

AOK-Medienservice

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

Politik

03/17

 @AOK_Politik



MONOPOLKOMMISSION ZUM MORBI-RSA	
■ PLÄDOYER FÜR MEHR WETTBEWERB	2
STELLUNGNAHME ZUM VERBOT DES ARZNEIVERSANDHANDELS	
■ SPIELRÄUME ERWEITERN – SOLIDARGEMEINSCHAFT STÄRKEN	4
KRANKENHAUS-REPORT 2017	
■ STRENGERE MINDESTMENGENSTANDARDS NÖTIG	6
AMS-GRAFIK 1: KRANKENHAUS-REPORT 2017	
■ STERBERISIKO IN KLINIKEN OHNE MINDESTMENGEN	8
AMS-NACHGEFRAGT: DR. SABINE RICHARD	
■ WAS BLEIBT VON DER ARZNEIMITTELREFORM?	9
AMS-GRAFIK 2: GKV-FINANZERGEBNISSE	
■ AUSGABEN LAUFEN DEM WIRTSCHAFTSWACHSTUM DAVON	10
ZAHL DES MONATS	
■ FÜR 53 PROZENT DER ÜBER 50-JÄHRIGEN ...	11
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	12
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	13
KURZMELDUNGEN	23

Gutachten der Monopolkommission

Plädoyer für mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

13.03.17 (ams). Die Monopolkommission hat ihr 75. Sondergutachten vorgestellt. Titel: „Stand und Perspektiven im deutschen Krankenversicherungssystem“. Darin sprechen sich die Experten dafür aus, den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder zu intensivieren und die Gestaltungsoptionen der Krankenkassen zu erweitern. Zustimmung kommt vom AOK-Bundesverband. Im neuen Gutachten heißt es auf Seite 4 unter anderem: „Zwar ist auf dem Versicherungsmarkt durch den Zusatzbeitrag ein klarer Wettbewerbsparameter vorhanden. Dem Wettbewerb um den Zusatzbeitrag stehen jedoch noch keine ausreichenden Wettbewerbsparameter bei der Leistungsqualität gegenüber.“

Solche Differenzierungsmerkmale könnten, so die Wettbewerbsexperten weiter, durch eine wettbewerbliche Ausgestaltung des Leistungsmarktes geschaffen werden. Allgemein sollten die Kassen vor diesem Hintergrund mehr Freiheiten erhalten, um Qualitätsparameter individuell umzusetzen.

Auch geht die Kommission unter Ziffer 81 auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ein. Sie macht dabei unter anderem deutlich, dass die Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten und die Diskussion um mehr Prävention im RSA nicht miteinander vermischt werden dürfen: „Ungeeignet erscheint die Forderung, solche Krankheiten, für die besonders wirksame Sekundärpräventionsmaßnahmen erfolgen können, vom Morbi-RSA auszunehmen. Eine solche Maßnahme würde sofort auch eine systematische Unterdeckung für Versicherte mit diesen Krankheiten hervorrufen.“ Von solchen Maßnahmen rät die Kommission grundsätzlich ab, da sie praktisch die Situation vor der Einführung des Morbi-RSA wieder herstellten. Auch in Bezug auf die Schummelvorwürfe zum RSA spricht das Gutachten auf Seite 35 eine deutliche Sprache: „... eine Vermischung der Manipulationsproblematik (sollte) mit generellen Fragen der Ausgestaltung des Morbi-RSA zunächst vermieden werden“, so die Gutachter.

Litsch: „RSA kann nicht alle Defizite kompensieren“

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, begrüßt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Morbi-RSA. „Das Gutachten unterstreicht, dass der RSA die unabdingbare Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung ist und Abstriche an dessen zentraler Zielstellung, nämlich Risikoselektion zu vermeiden, nicht akzeptabel sind.“ Unabhängig davon, ob man bei den einzelnen Punkten mit der Kommission jeweils übereinstimme oder nicht – auch die

Komplexität der GKV-Wettbewerbsordnung mache schon deutlich, dass es keineswegs allein Aufgabe des RSA sein könne, für faire Wettbewerbsbedingungen zu sorgen. Natürlich müsse der RSA dazu einen wesentlichen Beitrag leisten, nämlich durch die Simulation risikoäquivalenter Beiträge und somit einer hohen Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Versichertenebene. „Aber Defizite bei anderen Elementen der GKV-Wettbewerbsordnung, etwa der unzureichenden Vertragsmöglichkeiten für Krankenkassen, kann der RSA nicht kompensieren.“ Entsprechend konstatieren auch die Gutachter auf Seite 4: „Neben dem RSA sollte sich das wettbewerbspolitische Augenmerk in der GKV auf die Ausgestaltung der qualitativen Wettbewerbsparameter richten. Im Mittelpunkt steht hierbei vor allem das zentrale Ziel, den Leistungsmarkt wettbewerbslich auszugestalten.“

Pünktlich zu den Koalitionsverhandlungen

Der Vorsitzende der Monopolkommission, Professor Achim Wambach, wird sich in den nächsten Monaten weiterhin intensiv mit dem Morbi-RSA beschäftigen. Er ist als neues Mitglied für den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim BVA berufen worden. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit soll der Wissenschaftliche Beirat unter Vorsitz des Gesundheitsökonomen Prof. Dr. Jürgen Wasem in einem Sondergutachten die Wirkungen des RSA überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des RSA empirisch abschätzen.

Konkret geht es dabei unter anderem um die Auswahl der berücksichtigten Krankheiten, die Einführung eines Risikopools, die Berücksichtigung einzelner Morbiditätskriterien, etwa die Gruppe der Erwerbsminderungsrentner etc. „Dabei ist es sehr zu begrüßen, dass sich die RSA-Experten auch die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Reformvorschlägen anschauen sollen.“ so Litsch. Die Themen aus dem Sondergutachten der Monopolkommission finden sich beim Wissenschaftlichen Beirat in den Untersuchungsblöcken „Manipulationsresistenz“ und „Präventionsanreize im RSA“ wieder. Ende September und damit pünktlich zu den anstehenden Koalitionsverhandlungen soll das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats vorliegen.

