

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

05/17

 @AOK_Politik



SONDERGUTACHTEN ZUM KRANKENKASSEN-FINANZAUSGLEICH	
■ KRANKHEITSAUSWAHL IM MORBI-RSA AUF DEM PRÜFSTEIN	2
KINDERWERBUNG FÜR UNGESUNDE LEBENSMITTEL IM NETZ	
■ STETER VERSTOSS GEGEN SELBSTGEWÄHLTE AUFLAGEN	4
AMS-GRAFIK: BEITRAGSRÜCKSTÄNDE IN DER GKV	
■ ES WIRD EINFACH NICHT WENIGER	6
AMS-NACHGEFRAGT: RECHTSANWÄLTIN NORA JUNGHANS	
■ WIE MANAGT DIE AOK EIGENTLICH BEHANDLUNGSFEHLER?	7
AMS-EU-TICKER	
■ BEKÄMPFUNG VON ANTIBIOTIKA-RESISTENZEN	8
AMS-ZITAT: PROF. DR. HARTWIG BAUER	
■ „ES BESTEHT KEIN ZWEIFEL, DASS IN DER CHIRURGIE ...“	10
ZAHL DES MONATS	
■ 378.607 ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ...	11
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	12
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	13
KURZMELDUNGEN	19

Sondergutachten zum Krankenkassen-Finanzausgleich

Krankheitsauswahl im Morbi-RSA auf dem Prüfstein

18.05.17 (ams). Jedes Jahr überprüft der Wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamts (BVA) die Auswahl der 80 Krankheiten, die zur Berechnung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) berücksichtigt werden. In diesem Jahr wurde die Überprüfung ausgesetzt – aus einem wichtigen Grund: Das Bundesgesundheitsministerium hat den Wissenschaftlichen Beirat beauftragt, die Wirkung des Finanzausgleichs eigens in einem Sondergutachten zu würdigen. Dabei soll auch untersucht werden, ob die Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten aufgehoben werden kann. Eine Forderung, die die AOK-Gemeinschaft in ihrem aktuellen Positionspapier aufgestellt hat.

Demnach sollten alle der rund 360 Krankheiten für den GKV-Finanzausgleich herangezogen werden. „Nach den derzeit vorliegenden Erkenntnissen aus dem Gutachten zur Einführung des Morbi-RSA sowie aus den Ergebnissen des Evaluationsberichts aus dem Jahr 2011 führt die vollständige Berücksichtigung aller Krankheiten im Morbi-RSA zu einer Erhöhung der Zielgenauigkeit und damit zu einer Reduzierung der Anreize zur Risikoselektion“, heißt es in dem Positionspapier für eine systematische Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, formuliert von allen elf AOKs und dem AOK-Bundesverband im Oktober 2016. Alle Krankheiten einzubeziehen, ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nur gerecht, da für alle Versicherten im Morbi-RSA die gleichen Bedingungen gelten müssen – unabhängig davon, an welcher Krankheit sie leiden. Gleichzeitig, so ein weiteres Argument der AOK, sinke der analytische und administrative Aufwand, der mit der regelmäßigen Überprüfung der Auswahl einhergehe. Und schließlich sei davon auszugehen, dass durch den Wegfall der Begrenzung auf 80 Krankheiten auch die Unterscheidung in vermeintlich lukrative und nicht lukrative Diagnosen entfalle.

Mathematische Details mit weitreichenden Folgen

Seit dem 20. Februar 2017 tagt nun der Wissenschaftliche Beirat des BVA – für das Sondergutachten extra um zwei zusätzliche Experten erweitert – und analysiert und diskutiert die Effekte des Morbi-RSA in Bezug auf Risikoselektions- und Wirtschaftlichkeitsanreize. Am 30. Mai liegt die konstituierende Sitzung genau 100 Tage zurück. Bis zum 30. September 2017 hat der Beirat Zeit, das Gutachten vorzulegen.

In diesem Kontext haben unlängst verschiedene Krankenkassen, darunter die Techniker Krankenkasse (TK), altbekannte Vorschläge zur Krankheitsaus-

wahl reaktiviert. Obwohl auch die TK den Morbi-RSA inzwischen für notwendig hält und von ihrer ehemals klaren Ablehnungshaltung abgerückt ist, schlägt sie jetzt vor, die Methodik zur Krankheitsauswahl so zu ändern, dass nur noch wenige teure, aber insgesamt seltene Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen – und zwar zu Lasten häufiger Krankheiten. Aus AOK-Sicht würde damit die GKV-Finanzierung insgesamt bedeutend ungerechter: Der Morbi-RSA würde viel weniger Menschen einbeziehen, weshalb Anreize zur Risikoselektion zu Lasten vieler chronisch Kranker wieder deutlich zunehmen würden. Für Timm Paulus, RSA-Experte des AOK-Bundesverbandes, steckt ein Kalkül dahinter: „Anstatt dies offen auszusprechen, versteckt man sich hinter dem technischen Begriff der ‚logarithmischen Prävalenzgewichtung‘. Damit signalisiert man den Versicherten, dass nur ein technisches Detail am Morbi-RSA geändert wird. Die tatsächlichen Folgen für die Refinanzierung von chronisch kranken Menschen werden dagegen verschwiegen!“

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, nennt die Forderungen der TK deshalb inkonsistent. „Wer sich zum unstrittigen Ziel des RSA bekennt, Anreize zur Risikoselektion zu minimieren und Impulse zur Versorgung von kranken Menschen zu setzen, kann nicht allen Ernstes gleichzeitig fordern, chronische Erkrankungen nicht mehr zu berücksichtigen.“ In der Konsequenz bedeuteten die Vorschläge der TK einen Rückbau des Morbi-RSA.

