei einem Beschäftigungsumfang von zehn Stunden nicht zu erwarten. Der Ausschuss schlägt vor, von einer KV-Mitgliedschaft erst ab einer Halbtagsbeschäftigung – also von 20 Stunden pro Woche – auszugehen.
- (facharzt.de 8.12.16) – Die neue **rot-rot-grüne Koalition in Berlin** steht, SPD-Politiker Michael Müller ist am Donnerstag erneut zu Berlins Regierendem Bürgermeister gewählt worden. Auch die neuen Senatoren stehen nun fest. Den Bereich Gesundheit wird **Dilek Kolat** übernehmen. Sie war zuvor Senatorin für Arbeit, Integration und Frauen. Die Sozialdemokratin übernimmt das Ressort vom CDU-Mann Mario Czaja. Allerdings unter neuem Zuschnitt: Aus dem Ressort „Gesundheit und Soziales“ wird das **Ressort „Gesundheit, Pflege und Frauen“**. Kolat (Jahrgang 1967) ist Diplom-Wirtschaftsmathematikerin und seit 2001 Mitglied im Berliner Abgeordnetenhaus. Einen Staatssekretär bringt Kolat aus ihrem bisherigen Bereich mit: Boris Velter. Gesundheitspolitik ist für diesen kein neues Feld: Er war bereits als Referent für Gesundheitspolitik im Bundeskanzleramt tätig, außerdem hatte er Posten beim Bundesministeriums für Gesundheit und beim AOK-Bundesverband inne.
- (facharzt.de 6.12.16) – Die **Arbeitsmarktsituation für medizinisch-technische Assistenzberufe ist in Nordrhein-Westfalen angespannt**. Einzelne Regionen wie Ostwestfalen klagen schon über einen akuten Mangel an Fachkräften. Das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium fordert eine Reform der Ausbildungsordnung, um die Attraktivität zu erhöhen. In Ostwestfalen klagt die Fachvertretung der Radiologen über einen akuten Mangel an medizinisch-technischen Radiologieassistenten (MTRA). In einzelnen Praxen führe das bereits dazu, dass Geräte nicht betrieben werden könnten und die Patienten

längere Wartezeiten hätten. Sie fordert deshalb eine Steigerung der Ausbildungskapazitäten an den MTRA-Schulen. Das NRW-Gesundheitsministerium spricht inzwischen von einer „angespannten Arbeitsmarktsituation“ und schließt einen akuten Fachkräftemangel in einzelnen Regionen nicht aus. Vertragsarztpraxen sollen davon stärker betroffen sein als die Kliniken.

- (kbv 9.12.16) – Der **Vorstand der KV Bayerns (KVB)** – Wolfgang Krombholz, Pedro Schmelz und Ilka Enger – fordert die bayerischen Krankenkassen auf, bei der Diskussion über die **Finanzierung des Digitalfunks im Notarztdienst** endlich zu einer Lösung zu kommen. Es ist ihm ein wichtiges Anliegen, dass in dieser mittlerweile seit über einem Jahr ungelösten Angelegenheit eine finale Klärung herbeigeführt wird. Hintergrund der Forderung des Vorstands der KVB ist, dass sich die Kostenträger weiterhin weigern, die Ausgaben für den Einbau der vorgeschriebenen Digitalfunkgeräte in die Fahrzeuge der Leitenden Notärzte, Außenärzte und selbstfahrenden Notärzte zu übernehmen. Dabei handelt es sich um deren privaten Kraftfahrzeuge, die als Einsatz- und Kommando-Kraftfahrzeuge staatlich anerkannt sind. Der finanzielle Aufwand für die Geräte selbst wird durch den Freistaat Bayern zu 85% übernommen. Die Kostenträger haben die Begleichung der restlichen 15% im Mai 2016 zugesagt – doch trotz verschiedener Arbeitstreffen und einem Runden Tisch bleibt die Finanzierung der Einbau- und Montagekosten weiterhin ungeklärt. Es handelt sich hier um bis zu 1.400 Euro (netto) pro Fahrzeug.
- (aerztezeitung.de 6.12.16) – Immer häufiger werden **Notärzte, Rettungskräfte und Mediziner** bei ihrer Arbeit **behindert oder** sogar selbst **angegriffen**. In diesem Jahr haben sich bereits Justiz- und Innenministerkonferenz mit dem Thema befasst – und denken über strafrechtliche Sanktionen nach. Die **Bayerische Landesärztekammer (BLÄK)** und das **Bayerische Rote Kreuz** haben nun gefordert, dass bei einer entsprechenden **Gesetzesänderung im Strafgesetzbuch** neben den Angehörigen von Rettungsdiensten auch explizit Notärzte berücksichtigt werden. „Angriffe auf Notärzte, Ärzte in Notaufnahmen und im Bereitschaftsdienst sowie auf Mitarbeiter von Rettungsdiensten sind nicht akzeptabel“, sagte Kammerpräsident Max Kaplan. Die ständige Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (IMK) hatte die Problematik bereits im Sommer aufgegriffen.
- (aerztezeitung.de 12.12.16) – Der **Landesrechnungshof Niedersachsen** in Hildesheim hat die **Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN)** **scharf kritisiert**. Die 22-seitige Prüfungsmitteilung moniert bei der ÄKN unter anderem zu hohe Rücklagen und zu hohe Zahlungen an die Spitzen der Kammer. So lagen die allgemeinen und weiteren Rücklagen Ende 2014 insgesamt bei 22 Mio. Euro. Hier sieht der LRH "unzulässige Vermögensbildung", da die Kammer nur so viel Geld vorhalten darf, wie sie für sechs Monate braucht. "Um einer unzulässigen Vermögensbildung entgegenzuwirken, hätte die ÄKN aus Sicht des LRH die Beiträge spätestens im Jahr 2011 reduzieren müssen", heißt es in dem Bericht. Kammerpräsidentin Martina Wenker und ihr damaliger Stellvertreter, die Chefs der Bezirksstellen und Mitglieder der Ärzteversorgung arbeiteten laut Heilkammergesetz eigentlich ehrenamtlich, erhalten aber eine Aufwandsentschädigung plus Reisekosten. In Niedersachsen wird nun diese Entschädigung seit Jahren an die Tarifierhöhungen bei den Ärzten gekoppelt. Das bedeutete in den vergangenen zehn Jahren eine Erhöhung der Entschädigungen um mehr als 21%. Dies erwecke "den Eindruck der Gehaltszahlung", so der LRH, zumal der tatsächliche Aufwand für die Ehrenämter offenbar auch der Kammer nicht klar ist.
- (aerztezeitung.de 9.11.16) – Für die **Ärzte in Berlin** bleibt die **Umlage an ihre KV 2017 unverändert bei 2,4%**, wenn sie mit Austauschdatenträgern oder online abrechnen. Handabrechner müssen weiterhin 3,8% ihres Honorars als Umlage an die KV Berlin abführen. Diesem Vorschlag des Honorarverteilungsausschusses der KV hat die Vertreterversammlung in ihrer letzten Sitzung in dieser Legislaturperiode zugestimmt. Auf der Ausgabenseite erwartet die KV vor allem bei den Personalkosten Steigerungen. Rund zehn Stellen mehr als im Vorjahr sind laut Vorstandsmitglied Burkhard Bratzke vorgesehen. Der neue, noch nicht gewählte KV-Vorstand in Berlin darf laut Haushaltsansatz mit

insgesamt 840.000 Euro Gehaltsleistungen rechnen. Das sind pro Kopf 240.000 statt bisher 210.000 Euro. Für das Haushaltsjahr 2017 plant die Berliner KV keine Kapitalerträge, aber auch keine Negativzinsen, jedoch eine Vermögensentnahme. Der Betrag von knapp 1,5 Mio. Euro aus dem KV-Vermögen soll Bratzke zufolge vor allem für die Förderung der Weiterbildung eingesetzt werden.