Die Funktionsweise und die Historie des Morbi-RSA im Dossier:
www.aok.bv.de > Hintergrund > Dossier
> Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Das Positionspapier der AOKs und des AOK-Bundesverbandes zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 21.10.2016

BVA und der Morbi-RSA:
www.bundesversicherungsamt.de > Risikostrukturausgleich



Stellungnahme zum Arzneimittel-Versandhandel

Spielräume erweitern – Solidargemeinschaft stärken

13.03.17 (ams). Ohne Notwendigkeit und hinreichender Beleglage beabsichtigt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mit einem Verbot des Versandhandels verschreibungspflichtiger Arzneimittel bestehende und etablierte Versorgungswege für Versicherte abzuschaffen. Der AOK-Bundesverband setzt anstelle eines Verbots auf eine differenziertere Maßnahmenpalette. „Mildere Mittel, wie die Beibehaltung des Versandhandels und eine Umstellung der Arzneimittel-Preisverordnung (AMPreisV) auf Höchstpreise, welche auch inländischen Versandapotheken Preisspielräume eröffnen würde, werden dagegen als inadäquat verworfen. Dieser Auffassung können wir uns nicht anschließen“, heißt es in einer ersten Bewertung des Referentenentwurfs aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Das Ministerium rechtfertigt sein Vorhaben mit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln, welches vor dem Hintergrund sinkender Apothekenzahlen besonders eilbedürftig sei. Hierzu hatte Minister Gröhe am 12. Dezember 2016 einen ersten Referentenentwurf vorgelegt. Ziel des Gesetzes sei, die bestehende Struktur der flächendeckenden, wohnortnahen und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln auch weiterhin zu gewährleisten. Die längerfristige Perspektive zeigt allerdings, dass sich die Zahl der Apotheken nach eigenen Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) seit 25 Jahren relativ konstant um 20.000 bewegt.

20.249 Apotheken in Deutschland weist die offizielle ABDA-Statistik für 2015 aus. Das sind sogar knapp 1,8 Prozent mehr als noch 1990. Damals, kurz nach der Wiedervereinigung, gab es lediglich 19.898 Apotheken in Deutschland. Gleichzeitig wuchs die Zahl der Beschäftigten in Apotheken laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes allein in den zehn Jahren zwischen 2005 und 2015 um mehr als zehn Prozent von knapp 146.000 auf über 161.000.

Apotheker-Präsident: „Wir schießen aus allen Rohren“

Die Apothekenlobby zeigt sich dennoch von Beginn an unnachgiebig. Bereits unmittelbar nach der Urteilsverkündung des Europäischen Gerichtshofs zum Versandhandel mit rezeptpflichtigen Medikamenten hatte der ABDA-Präsident die harte Linie unmissverständlich vorgegeben: „Wir werden aus allen Rohren schießen“, hatte Friedemann Schmidt im Oktober verkündet. Die Straßburger Richter hatten da gerade die Preisbindung für den grenzüberschreitenden Versandhandel aufgehoben. Das erlaubt Versandapotheken Bonuszahlungen an deutsche Patienten, um deren Kosten für Zuzahlungen zu verringern. Der

Präsident der Bundesapothekerkammer, Dr. Andreas Kiefer, legte unlängst am Rande eines internationalen Fortbildungskongresses nach: „Die Infrastruktur der Apotheken ist – im Gegensatz zum individuell benötigten Arzneimittel – ein öffentliches Gut. Niemand kann von der Nutzung öffentlicher Güter ausgegrenzt werden.“

Litsch: „Versandhandelsverbot passt nicht in unsere Zeit“

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, wünscht sich von den Apothekern eine offenere Haltung zum Wandel: „Der Versandhandel ist Realität. Ein Verbot passt einfach nicht in unsere Zeit.“ Die AOK-Gemeinschaft schlägt deshalb vor, nicht nur den Versandhandel zu erhalten und die AMPPreisV für den in- und ausländischen Versandhandel auf Höchstpreise unter Beibehaltung eines einheitlichen Herstellerabgabepreises und des Herstellerabschlags umzustellen. Darüber hinaus plädiert die AOK für die Möglichkeit von Direktverträgen mit Versandapotheken analog zu den Verträgen mit Krankenhausapotheken, die das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) bereits in Paragraf 129a vorsieht.

Bis zum 15. März sind die Fachverbände aufgefordert, eine ausführliche Stellungnahme zum Referentenentwurf abzugeben. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages wird für Mai 2017 erwartet.

(rbr)

**Weitere Informationen zum Themenkomplex „Arzneimittel im Dossier:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel**



Krankenhaus-Report 2017

Patientenschutz erfordert strengere Mindestmengenstandards

13.03.17 (ams). Viele Kliniken in Deutschland halten sich bei Operationen selbst da nicht an Mindestvorgaben, wo sie gesetzlich vorgeschrieben sind. Das haben Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) im Zuge des Krankenhaus-Reports 2017 ergeben. So führten 2014 rund 700 Krankenhäuser etwa 12.000 Bauchspeicheldrüsenoperationen durch. Aber knapp die Hälfte der Häuser erreichte nicht einmal die Mindestmenge von zehn. Bei den Eingriffen an der Speiseröhre waren es fast drei Viertel aller Kliniken. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, fordert Konsequenzen. „Wir brauchen Transparenz darüber, welche Kliniken die Mindestmengen nicht einhalten. Per Gesetz sind diese Leistungen von den Krankenkassen dann auch nicht zu bezahlen.“

Wissenschaftliche Studien zeigen immer wieder aufs Neue, dass in vielen Leistungsbereichen der stationären Versorgung ein positiver Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Ergebnis der Versorgung für den Patienten besteht. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden die Möglichkeiten der Festlegung von Mindestmengen zwar gestärkt. Martin Litsch wünscht sich jedoch mehr Entschlossenheit: „Bei der Umsetzung dieses Weges brauchen wir deutlich mehr Mut und Willen aller Beteiligten.“

Für die AOK ist das aktiver Patientenschutz. Sie setzt sich seit langem dafür ein, die Mindestmengenregelungen in der stationären Versorgung auszuweiten. Neben dem Hüftgelenkersatz sind dies beispielsweise Schilddrüsen- und Brustkrebsoperationen oder auch die Geburtshilfe. Bislang gibt es nur für sieben komplexe Leistungsbereiche gesetzliche Regelungen, darunter Nierentransplantationen, Knieendoprothesen-Operationen sowie die Versorgung von Frühchen.