Das Positionspapier der elf AOKs und des AOK-Bundesverbandes im Dossier:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Strukturausgleich



**Informationen zum BVA, zum Wissenschaftlichen Beirat
und zum Sondergutachten:**
www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich
> Wissenschaftlicher Beirat



Gefährliche Kinderwerbung im Internet für ungesunde Lebensmittel

Steter Verstoß gegen selbstgewählte Auflagen

18.05.17 (ams). Mehr als drei von fünf Internetauftritten für Lebensmittel beinhalten spezielle Elemente, mit denen Minderjährige gezielt zum Konsum animiert werden sollen. Die Universität Hamburg hat im Auftrag des AOK-Bundesverbandes 301 solcher Webseiten untersucht. Meist handelt es sich um Produkte mit zu hohem Zucker-, Salz- oder Fettgehalt, die das Risiko einer kindlichen Adipositas stark erhöhen. „Damit wir dieses Problem in den Griff bekommen, brauchen wir vor allem im Onlinebereich und imTV ein Kindermarketingverbot für Lebensmittel“, fordert AOK-Präventionsexperte Dr. Kai Kolpatzik.

Die Marketingmethoden der Lebensmittelindustrie werden auch auf dem Deutschen Zuckerreduktionsgipfel diskutiert, den der AOK-Bundesverband erstmalig am 28. Juni in Berlin veranstaltet. Zwischen acht und 22 Mal täglich kommen Kinder laut der Hochrechnung der Universität Hamburg mit Online-Werbeaktivitäten von Lebensmittelherstellern in Kontakt. Auffällig dabei: Unter den 301 untersuchten Internetauftritten rangieren besonders viele Unternehmen, die sich auf Ebene der Europäischen Union freiwillig dazu verpflichtet haben, auf das Kindermarketing ganz zu verzichten.

Typisch für Kindermarketing ist der Einsatz von Prominenten, Comics sowie Onlinespielen. „Vor allem im Bereich der sozialen Medien haben die Lockrufe von Süßwarenherstellern und ähnlichen Anbietern deutlich zugenommen“, warnt Dr. Tobias Effertz, Studienleiter und Privatdozent an der Universität Hamburg. „Damit werden Kinder immer häufiger und drastischer von Werbung für ungesunde Lebensmittel angesprochen, ohne dass deren Eltern dies wirksam verhindern können.“

Facebook und Co. fester Bestandteil der Strategie

Kindermarketing findet insbesondere in sozialen Medien eine zusätzliche Spielwiese. Das „Liken“ und Teilen solcher Beiträge sorgt laut Effertz dafür, dass sich Kinder anders als bei der Fernsehwerbung inhaltlich aktiver mit der Werbung beschäftigen. Die Unternehmen profitieren im Gegenzug von einem besonders starken Multiplikatoreffekt von Facebook und Co. „Die direkte Empfehlung und Weitergabe von Online-Inhalten durch Freunde erzeugt im Regelfall eine besonders hohe Glaubwürdigkeit“, erklärt Effertz.

Die Studie zeigt auch, dass viele Unternehmen Kinder und Eltern täuschen. So sind es vor allem Produzenten von für Kinder ungeeigneten Lebensmitteln, die ihrem Produkt einen Gesundheitsnutzen suggerieren. „Die mobile Welt zeigt in diesem Fall besonders deutlich ihre Schattenseite“, kritisiert Kolpatzik.

„Junge Menschen sind heutzutage überall und jederzeit erreichbar und damit ein Stück weit der Industrie und ihren Tricks ausgeliefert. Es ist ärgerlich, wenn wir als AOK in Schulen und Kindergärten über gesunde Ernährung aufklären, und dieses Engagement gleichzeitig von der profitorientierten Lebensmittelindustrie durch aggressive Marketingstrategien konterkariert wird.“

(rbr)

Die Hamburger Studie zum Download:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Beitragsschulden in der GKV: Es wird einfach nicht weniger



Quelle: GKV-Monatsberichte an den Gesundheitsfonds; Grafik: AOK-Mediendienst

Seit 2011 haben sich die Beitragsrückstände in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fast verfünffacht. Auch der gesetzliche Schuldenschnitt Ende 2013 brachte nicht den gewünschten Effekt. Seitdem haben sich die Beitragsschulden noch einmal mehr als verdoppelt. Der AOK-Bundesverband führt das vor allem auf die geltenden Regelungen zur Versicherungspflicht zurück und drängt unter anderem auf eine umfassende Neuregelung der sogenannten obligatorischen Anschlussversicherung, damit die Beitragsrückstände nicht aus dem Ruder laufen. Die geplanten Änderungen im Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen beschränken sich aktuell nur auf Saisonarbeitskräfte.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

ams-nachgefragt: Nora Junghans, AOK-Bundesverband

Wie managt die AOK eigentlich Behandlungsfehler, Frau Junghans?