- (aerztezeitung.de 9.11.16) – Die Kritik von Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK), am sogenannten Upcoding durch die Kassen zieht auch zwei Monate nach ihrer Äußerung Ärger nach sich. Für **Gerhard Nordmann, Vize-Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe (KVWL)**, ist **Baas' Kritik vor allem ein Ausdruck von Heuchelei**. Der TK-Chef sei ein "Wendehals", sagte Nordmann auf der KVWL-Vertreterversammlung. "Gerade wenn es um viel Geld geht, wird manch einer schnell mal vom Saulus zum Paulus." Mit dem Vorwurf, die Kassen würden versuchen, zum eigenen finanziellen Vorteil die Diagnosen kranker Versicherter zu manipulieren, habe Baas der Kassenkonkurrenz in die Hacken getreten und sich selbst als letzten aufrechten und ehrlichen Manager inszeniert, der leider gezwungen sei, beim bösen Spiel der anderen mitzumachen. Angesichts dieses Mutes, dieser Transparenz und Ehrlichkeit kämen ihm heute noch Tränen der Rührung, ätzte Nordmann. "Wenn ich mich recht erinnere, war es die TK, deren Mitarbeiter als erste an den Türen von Praxen klingelten und Hilfe bei der korrekten Kodierung von TK-Versicherten anboten."
- (barmer 8.12.16) – Zum 1. Januar 2017 übernimmt **Birgit Dziuk die Leitung der Barmer Landesvertretung in Thüringen**. Sie tritt die Nachfolge von Landesgeschäftsführer Hermann Schmitt an, der nach über 40 Dienstjahren bei der Barmer GEK zum 31. Dezember in den Ruhestand geht. Birgit Dziuk (51) leitete seit 2008 die strategische und politische Stabsstelle beim Vorstandsvorsitzenden und verantwortet seit 2015 den Geschäftsbereich „Strategie, Politik, Presse und Selbstverwaltung“ bei der Deutschen BKK in Wolfsburg. Beide Krankenkassen fusionieren zum Jahreswechsel unter dem gemeinsamen und neuen Namen Barmer mit über neun Millionen Versicherten, davon eine Million aus der Deutschen BKK. Die Barmer ist mit rund 240.000 Versicherten die größte Ersatzkasse in Thüringen.
- (aerztezeitung.de 9.12.16) – In **Baden-Württemberg** ist der Orthopäde **Norbert Metke erneut zum KV-Vorstandschef gewählt** worden. Auch sein **Stellvertreter**, der Allgemeinarzt **Johannes Fechner**, wurde am Mittwoch mit großer Mehrheit von den Delegierten der Vertreterversammlung bestätigt. Im ersten Wahlgang erhielt Metke 43 von 47 abgegebenen Stimmen, vier Delegierte stimmten gegen ihn. Fechner erzielte im ersten Durchgang 39 Ja-Stimmen. Sieben votierten gegen ihn, ein Delegierter enthielt sich. Die bisherigen Amtsinhaber waren ohne Gegenkandidaten angetreten. Bei der abschließenden Wahl für das Amt des Vorsitzenden und seines Stellvertreters erzielten Metke und Fechner jeweils 45 Ja- und zwei Nein-Voten.

Gremien & Institutionen

- (aerzteblatt.de 7.12.16) – Im Rahmen der **Strukturreform der ambulanten Psychotherapie** müssen Psychotherapeuten ab dem 1. April grundsätzlich eine Sprechstunde anbieten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (**GBA**) hat am 24. November eine entsprechende **Änderung der Psychotherapie-Richtlinie** beschlossen. Der GBA setzte damit eine Auflage des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) um, nach dessen Auffassung die neue Sprechstunde ein wesentlicher Teil des Versorgungsauftrags ist und deshalb zu den Pflichten jedes Vertragspsychotherapeuten gehört. Im Beschluss des G-BA vom 16. Juni war die Sprechstunde als freiwilliges Angebot vorgesehen. Das BMG hatte diesen GBA-Beschluss aber beanstandet. Das BMG hatte argumentiert, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nur dann in der Lage seien, ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen zu können, wenn jeder Psychotherapeut die Sprechstunde anbiete. Das BMG hatte deshalb im September die Genehmigung des GBA-Beschlusses zur Ände-

rung der Psychotherapie-Richtlinie davon abhängig gemacht, dass der GBA seinen Beschluss bis zum 30. November 2016 korrigiert.

- (facharzt.de 7.12.16) – **Harsche Kritik am Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)** äußerten die Präsidenten der Deutschen und **nordrhein-westfälischen Krankenhausgesellschaft (KGNW)**. Seine Entscheidungen müssten stärker rechtlich kontrolliert und legitimiert werden. „Wir müssen aufgrund aktueller Beschlüsse des GBA die Frage nach dem demokratischen Zustandekommen und der bestehenden Machfülle des GBA stellen, wenn im Konfliktfall die Person des unabhängigen Vorsitzenden allein die Richtung bestimmen kann“, forderte Jochen Brink, Präsident der KGNW, in Neuss. Brink verlangte die „Rechtsaufsicht des Staates“ auszuweiten, wenn der GBA Entscheidungen treffe, die die Gesundheitsversorgung in den Bundesländern, den Regionen oder vor Ort betreffen. Als Beispiele nannte er GBA-Beschlüsse über Sicherstellungszuschläge, Qualitätsindikatoren oder stationäre Notfallstrukturen. Die Rechtsetzungskompetenz des GBA müsse zur Sicherung der Akzeptanz auf breitere Schultern gestellt werden.
- (iqwig 5.12.16) – Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat den **Nutzen** untersucht, den **bestimmte Brustkrebs-Patientinnen von Biomarker-Tests** zur Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie haben. Dabei handelt es sich um Frauen mit primärem Hormonrezeptorpositivem, HER2/neu-negativem Mammakarzinom und bis zu drei befallenen Lymphknoten. Als das Institut im November 2015 seinen Vorbericht vorlegte, reichte die Datenlage nicht aus, um einen Nutzen oder Schaden solcher Tests zu belegen. Allerdings waren Ergebnisse weiterer relevanter Studien für Anfang 2016 angekündigt. Auf Bitten des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) hat das IQWiG daher nach der wissenschaftlichen Erörterung zum Vorbericht zunächst abgewartet. Im Sommer 2016 wurden erste Ergebnisse einer dieser Studien, MINDACT, veröffentlicht, die noch in den Abschlussbericht einbezogen werden konnten und nun im Mittelpunkt der Debatte stehen. Die neuen Studiendaten liefern wertvolle Hinweise auf die möglichen Konsequenzen eines Chemotherapie-Verzichts wegen eines Biomarker-Testergebnisses. **Von einem klaren Nutzen** des in MINDACT untersuchten Tests **kann aber nicht gesprochen werden**. Dafür ist zum einen der **Beobachtungszeitraum** mit fünf Jahren **zu kurz**: Viele Fernmetastasen – also Metastasen fernab der betroffenen Brust – treten erst in den Folgejahren auf. Zum anderen ist fraglich, ob ein bis zwei Prozent mehr Todesfälle durch eine Wiederkehr und Ausbreitung der Krebserkrankung wegen eines Chemotherapie-Verzichts wirklich unbedeutend sind.
- (iqwig 7.12.16) – Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (**IQWiG**) hat den **Entwurf für die nächste Version seiner Allgemeinen Methoden vorgelegt**. Interessierte Personen und Institutionen können bis zum 31. Januar 2017 zu den inhaltlichen Aktualisierungen und Ergänzungen im Entwurf der Version 5.0 Stellungnahmen abgeben. Die Allgemeinen Methoden fassen die wissenschaftlichen Standards zusammen, die das Institut verwendet. Um die Erweiterung der gesetzlichen Aufgaben des Instituts und die Weiterentwicklung von Standards in den wissenschaftlichen Disziplinen abzubilden, wird dieses Handbuch regelmäßig aktualisiert – teils in kleineren Schritten, teils durch grundlegende Überarbeitung, die sich in einer neuen Versionsnummer niederschlägt wie beim jetzt veröffentlichten Entwurf.
- (äzq 7.12.16) – Nach der Aktualisierung der kombinierten S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie **Unipolare Depression** ist jetzt auch die dazugehörige **Patientenleitlinie überarbeitet und erweitert** worden. Dort erfahren Interessierte, wie eine Depression diagnostiziert wird und welche Behandlungsmöglichkeiten für wen in Frage kommen. Die Patientenversion der Leitlinie übersetzt die aktuellen Empfehlungen der Expertengruppe in eine allgemeinverständliche Sprache. Außerdem bietet sie Menschen mit Depressionen und deren Angehörige wichtige Informationen zum Umgang mit der Krankheit und Unterstützung beim Gespräch mit dem Arzt oder Psychotherapeuten. Zu den Neuerungen der Patientenleitlinie gehört beispielsweise ein Kapitel über leicht zugängliche Behandlungsangebote.