Übung macht den Meister

Die Zahlen sprechen wie so oft die deutlichste Sprache. 134.000 AOK-Patienten erhielten in den Jahren 2012 bis 2014 in 1.064 Krankenhäusern bei Arthrose ein neues Hüftgelenk. In einem Fünftel der Kliniken fanden maximal 38 Operationen pro Jahr statt. Das Risiko für eine erneute Hüftoperation binnen Jahresfrist war für Patienten dieser Häuser mehr als doppelt so hoch wie für die Patienten, die in dem Fünftel der Kliniken mit den höchsten Fallzahlen operiert wurden. In solchen Zentren waren es 211 oder mehr planbare Hüft-OPs.

„Übung macht den Meister“, lautet die alte Binsenweisheit des Handwerks. Sie gilt für den ärztlichen Beruf im Allgemeinen genauso wie für den Chirurgen

im Besonderen. „Den positiven Zusammenhang zwischen Behandlungshäufigkeit und -ergebnis gibt es nicht nur auf Klinikebene, sondern auch bei der Spezialisierung des Chirurgen selbst. Seine Erfahrung zeigt sich in kürzeren Operationszeiten und damit geringeren Komplikationsraten“, weiß Prof. Dr. Hartwig Bauer. Wichtig seien außerdem die Einhaltung von Leitlinien und die Organisationsstruktur des Krankenhauses. Das Fazit des ehemaligen Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, lautet deshalb: „Wir wissen längst, was zu tun ist, nur müssen wir auch tun, was wir wissen“,

In Deutschland fehlt ein umfassendes Konzept

Die Mindestmengenregelungen kennen heute noch sehr viele Ausnahmen. Beispielsweise, dass Kleinstversorger ihre Leistungen weiterhin anbieten können, obwohl sie die Mindestmengen nicht einhalten. „Ob ein Haus mit Kleinstmengen im Einzelfall gute oder schlechte Arbeit geleistet hat, ist statistisch nicht bewertbar. Sie weiterhin gewähren zu lassen, gefährdet die Versorgung der Patienten“, sagt Jürgen Klauber, Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Krankenhaus-Reports. Mindestmengen müssten die Messlatte für alle Kliniken sein, so wie das auch bei Geschwindigkeitsbeschränkungen im Straßenverkehr der Fall sei. Temporäre Ausnahmeregelungen seien nur gerechtfertigt, wenn gute strukturelle Gründe vorliegen, beispielsweise gerade eine neue Einheit mit einem neuen Chefarzt aufgebaut wird.

Das Argument, Mindestmengenregelungen gefährdeten insbesondere in ländlichen oder dünnbesiedelten Regionen die Versorgung, lässt Hartwig Bauer nicht gelten. Es fehle in Deutschland vielmehr ein umfassendes Konzept zur Planung hochspezialisierter medizinischer Eingriffe wie etwa in der Schweiz. „Eine Verschlechterung der Erreichbarkeit der Krankenhäuser ist für planbare Eingriffe, und nur um diese geht es, vernachlässigbar. Dafür tragen Mindestfallzahlen, Spezialisierung und Zentralisierung dazu bei, die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität sicherzustellen oder gar zu erhöhen.“

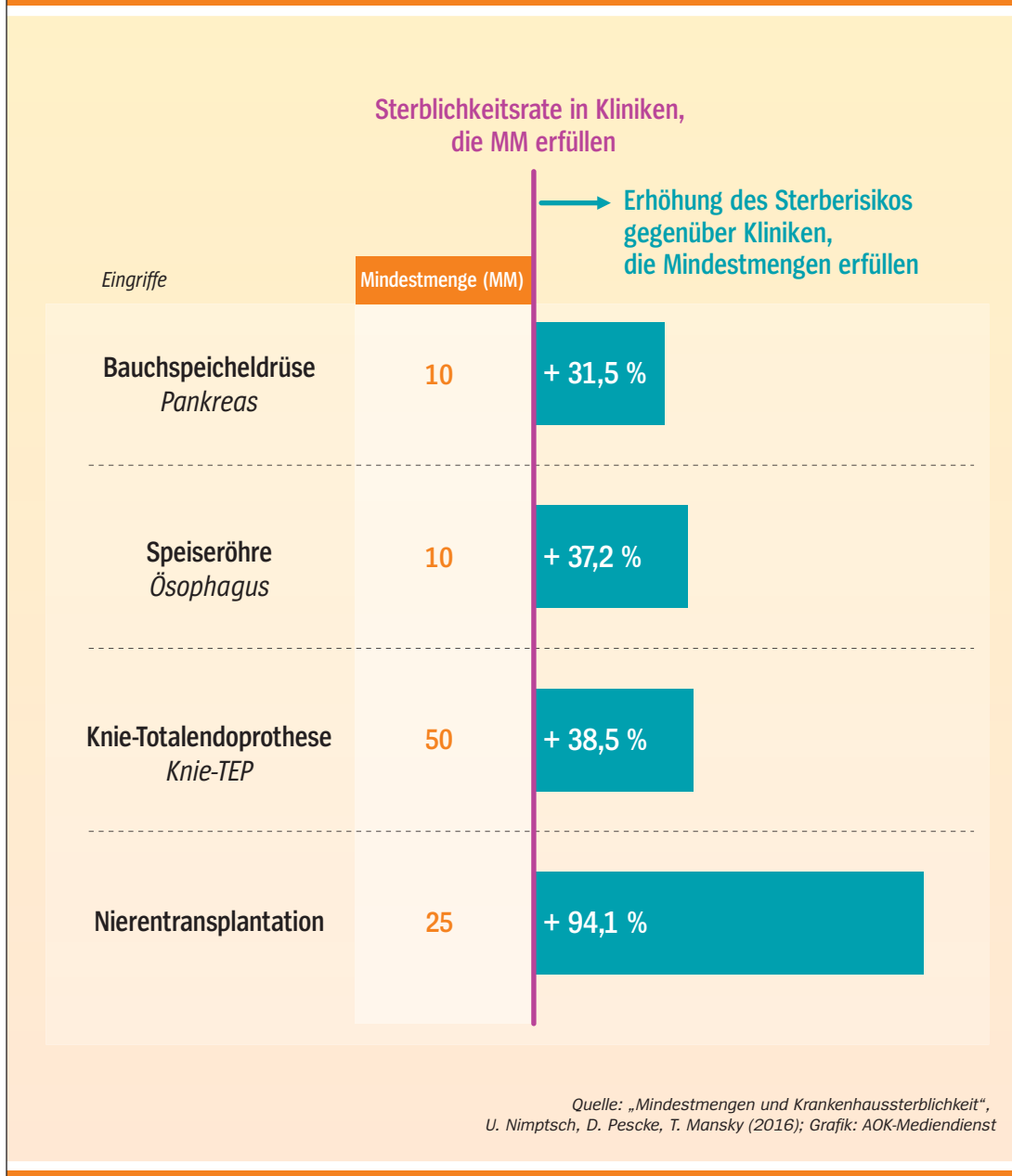
(rbr)