18.05.17 (ams). „Die AOK bietet ihren Versicherten ein professionelles Behandlungsfehlermanagement. Spezialisierte und erfahrene Mitarbeiter der AOK-Serviceteams helfen vertraulich dabei, einen Verdacht auf mögliche Behandlungs- oder Pflegefehler zu klären. Am Anfang der individuellen Beratung steht in der Regel ein Gespräch, bei dem der Patient seinen Fall schildert. Erhärtet sich der Verdacht auf einen Fehler, kann die AOK auf Wunsch des Versicherten die Behandlungsunterlagen einholen und eine Stellungnahme veranlassen. Dazu müssen die Betroffenen grundsätzlich eine Schweigepflicht-Entbindungserklärung und eine Herausgabegenehmigung erteilen. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine medizinische Maßnahme gegen medizinisch wissenschaftliche Standards verstößt und die gebotene Sorgfalt vermissen lässt. Dann wird geprüft, ob der Schaden, den der Patient erlitten hat, durch den Fehler kausal, also unmittelbar, verursacht worden ist. Aufträge der AOK zur medizinischen Prüfung der Behandlungsabläufe gehen überwiegend an den MDK, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Die AOK-Experten prüfen die medizinischen Bewertungen und geben ihren Versicherten Hinweise zu möglichen weiteren Handlungsoptionen. Zudem unterstützt die AOK ihre Versicherten auch dabei, Schadensersatzansprüche geltend zu machen, etwa oft mit ergänzenden medizinischen Stellungnahmen bei Verhandlungen mit Haftpflichtversicherungen oder im Rechtsstreit. Anwalts- und Prozesskosten kann die AOK jedoch nicht übernehmen. Gesetzlich Versicherten entstehen durch die medizinische Begutachtung grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten.

Mehr als 4.700 Aufträge für fachliche Stellungnahmen erteilen die Serviceteams jährlich bundesweit, um den Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler zu prüfen. Über 14.000 AOK-Versicherte nehmen die kompetente Beratung des Behandlungsfehler-Managements jedes Jahr in Anspruch. In zirka einem Viertel der Fälle bestätigte der MDK Behandlungs- oder Pflegefehler bei AOK-Versicherten. Seit Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes 2013 sollen die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen, die aus Behandlungs- und Pflegefehlern entstanden sind. Die AOK hat ihr Behandlungsfehlermanagement bereits im Jahr 2000 freiwillig in allen Bundesländern etabliert.“

(Interview: rbr)

Weitere Informationen zur ambulanten Versorgung:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Patientenrechte bzw. Patientensicherheit



Rechtsanwältin Nora Junghans begleitet im AOK-Bundesverband das bundesweite Behandlungsfehler-Management der AOK.



ams-EU-Ticker

Umweltstandard zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen

18.05.17 (ams). Die Umweltverträglichkeit der Arzneimittelproduktion sollte nach Ansicht des AOK-Europaexperten Evert Jan van Lente auch fester Bestandteil der Risikobewertung von Pharmaproduktionsstätten in Indien und China werden. „Bei den sogenannten ‚Good-Manufacturing-Practice-Prüfungen‘ (GMP) spielen Umweltgesichtspunkte bisher keine Rolle. Aber auf die Umweltprüfungen der regionalen Autoritäten vor Ort kann man sich nicht verlassen“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel vor dem Hintergrund von Medienberichten über Gesundheitsgefahren durch multiresistente Bakterien im Abwasser von Antibiotikaherstellern in Indien.

Unabhängig davon hat die EU-Kommission am 28. April eine sogenannte Konsultation zum Thema „Arzneimittel in der Umwelt“ begonnen. Über das öffentliche Beteiligungsverfahren will die Kommission ausloten, welche Maßnahmen jetzt getroffen werden sollten. Hierbei stehen allerdings Umweltrisiken in Europa im Vordergrund.

„Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat schon jetzt die Möglichkeit, bei der Marktzulassung innerhalb der Europäischen Union einen Nachweis über Umweltrisiken zu verlangen“, erläutert van Lente. Der Beleg des „Environmental Risk Assessment“ (ERA) werde allerdings nicht konsequent verlangt. Leider habe es auf EU-Ebene bisher auch keine Mehrheit für eine entsprechende Erweiterung der Risikobewertung von Pharmaproduktionsstätten in Indien und China gegeben. „Das Beteiligungsverfahren und der daran anschließende Beratungsprozess bieten einen guten Ansatz, das gravierende Problem der Antibiotikaresistenzen anzugehen und internationale Umweltstandards zu definieren“, betont AOK-Experte van Lente.

Infos zum Konsultationsprozess der EU-Kommission:
www.ec.europa.eu > Law > Share your views > Initiatives



Bauplan für die „Soziale Säule“ der EU

18.05.17 (ams). Die EU-Kommission hat ihre Pläne für eine Stärkung sozialer Belange und eine Angleichung der Lebens- und Arbeitsbedingungen vorgestellt. Sie beziehen sich zunächst auf den Euroraum, andere Mitgliedsstaaten können sich aber anschließen. Die nationale Hoheit im Bereich der Sozialsysteme soll nicht angetastet werden. Das Paket der EU-Kommission beinhaltet 20 Prinzipien für eine „Soziale Säule“ der EU. Sie beziehen sich auf die Bereiche „Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt“, „Faire Arbeitsbedingungen“

und „Soziale Sicherung und Inklusion“. Im Bereich des Gesundheitswesens geht es um das Recht auf gesunde Arbeitsplätze und adäquate soziale Sicherung, rechtzeitigen Zugang zu bezahlbaren Gesundheitsleistungen und das Recht auf Pflegeleistungen. In ihrer Stellungnahme begrüßt die Bundesregierung die EU-Initiative. Deutschland stellt jedoch die Formulierung individueller Rechte in Frage, da es diese auf EU-Ebene bislang nicht gebe. Eine EU-Verordnung oder EU-Richtlinie für den Aufbau einer sozialen Säule schließt die Bundesregierung aus. Sie hält eine Empfehlung mit Zielformulierungen für angemessen.

Infos zur europäischen Säule sozialer Rechte:
www.ec.europa.eu > Prioritäten



„Schnelle Arzneimittelzulassung kann Patienten gefährden“

18.05.17 (ams). Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) will bestimmte Medikamente schneller zulassen. Dazu soll zunächst eine schmale Studienbasis ausreichen, die später um „reale Versorgungsdaten“ ergänzt wird. Im Interview mit dem AOK-Forum „Gesundheit+Gesellschaft“ (G+G) hat der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Prof. Jürgen Windeler, diesen Weg kritisiert: „Je früher man ein Medikament zulässt, desto weniger weiß man über dessen Nutzen oder möglichen Schaden. Das führt zu mehr Unsicherheit und kann Patienten gefährden.“ Es gebe bereits ausreichende Möglichkeiten, damit Medikamente in besonderen Situationen für Patienten schneller verfügbar seien.

Das G+G-Interview mit Prof. Dr. Jürgen Windeler:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > G+G 04/17



Aufwendige Umsetzung der EU-Datenschutzverordnung

18.05.17 (ams). Ab Mai 2018 gilt die neue EU-Datenschutzgrundverordnung. Bis dahin müssen die Mitgliedstaaten die Vorgaben in nationales Recht übernehmen. Das betrifft auch die Datenschutzregelungen im deutschen Sozialversicherungsrecht. Die EU-Verordnung sieht insbesondere neue Dokumentationspflichten bei der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten vor. Zudem gibt es Vorgaben zur Risikofolgenabschätzung. Für die Anpassung der Sozialgesetzbücher V (gesetzliche Krankenversicherung) und XI (Soziale Pflegeversicherung) wird es zeitlich eng: Das Bundesgesundheitsministerium beginnt jetzt erst mit den Vorbereitungen. Den neuen gesetzlichen Rahmen kann deshalb erst der neue Bundestag 2018 verabschieden.

(toro)

ams-Zitat: Prof. Dr. Hartwig Bauer

„Es besteht kein Zweifel, dass in einem Fach wie der Chirurgie ...

18.05.17 (ams) ... handwerkliche Geschicklichkeit mit dem hier besonders relevanten ‚Übung-macht-den-Meister-Prinzip‘ gefragt ist. Die nötige Lernkurve ist allerdings nicht im Rahmen von Richtzahlen während der Weiterbildung zu erreichen. Deshalb ist eine häufig vorgeschobene Argumentation, auf eine Leistungserbringung auch unterhalb der Mindestmengen könne aus Weiterbildungsgründen nicht verzichtet werden, nicht zu akzeptieren. In dem Bemühen, die Qualität chirurgischer Arbeit quantitativ zu messen, wurde das sogenannte eingriffsspezifische Volumen definiert. Es wird kalkuliert als Quotient aus der Anzahl der von einem Chirurgen vorgenommenen definierten Eingriffe und der Zahl aller seiner Operationen. Der Spezialisierungsgrad im Sinne des eingriffsspezifischen Volumens schwankt bei verschiedenen Indikatoroperationen zum Teil erheblich. Das Sterberisiko wird durch die Spezialisierung stärker gesenkt als durch das Operationsvolumen des Chirurgen. Die Erfahrung des Chirurgen zeigt sich in kürzeren Operationszeiten und geringeren Komplikationsraten. [...] Mindestfallzahlen, Spezialisierung und Zentralisierung tragen dazu bei, die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität sicherzustellen beziehungsweise zu erhöhen. Die Festlegung von Mindestmengen bleibt dabei ein normativer Akt, der sich nicht nur an Referenzwerten aus der externen Qualitätssicherung, sondern auch an einer dadurch ausgelösten und gewollten Versorgungssteuerung zu orientieren hat. Was im Sinne einer effektiven Versorgungssteuerung fehlt, ist die Vorgabe eines Ordnungsrahmens durch die gemeinsame Selbstverwaltung für die Strukturierung derartiger Zentren und ihre Zertifizierung, der strikter als bisher zu kontrollieren und auch zu sanktionieren ist.“

Prof. Dr. Hartwig Bauer, ehemaliger Generalsekretär
der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie,
bei der Präsentation des Krankenhaus-Reports 2017

**Das vollständige Statement sowie
weitere Einzelheiten zum Krankenhaus-Report
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen**



Hinweis:

Am 31. Mai 2017 diskutieren auf der Veranstaltung „AOK im Dialog“ Experten aus Politik und Medizin über die Notwendigkeit von Mindestmengen bei planbaren Operationen.

Zahl des Monats

378.607 Ärztinnen und Ärzte ...

18.05.17 (ams) ... und damit 7.305 mehr als 2015 waren laut Bundesärztekammer (BÄK) am 31. Dezember 2016 in Deutschland berufstätig. Das entspricht einem Plus von 2,1 Prozent. Vor 20 Jahren waren es fast 100.000 Ärzte weniger. Damals, 1996, waren 279.335 Ärzte hierzulande berufstätig. Das bedeutet in diesem Zeitraum einen Anstieg um mehr als 35 Prozent.

Ähnlich deutlich und kontinuierlich verlief der Zuwachs bei den niedergelassenen Medizinerinnen. Hier lag das Plus in den vergangenen beiden Jahrzehnten bei etwas über 27 Prozent auf 151.989 am Ende des Jahres 2016. Vor 20 Jahren waren es lediglich 119.560. Am Jahresende 2015 waren es 150.106, macht für 2016 ein Plus von 1,25 Prozent.

Ebenfalls kontinuierlich, allerdings erst seit 1997, steigt die Zahl der Krankenhausärzte: von 134.637 auf jetzt 194.401. Im Laufe des vergangenen Jahres betrug der Anstieg 4.779 und damit überdurchschnittliche 2,5 Prozent.

Hinzu kommen 32.217 Mediziner, die bei Behörden, Körperschaften und in sonstigen Bereichen beschäftigt sind.

Nach wie vor steigt auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte. Er liegt aktuell bei jetzt 46,5 Prozent. Im Jahr 1991 lag der Frauenanteil noch bei einem knappen Drittel.

Seit 2005 steigt der Anteil der berufstätigen Ärzte unter 35 Jahren wieder stetig. Aktuell liegt er bei 18,8 Prozent. Vor elf Jahren waren es noch 15,6 Prozent. Bei Werten von fast 27 Prozent wie 1993 liegt der Anteil der Jüngeren jedoch noch nicht wieder.

Weitere Infos unter:
www.bundesaerztekammer.de > Über uns > Ärztestatistik



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Brustkrebs: DMP nimmt Nachsorge stärker in den Blick

Der GBA hat das Disease-Management-Programm (DMP) „Brustkrebs“ überarbeitet. Das strukturierte Behandlungsprogramm setzt einen neuen Schwerpunkt bei der Nachsorge. Bei der Behandlung von Brustkrebs-Patientinnen sollen künftig Neben- und Folgewirkungen der Therapien stärker berücksichtigt werden. Ziel des DMPs ist es vor allem auch, über Jahre weiterlaufende Behandlungen zu unterstützen. Als Beispiel nennt der GBA die lang andauernde Behandlung mit Antiöstrogenen. Diese werden nach Operationen, Strahlentherapie und Chemotherapie oft über Jahre verabreicht. Der Einsatz von Antiöstrogenen ist für die Betroffenen jedoch belastend und kann Folgeerkrankungen wie Osteoporose – den sogenannten Knochenschwund – zur Folge haben. Da die Krebserkrankung auch nach einem längeren Zeitraum wieder auftreten kann, hat der Ausschuss mit der Novellierung zudem die Teilnahme an dem DMP auf bis zu zehn Jahre verlängert.

Broschüre: Wie Patientendaten die Qualität sichern

Der GBA hat eine „Patienteninformation zur Datenerhebung bei postoperativen Wundinfektionen“ erarbeitet. Diese soll Ärzten und Kliniken helfen, ihre Patienten besser über die Weitergabe von Patientendaten im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu informieren. Im Rahmen dieses Qualitätssicherungsverfahrens werden seit Anfang 2017 alle Wundinfektionen erfasst, die nach bestimmten Eingriffen stationär behandelt werden – unabhängig davon, ob die Operation in einem Krankenhaus, einer Praxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum durchgeführt wurde. Um den Dokumentationsaufwand gering zu halten, wird dabei auf bereits routinemäßig erhobene Abrechnungsdaten zurückgegriffen. Die patientenbezogenen Angaben werden vor der Weiterverarbeitung von einer unabhängigen Vertrauensstelle pseudonymisiert. Das macht es einerseits möglich, dass die Identität der Patienten nicht mehr zu den Daten zugeordnet werden kann. Gleichzeitig können Infektionen nach einer OP auch über einen längeren Zeitraum festgestellt werden. Die Patienteninformation steht auf der Seite des GBA zum Download bereit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Weitere Informationen zur Arbeit des
Gemeinsamen Bundesausschusses:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die gesundheits- und sozialpolitische Agenda lichtet sich zum Ende der Legislaturperiode. Teils, weil Gesetzesvorhaben angesichts der sich abzeichnenden Bundestagswahlen noch zügig zum Abschluss gebracht wurden. Teils, weil aus dem gleichen Grund Union und SPD sich nicht mehr haben einigen können. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten noch laufenden, gerade verabschiedeten und wohl gescheiterten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 17. Mai 2017). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und Änderung anderer Vorschriften

Mit dem Gesetz wird das Genehmigungsverfahren des Arzneimittelgesetzes (AMG) für Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) überarbeitet. Die Definition der „nicht routinemäßigen Herstellung“ wird aufgrund der bisherigen Erfahrungen angepasst. Die Bundesregierung hat den Kabinettsentwurf am 15. Februar 2017 verabschiedet. Außerdem ist vorgesehen, das Deutsche Hämo-philiereregister rechtlich im Transfusionsgesetz (TFG) und in der Transfusionsgesetz-Meldeverordnung zu verankern. Die Bundesregierung hat das Gesetz wie die meisten gesundheitspolitischen Projekte von vorneherein als „Artikel- oder Mantelgesetz“ angelegt, umgangssprachlich auch „Omnibusgesetz“ genannt. Inzwischen sind auf diesem Wege zahlreiche, teils fachfremde Änderungsanträge eingegangen. Darin geht es unter anderem um Klagen gegen Beanstandungen von Beschlüssen des Bewertungsausschusses und Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, Stichprobenprüfungen der Qualitätssicherungsdokumentation von und Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den MDK, die obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer, die Einführung einer Frist für das Vergabeverfahren, den Zeitplan und die Informationspflicht sowie um das Entlassmanagement nach einem Krankenhausaufenthalt.

Darüber hinaus sind verschiedene redaktionelle und technische Änderungen im AMG, im Transplantationsgesetz und in der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung vorgenommen worden. Im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) wird der Zeitpunkt, bis zu dem die erstmalige Überprüfung der fallbezogenen Krebsregisterpauschale durch den GKV-Spitzenverband spätestens zu erfolgen hat, auf Ende des Jahres 2019 verschoben. Damit soll dem Stand des Aufbaus der klinischen Krebsregister in den Ländern Rechnung getragen werden. Im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden technische Anpassungen sowie

Änderungen der Regelungen zu den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung vorgenommen. Die Träger der Sozialhilfe erhalten die Möglichkeit, ergänzende Vereinbarungen zu den Regelungen auf Landesebene für die Zusammenarbeit der örtlichen Beratungsstellen von Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe herbeizuführen. Die Antragsteller der Modellvorhaben können darauf verzichten, die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung in eigenen Beratungsstellen zu übernehmen. In diesem Fall verbleibt die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung bei den Pflegekassen.

Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 15. Februar 2017
- Erster Durchgang Bundesrat: 31. März 2017
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: 26. April 2017
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 2./3. Juni 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 7. Juli 2017
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

Der Gesetzentwurf:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 159/17



Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Ausbildungsreform)

In das seit Sommer 2016 stockende Gesetzgebungsverfahren ist Bewegung gekommen. Die Große Koalition hat sich hinsichtlich einer Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen auf einen Kompromiss geeinigt. Demnach soll künftig in allen Pflegeschulen die Ausbildung mit einer zweijährigen generalistischen Pflegeausbildung beginnen. Nach zwei Jahren sollen die Auszubildenden die generalistische Ausbildung fortsetzen oder den bisherigen Abschluss als Altenpfleger oder Kinderkrankenpfleger wählen können. In der generalistischen Ausbildung soll es eine Vertiefung in der Alten- und Kinderkrankenpflege geben. Einen Einzelabschluss in der Krankenpflege soll es künftig nicht mehr geben.

Der Bundesrat hatte am 10. Februar 2017 in einer von den Ländern Bremen, Hamburg und Niedersachsen eingebrachten Entschließung Bundesregierung und Bundestag aufgefordert, das Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Pflegeausbildung zum Abschluss zu bringen. Es gebe „für die Sicherung einer qualitativen Pflegeversorgung und der damit verbundenen notwendigen Pflegeberufereform dringenden Handlungsbedarf“. Seit der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages Ende Mai 2016 hatte das Gesetzgebungsverfahren auf Eis gelegen.

Die Reform der Pflegeberufe hatten CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag von 2013 vereinbart; entsprechende Pläne gibt es bereits seit 2003. Das Ziel ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen generalistischen

Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderpflege. Die Reform soll dazu beitragen, den Pflegeberuf aufzuwerten und dem Pflegekräftemangel abzuwehren. Die künftige Berufsbezeichnung soll „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ lauten. Die Ausbildung soll in Vollzeit drei Jahre dauern und aus theoretischem und praktischem Unterricht an Pflegeschulen sowie einer praktischen Ausbildung bestehen. Der praktische Teil soll für alle Auszubildenden in den Einsatzbereichen der allgemeinen Akut- und Langzeitpflege (ambulant und stationär) sowie in der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung erfolgen.

Mit dem Pflegeberufegesetz soll zudem die einheitliche Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung geregelt werden. Für die Auszubildenden soll die Ausbildung kostenlos sein und über Ausbildungsfonds auf Landesebene erfolgen. In diese Fonds sollen die Länder, die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegeversicherung einzahlen. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen können ihre Beiträge über Ausbildungszuschläge beziehungsweise über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen refinanzieren. Das bundesweite Umlageverfahren soll Wettbewerbsnachteile für ausbildende Betriebe im Vergleich zu nichtausbildenden Einrichtungen vermeiden. Neben der beruflichen Pflegeausbildung an Pflegeschulen sieht der Gesetzentwurf die Einführung eines generalistisch ausgerichteten, primärqualifizierenden Pflegestudiums an Hochschulen vor. In Kraft treten soll das Gesetz zum 1. Januar 2018. Dazu müssten einzelne, zur Vorbereitung der Umstellung nötige Regelungen bereits 2017 greifen.

Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 13. Januar 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 26. Februar 2016
- Erste Lesung Bundestag: 18. März 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: offen
- Zweiter Durchgang Bundesrat: offen
- Geplantes Inkrafttreten: 1. Januar 2018 (Einzelregelungen bereits 2017)

Der Gesetzentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/7823

Entschließungsantrag des Bundesrats:

www.bundesrat.de > Dokumente > Drucksache 755/16



Medizinprodukte (EU-Verordnung)

Das Europa-Parlament hat am 5. April 2017 die EU-Medizinprodukteverordnung verabschiedet. Sie löst nach einer Übergangsfrist von drei Jahren zwei EU-Richtlinien aus den 1990er-Jahren ab. Die neue Verordnung regelt einen Markt mit europaweit rund 25.000 Herstellern und einer Produktpalette von der Mullbinde bis zum Herzkatheter. Für In-vitro-Diagnostika gilt eine gesonderte Verordnung mit einer Übergangsfrist von fünf Jahren. Die Verordnung ist im Grundsatz geltendes Recht in allen EU-Staaten, kann aber in Teilen von den Mitgliedsländern ergänzt werden. Der AOK-Bundesverband hat sich deshalb für weitere Verbesserungen im Bereich Patientenschutz ausgesprochen. Die neuen Zulassungsregeln für Medizinprodukte sollen verhindern, dass sich Skandale wie die um minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke wiederholen. Die Verordnung verpflichtet Hersteller von Hochrisiko-Medizinprodukten wie zum Beispiel Defibrillatoren erstmals zu aussagekräftigen klinischen Studien. Neben Sicherheit und Leistungsfähigkeit geht es dabei auch um den zweckdienlichen Nutzen. Wichtige Studienergebnisse müssen veröffentlicht werden. Die Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten verbleibt aber auch nach der neuen EU-Verordnung bei privatwirtschaftlichen Organisationen – sogenannten Benannten Stellen. Dazu gehören in Deutschland der TÜV oder die DEKRA. Sie können die Hersteller nun auch unangekündigt überprüfen und müssen sich jährlich selbst der Kontrolle durch nationale Behörden stellen. Geht es um neuartige Hochrisikoprodukte oder gibt es Hinweise auf Risiken, kann eine von der EU gebildete Experten-Gruppe an der Zulassung beteiligt werden. Dem Gremium bleiben aber nur 60 Tage Zeit für die Bewertung, und ihr Urteil ist nicht verbindlich.

In einer europaweiten Datenbank sollen künftig die Identifizierungsnummern von Medizinprodukten gespeichert, um bei einer schadhaften Serie alle Betroffenen informieren zu können. Eine obligatorische Haftpflichtversicherung für die Hersteller von Medizinprodukten sieht die neue Verordnung nicht vor. Die Unternehmen müssen lediglich „angemessene Rücklagen“ für den Fall von Haftungsansprüchen durch fehlerhafte Produkte bilden.

Die neue Medizinprodukteverordnung in der vom Rat verabschiedeten Fassung:
www.consilium.europa.eu > Dokumente und Publikationen

Pressemitteilung des Europa-Parlaments:
www.europarl.europa.eu > Aktuelles > Pressemitteilung
> Medizinprodukte: Mehr Sicherheit, bessere Rückverfolgbarkeit

Das Dossier „Medizinprodukte“:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossier > Medizinprodukte



Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat bereits 2014 einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) regelt (Bundesrats-Drucksache 126/14). Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Krankenhäuser wollen die Ausbildung aber nicht mehr finanzieren. Angesichts zunehmend anspruchsvoller Medizintechnik und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrats aufgenommen (Bundestags-Drucksache 18/1581), ihn aber bislang noch nicht beraten.

Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer wollen den Rettungsdienst auf neue gesetzliche Grundlagen stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden (Bundesrats-Drucksache 69/14). Dies soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Das ist bisher nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Kassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht auf die Tagesordnung gesetzt (Bundestags-Drucksache 18/1289).

Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten

Union und SPD haben sich auf der Sitzung des Koalitionsausschusses am 29. März 2017 nicht auf einen gemeinsamen Gesetzentwurf für ein Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland einigen können. Das Vorhaben wird somit nicht mehr in der laufenden Legislaturperiode umgesetzt werden.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte am 12. Dezember 2016 den Referentenentwurf für ein Gesetz zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Ressortabstimmung vorgelegt. Zwischenzeitlich gab es einen zweiten Referentenentwurf, der das Gesetzesvorhaben etwas anders begründet, jedoch nicht inhaltlich verändert. Mit dem Plan, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu verbieten, reagiert der Minister auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Dieser hatte am 19. Oktober 2016 entschieden, dass die deutsche

Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Wettbewerbsrecht verstößt. Die Apothekerlobby hatte daraufhin energisch protestiert und das Verbot gefordert.

Im konkreten Fall, den der EuGH zu entscheiden hatte, ging es allerdings nicht um den Onlinehandel an sich, sondern um Vergünstigungen, die die „Deutsche Parkinson Vereinigung“ für ihre Mitglieder mit der niederländischen Versandapotheke DocMorris ausgehandelt hatte. Der EuGH hat die Preisnachlässe für rechters erklärt. Da EU-Recht Vorrang hat, würde demnach das deutsche Arzneimittelpreisrecht nicht für Versandapotheken gelten, die ihren Sitz in anderen EU-Ländern haben. Für die in Deutschland ansässigen Versandapotheken würden dagegen weiter die deutschen Vorschriften mit der Bindung an den Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten.

Ziel des Gesetzes ist laut Bundesgesundheitsministerium, „die bestehende Struktur der flächendeckenden, wohnortnahen und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln auch weiterhin zu gewährleisten“. Gleichzeitig will Gröhe sicherstellen, „dass die Steuerungsfunktion der sozialversicherungsrechtlichen Zuzahlungsregelungen nicht durch den mit Boni verbundenen Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus anderen Staaten unterlaufen wird“. Deutschland, so Gröhe, schließe sich damit 21 Mitgliedstaaten der EU an, in denen der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Humanarzneimitteln verboten ist.

Kurzmeldungen

WIdO warnt vor unangemessenem Antibiotika-Einsatz

18.05.17 (ams). Hochwirksame Antibiotika kommen nicht selten auch schon bei Bagatellerkrankungen zum Einsatz. Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) unterzieht insbesondere die Gruppe der Fluorchinolone seit 2017 einer neuen Risikobewertung. „Angesichts der möglichen schwerwiegenden und langandauernden Nebenwirkungen sollten diese Reserveantibiotika nur nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden“, rät Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Die Daten des WIdO zeigen, dass Fluorchinolone 2015 von allen Antibiotika am vierthäufigsten verordnet wurden.

Weitere Daten zum Antibiotika-Einsatz: www.wido.de > Aktuelles



„PharMaAnalyst“: Arzneimittel im schnellen Überblick

18.05.17 (ams). Ab sofort bietet das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) einen neuen Service. Der frei zugängliche „PharMaAnalyst“ ermöglicht die passgenaue Auswertung aller Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Damit stehen die 3.000 verordnungs- und umsatzstärksten Arzneimittel des Jahres für individuelle Analysen zur Verfügung. Valide Aussagen über Mengen und Kosten von rund 95 Prozent aller Arzneimittel-Verordnungen für die etwa 71 Millionen GKV-Versicherten sind damit möglich. Eingepflegt sind die Daten für 2015. Die Website wird sukzessive ergänzt.

Der PharMaAnalyst: <http://arzneimittel.wido.de/PharMaAnalyst/>



G+G will's wissen – Die Umfrage vor der Bundestagswahl

18.05.17 (ams). Das AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) fragt seine Leser, wer die beeindruckendste gesundheitspolitische Persönlichkeit der auslaufenden Legislaturperiode ist, welche Partei mit Blick auf die Gesundheitspolitik am meisten enttäuscht hat und wie sie wichtige gesundheitspolitische Projekte bewerten.

Der Umfragebogen zum Download: www.kompart.de



Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