- (kbv 8.12.16) – **Ärzte im Notfall- und Bereitschaftsdienst** erhalten **ab April 2017** für besonders schwere und aufwändige Fälle eine **höhere Vergütung**. Außerdem wird es eine Abklärungspauschale für Patienten geben, die keine dringende Behandlung benötigen. Dies soll die Ambulanzen entlasten. Ein entsprechender Beschluss wurde am Mittwoch gefasst. Hintergrund für die Neuerungen ist eine Vorgabe des Gesetzgebers, die Regelungen für ärztliche Notfalleistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz war dazu der Satz 23 neu in den Paragrafen 87 Abs. 2a SGB V aufgenommen worden. Die jetzt getroffene Regelung sieht zwei verschiedene sogenannte Schweregradzuschläge vor. Sie werden als Zuschläge zu den Notfallpauschalen (GOP 01210 und 01212) für Fälle mit erhöhtem Behandlungsaufwand gezahlt.
- (kbv 8.12.16) – Ärzte sollen im Praxisverwaltungssystem über die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel informiert werden. Das sieht der Entwurf des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes vor, den die **KBV** begrüßt. Zusätzliche **Dokumentationspflichten, die zu Regressanträgen der Krankenkassen führen könnten**, lehnt die Ärztesvertretung aber strikt ab. Die genaue Ausgestaltung des geplanten Arzteinformationssystems soll in einer Rechtsverordnung geregelt werden. Hierzu gibt es bereits verschiedene Diskussionen, die allerdings aus Sicht der KBV über das Ziel – Ärzte noch besser über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung zu informieren – hinausgehen. Dazu gehört die Forderung des GKV-Spitzenverbands, dass Ärzte bei ihrer Verordnung dokumentieren sollen, welcher Subgruppe und damit welcher Zusatznutzenkategorie ein Patient zuzuordnen ist.
- (facharzt.de 9.12.16) – Sieben Monate lang diskutierte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (**KBV**) über eine **neue Satzung**. Nun liegt endlich ein Entwurf vor, den die Delegierten am Freitag verabschiedeten. Die neue Satzung steht **allerdings noch unter Vorbehalt**. Die neue Satzung soll eine Art Renovierung der bisher geltenden sein. So habe man die Besetzung der Ämter neu geregelt und auch die rechtliche Kontinuität der Ämter gesichert. Weiterhin sehe die neue Satzung ein Berichtswesen vor und stärke die Minderheitenrechte. Auslöser für die Erarbeitung der neuen Satzung waren die vielen Skandale und Affären, die die KBV zuletzt erschütterten. Vor allem die undurchsichtigen Immobiliengeschäfte rund um den Neubau der KBV-Zentrale in Berlin und die Ruhegeld-Affäre um Ex-KBV-Chef Andreas Köhler, führten der Selbstverwaltung schmerzlich den Reformbedarf in ihrer Satzung vor Augen.
- (facharzt.de 9.12.16) – KBV-Chef **Andreas Gassen betonte** am Freitag in seiner Rede vor der Vertreterversammlung die **Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung**. Das KV-System werde auch künftig gebraucht. Dies zeige nicht nur die Diskussion um eine Bürgerversicherung. Gassen sprach in seiner Rede von einer „erfolgreichen Amtsperiode“. Er habe bei der Amtsübernahme eine schwere Hypothek übernommen – Beispiel sei der Apo-Deal beim Neubau der KBV-Zentrale in Berlin gewesen. Dieses Problem habe man mittlerweile gelöst. Das habe viel Kraft gekostet. Auch die Ruhegeld-Affäre um Ex-KBV-Chef Andreas Köhler habe man erfolgreich aufgearbeitet. Nun hätten die Gerichte das letzte Wort. Es sei eine herausfordernde Amtsperiode gewesen, die nun zu Ende gehe. Gassen beklagte vor allem die Durchstecherei von vertraulichen Dokumenten an die Medien. Dabei sei einiges an Porzellan zerschlagen worden. „Ich habe manchen persönlichen Angriff gegen mich für nicht für möglich gehalten“, sagte Gassen. Diese Form der Auseinandersetzung dürfe sich nicht wiederholen.
- (facharzt.de 9.12.16) – Deutschland braucht für bevorstehende Aufgaben ein starkes KV-System. Davon zeigte sich **Regina Feldmann** am Freitag in Berlin überzeugt – und dafür, so sagte sie, habe sie 16 Jahre lang gekämpft. Für sie als niedergelassene Hausärztin habe das KV-System immer die besten Voraussetzungen geboten, das **Grundkonzept der Niederlassung im KV-System müsse erhalten bleiben**. Darüber sollte über alle Grenzen der Versorgungsbereiche hinweg Einigkeit bestehen. „Nur so können wir eine Vorbildwirkung für die jungen Kolleginnen und Kollegen entfalten und diese motivieren, sich für eine eigene, inhabergeführte Praxis zu entscheiden.“ Angestellten Ärzten

müssten die Vorteile einer inhabergeführten Praxis vor Augen geführt werden – etwa, dass „sie ihre eigenen Vorstellungen weitestgehend unabhängig von Einflüssen von außen umsetzen können.“ Laut Feldmann gelte zudem nach wie vor der Grundsatz ambulant vor stationär, „am Ende ist die ambulante Versorgung immer noch die wirtschaftlichste und die für den Patienten angenehmste“.

- (kbv 8.12.16) – Die **KBV will den Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten in Hausarztpraxen ausbauen**. „Wir brauchen diese Kooperationsstrukturen, um das derzeitige Versorgungsniveau aufrechtzuerhalten“, sagte die stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Regina Feldmann. Angesichts des hohen Altersdurchschnitts bei den Hausärzten seien die nichtärztlichen Praxisassistenten dringend notwendig, betonte Feldmann in einem KV-on-Interview im Vorfeld der Sitzung des Bewertungsausschusses am kommenden Montag. In vielen Bereichen werde die vor zwei Jahren eingeführte Förderungsregelung bereits sehr gut umgesetzt. Aber es gebe wie immer bei der Einführung neuer Strukturen auch Nachbesserungsbedarf. In den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband plädiert die KBV für höhere Zuschläge, um Investitionen besser refinanzieren zu können. So koste allein die Ausbildung eines nichtärztlichen Praxisassistenten etwa 2.500 Euro, betonte Feldmann in dem Video-Interview. Darüber hinaus sollten die geforderten Mindestfallzahlen gesenkt werden, sodass mehr Vertragsärzte, die nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen beziehungsweise beschäftigen wollen, den Strukturzuschlag erhalten könnten, fügte sie hinzu.
- (kbv 8.12.16) – Zum Thema **Depression** wurden jetzt drei kurze **KBV-Patienteninformationen** zu jeweils anderen Aspekten **veröffentlicht**. Darin wird die Erkrankung an sich beschrieben, was sie für Angehörige bedeutet und wie sich eine peripartale Depression äußert. Grundlage ist die neue Version der Patientenleitlinie „Unipolare Depression“. Nach der S3-Leitlinie / Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ ist jetzt die dazugehörige Patientenleitlinie überarbeitet und erweitert worden. Darin wird allgemeinverständlich beschrieben, wie eine Depression diagnostiziert wird und welche Behandlungsmöglichkeiten für wen in Frage kommen. Neu ist unter anderem ein Kapitel über leicht zugängliche Behandlungsangebote.
- (aerzteblatt.de 6.12.16) – Bis auf eine Ausnahme arbeiteten die deutschen Transplantationszentren in den Jahren 2013 bis 2015, also nach den 2012 erfolgten gesetzlichen Änderungen in der Transplantationsmedizin, richtlinienkonform und korrekt. Zu dieser Einschätzung kommen die **Prüfungskommission und die Überwachungskommission (PÜK)** in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband. Sie stellten am Dienstag in Berlin den **Zwischenstand** ihrer Prüfungen der Transplantationszentren aus den Jahren 2013 bis 2015 vor. „Die Ergebnisse lassen erkennen, dass inzwischen eine Wende eingetreten ist“, betonte die Vorsitzende der Prüfungskommission, Anne-Gret Rinder, bei der Präsentation des aktuellen Jahresberichts.
- (aerzteblatt.de 7.12.16) – Die **Zahl der Abtreibungen** in Deutschland ist **im dritten Quartal leicht gestiegen**. Das geht aus Zahlen des Statistischen Bundesamts hervor. Demnach ließen rund 24.200 Frauen zwischen Juli und September einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen. Das waren 0,2% mehr als im Vorjahreszeitraum. Die Statistiker halten bei Schwangerschaftsabbrüchen ein Quartal aber für wenig aussagekräftig. Die meisten der Frauen (72%), die sich im dritten Quartal zu einer Abtreibung entschlossen hatten, waren zwischen 18 und 34 Jahren alt. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von drei Prozent, während rund acht Prozent 40 Jahre oder älter waren. 17% waren zwischen 35 und 39 Jahre alt. Rund 39% der Frauen hatten vor der Abtreibung noch kein Kind zur Welt gebracht.