**Weitere Informationen sowie die Statements der Experten
und umfangreiches Audiomaterial unter:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen**

**sowie auf den Internetseiten des WIdO:
www.wido.de > Themenbereiche > Krankenhaus > Krankenhaus-Report > KHR 2017**



Erhöhtes Sterberisiko in Kliniken mit zu wenigen Eingriffen



Wissenschaftliche Studien zeigen immer wieder, dass in vielen Leistungsbereichen der stationären Versorgung ein positiver Zusammenhang zwischen der Fallzahl und dem Ergebnis der Versorgung für den Patienten besteht. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die Möglichkeiten der Festlegung von Mindestmengen zwar gestärkt. Bei der Umsetzung allerdings fehlt es an Entschlossenheit.

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

ams-nachgefragt: Dr. Sabine Richard

Frau Dr. Richard, was bleibt am Ende von der Arzneimittelreform?

13.03.17 (ams). „In der Bilanz bleibt es ein Pharmadialog-Gesetz mit zusätzlichen Geschenken an die Apotheker. Die Agenda wurde von Beginn an einseitig gesetzt. Zwar wurde der wichtigste Wunsch der Pharmaindustrie nach geheimen Preisen nicht erfüllt, aber übrig bleiben viele kleine Änderungen, mit denen der Mechanismus des AMNOG weiter geschwächt wird. Das Grundprinzip ‚der Preis folgt dem Nutzen‘ wird ausgehebelt, denn für Arzneimittel ohne Zusatznutzen ist der Preis der Vergleichstherapie nicht mehr zwingend die Grundlage für den GKV-Erstattungsbetrag. Selbst bereits bestehende Vereinbarungen können von der Industrie gekündigt und neu verhandelt werden. Dies ist nicht ohne erhebliche Mehrkosten zu haben. Bestandsmarktarzneimittel werden nach wie vor nicht auf ihren Nutzen bewertet, insofern ist es konsequent und zu begrüßen, dass die Preisbegrenzung durch das Preismoratorium für diese Produkte grundsätzlich bestehen bleibt.

Der Gesetzentwurf ist aber auch ein Dokument der verpassten Chancen. Das international fast einzigartige Privileg der Pharmaindustrie, ihre Preise in den ersten zwölf Monaten nach Marktzugang völlig frei festzusetzen, bleibt unangetastet. Nicht einmal die vorgesehene Umsatzschwelle als Kappung für die extremsten Preistreiber hatte Bestand. Der Skandal um den Preis von Sovaldi bleibt in Deutschland damit vorerst ohne Konsequenz. Es gibt nach wie vor kein Rezept für die Frage, wie sich die GKV in Zukunft davor schützen kann, dass die Arzneimittelhersteller die Zahlungsbereitschaft der Sozialversicherung immer weiter austesten.

Schließlich dürfen die Krankenkassen künftig keine Verträge mehr für die Versorgung mit Krebsmitteln und Impfstoffen mehr schließen. Mit der Rücknahme der Ausschreibungsmöglichkeit wird uns ein wichtiges Instrument der Versorgungsgestaltung genommen. Im Rahmen der Ausschreibung von Krebsmitteln hat die AOK mit den Partnerapotheken strenge Qualitätskriterien vereinbart. Jetzt droht der Rückfall in unsichere Zeiten ohne zeitliche oder räumliche Vorgaben. Darüber hinaus entgeht den Beitragszahlern allein bei den Krebsmitteln ein Einsparpotential von 600 bis 800 Mio. EUR pro Jahr. Profiteure sind einige wenige Apotheken.“