Aus der Kassenlandschaft

- (gkv-sv 6.12.16) – **Gesetzliche Krankenkassen kooperieren ab Dezember 2016 mit fast 60 Jobcentern und Arbeitsagenturen in allen 16 Bundesländern**, um die Ar-

beits- und Gesundheitsförderung systematisch zu **verzahnen**. Fester Bestandteil des Beratungs- und Vermittlungsprozesses von Jobcentern und Arbeitsagenturen ist dabei, Arbeitslose für die speziell auf sie ausgerichteten Angebote der gesetzlichen Krankenkassen in der Region, z. B. zur Stressbewältigung oder zur gesunden Ernährung und Bewegung, zu sensibilisieren und zur Teilnahme zu motivieren. Arbeitslose sollen so die von ihnen als belastend empfundene Lebenssituation besser meistern und den Menschen der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt erleichtert werden. Für die Präventionsmaßnahmen, die Betreuung der ersten 60 Projekte vor Ort sowie für die wissenschaftliche Untersuchung stellt die gesetzliche Krankenversicherung über acht Mio. Euro in den kommenden zwei Jahren bereit. Partner der bundesweiten Initiative des GKV-Spitzenverbandes und der gesetzlichen Krankenkassen vor Ort sind die Bundesagentur für Arbeit und der Deutsche Städtetag sowie der Deutsche Landkreistag.

- (vdek 9.12.16) – Die **Mitgliederversammlung** des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (**vdek**) fordert die Politik auf, die **soziale Selbstverwaltung** zu **stärken**, statt ihre Rechte weiter zu beschneiden. Damit wendet sich das vdek-Gremium gegen das geplante „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ (GKV-SVSG), das die Gestaltungsmöglichkeiten und Leistungsfähigkeit der Selbstverwaltung weitreichend einschränkt. In einer gemeinsamen Resolution für eine starke Selbstverwaltung heben die ehrenamtlichen Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber der sechs Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse (TK), Barmer GEK, DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse, hkk - Handelskrankenkasse, HEK - Hanseatische Krankenkasse) zudem die besonderen Leistungen der sozialen Selbstverwaltung für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hervor. Uwe Klemons, neu gewählter Verbandsvorsitzender des vdek, erklärt hierzu: „Obwohl sich die Regierung in ihrem Koalitionsvertrag für eine Stärkung der Selbstverwaltung und eine Modernisierung der Sozialwahlen ausgesprochen hat, handelt sie faktisch entgegengesetzt und schwächt damit das demokratische Prinzip in der GKV.“
- (sbk 9.11.16) – Als erste gesetzliche Krankenkasse in Deutschland veröffentlicht die **Siemens-Betriebskrankenkasse SBK Zahlen zu Kundenbeschwerden, Widersprüchen und Sozialgerichtsverfahren**. Im Jahr 2016 gingen bei der SBK bislang 3.836 Beschwerden von Kunden ein. Im Verhältnis zu der Versichertenzahl von 1.045.117 (Stand: 30.09.2016) bedeutet das eine Beschwerdequote von 0,37%. Im Vorjahr hatten SBK-Kunden insgesamt 4.150 Beschwerden eingereicht, das bedeutete eine Quote von rund 0,40%. In 75% der Fälle erhielten die Beschwerdeführer innerhalb von 24 Stunden eine persönliche Rückmeldung auf ihr Anliegen. Bei der SBK wurden 2015 insgesamt 660 Widersprüche eingereicht (542 Widersprüche aus dem Bereich der Krankenversicherung und 118 Widersprüche aus dem Bereich der Pflegeversicherung). Die Entscheidungen werden nach Widerspruchseinlegung zuerst von internen Spezialisten der SBK fachlich überprüft. Kann eine Entscheidung zugunsten des Kunden abgeändert werden, wird der Kunde unmittelbar von seinem persönlichen Kundenberater über die neue Sachlage informiert. Bleibt es bei der getroffenen Entscheidung, wird der Widerspruch dem Widerspruchsausschuss zur Beratung und Entscheidung vorgelegt. Kunden, die einen Widerspruchsbescheid nicht akzeptieren, können vor das Sozialgericht ziehen. 2015 taten das SBK-Kunden in 175 Fällen. Zusammen mit anhängigen Verfahren aus Vorjahren wurden 213 Klageverfahren beendet. Die Gerichte gaben der SBK in 75% der Verfahren Recht, weitere 12% wurden durch Vergleich abgeschlossen. In 12% entschieden die Gerichte im Sinne der Kläger.

Innovationsfonds, Selektivverträge Gesundheitstelematik

- (aqua-institut 5.12.16) – Die zunehmende Antibiotikaresistenz stellt das Gesundheitswesen weltweit, aber auch in Deutschland, vor ernstzunehmende Herausforderungen. Ab dem Jahr 2017 startet mit Fördermittel des **Innovationsfonds** ein neues **Projekt** unter dem Namen **ARENA (Antibiotika-Resistenz-Entwicklung nachhaltig abwenden)**, das sich dieser Problematik annehmen wird. Das Ziel des jetzt aufgelegten Projekts besteht im Wesentlichen darin, den Einsatz von Antibiotika auf ein sinnvolles Maß zurückzufah-

ren und ein Problembewusstsein in der Ärzteschaft sowie bei Patienten und der Öffentlichkeit zu schaffen. Als Konsortialführer koordiniert das AQUA-Institut das ARENA-Projekt und organisiert die wissenschaftliche Begleitung. Als weitere Partner sind mit an Bord: die AOK Bayern, die AOK Rheinland/Hamburg, die KV Bayerns (KVB), die Agentur deutscher Arztnetze sowie über 400 Arztpraxen aus 14 Arztnetzen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen mit ca. 74.000 eingeschriebenen AOK-Versicherten. Der AOK-Bundesverband unterstützt das Vorhaben als Kooperationspartner. ARENA wird mit rund 6 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds finanziert.

- (facharzt.de 11.12.16) – Die **Universitätsmedizin Rostock** startet Anfang 2017 ein Projekt zur **digitalen Versorgung von Patienten mit chronischen Herzkrankheiten** im ländlichen Raum. Der Bund macht dafür 14 Mio. Euro aus dem **Innovationsfonds** locker. Im Rahmen von „HerzEffekt MV“ erhalten die Patienten auf freiwilliger Basis Blutdruck-Messgeräte, Fitness-Armbänder und Waagen, deren Werte per App an ein digitales Versorgungszentrum gesendet werden. Unter Koordination der Uniklinik werden die Patienten und Gesundheitsdienstleister wie Kliniken, niedergelassene Ärzte, Sanitätshäuser oder Apotheken miteinander vernetzt, erklärte der ärztliche Vorstand der Unimedizin, Christian Schmidt, in Rostock. Alle medizinischen Einrichtungen hätten Zugriff auf die Daten, Doppelt- oder gar Dreifachuntersuchungen könnten so vermieden werden. Das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Elektronikkonzern Philips sowie den Krankenkassen AOK und TK wird in den kommenden drei Jahren mit rund 14 Mio. Euro aus dem Innovationsfonds des Bundes gefördert. Es soll eine bundesweite Blaupause für die ländliche Gesundheitsversorgung geliefert werden, sagte Schmidt.
- (barmer 6.12.16) – Bundesweit 18,6 Millionen Menschen sollen künftig von **mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie** profitieren. Dafür sorgt ein **Projekt**, das die **Barmer GEK mit der KV Westfalen-Lippe** (KVWL), mehreren Universitäten und medizinischen Fachgesellschaften angestoßen hat. Es verbessert die Sicherheit der Arzneimitteltherapie von Patienten, die mindestens fünf Medikamente benötigen und deshalb von Polypharmazie betroffen sind. Das Projekt mit dem Namen "AdAM" hat dafür jetzt aus dem **Innovationsfonds rund 16 Mio. Euro Starthilfe** bekommen. "AdAM macht die Therapie der Patienten, die mehrere Medikamente gleichzeitig nehmen müssen, sicherer und effizienter. Bei einer Überführung in die Regelversorgung lassen sich bei allen gesetzlichen Krankenkassen bis zu 2,75 Mrd. Euro einsparen", betonte Mani Rafii, Vorstand der Barmer GEK, bei der Vorstellung des Projektes am Dienstag in Berlin. AdAM steht für "Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungsmanagement". Das Projekt widmet sich der sogenannten Polypharmazie und den durch die Komplexität der Therapie entstehenden vermeidbaren Risiken der Behandlung. Für Patienten, die an mehreren Krankheiten zugleich leiden, kann eine unzureichend abgestimmte Arzneitherapie zum lebensgefährlichen Risiko werden.
- (bkk dv 8.12.16) – Die **Versorgungslücken nach einem Krankenhausaufenthalt** und der ambulanten Weiterbehandlung sollen durch ein neues Gemeinschaftsprojekt durch Versorgungsforschung (**Entwicklung von Methoden zur Nutzung von Routinedaten für ein sektorenübergreifendes Entlassmanagement, EMSE**), vor allem bei schweren Erkrankungen, geschlossen werden. Vorhandene medizinische Daten aus dem Aufnahmebericht und dem Behandlungsverlauf sollen allen medizinischen und nichtmedizinischen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzliche Idee ist ein Vorhersagemodell, das auf Patienteninformationen und Routinedaten der Krankenkassen zurückgreift. So kann der poststationäre Behandlungsbedarf nach einem Krankenhausaufenthalt automatisch eingeschätzt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Damit unterstützt das Prognosemodell gezielt das Entlass- und Fallmanagement von Krankenhäusern und Krankenkassen. Start des Projekts ist im Frühjahr 2017. Der Innovationsausschuss des **Innovationsfonds** beim GBA fördert das Konzept, das gerade in der Startphase kostenintensiv ist, mit rund **748.000 Euro**. Erste Projektergebnisse wollen die Akteure bereits zur Jahresmitte 2018 vorlegen. Ist das Versorgungsforschungsprojekt erfolgreich, soll es in einem weiteren Schritt in ausgewählten Modellregionen in die Praxis umgesetzt werden.