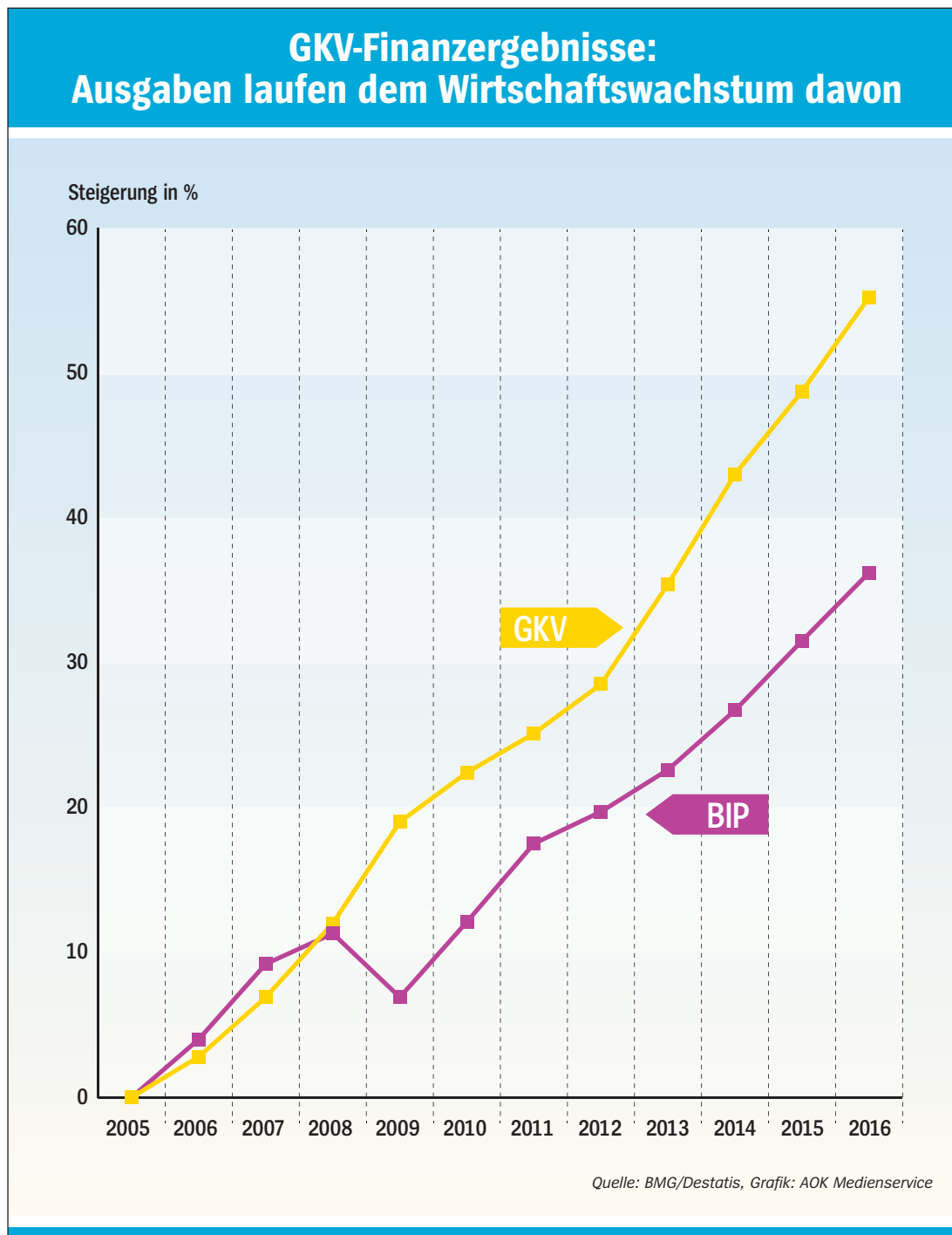


Dr. Sabine Richard
leitet die Geschäftsführungseinheit
„Versorgung“ im
AOK-Bundesverband

Einzelheiten zur Arzneimittelreform unter:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesetze

und zum Komplex Arzneimittel insgesamt im Dossier:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel





Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind zwischen 2005 und 2016 stärker gewachsen als die Wirtschaftsleistung in Deutschland. Während die Ausgaben um 55,2 Prozent zulegten, wuchs das Bruttoinlandsprodukt (BIP) nur um 36,2 Prozent. Auch der Konjunkturerinbruch im Zuge der Bankenkrise hat das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen nicht gestoppt. Trotz des GKV-Überschusses von 1,38 Milliarden Euro sind die Ausgaben auch 2016 (+4,3 Prozent) wieder stärker gestiegen als das BIP (+3,5 Prozent).

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

Zahl des Monats:

Für 53 Prozent der über 50-Jährigen ...

13.03.17 (ams) ... spielt das Thema „Pflege“ eine entscheidende Rolle bei der Frage, wem sie im Herbst bei der Bundestagswahl ihre Stimme geben werden – zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Bevölkerungsbefragung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). 56 Prozent der Wahlberechtigten 50 Jahre und älter. Nimmt man alle Wahlberechtigten, geben immerhin noch 43 Prozent an, dass die Versorgung älterer, hilfsbedürftiger Menschen für sie ein wichtiges Thema bei der Wahl darstelle. In Bezug auf die Qualität der Versorgung von pflegebedürftigen Personen scheinen viele Menschen jedoch verunsichert zu sein. Der Umfrage zufolge wird die Qualität der Pflege sehr unterschiedlich eingeschätzt: Während rund 42 Prozent der Befragten der Meinung sind, die Versorgung in Deutschland sei gut oder sehr gut, halten 55 Prozent die Pflegequalität für weniger gut oder sogar schlecht. Bei Betroffenen mit persönlichen Pflegeerfahrungen sehen 59 Prozent Mängel in der Pflege.

Entsprechend wünschen sich 71 Prozent der Befragten Nachbesserungen – dies gilt insbesondere für die Arbeitsbedingungen im Pflegesektor. 42 Prozent sind der Ansicht, dass pflegende Angehörige besser unterstützt werden müssten. 70 Prozent der Befragten äußerten den Wunsch, im Falle einer Pflegebedürftigkeit weiterhin zuhause leben zu können. Beinahe jeder Zweite würde dafür gern einen Mix aus familiärer und professioneller Pflege in Anspruch nehmen.

Nach dringenden Problemen in alltäglichen Versorgungssituationen befragt, wünschen sich 68 Prozent der Umfrageteilnehmer, mehr Zeit für persönliche Zuwendung bleibt und die Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen gefördert wird (54 Prozent).

Der diesjährige Deutschen Pflgetag steht unter dem Motto „Die Pflege hat die Wahl“ vom 23. bis 25. März. Die jährliche Veranstaltung, zu deren Gründungspartnern der AOK Bundesverband sowie der Deutsche Pflgerat zählen, bietet eine Plattform für Experten, Entscheider und Multiplikatoren aus Politik, Wirtschaft, Pflege und Gesellschaft zum intensiven Erfahrungsaustausch.

Das Programm des Deutschen Pflgetages:
www.deutscher-pflgetag.de



Die AOK auf dem Deutschen Pflgetag:
www.aok-pflgetag.de



Alles zum Thema Pflege im Dossier:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Pflege

Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Frühchen-Intensivpflege: Meldepflicht bei Unterbesetzung

Seit Anfang des Jahres gelten auf Frühchen-Stationen neue Regeln für die pflegerische Personalausstattung – Einrichtungen, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden, müssen dies fortan unter der Angaben von Gründen unverzüglich dem GBA mitteilen. Das hat der GBA im Rahmen einer Anpassung der „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene“ beschlossen. Durch die Meldepflicht sollen Lücken in der pflegerischen Versorgung transparent werden. Krankenkassen und Krankenhäuser sollen dann unter Einbeziehung der Länder konkrete Maßnahmen treffen, damit die Frühchen-Stationen die Personalvorgaben schnellstmöglich erfüllen können.