- (kbv 8.12.16) – Digitale Vernetzung, elektronische Kommunikation, Telemedizin – mit dem E-Health-Gesetz soll die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter beschleunigt werden. Welche Neuerungen das Gesetz für Ärzte und Psychotherapeuten bringt, hat die **KBV** in ihrer **Broschüre „E-Health“** zusammengefasst. Sie liegt dem Deutschen Ärzteblatt bei. Das neue Serviceheft aus der Reihe PraxisWissen bietet auf 24 Seiten grundlegende Informationen zu Themen wie eArztbrief, Medikationsplan, Telekonsile und Videosprechstunden. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten Tipps zur Umsetzung, kurze Checklisten und Hinweise auf weitere Informationen und Unterstützungsangebote. Das Heft liegt seit Freitag dem Deutschen Ärzteblatt sowie der PP-Ausgabe für Psychotherapeuten bei.
- (facharzt.de 5.12.16) – Die **Landesärztekammer Baden-Württemberg kritisiert, dass die Politik telemedizinische Behandlung behindere**. Hintergrund ist eine Änderungen im Arzneimittelgesetz, wonach Arzneimittel online oder telefonisch nicht verordnet werden dürfen, wenn der Arzt den Patienten nicht kennt. Die Landesärztekammer hatte im Sommer grünes Licht für Modellprojekte gegeben, bei denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze laufen (der änd berichtete). Die entsprechende Änderung der Ärztlichen Berufsordnung ist in Baden-Württemberg inzwischen in Kraft getreten. Die jüngst vom Bundestag bestätigte Änderung des Arzneimittelgesetzes könnte diese Modellprojekte allerdings ins Leere laufen lassen, fürchtet Kammerpräsident Ulrich Clever.

Pharma & Apotheke

- (aerztezeitung.de 8.12.16) – Die alternde Bevölkerung in den Industriegesellschaften und der wachsende Wohlstand in den Schwellenländern: Dem **Pharmasektor** stellen Analysten mit schöner Regelmäßigkeit **stabile Wachstumsraten** in Aussicht. So auch in einem aktuellen **Report des internationalen Beratungsunternehmens Quintiles IMS** (zuvor IMS Health). Demzufolge wird sich nach den Boomjahren 2014 und 2015, die vor allem von dem durchschlagenden Markterfolg neuer Wirkstoffe gegen Hepatitis C und Krebs geprägt waren, das Branchenwachstum zwar abschwächen. Dennoch werden laut IMS die globalen Arzneimittelausgaben gegenüber dem voraussichtlichen 2016er-Wert bis 2021 um insgesamt mehr als 30% zulegen und dann zu Listenpreisen 1,5 Billionen Dollar erreichen. Mittelfristig bedeutet das jährliche Zuwachsraten zwischen vier und sieben Prozent. – Deutschland gesondert betrachtet, erwartet IMS ein eher unterdurchschnittliches Ausgabenwachstum von jährlich zwei bis fünf Prozent auf umgerechnet 46 Milliarden bis maximal 55 Mrd. Euro in 2021.
- (aerzteblatt.de 5.12.16) – Die Bundesregierung will dem Entwurf des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) zufolge den Krankenkassen künftig erlauben, **Rabattverträge für Zytostatika** mit den Herstellerfirmen abzuschließen. Der Pharmaverband **Pro Generika warnt** nun eindringlich vor diesem Schritt. Hintergrund der vorgesehenen Gesetzesänderung: Die Regierung plant – nach der Kritik von Apotheken und ärztlichen Berufsverbänden – den Krankenkassen zu verbieten, die Zytostatikaherstellung für Apotheken auszuschreiben. Apotheker und Ärzteverbände hatten vor massiven Auswirkungen auf die Patientenversorgung gewarnt, wenn nur noch wenige Apotheken Zytostatika herstellen dürfen. Dass es den Krankenkassen stattdessen nun ermöglicht werden soll, Rabattverträge für Zytostatika mit den Herstellerfirmen abzuschließen, lehnt Pro Generika ab. „Die Politik hat einfach das Schlachtfeld in das Lager der Pharmaindustrie verlegt“, kritisierte Wolfgang Späth, Vorstandsvorsitzender von Pro Generika, auf einer Veranstaltung des Verbandes am Donnerstag in Berlin.
- (abda 7.12.16) – Die **ABDA** hat am Mittwoch einstimmig eine **Resolution verabschiedet**, in der sie den den Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Gröhe und die Forderung des Bundesrates, den **Versandhandel mit Arzneimitteln auf den Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Produkte zu beschränken**, begrüsst. Allein diese Maßnahme stelle gegenwärtig die richtige und zeitnah wirksame gesetzgeberische Reak-

tion auf die nicht nachvollziehbare Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 19. Oktober 2016 dar. Wenn der Anwendung dieses Preisbindungssystems auf ausländische Versandanbieter nach der Auffassung des Europäischen Gerichtshofs die Warenverkehrsfreiheit entgegensteht, ist es mit Blick auf die Vorteile, die dieses System bietet, folgerichtig, den Versandhandel auf Produkte zu beschränken, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen und regelmäßig nicht Gegenstand des Leistungsanspruchs gegen die gesetzlichen Krankenkassen sind, zumal der europäische Gesetzgeber den Mitgliedstaaten diese Möglichkeit ausdrücklich eingeräumt hat und die überwiegende Zahl der Mitgliedstaaten davon auch Gebrauch macht.

- (facharzt.de 9.12.16) – Mit einer massiven **Unterschriften-Kampagne** will der Apothekerverband **ABDA** gegen angebliche Vergünstigungen für internationale Versandhändler mobilisieren. „Aktuelle Entscheidungen der EU machen es ausländischen Konzernen noch einfacher, sich an unserem Gesundheitssystem zu bereichern“, heißt es in einem Aufruf, der in den kommenden Tagen an die mehr als 20.000 Apotheken mit Unterschriftenblöcken verschickt werden soll. In dem der Nachrichtenagentur dpa vorliegenden Aufruf wird weiter beklagt: „Internationale Versandhändler wollen die Rosinen aus unserem System picken, ohne einen wesentlichen Beitrag für Sie, die Patienten, zu leisten. Dies gefährdet Ihre Apotheke vor Ort.“ Als Konsequenz drohe unter anderem die Einstellung der Nacht- und Feiertagsdienste in Notfällen. Beigelegt ist für Apothekenleiter eine Erläuterung, die auf den Auslöser der Kampagne in den Apotheken hinweist. Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) schränkt die Preisbindung für rezeptpflichtige Medikamente den grenzüberschreitenden freien Warenverkehr ein und verstößt damit gegen EU-Recht. Nach dem Urteil vom Oktober können künftig Versandapotheken mit Sitz im EU-Ausland zum Ärger der hier ansässigen Apotheken die deutsche Preisbindung unterlaufen.
- (abda 7.12.16) – **Friedemann Schmidt** (52) ist für **weitere vier Jahre als Präsident der ABDA** – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände bestätigt. Die Mitgliederversammlung wählte den Leipziger Apotheker, der auch Präsident der Sächsischen Landesapothekerkammer ist, am Mittwoch in Berlin. Er erhielt in geheimer Wahl 97% der Stimmen. Schmidt gehört dem ABDA-Vorstand bereits seit 2004 an und steht seit 2013 an der Spitze der Apotheker-Organisation. Zum **Vizepräsidenten** der ABDA wählte die Mitgliederversammlung **Mathias Arnold** (52), Vorsitzender des Apothekerverbands Sachsen-Anhalt e.V.. Arnold ist ebenfalls seit 2013 im Amt. Zur Vertreterin der angestellten Apothekerinnen und Apotheker wurde erstmals Cynthia Milz (51) aus Kulmbach gewählt. Sie folgt auf Karin Graf. Milz ist seit 2006 Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesapothekerkammer. Mit dieser Wahl ist die neue Führungsriege der Apothekerschaft komplett. Die Bundesapothekerkammer hat bereits am 23. November, der Deutsche Apothekerverband e.V. am 30. November gewählt. Die vierjährige Amtszeit beginnt bei allen drei Organisationen am 1. Januar 2017.

Rund ums Krankenhaus

- (facharzt.de 8.12.16) – Als „**patientenfeindlich**“ kritisiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (**DKG**) die am Mittwoch gefassten **Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der Notfallambulanzen**. Und ruft nun nach dem Gesetzgeber. KBV und Krankenkassen dagegen sind zufrieden. Der Gesetzgeber hatte die Selbstverwaltung mit der Krankenhausreform beauftragt, die Vergütungen für die Leistungen der Notfallambulanzen in den Krankenhäusern „aufwandsgerechter zu gestalten“. Ziel ist es, Patienten, die tagsüber Hilfe in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser suchen, an die niedergelassenen Ärzte weiterzuleiten – sollte sich kein unbedingter Behandlungsbedarf zeigen. „Was gestern in dem Schiedsgremium herausgekommen ist, wird diesem Auftrag in keinsten Weise gerecht“, ärgert sich DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum über die Entscheidung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Festlegung der EBM-Vergütungen für die Notfallambulanzen der Krankenhäuser.

- (bibliomed.de 8.12.16) – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (**DKG**) hat das aktuelle **Gutachten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** über **ambulante Notfallstrukturen scharf kritisiert**. Das zum KBV gehörende Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hatte darin die wissenschaftliche Validität der DKG-Berechnungen zur ambulanten Notfallversorgung angezweifelt, wonach Notfallpatienten den Kliniken eine Finanzierungslücke von rund einer Milliarde Euro bescheren. Das ZI bezeichnete die DKG-Zahlen Anfang der Woche als fragwürdig, was vor allem an einer zu kleinen Kalkulationsgrundlage liege. Daneben argumentierten die Autoren des ZI, in der Kostenrechnung der Krankenhäuser müsse ein Vergütungsanteil für ambulante Notfälle aus den Fallpauschalen hinzugerechnet werden, sodass die Kliniken eigentlich von erheblichen Einnahmen aus der Notfallversorgung profitierten. Das sehen die Kliniken anders. Die Einschätzung, dass in den Fallpauschalen für die stationären Leistungen Vergütungsanteile für ambulante Notfälle eingerechnet seien, zeuge von Unkenntnis, heißt es in einer Mitteilung der Krankenhausgesellschaft. Aus Sicht der DKG offenbare die Analyse, dass dem Gutachten der KBV wesentliche Kenntnisse der Vergütungssystematik der Krankenhäuser fehlen. Eine Verknüpfung der DRG-Fallpauschalen mit der Notfallversorgung wäre zudem rechtlich unzulässig, argumentiert die DKG.
- (aerztezeitung.de 9.12.16) – **Krankenhäuser**, die **nicht bereit** sind, sich **in Verbänden zusammenzuschließen**, haben **in Hessen künftig** gesundheitspolitisch **schlechte Karten**. Dieses Signal sendete Landesgesundheitsminister Stefan Grüttner (CDU) auf dem hessischen Krankenhaustag deutlich aus. "Wer nicht über ein CT und einen Schockraum verfügt, kann nicht ernsthaft behaupten, ein Notfallkrankenhaus zu sein", sagte Grüttner am Mittwoch in Hanau. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sehe das zwar anders, das wiederum könne er nicht verstehen. "Gehen Sie in Verbände und arbeiten Sie zusammen. Wer nicht gemeinsam arbeitet, wird einsam bleiben", sagte Grüttner. Es könne niemand glauben, dass ein einzelnes Krankenhaus es schaffen werde, alle künftigen Rahmenvorgaben zu erfüllen. Gemeint sind die zunächst zwölf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) Mitte Dezember veröffentlicht werden sollen. Liefern Kliniken schlechte Qualitätsergebnisse, kann das Land ihnen den Versorgungsauftrag für diesen Bereich entziehen.
- (facharzt.de 11.12.16) – Die **Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)** **warn**t vor einer **Pleitewelle**, die schon bald viele **Kinderkliniken** überrollen könnte. Grund sei unter anderem eine neue Qualitätsrichtlinie, die eine hohe Fachkraftquote für die Frühgeborenen-Versorgung vorschreibe. „Angesichts der derzeitigen Finanzierungslage ist die Umsetzung einer solchen Vorgabe vollkommen unrealistisch“, kritisiert DGKCH-Präsident Bernd Tillig. Nach Ansicht der DGKCH leiden Kinderkliniken besonders unter dem ökonomischen Druck, der mittlerweile in der Medizin herrsche. Schuld daran sei vor allem die vergleichsweise schlechte Abbildung der Leistungen im Krankenhaus-Finanzierungssystem DRG. Um die Deckungslücken zu schließen, würden Klinikleitungen überwiegend am Personal sparen. Tillig weist in diesem Zusammenhang auf eine bundesweite Umfrage des Verbandes Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen hin. Diese habe ergeben, dass 2015 rund 40% der Kinderkliniken ihre Bettenkapazität hätten reduzieren müssen – zu 95% wegen Personalmangels insbesondere in der Pflege.
- (bibliomed.de 6.12.16) – Durch Personalmangel und demografischen Wandel hat die Leistungsverdichtung in der operativen Medizin bedenkliche Ausmaße erreicht. „Darunter leiden Patienten, aber auch Mitarbeiter“, sagte der Präsident der **Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)**, Tim Pohlemann, am Dienstag in Berlin. Deshalb **fordert** der Chirurgenverband nun **mehr Zeit für die Patientenbetreuung am Krankenbett**. „Chirurgen brauchen mehr Freiheiten“, fordert der DGCH-Präsident. Sie müssten in Abläufe und Prozesse eingreifen und sie nach medizinischen Erfordernissen gestalten können. „Diese Voraussetzungen gilt es zu schaffen – im Zweifel mit weniger, dafür aber gut ausgestatteten Kliniken“, so Pohlemann. Pflege und Klinikärzte arbeiten derzeit am Limit, so die Argumentation der DGCH. Operationszeiten seien eng getaktet, alle 24 Stunden

finde aufgrund des Arbeitszeitgesetzes ein Schichtwechsel statt. Dazu kämen Dokumentationspflichten und Controlling-Vorgaben, die nicht zur Behandlungsqualität beitragen würden. Die Folge: Die Aufklärung des Patienten erfolgt laut DGCH zwar immer formal korrekt einen Tag vor dem Eingriff, häufig jedoch durch einen Arzt, der bei der Operation gar nicht anwesend ist. Damit fehle nicht selten Zeit für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, das in der Chirurgie von zentraler Bedeutung sei.

- (facharzt.de 10.12.16) – **Immer mehr niedersächsische Krankenhäuser beschäftigen** einen sogenannten **Patientenfürsprecher**. Inzwischen arbeiteten in mehr als 160 der landesweit 182 Einrichtungen Ehrenamtliche, die sich für die Belange der Patienten einsetzen, sagte der Patientenschutzbeauftragte des Landes, Peter Wüst. Sozialministerin Cornelia Rundt erklärte, Patientenfürsorger könnten Schwachstellen im Krankenhaus aufdecken. Rund die Hälfte der Fürsprecher traf sich jetzt zur ersten Fachtagung dieses neuen Segments. Die Patientenfürsprecher diskutierten bei ihrer Tagung in Hannover über mögliche Nachbesserungen bei der Ausbildung und bei der konkreten Arbeit sowie über den Sicherheitsaspekt ihrer Aufgaben. Vor allem Sozialministerin Rundt betonte den Sicherheitsaspekt, der bei den Patientenfürsorgern eine Rolle spiele: „Sie haben viele Möglichkeiten, Schwachstellen im Krankenhaus zu entdecken und gegenüber dem Träger Anregungen für Verbesserungen zu geben“, sagte sie. „Als ehrenamtliche und unabhängige Ansprechpersonen sind sie ein wichtiges Bindeglied.“

Verbände & Unternehmen

- (aerztezeitung.de 12.12.16) – Vor dem Hintergrund zunehmender Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit **Übergewicht und Adipositas** hat **diabetesDE verstärkte und konsequentere Prävention** gefordert – auch um dem Risiko von Diabetes vorzubeugen. "Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern sind in Deutschland ein ernstes Problem", warnt Professor Baptist Gallwitz, Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Nach Daten von KiGGS1 waren bereits im Zeitraum 2003 bis 2006 15% der drei- bis 17-Jährigen übergewichtig. Aktuellere Daten werden voraussichtlich erst 2017/18 verfügbar sein. Nach Expertenschätzungen könnte die Zahl der Kinder mit Übergewicht bis zum Jahr 2025 auf 1,8 Millionen steigen. Dr. Jens Kröger, Vorstandsvorsitzender von diabetesDE: "Ihnen droht im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko für chronische Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Leiden, Krebs, Gelenkverschleiß und psychische Probleme."
- (dptv/bvvp/vakjp 12.12.16) – Die Vorsitzenden von Deutscher Psychotherapeutenvereinigung (**DPtV**), Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (**bvvp**) und Vereinigung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (**VAKJP**) **begrüßen** die am vergangenen Freitag von der **KBV-Vertreterversammlung (KBV-VV)** verabschiedete **Satzung**. „Die neue Satzung stärkt die Rechte der Vertreterversammlung gegenüber dem Vorstand und fördert die Transparenz durch klare Berichts- und Kontrollpflichten. Die KBV-VV hat damit ein wichtiges Projekt dieser Amtsperiode erfolgreich zum Abschluss gebracht“, äußert Barbara Lubisch, Bundesvorsitzende der DPtV. In der neuen Satzung werden auch die Rechte der Psychotherapeuten gestärkt. So werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den meisten Ausschüssen der KBV künftig mit einem Sitz vertreten sein. Außerdem wurde ein Vorstandsbeauftragter für die Angelegenheiten der beiden Berufsgruppen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Satzung verankert. Nach der Satzung der KBV ist es auch möglich, dass ein Psychotherapeut in den Vorstand gewählt wird; die von den Vertretern der Psychotherapeuten erwünschte Garantie dafür gibt es aber nicht.
- (facharzt.de 5.12.16) – **Kritik an den Betreuungsstrukturverträgen einiger KVen** mit den Krankenkassen übt der Chef des Hausärzterverbands **Ulrich Weigeldt**. Die Verträge, in die die Kassen „jedes Jahr hunderte Mio. Euro“ investierten, trügen nichts zur Patientenversorgung bei. „Wir als Deutscher Hausärzterverband haben seit längerer Zeit immer

wieder vor diesen Verträgen, die zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen geschlossen werden, gewarnt“, schreibt Weigeldt in einem aktuellen Rundschreiben an seine Mitglieder. Mit Betreuungsstrukturverträgen versuchen die Krankenkassen die Kodierungen so zu optimieren, dass sie höhere Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) erhalten.

- (aerzteblatt.de 7.12.16) – **Alle Kliniken** in Deutschland, in denen Ärzte Gelenkprothesen einsetzen, sollten sich am **Endoprothesenregister** Deutschlands (EPRD) beteiligen. Das fordert die **Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik** (AE), eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Rund 400.000 künstliche Gelenke setzen Operateure jährlich in Deutschland in Hüfte und Knie ein. Für die Patienten bedeutet dies weniger Schmerz und mehr Mobilität. Aber eine flächendeckende Qualitätssicherung ist entscheidend, um die Qualität in der Endoprothetik zu erhalten und stetig zu verbessern. „Hier setzen wir insbesondere auf Register wie das Endoprothesenregister Deutschlands (EPRD), die die Standzeit und mittelfristig auch die Funktion der implantierten Prothesen vergleichen und es uns somit erlauben, die beste Implantatwahl für jeden Patienten zu realisieren“, erläutert der Präsident der AE, Carsten Perka.
- (facharzt.de 7.12.16) – **Bürokratische Pflichtaufgaben rauben Ärzten die Zeit für ihre Patienten**. Acht von zehn Klinikärzten fordern deshalb eine Entlastung im Bürokratie-Alltag. Die Niedergelassenen belastet vor allem der Druck der Krankenkassen, wie eine Umfrage ergab. 84% der niedergelassenen Ärzte sind überzeugt, dass das Gesundheitssystem an einem Übermaß an Bürokratie krankt. Bei den Klinikärzten glauben das immerhin noch 77%. Das sind Ergebnisse einer **Umfrage des Marktforschungsinstituts DocCheck** im Auftrag des Klinikkonzerns Asklepios, unter jeweils 100 Klinik- und Praxisärzten. Dass mehr Geld für medizinisches Personal und für Pflegekräfte gut wäre, meinen 83% der befragten Niedergelassenen. An dritter Stelle wünschen sich die Praxisärzte laut Umfrage eine Reduzierung des Drucks durch die Kostenträger.
- (aerztezeitung.de 7.12.16) – **Patientenvertretungen fordern mehr Unterstützung für Ärzte**, die ihre **Praxen barrierefrei gestalten** wollen. Insbesondere finanzielle Hilfe wird vermisst. "Ärzte, die offen für Patienten mit Behinderung sind, werden von Politik und Krankenkassen allein gelassen", stellt Kerstin Hagemann vom Hamburger Verein Patienten-Initiative fest. So werden nach ihrer Beobachtung nötige Praxisumbauten für eine Barrierefreiheit nicht refinanziert. Außerdem vermisst sie eine bessere Vergütung der aufwändigen und zeitintensiven Behandlung von Menschen mit Behinderungen für die Ärzte. Derzeit erfassen die Patienten-Initiative und die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS Hamburg), wie gut die Arztpraxen in der Hansestadt für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind.
- (gpb 11.12.16) – Trotz der anhaltenden Diskussionen über Ärztemangel oder Krankenhausschließungen ist nach Befragungen des **Instituts für Demoskopie Allensbach** eine große Mehrheit von **82% der Deutschen mit der Gesundheitsversorgung zufrieden**. 61% halten das System für gut, weitere 21% sogar für sehr gut. Seit 2008 ist Allensbach zufolge die Zufriedenheit der Bevölkerung kontinuierlich gestiegen.

Nachrichten aus der Pflege

- (facharzt.de 11.12.16) – **Pflegeheim-Bewohner** haben in der Regel häufig Besuch vom Hausarzt. Der Kontakt zu anderen Facharztgruppen ist da schon seltener. Versorgungswissenschaftler von der Universität Bremen haben jetzt in einer Studie herausgefunden, dass in Pflegeheimen **besonders die augen- und zahnärztliche Versorgung zu kurz kommt**. Für ihre Querschnittstudie zur haus- und fachärztlichen Versorgung von Pflegeheim-Bewohnern haben die Versorgungsforscher Guido Schmiemann von der Universität Bremen und seine Kollegen anonymisierte Daten zu Bewohnern von Pflegeheimen in und um Bremen ausgewertet. Die Ergebnisse stellen sie in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ vor. Erhoben wurden die Daten vor Ort durch Pflegekräfte. Erfasst

wurde nach Angaben der Autoren, „ob die Bewohner in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Kontakt zu den entsprechenden Arztgruppen hatten“. Erfasst wurde allerdings nur eine begrenzte Zahl von Arztgruppen; es fehlen etwa Gynäkologen und Hals-Nasen-Ohrenärzte. Bei den Analysen berücksichtigt wurden Alter, Geschlecht und Pflegestufe sowie bei Bedarf auch das Vorliegen einer Demenz bzw. weiterer Begleiterkrankungen.

- (bibliomed.de 6.12.16) – Die gesellschaftliche und wirtschaftliche **Bedeutung von Arbeit in der Altenpflege steigt**, gleichzeitig bleiben jedoch die **Entgelte niedrig** und driften zudem noch zwischen den Regionen auseinander. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle **Untersuchung des Instituts Arbeit und Technik (IAT)** der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Es gebe Regionen, in denen das Entgeltniveau der Pflege nicht nur deutlich unter den mittleren Löhnen aller Berufe in Deutschland liege, sondern auch unter den durchschnittlichen Einkommen in der Altenpflege selbst. Das gelte etwa für Niedersachsen, Bremen, Schleswig-Holstein oder Berlin, wie einer Mitteilung des IAT von Montag zu entnehmen ist. Zudem gebe es Regionen wie Baden-Württemberg mit einer sehr vielfältigen und kleinteiligen Tariflandschaft. Dort dominiere der „tarifpolitische Häuserkampf“ mit relativ niedrigen Pflegesätzen, erheblichem Preisdruck unter den Anbietern bei einem im interregionalen Vergleich niedrigen Tarifniveau. Einige Pflegeregionen drohten deshalb tarifpolitisch abgehängt zu werden. Verhindert werden könne das etwa mit trägerübergreifenden Tarifarrangements, wie sie bereits in Niedersachsen oder Bremen zu finden seien. Das helfe auch, Personal zu gewinnen und zu binden.
- (tk 5.12.16) – Einerseits sind die Angehörigen der über 2,6 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland noch immer der größte "Pflegedienst" - andererseits gibt es, trotz stetig steigender Anzahl von Betroffenen, **noch immer viele Menschen, die keinerlei persönliche Erfahrungen mit Pflegebedürftigen** haben. Das ergab eine aktuelle **Forsage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK)**. Während jeder Fünfte angab in den vergangenen fünf Jahren selbst eine Person im eigenen Haushalt gepflegt zu haben und knapp zwei Drittel immerhin jemanden kennen, der pflegt oder Pflege braucht, sind 30% der Befragten überhaupt nicht mit dem Thema Pflege in Berührung gekommen. Diese Ferne hat Folgen: Dieses knappe Drittel ist in Sachen eigener Vorsorge unterdurchschnittlich gut aufgestellt - fast die Hälfte von ihnen (47%) hat noch nichts getan, um zusätzlich zur gesetzlichen Pflegeversicherung vorzusorgen. Im Bevölkerungsdurchschnitt sagten das nur 37%. Mit dem Alter steigt der Anteil derer, die Vermögen, Immobilien oder andere Geldanlagen besitzen. Unter den 18- bis 39-Jährigen ist der Anteil derer, die noch nichts getan haben, mit 61% besonders hoch - gleichzeitig hat aber immerhin bereits fast jeder Fünfte (18%) aus dieser Gruppe eine zusätzliche private Pflegeversicherung abgeschlossen.

Aus- und Weiterbildung

- (lärkpf/gpb 9.12.16) – Bei der Gestaltung des Medizinstudiums besteht Handlungsbedarf. Darin sind sich die drei **Landesärztekammern im Saarland, in Hessen und in Rheinland-Pfalz** einig. Der derzeit diskutierte „**Masterplan Medizinstudium 2020**“ **braucht daher Ergänzungen und Nachbesserungen**. Die Gesundheitsministerkonferenz hat in diesem Sommer einige Eckpunkte hierfür benannt. Diese Eckpunkte müssen nach Ansicht der drei Südwest-Ärztekammern ergänzt werden. Denn der Ärztemangel in Deutschland werde sich zunehmend verschärfen. Allein in den Krankenhäusern werden nach einer Prognose der Unternehmensberatung Roland Berger bis zum Jahr 2030 etwa 111.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen. Aber auch im niedergelassenen Bereich werden in den nächsten Jahren Haus- und Fachärzte/-ärztinnen fehlen. Hinzu komme, dass die prekäre Finanzlage vieler Krankenhäuser nicht nur die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen für das Personal erschwere, sondern auch die Ausbildung der Studierenden und die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte. Durch die im „Masterplan Medizinstudium 2020“ zudem vorgesehene stärkere Praxisorientierung im Studium brau-

chen insbesondere die Medizinischen Fakultäten, Universitätskliniken und akademischen Lehrkrankenhäuser mehr Ressourcen: Die personellen, räumlichen und organisatorischen Bedingungen eines qualitativvollen Medizinstudiums müssen vorgehalten sein, fordern die Ärztekammer-Präsidenten. Des Weiteren müsse Ziel des Auswahlverfahrens für Medizinstudierende grundsätzlich die Aufdeckung echter Talente und Befähigungen zum Arztberuf sein.

- (aerzteblatt.de 8.12.16) – Das **Universitätsklinikum Jena (UKJ)** unterstützt **drei Forschungsprojekte seiner Ärztinnen und Wissenschaftlerinnen** mit jeweils jährlich 100.000 Euro für zwei bis drei Jahre. „Mit den Habilitationsstipendien, die künftig jährlich ausgeschrieben werden sollen, fördern wir die Frauen sowohl in der Grundlagen- als auch in der klinischen Forschung. Dass die ausgewählten Themen unseren Altersschwerpunkt stärken, freut uns besonders“, sagte Otto Witte, Direktor der Klinik für Neurologie und Vorsitzender des interdisziplinären Zentrums für klinische Forschung. Die drei Forscherinnen und jungen Mütter untersuchen mit ihren Arbeitsgruppen den Abbau von Gewebe durch Alterung oder Krankheit, den Einfluss eines Enzyms auf Funktionsfähigkeit und Alterung von Zellen sowie – vor zahnmedizinischem Hintergrund – die Auswirkungen von Fettleibigkeit auf den Knochenstoffwechsel. Statistiken zeigen, dass der Anteil von Frauen in Forschung und Lehre nach der Promotion deutlich abnimmt. Das Förderprogramm des UKJ soll den Karriereachteil von Frauen aufgrund von Familiengründungen ausgleichen.
- (aerztezeitung.de 8.12.16) – Die **bayerische Landesärztekammer begrüßt** die Einrichtung einer **Medizinischen Fakultät an der Universität Augsburg**. Damit steige die Zahl der Medizinstudienplätze bundesweit um über zehn Prozent, sagte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Max Kaplan. Nach der Gründung der Fakultät am vergangenen Freitag sprach sich Kaplan dafür aus, die **Zulassung** zum Medizinstudium **nicht länger alleine vom Abiturnotenschnitt abhängig zu machen**. Es müssten vielmehr Kriterien wie soziales Engagement, eine einschlägige berufliche Vorbildung oder Auswahlgespräche bei der Studienplatzvergabe berücksichtigt werden, forderte er. Der Präsident der Landesärztekammer sprach sich dafür aus, die Errichtung des neuen Medizin-Campus in Augsburg dürfe nicht zu Lasten der bestehenden Fakultäten im Freistaat gehen. Bayern müsse zusätzliche Mittel für allgemeinmedizinische Lehrstühle bereitstellen. Schwerpunkte der neuen Medizin-Fakultät sind Umweltmedizin und Medizininformatik. Mit Erlangen, Würzburg, Regensburg und den beiden Münchner Unis gibt es bislang fünf Orte, an denen in Bayern Medizin studiert werden kann. In Augsburg sollen sich zum Wintersemester 2019/2020 die ersten 80 Medizin-Studenten einschreiben.
- (aerztezeitung.de 7.12.16) – Der **Landärztemangel beschäftigt auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd)**. Deshalb hatten die Studenten ihren diesjährigen Bundeskongress am vergangenen Wochenende in Freiburg unter das "Motto Stadt, Land, Flucht?" gestellt. Mehr als 450 Teilnehmer waren aus ganz Deutschland angereist und diskutierten lebhaft über die Abwanderung der Bevölkerung aus ländlichen Gegenden in die Städte. Und natürlich stritten die Studenten auch über mögliche Lösungen für den daraus resultierenden Ärztemangel auf dem Land. Dabei wurde die von den Studierenden kritisch gesehene Landarztquote genauso angesprochen wie Medizinische Versorgungszentren und die Möglichkeiten einer engeren Verknüpfung von Krankenhäusern und ambulanter Versorgung. "Konsens war, dass eine Landarztquote das Problem nicht lösen kann, auch wenn die Politik das behauptet und große Teile der Bevölkerung diese begrüßen würden", sagt bvmd-Sprecherin Solveig Mosthaf.

Termine

- 15. Dezember (Berlin) **Konferenz: EuGH kippt Rx-Preisbindung**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/eugh-kippt-rx-preisbindung/>
- 17. Januar (Berlin) **Konferenz: Qualität im Krankenhaus**
<http://www.zeno24.de/veranstaltung/qualitaet-im-krankenhaus-2-2/>

- 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./](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./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>
- 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/>
- 28./29. April (Dresden) **5. Interprofessioneller Gesundheitskongress**
<http://www.gesundheitskongresse.de/dresden/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