Zum Hintergrund: Bei der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit besonderen Risiken gelten unterschiedliche personelle Anforderungen: Demnach muss auf einer Frühgeborenen-Intensivstation jederzeit mindestens eine Kinderkrankenpflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.500 Gramm verfügbar sein. Bei Frühgeborenen, die einer intensiven medizinischen Überwachung bedürfen, soll eine Pflegekraft pro zwei Neugeborenen vorhanden sein. Die Richtlinie sieht zudem vor, dass in sogenannten Level-1-Zentren 40 Prozent und in Level-2-Zentren 30 Prozent der Pflegekräfte Kinderkrankenpflegekräfte sein müssen, die eine Fachweiterbildung im Bereich „Pädiatrische Intensivpflege“ abgeschlossen haben.. Den Kliniken, die diese Vorgabe noch nicht erfüllen können, hat der GBA im Dezember 2016 eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2019 eingeräumt, wenn sie konkrete Schritte und Maßnahmen zur Erfüllung der Personalvorgaben auf Landesebene vereinbaren.

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 zu Beschlüssen und zur Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses unter:
www.g-ba.de**



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Frühjahrsputz in der Gesundheits- und Sozialpolitik. Mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz hat die Große Koalition das nächste Reformprojekt rechtzeitig vor Ende der Legislaturperiode abgeräumt. Über die wichtigsten noch laufenden und bietet der AOK-Mediendienst wie gewohnt einen Überblick, sowohl auf Bundes- als auch auf EU-Ebene (Stand: 09. März 2017). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Bundestag und Bundesrat haben das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ verabschiedet. Damit erhalten künftig chronisch kranke Menschen Zugang zu medizinischem Cannabis bei entsprechender medizinischer Indikation, die durch einen Arzt festgestellt werden muss. Die Patienten werden in einem für die Therapie erforderlichen Umfang auf Kosten der Krankenkassen mit Cannabispräparaten versorgt, ohne die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs zu gefährden. Der Anspruch auf eine entsprechende Versorgung wird begrenzt auf Patienten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung, ...

- wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht;
- wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht und
- wenn die oder der Versicherte sich verpflichtet, an einer bis zum 31. Dezember 2018 laufenden Begleitforschung zum Einsatz dieser Arzneimittel teilzunehmen.

Laut Bundesgesundheitsministerium liegen die monatlichen Kosten für die Behandlung mit Medizinalhanf abhängig vom Tagesbedarf bei bis zu 1.800 Euro pro Patient. Dem liegt ein durchschnittlicher Preis von 18 Euro pro Gramm zu Grunde.

Der Kabinettsentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/8965

Die Bundesrats-Drucksache:

www.bundesrat.de > Dokumente > 233 /16



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 Hämophileregister rechtlich im Transfusionsgesetz (TFG) und in der Transfusionsgesetz-Meldeverordnung zu verankern. 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 SGB XI werden technische Anpassungen sowie Änderungen der Regelungen zu den Modellvorhaben zur kommunalen Beratung im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) 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.

Der Gesetzentwurf:

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



Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Ausbildungsreform)

Das im Februar 2016 gestartete Gesetzgebungsverfahren, stockt seit Sommer 2016. Der Bundesrat hat 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“.

Eine Reform der Pflegeberufe haben 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-, Kran-

ken- 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 Pflegeberufsgesetz 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 bzw. über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen refinanzieren. Das bundesweite Umlageverfahren soll Wettbewerbsnachteile für auszubildende Betriebe im Vergleich zu nichtauszubildenden 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. Die zunächst für Juni 2016 geplante zweite/dritte Lesung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung wurde allerdings auf unbestimmte Zeit verschoben. Denn neben Kritik aus den Reihen der Pflegeberufe gibt es auch innerhalb der Koalitionsfraktionen Vorbehalte gegen die „Generalistik“ in der Pflegeausbildung.

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



Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG)

Im Februar 2017 waren die zweite und dritte Lesung noch einmal verschoben worden. Jetzt hat der Bundestag am 9. März das AMVSG verabschiedet. Der Gesundheitsausschuss hatte zuvor noch zwei wichtige Änderungen beschlossen. Zum einen wurde die sogenannte Umsatzschwelle gestrichen. Damit wollte die Bundesregierung ursprünglich verhindern, dass Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung eines neuen Präparates maximale Gewinne abschöpfen. Jetzt dürfen die Hersteller den Preis für ihr Produkt im ersten Jahr weiterhin frei festsetzen – unabhängig vom Ausgang des späteren Nutzenbewertungsverfahrens. Der Gesetzentwurf hatte einen Schwellenwert von 250 Millionen Euro vorgesehen. Ebenfalls fallen gelassen wurde der ursprüngliche Plan, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und einzelnen Pharmaunternehmen ausgehandelten Erstattungspreise vertraulich zu halten. Die Vertraulichkeit war ein Anliegen der Arzneimittelbranche. Hintergrund: Bei den Verhandlungen in anderen europäischen Ländern werden die deutschen Preise als Vergleichsmaßstab herangezogen. Blieben die zwischen Kassen und Herstellern ausgehandelten Rabatte geheim, orientierten sich die europäischen Referenzpreise an den allgemeinen hohen deutschen Listenpreisen. Die Folge wäre eine Preisspirale nach oben gewesen. Insgesamt will die Bundesregierung mit dem AMVSG will „die Arzneimittelversorgung in Deutschland auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten“. Der vom Bundeskabinett am 12. Oktober 2016 auf den Weg gebrachte Gesetzentwurf basiert wesentlich auf einem Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zur Umsetzung des „Pharmadialogs“ zwischen den Bundesministerien für Gesundheit, für Bildung und Forschung sowie für Wirtschaft und Energie auf der einen Seite und den Wirtschafts- und Lobbyverbänden der Pharmaindustrie auf der anderen Seite von September 2014 bis Januar 2016. Aus Sicht der Krankenkassen kommt die Regierung den Pharmaunternehmen in vielen Bereichen entgegen. Das betreffe insbesondere die geplanten Regeln zur Nutzenbewertung und Preisbildung für neue, teure Medikamente. Die Kassen warnen davor, dass die Regierung den mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz von 2011 (AMNOG) eingeführten Grundsatz aufgibt, wonach sich der Preis eines neuen Medikaments am Nutzen für die Patienten orientiert.

Wesentliche Inhalte des Gesetzentwurfs:

- Ärztinnen und Ärzte sollen schneller und besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden. Die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen nach spätestens einem Monat maschinenlesbar für die Praxissoftware zur Verfügung stehen.

- Die Preise für neue Arzneimittel, bei denen die Bewertung keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber vorhandenen Medikamenten ergibt, sollen sich nicht mehr zwingend am Preis für die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie orientieren. Da im Gesetzentwurf keine klaren Kriterien genannt werden, rechnet der AOK-Bundesverband mit Mehrkosten für Arzneimittel ohne Mehrnutzen und einer Welle von Einzelfallstreitigkeiten, die durch Schiedsstelle oder Sozialgerichte gelöst werden müssten.
- Das sogenannte Preismoratorium für patentgeschützte Bestandsarzneimittel soll bis 2022 verlängert werden. Betroffen sind neue Medikamente, die vor dem Inkrafttreten des AMNOG (1. Januar 2011) auf den Markt gekommen sind. Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, auch bei diesen Arzneimitteln den Nutzen zu überprüfen. Als Ausgleich wurde der Preisstopp mehrmals verlängert. Ab 2018 soll es für die Hersteller jedoch einen Inflationsausgleich geben, um steigende Produktionskosten auszugleichen.
- Bei Arzneimittelrabattverträgen sollen zwischen Zuschlag und Vertragsstart künftig mindestens sechs Monate liegen, um den Vertragsunternehmen mehr Planungssicherheit zu geben. Dadurch soll die Lieferfähigkeit zu Beginn der Verträge sichergestellt werden. Die AOK hält diese Regelung auch deshalb für entbehrlich, weil es bereits entsprechende vergaberechtliche Vorgaben gibt.
- Für die Zubereitung von Medikamenten aus neuen Stoffen und für die Abgabe von Betäubungsmitteln sollen die Apotheker deutlich mehr Geld erhalten. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes kommen auf die Krankenkassen 115 Millionen Euro Mehrausgaben pro Jahr zu. Die AOK hält diese Anpassungen angesichts der tatsächlichen Einnahmen- und Kostensituation der Apotheker für ungerechtfertigt. Der Spitzenverband fordert, vor einer pauschalen Anhebung ein Gutachten abzuwarten, das vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegeben wurde.
- Verträge zwischen Krankenkassen und Apothekern zur Versorgung mit individuell zubereiteten Krebsmedikamenten (Zytostatika) soll es nicht mehr geben. Auch in bereits laufende Zytostatika-Verträge will die Regierung eingreifen. Das Verbot ist aus Sicht der AOK unverständlich. Den unterstellten Versorgungsnotstand gebe es schlichtweg nicht. In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf stellt der AOK-Bundesverband klar, dass die Versorgung der Patienten dank klarer Qualitätsvorgaben für ihre Vertragspartner deutlich über dem Standard der Regelversorgung liegt.

Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 12. Oktober 2016
- Erste Lesung Bundestag: 10. November 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 25. November 2016

- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 9. März 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10208

Stellungnahmen zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags:
www.bundestag.de > Ausschüsse > Gesundheit > Anhörungen
> GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz

Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:
www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen

Informationen zum Thema „Zytostatika-Ausschreibungen“ im Dossier „Arzneimittel“:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel



Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV (GKV-HHVG)

Am 16. Februar hat der Bundestag das „Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ (HHVG) nach zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Noch kurz vor der geplanten Verabschiedung des hatte der Gesundheitsausschuss des Bundestags eine weitere Sachverständigen-Anhörung angesetzt. Dabei ging es um sogenannte fachfremde Änderungsanträge, die im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum HHVG verabschiedet werden sollen. Die neuen Änderungsanträge enthielten Regelungsvorgaben zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und zu den Hochschulambulanzen.

Das GKV-HHVG schließt an die in den Vorjahren erfolgte Erweiterung gesetzlicher Spielräume für Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern an. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung gewährleisten, dass die Heil- und Hilfsmittelerbringer den Anforderungen angemessen vergütet werden. Bisher sind Vergütungsanpassungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt. Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten besser über Leistungsansprüche und Versorgungsmöglichkeiten informieren. Der Gesetzentwurf betont den Anspruch der Patienten auf zuzahlungsfreie Hilfsmittel. Auch deren Wahlmöglichkeiten sollen erweitert werden. Bei der Ausschreibung von Versorgungsverträgen der Krankenkassen soll neben Preis und Kosten der Qualitätsaspekt zu mindestens 40 Prozent eine Rolle spielen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln soll transparenter gestaltet und stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und in den Versorgungsverträgen beschriebenen Anforderungen an Produkte und Leistungen tatsächlich umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband wird verpflich-

tet, das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb von zwei Jahren zu aktualisieren und fortlaufend auf neuestem Stand zu halten. Mit dem Gesetz soll zudem die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden verbessert werden. Dazu sollen „Wundzentren“ eingerichtet werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die vorgesehenen Regelungen für mehr Qualität im Hilfsmittelbereich. Im Heilmittelbereich warnt die AOK jedoch vor Überregulierung und einer Verteuerung der Versorgung ohne wesentliche Qualitätsverbesserung. Das liegt laut AOK vor allem an einer Neuregelung, nach der Heilmittelerbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen) künftig über Blankoverordnungen stärker in die Verantwortung genommen werden sollen. Wenn der Arzt ein Heilmittel verordnet, darf der jeweilige Therapeut laut Gesetzentwurf die Auswahl, Dauer und Abfolge der Therapie selbst bestimmen. Das GKV-HHVG dient der Bundesregierung zudem als „Omnibus-Gesetz“, um weitere gesundheits- und sozialpolitische Regelungen auf den Weg zu bringen. Dabei geht es um ...

- die Beitragsbemessung für Selbstständige in der Kranken- und Pflegeversicherung;
- die Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte im Rettungsdienst;
- die Anpassung des Krankengeldes an das Flexi-Rentengesetz;
- den Krankengeldanspruch zwischen Ende der Beschäftigung und Arbeitslosengeldbezug;
- die Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenkassen;
- Richtlinien zum Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung;
- die Anrechnung von Erziehungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner;
- Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der GKV.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10186

Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:
www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen



Medizinprodukte (EU-Verordnung)

Die Verabschiedung der neuen EU-Medizinprodukteverordnung verzögert sich weiter. Die juristisch korrekte Übersetzung des mehr als 1.000 Seiten umfassenden Textes in alle EU-Sprachen dauert an. Das Verfahren soll bis zum 18./19. Januar 2017 abgeschlossen sein. Danach steht die formelle Annahme

durch den Europäischen Rat und durch das Europäische Parlament an. Die Veröffentlichung im Amtsblatt der EU soll im Frühjahr 2017 erfolgen. Die neuen Regelungen gelten nach einer Übergangsphase von drei Jahren. Die Verordnung muss dazu nicht in nationales Recht umgesetzt werden, kann aber in Teilen von den EU-Mitgliedsländern ergänzt werden. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher für Verbesserungen im Bereich Patientenschutz aus.

Am 15. Juni 2016 hatten der Ausschuss der Ständigen Vertreter des Rates und der Gesundheits- und Umweltausschuss des Europäischen Parlaments die am 25. Mai 2016 erzielte Einigung über die neue Medizinprodukteverordnung gebilligt. Auch die zunächst nicht am Kompromiss beteiligte EU-Kommission hat erklärt, dass sie dem Verhandlungsergebnis zustimmen will. Die neuen Zulassungsregeln für Medizinprodukte sollen verhindern, dass sich Skandale wie die um minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke wiederholen.

Die Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten verbleibt aber auch nach der neuen EU-Verordnung bei den privatwirtschaftlichen „Benannten Stellen“. Dazu gehören in Deutschland beispielsweise der TÜV oder die DEKRA. Zusätzlich soll eine von Fall zu Fall einberufene, international zusammengestellte Expertengruppe die Unterlagen vor einer Marktzulassung prüfen. Deren Ergebnisse sind jedoch für die „Benannten Stellen“ nicht bindend. Auch eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung für die Hersteller von Medizinprodukten ist nicht vorgesehen. Stattdessen sieht die EU-Verordnung vor, dass die Unternehmen „angemessene Rücklagen“ für den Fall von Haftungsansprüchen durch fehlerhafte Produkte bilden sollen.

Nach der neuen EU-Verordnung müssen die Identifizierungsnummern aller Medizinprodukte so vorgehalten werden, dass bei einer schadhafte Serie alle Betroffenen informiert werden können.

Die Beschlüsse des EU-Parlaments:

www.europarl.europa.eu > Plenartagung

> Angenommene Texte > P7_TA (2014) 0266 und P7_TA (2014) 0266

Der Beschluss des Rates:

<http://www.consilium.europa.eu> > Presse > Pressemitteilungen und Erklärungen >

Medizinprodukte: Rat bestätigt Einigung mit dem EP



Die Einschätzung des AOK-Bundesverbandes zu den neuen Regeln:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 26. Mai 2016

Mehr Infos und Hintergrund im Dossier „Medizinprodukte“:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers



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 auch 2016 noch nicht beraten.

Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer wollen den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage 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. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten (Bundestags-Drucksache 18/1289).

Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat am 12. Dezember 2016 den Referentenentwurf für ein Gesetz zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland zur Abstimmung vorgelegt. Mittlerweile gibt es einen zweiten Referentenentwurf, der das Gesetzesvorhaben etwas anders begründet, jedoch inhaltlich nicht geändert wurde. Mit dem Plan, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu verbieten, reagiert der Minister auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Dieser hat 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

Studienreise: Warum die Dänen weniger Kliniken brauchen

09.03.17 (ams). Würde Deutschland sich bei der Krankenhausplanung an seinen Nachbarn Dänemark und Österreich orientieren, gäbe es 300 bis 400 Häuser, sagt ein Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Aktuell gibt es in Deutschland knapp 2.000 Kliniken. Warum und wo Dänemark effizienter versorgt, ist eine der Fragen, die das AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) vor Ort klären will. G+G organisiert deshalb vom 12. bis 14. Juni 2017 eine Studienreise.

Weitere Informationen und Anmeldung unter: www.kompart.de



Hessen: Hohe Zufriedenheit mit der Geburtsklinik

09.03.17 (ams). Acht von zehn Müttern würden das Krankenhaus, in dem sie entbunden haben, ihrer besten Freundin weiterempfehlen. Das zeigen die ersten Ergebnisse der Befragung von rund 34.000 Müttern in Hessen, ab sofort auch im AOK-Krankenhausnavigator abrufbar sind. Dabei gibt es große Unterschiede zwischen den Geburtskliniken: Die Weiterempfehlungsraten schwanken zwischen 61 und 96 Prozent. In den nächsten Monaten werden im Krankenhausnavigator die Befragungsergebnisse weiterer Regionen veröffentlicht.

Einzelheiten unter: www.aok.de/hessen > Presse > Pressemitteilungen



Schülerzeitung: AOK-Sonderpreis geht nach Unterfranken

Der „Wallburg Express“ der Georg-Göpfert-Mittelschule in Eltmann hat die Jury am meisten überzeugt. In ihrem Schwerpunktheft zum Thema „Lifestyle“ habe die junge Redaktion das gestellte Thema „kritisch und klar beleuchtet“, so das Urteil der Jury. Der AOK-Sonderpreis im Schülerzeitungswettbewerb der Länder 2016/2017 stand unter dem Motto: „Ich komm’ nicht aus dem Katalog! – Zwischen Fitnesstrend und Körperwahn“. Insgesamt waren 1.900 Einsendungen eingegangen. Die Preisverleihung ist im Juni in Berlin.

Mehr zu allen Gewinnern unter: www.jugendpresse.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:

