

AOK-Medienservice

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

Politik

04/17

 @AOK_Politik



SAISONARBEITER IN DER GKV	
■ KONKRETERE REGELN AUF DEN WEG GEBRACHT	2
AMS-EU-TICKER	
■ MEDIZINPRODUKTE: AOK FORDERT NACHBESSERUNGEN	4
PFLEGE-REPORT 2017	
■ PSYCHOPHARMAKA-GABE AN DEMENZKRANKE	7
AMS-GRAFIK: POLYMEDIKATION	
■ OFT MEHR ALS GENUG	10
AMS-NACHGEFRAGT	
■ WAS BRINGT REFORM DER PFLEGEAUSBILDUNG?	11
AOK-PFLEGEBERATUNG	
■ GUT AUFGEHOBEN IN DER GRÖSSTEN PFLEGEKASSE	12
ZAHL DES MONATS	
■ IN 37,9 PROZENT DER FÄLLE ...	15
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	16
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	18
KURZMELDUNGEN	27

Saisonarbeiter in der GKV

Konkretere Regeln auf den Weg gebracht

13.04.17 (ams). Die Große Koalition strebt neue Bestimmungen für die sogenannte obligatorische Anschlussversicherung (oAV) von Saisonarbeitern in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an. Union und SPD haben dazu einen Änderungsantrag für das Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften vorgelegt. Der AOK-Bundesverband begrüßt die Initiative der Bundesregierung. Der Kassenverband fordert schon seit Jahren konkretere Regelungen.

Der Änderungsantrag sieht die Weiterversicherung von Saisonarbeitern in der oAV nur vor, wenn der- oder diejenige innerhalb von drei Monaten nach Ende der Versicherungspflicht seinen freiwilligen Beitritt in die GKV erklärt. Gleichzeitig muss der Wohnsitz oder zumindest der ständige Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen werden. Darüber hinaus sollen Saisonarbeitnehmer im Arbeitgebermeldeverfahren gesondert gekennzeichnet werden. Schließlich muss die Krankenkasse bereits bei Beschäftigungsbeginn über das Recht auf späteren freiwilligen Beitritt zur GKV informieren.

Langjährige AOK-Forderung

Es sei sinnvoll, die Regelungen für Saisonarbeiter zu konkretisieren und den administrativen Aufwand bei den Krankenkassen zu minimieren, heißt es in einer ersten Bewertung des Änderungsantrags durch die Fachleute des AOK-Bundesverbandes. Insbesondere eine Kennzeichnung von Saisonarbeitern im Arbeitgebermeldeverfahren hatte das AOK-System immer gefordert. Die vorgesehene Begleitregelung für eine Fortführung der Versicherung als freiwillige Mitgliedschaft garantiert zudem, dass für Saisonarbeitskräfte keine obligatorischen Anschlussversicherungen mehr entstehen können. Um eine oAV für Saisonarbeiter auszuschließen, die nach ihrer Tätigkeit wieder in ihr Heimatland zurückgekehrt sind, hatte das AOK-System selbst eigene Regeln zur Kennzeichnung dieser Versicherten in ihren Verzeichnissen entwickelt. So war und ist jede AOK schon heute in der Lage, diese Versicherten bereits bei Eingang der Abmeldung der Saisontätigkeit zu erkennen und eine oAV auszuschließen.

Im Zuge der Diskussion um eine von verschiedenen Kassenverbänden geforderten Neuausrichtung des GKV-Finanzausgleichs, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), hatten Mitbewerber der AOK vorgeworfen, für Erntehelfer unberechtigtweise oAV eröffnet zu haben, um

zuweisungsrelevante Versicherungszeiten für Mitglieder zu generieren, für die in der Regel keine Leistungsausgaben anfallen. Die in den Raum geworfenen Zahlen stützen diesen Vorwurf nicht.

Absurde Schummelvorwürfe

Martin, Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, stellt klar: „Das AOK-System versichert traditionell besonders viele Auslandsversicherte und Saisonarbeiter. Das ist also kein neues Phänomen. Das sind Versicherte, um die andere Krankenkassen mit Blick auf ihr Image und ihre Risikostruktur einen großen Bogen gemacht haben.“ Zudem sei der Anteil der Saisonarbeiter selbst innerhalb der AOK-Versicherten vernachlässigbar gering. „Wo ist der Skandal?“, fragt Litsch. Die Schummelvorwürfe gegen die AOK bezeichnete er als absurd. „Erst werfen uns die Ersatzkassen vor, wir meldeten zu hohe Leistungsausgaben, jetzt beschweren sie sich, wir melden zu viele Versicherte ohne Leistungsausgaben. Was denn nun?“

Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages ist für den 26. April 2017 geplant. Der Termin für die erste Lesung des Gesetzes im Bundestag steht nicht fest.

(rbr)

Weitere Informationen zum Gesetzgebungsverfahren:
<http://dipbt.bundestag.de> > Beratungsabläufe



Die Positionen der AOK zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 21.10.16

Das Dossier zum Morbi-RSA:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossier
> Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich



ams-EU-Ticker

Medizinprodukte: AOK fordert nationale Nachbesserungen

13.04.17 (ams). Nach fünf Jahren Verhandlungsmarathon hat das Europa-Parlament in Straßburg am 5. April 2017 die EU-Medizinprodukteverordnung verabschiedet (siehe auch Gesetzgebungskalender). „Die Verordnung ist ein Fortschritt, aber nicht der große Wurf, den wir uns für den Patientenschutz erhofft haben“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert Jan van Lente. Der AOK-Bundesverband fordert deshalb, die Übergangsfrist von drei Jahren für Ergänzungen auf nationaler Ebene zu nutzen. Wichtige Punkte sind aus Sicht der AOK das Absichern der Ersatzansprüche von Patienten bei Produktschäden und eine bessere Überprüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten.

Gemäß EU-Verordnung müssen Medizinproduktehersteller bei Schäden durch fehlerhafte Produkte lediglich „angemessene“ Rücklagen bilden – „unkonkret und nicht nachprüfbar“, kritisiert van Lente. „Die AOK fordert deshalb eine obligatorische Produkthaftpflichtversicherung, wie es sie zum Beispiel in Frankreich gibt.“

Die Marktzulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten – darunter zum Beispiel Gelenkimplantate – ist weiterhin an eine Überprüfung und Zertifizierung durch die privatwirtschaftlichen „Benannten Stellen“ gebunden. „Diese Einrichtungen – in Deutschland zum Beispiel TÜV oder DEKRA – haben ein starkes wirtschaftliches Interesse daran, auch künftig von Herstellern beauftragt zu werden. Sie sind damit finanziell abhängig von denen, die sie prüfen sollen“, bemängelt van Lente. Gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen auf Europaebene, mit Verbraucherschützern und Medizinern hat sich die AOK in den jahrelangen Verhandlungen für strengere Zulassungsbedingungen eingesetzt – insbesondere für die Einrichtung einer zentralen staatlichen Zulassungsstelle, wie es sie beispielsweise in den USA gibt.

Unzureichende Tests weiter nicht ausgeschlossen

Die Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten wird jetzt erstmals an wissenschaftlichen Studien gebunden. Doch es gibt keine Vorgabe, dass die höchste wissenschaftliche Standards eingehalten werden. Dadurch können in Deutschland auch weiterhin Produkte auf den Markt kommen, die unzureichend getestet worden sind. „Die AOK fordert deshalb zum Schutz der Patienten, dass Hochrisiko-Medizinprodukte bis zum Vorliegen ausreichender Daten nur in spezialisierten Zentren eingesetzt werden, die sich an hochwertigen Studien zu diesen Produkten beteiligen“, erläutert der AOK-Vertreter in Brüssel.

Erst ab Mai 2021 werden Hochrisiko-Medizinprodukte anhand einer Identifizierungsnummer eindeutig zuzuordnen sein. „Das dauert zu lange“, sagt Evert Jan van Lente. „Der AOK-Bundesverband hat deshalb vorgeschlagen, patientenbezogene Informationen über verwendete Implantate in die Abrechnungsdaten der Kliniken aufzunehmen. Das lässt sich kurzfristig umsetzen und erlaubt es den Krankenkassen, Patienten schnell über mögliche Gesundheitsgefahren zu informieren.“

Die EU-Medizinprodukteverordnung in der verabschiedeten Fassung:
<http://www.consilium.europa.eu> > **Dokumente und Publikationen**



Weitere Informationen unter:
www.aok-bv.de > **Presse** > **Pressemitteilung** > **05.04.17**

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



Arzneimittel: EU-Kommission kritisiert Beipackzettel

13.04.17 (ams). Die Europäische Kommission hat die Qualität der Arzneimittel-Beipackzettel kritisiert. „Die verwendete Sprache ist häufig zu kompliziert und die Gestaltung und das Layout sind nicht immer benutzerfreundlich. Die Schrift ist oft zu klein für ältere Patienten“, heißt es in einem jetzt veröffentlichten Bericht für das Europa-Parlament und den Europäischen Rat. „Der Bericht sollte allerdings bereits 2013 erscheinen. Dass er mit vier Jahren Verspätung kommt und überdies keine konkrete Verbesserungsvorschläge enthält, kommt bei vielen Europa-Abgeordneten nicht gut an“, erläutert AOK-Europa-Experte Evert Jan van Lente. Da immer mehr Patienten das Internet nutzen, um sich über Medikamente zu informieren, schlägt die Kommission vor, die gesetzlich vorgeschriebenen Printprodukte durch elektronische Formate zu ergänzen.“ Die Kommission will zudem prüfen lassen, welche Möglichkeiten digitale Technik für eine bessere Darstellung von Medikamenteninfos bieten und wie man Patienten und Gesundheitsberufe schneller über Änderungen oder neue Erkenntnisse informieren kann. Ob das Herausstellen wesentlicher Sicherheitsinformationen auf dem Beipackzettel Patienten und Gesundheitsberufen hilft, will die Kommission zunächst weiter testen.

Bericht der EU-Kommission an das EU-Parlament und an den Rat:
www.europa.eu > **COM(2017) 135 final**



Geballtes Fachwissen gegen seltene Erkrankungen

13.04.17 (ams). 900 hochspezialisierte Gesundheitseinrichtungen und Mediziner aus 26 europäischen Ländern bündeln jetzt ihr Fachwissen bei der Diagnose und Behandlung seltener Krankheiten, darunter Knochenleiden, Blutkrankheiten oder Krebserkrankungen bei Kindern. Das von der EU finanziell geförderte Programm der „Europäischen Referenznetzwerke“ (ERN) umfasst aktuell 24 thematische virtuelle Netze. Sie sollen neue Versorgungsmodelle, elektronische Gesundheitsdienste und Therapiekonzepte entwickeln, die Forschung durch klinische Studien vorantreiben und zur Entwicklung neuer Arzneimittel beitragen. „Diese Initiative schließt auch im deutschen Gesundheitswesen eine Lücke“, betont der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Viele Fachärzte, die sich hierzulande mit seltenen Erkrankungen beschäftigen, haben bisher eine solche Plattform vermisst, über die sie sich über einzelne Behandlungsfälle hinaus in Sachen Qualität, Guidelines digital austauschen können.“

Die Europäischen Referenznetzwerke:
www.europa.eu > **GD Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**
> **Gesundheitswesen** > **European Reference Networks** > **Strategie**



Produktinfos auch für alkoholische Getränke

13.04.17 (ams). Lebensmittelverpackungen müssen nach einer EU-Verordnung Angaben zu Inhaltsstoffen und Nährwerten enthalten. Für alkoholische Getränke gilt das bisher nicht. Die Europäische Kommission will das ändern und die Kennzeichnungsverordnung ergänzen. Jetzt sollen erst einmal die Hersteller selbst Vorschläge zur Umsetzung machen. Nur wenn die Unternehmen sich nicht auf eine Kennzeichnung einigen können, will die Kommission einen eigenen Vorschlag vorlegen.

Presseinfo der EU-Kommission
www.europa.eu > **Press releases database** > **Press Release details**



(toro)

Pflege-Report 2017

Wenig Nutzen, viele Risiken: Psychopharmaka-Gabe an Demenzkranke

13.04.17 (ams). Heimbewohner in Deutschland erhalten zu viele Psychopharmaka – und vor allem zu lange. Besonders betroffen sind Menschen mit Demenz. Nicht-medikamentöse pflegerische Ansätze sind eine wirksame Alternative, kommen aus Zeitmangel allerdings teilweise zu wenig zum Einsatz. Zu diesem Ergebnis kommt der Pflege-Report 2017 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

43 Prozent der demenzkranken Heimbewohner nehmen dauerhaft mindestens ein Neuroleptikum ein, also ein Mittel gegen krankhafte Wahnvorstellungen. 30 Prozent erhalten Medikamente gegen Depressionen. Das zeigt eine Untersuchung in deutschen Altenheimen der Klinischen Pharmakologin Professor Petra Thürmann, deren Ergebnisse der Pflege-Report 2017 dokumentiert. Grund für die Verordnung von Psychopharmaka ist, dass sich bei Menschen mit Demenz im Verlauf der Erkrankung das psychische Erleben verändert. In der Folge legen viele Betroffene ein sogenanntes herausforderndes Verhalten an den Tag: Sie sind unruhig und aggressiv, manche werden sogar handgreiflich. „Diese Auffälligkeiten lassen sich teilweise durch Neuroleptika dämpfen“, sagte Thürmann, Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für klinische Pharmakologie am HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal, bei der Vorstellung des Pflege-Reports 2017.

Dauermedikation entspricht nicht den Leitlinien

Allerdings seien nur ganz wenige Wirkstoffe zur Behandlung von Wahnvorstellungen bei Demenz zugelassen, und dann auch nur für eine kurze Therapiedauer von sechs Wochen. „Der breite und dauerhafte Neuroleptika-Einsatz bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz verstößt gegen die Leitlinien“, kritisierte die Sachverständige zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der Nutzen sei nicht groß, dafür gebe es viele Risiken. Zu den unerwünschten Nebenwirkungen zählten ein höheres Risiko für Stürze, Schlaganfälle und Thrombosen. Gangstörungen und eine eingeschränkte geistige Leistungsfähigkeit könnten ebenfalls die Folge sein. Dass es offenbar Alternativen gebe, zeige der Blick ins europäische Ausland: In Schweden lediglich erhalten zwölf Prozent der Heimbewohner Neuroleptika, in Frankreich 27 Prozent und in Finnland 30 Prozent, so Thürmann.

2.500 Pflegekräfte, die vom WIdO befragt wurden, bestätigten das hohe Ausmaß an Psychopharmaka-Verordnungen in Pflegeheimen. Die Befragten gaben an, dass im Durchschnitt bei mehr als der Hälfte der Bewohner ihres

Pflegeheims Psychopharmaka eingesetzt würden. Zwei Drittel der Betroffenen (64 Prozent) erhielten demnach länger als ein Jahr entsprechende Medikamente. Trotz der auch im internationalen Vergleich hohen Verordnungsraten halten 82 Prozent der Pflegekräfte dies für angemessen.

Nicht-medikamentöse Ansätze sind wirksam

Laut Dr. Antje Schwinger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im WIdO und Mitherausgeberin des Pflege-Reports, kommt Pflegekräften im Hinblick auf den Psychopharmaka-Einsatz im Heim eine Schlüsselrolle zu. Einerseits wirken mehr als vier von fünf Pflegekräften (84 Prozent) nach eigenen Angaben darauf hin, dass Ärzte Psychopharmaka verordnen, mehr als ein Viertel (27 Prozent) sogar regelmäßig. Andererseits halten die meisten Befragten nicht-medikamentöse Ansätze für wirksam. Mehr als zwei Drittel der Pflegekräfte (68 Prozent) gaben an, dass in ihrer Einrichtung ein Pflegekonzept umgesetzt werde, bei dem das Verstehen und die Wertschätzung des Bewohners mit herausforderndem Verhalten im Mittelpunkt stehe. Rund die Hälfte der Befragten setze hierfür spezielle Assessmentinstrumente ein. Fallbesprechungen, Biografiearbeit, sensorische Verfahren wie die Basale Stimulation, Beschäftigung und Bewegungsförderung würden ebenfalls häufig angewandt. Nach Auskunft von 56 Prozent der befragten Pflegekräfte führt allerdings Zeitdruck dazu, dass teilweise zu wenig nicht-medikamentöse Methoden zum Einsatz kommen. „Pflegekräfte müssen noch stärker für eine leitliniengerechte Gabe von Psychopharmaka sensibilisiert werden“, forderte Schwinger. Nicht-medikamentöse Ansätze müssten fest im Arbeitsalltag verankert sein.

Mehr Kompetenzen und bessere Zusammenarbeit

Thürmann sprach sich dafür aus, dass sich Pflegekräfte mehr Wissen sowohl zur Wirkung von Psychopharmaka als auch zum Umgang mit herausforderndem Verhalten aneignen sollten. Heimversorgende Apotheker könnten den Pflegenden ebenfalls Hilfestellung geben. Auch die Ärzte müssten sensibler mit der Verordnung von Psychopharmaka umgehen und sich besser untereinander abstimmen. „Spätestens nach zwei bis vier Wochen sollte überprüft werden, ob Psychopharmaka abgesetzt werden können“, sagte die klinische Pharmakologin. Internationale Studien hätten gezeigt, dass bei bis zu zwei Dritteln der Heimbewohner Psychopharmaka nach einer gewissen Zeit wieder abgesetzt werden könnten, so Thürmann.

Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, sieht vor allem die behandelnden Ärzte und die Pflegeheimbetreiber in der Verantwortung für eine leitliniengerechte Medizin. „Ärzte sind verpflichtet, Neuroleptika bei demenzkranken Heimbewohnern nur dann einzusetzen, wenn es nicht anders geht und auch nur so kurz wie möglich“, betonte Litsch. Pflegeheime müssten ergänzend für den verstärkten Einsatz nicht-medikamentöser Ver-

sorgungsansätze sorgen. Der AOK-Vorstandsvorsitzende forderte, die Vereinbarung zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen weiterzuentwickeln, der Geriatrie in der ärztlichen Ausbildung ein stärkeres Gewicht zu geben sowie einen Expertenstandard für die pflegerische Betreuung und Versorgung von Demenzkranken zu entwickeln. Zwar brauche gute Pflege auch angemessene Ressourcen. Allerdings zeigten der internationale Vergleich und einige deutsche Leuchtturmprojekte, dass Versorgungsdefizite in der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken nicht zwangsläufig mit mehr Geld und Personal abgestellt werden könnten. „Das ist auch eine Frage des Willens, der Haltung und der pflegerischen Betreuungskultur“, sagte Litsch.

Weitere Informationen zum Pflege-Report 2017:
www.wido.de > Themenbereiche > Pflege > Pflege-Report > Pflege-Report 2017

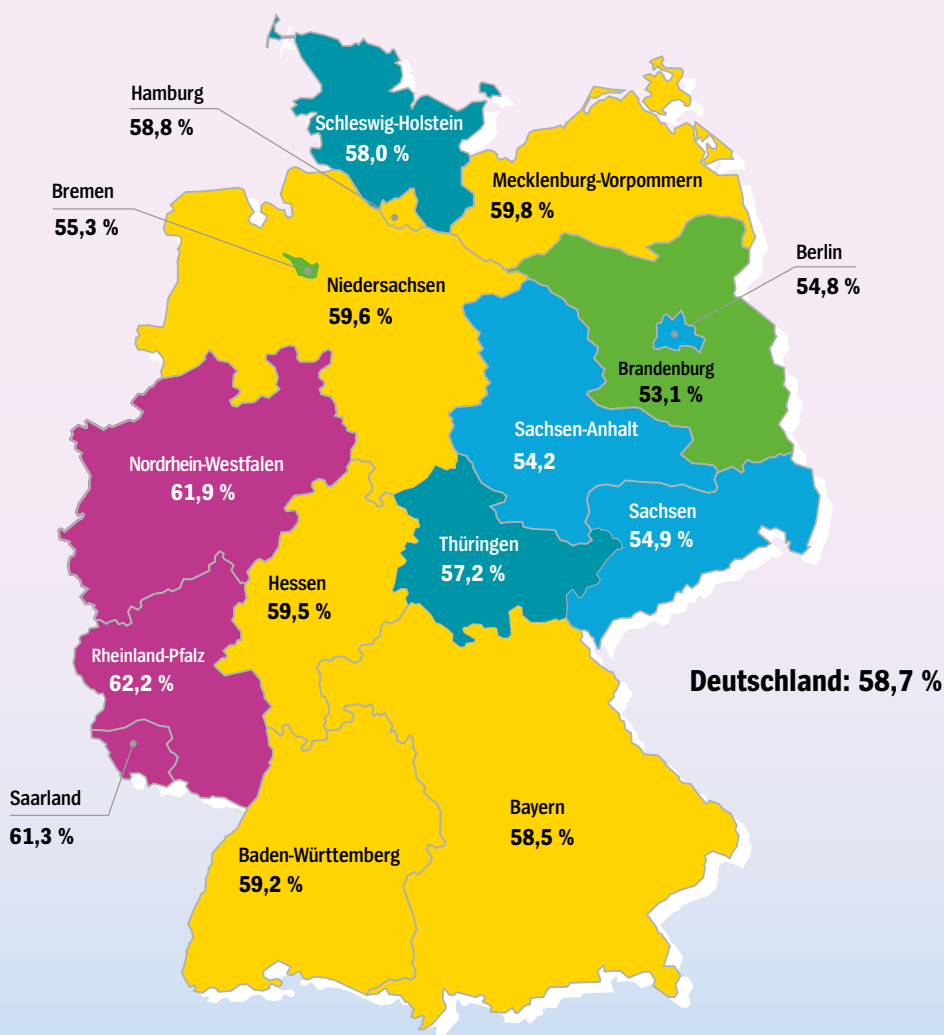
Einzelne Statemenst und Grafiken zum Pflege-Report 2017:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 05.04.17



Polymedikation: Oft mehr als genug

Anteil der Pflegebedürftigen,
die fünf oder mehr Wirkstoffe einnehmen, in Prozent:

■ über 60
 ■ bis 60
 ■ bis 58
 ■ bis 56
 ■ bis 54



Quelle: Pflege-Report 2017 des WIdO; Grafik: AOK-Mediendienst

Nahezu sechs von zehn pflegebedürftigen Menschen in Deutschland nehmen mindestens fünf verschiedene Wirkstoffe gleichzeitig. Das birgt aufgrund potenzieller Wechselwirkungen erhebliche Risiken. Die Universität Witten/Herdecke unterstützt hier gemeinsam mit AOK und WIdO Ärzte mit der Priscus-Liste. Sie enthält aktuell 83 Wirkstoffe, die für ältere Menschen potenziell ungeeignet sind und unter Umständen sogar gefährlich sein können.

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

ams-nachgefragt: Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband

Was bringt die Reform der Pflegeausbildung, Frau Szepan?

„Wir als AOK erwarten mit einer Reform der Pflegeberufe einen deutlichen Entwicklungsschub in der Pflegeausbildung und in der pflegerischen Versorgung. Wichtige Bausteine hierfür sind in der Neuausrichtung des Ausbildungsgesetzes die Abkehr von der Lernfeldorientierung hin zu einer Kompetenzbasierung der Pflege, aber auch die neuen Bereiche Rehabilitation, Prävention und Beratung. Darüber hinaus wird auch die gesetzliche Normierung von Vorbehaltsaufgaben einen Qualitätsschub und Rechtssicherheit in der Versorgung nach sich ziehen und den Pflegeberuf aufwerten. Ziel des bisherigen Entwurfes eines Pflegeberufe-Reformgesetzes war insbesondere, die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen sowie die Akademisierung – orientiert an internationalen Standards – auf den Weg zu bringen.

Die Diskussion um eine generalistische Berufsausbildung- und -bezeichnung, in der eine einheitliche Ausbildung durchlaufen wird und die in eine einheitliche Berufsbezeichnung mündet, oder ein integrierter Ansatz, also Spezialisierung auf Basis einer fundierten gemeinsamen Grundausbildung, ist keine neue Diskussion und nach diversen Modellvorhaben auch fachpolitisch entschieden worden. Aber es ist auch nicht nur eine fachpolitische, sondern im Wesentlichen eine berufspolitische Frage. Die haben Union und SPD jetzt beantwortet. Nach zweijähriger gemeinsamer Grundausbildung entscheiden die Auszubildenden künftig selbst: weiter generalistisch oder spezialisieren. Mit dem Pflegeberufe-Reformgesetz war auch intendiert, ein einheitliches Berufsbild analog dem internationalen Standard zu schaffen; das Ziel scheint auf den ersten Blick damit verfehlt. Die Frage, ob mit dem Kompromiss die horizontale berufliche Mobilität erreicht wird, ist noch nicht beantwortet.

Es bleibt abzuwarten, wie der politische Kompromiss in den Gesetzentwurf eingearbeitet wird und wie vor allem die damit verbundenen fachlichen Fragen – etwa unterschiedliche Vorbehaltsaufgaben, Kompetenzbasierung je Berufsbild, Akademisierung, aber auch sich daraus resultierende Finanzierungsfragen – beantwortet werden.“



Nadine-Michèle Szepan
leitet die Abteilung Pflege
im AOK-Bundesverband

AOK-Pflegeberatung

Gut aufgehoben in Deutschlands größter Pflegekasse

13.04.17 (ams). Das Pflegeberatungsangebot der AOK erreicht Topwerte. Knapp 37.000 Menschen hat das Zentrum für Sozialforschung Halle repräsentativ nach ihrer Erfahrungen befragt. Rund 12.300 von ihnen haben geantwortet. Das Ergebnis: Egal, ob es um Fachkompetenz, Verständlichkeit, Einfühlungsvermögen, Freundlichkeit oder Objektivität geht – bei all diesen Beratungsaspekten erreicht die AOK Zufriedenheitswerte von rund 90 Prozent.

Alle Versicherten haben Anspruch auf eine kostenlose Pflegeberatung – so sieht es das Sozialgesetzbuch (SGB) vor. Ein gesetzlich verbrieftes Recht auf gute Qualität gibt es dabei nicht. Umso erfreulicher aus Sicht der AOK-Versicherten ist es darum, dass die AOK-Pflegeberater in der Lage sind, die Lebens- und Pflegesituationen der Menschen schnell und nachhaltig zu stärken. So gab knapp die Hälfte der Befragten an, dass sich ihre Pflegesituation durch die individuelle Beratung verbessert hat (48 Prozent) oder pflegende Angehörige Hilfe bekamen (47 Prozent). Rund 42 Prozent schätzen es Wert, dass in den Gesprächen Möglichkeiten finanzieller Unterstützung erläutert wurden. „Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörigen mit unserem AOK-Pflegeberatungsangebot nicht nur wichtige Informationen, sondern auch konkrete Hilfe erhalten“, fasst AOK-Chef Litsch die Ergebnisse zusammen.

Neben der Zufriedenheit und Wirkung hat die Studie auch die Struktur und Organisation der Pflegeberatung beleuchtet. Acht von zehn Befragten ist es demnach sehr oder eher wichtig, dass die Pflegekasse eine Beratung auch im häuslichen Umfeld anbietet. Das werde nach Ansicht der Ratsuchenden der persönlichen Situation am besten gerecht. Eine Tatsache, die sich auch im Alltag der AOK-Pflegeberater widerspiegelt – 77 Prozent aller Beratungsgespräche finden zu Hause bei den Betroffenen statt.

Reibungsloser Reformprozess

Auch die Umstellung zum Jahreswechsel 2016/17 von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade ist nahezu geräuschlos verlaufen. „Alle 1,5 Millionen Pflegeleistungsempfänger der AOK wurden Ende 2016 über ihren neuen Pflegegrad informiert. Pünktlich zum Jahresbeginn konnten dann die angepassten Pflegegeldleistungen ausgezahlt werden“, resümiert der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. „Endlich wurde ein Pflegebegriff in die Tat umgesetzt, der die Fähigkeiten und Ressourcen der pflegebedürftigen

Menschen in den Mittelpunkt stellt.“ Dass der Pflegebegriff erfolgreich in die Praxis umgesetzt wird, liegt auch an den rund 700 Pflegeberatern in den knapp 1.400 Geschäftsstellen der AOK. Sie informieren rund um das Thema Pflege und lotsen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch den Pflegesektor. Dabei haben sie einiges zu tun – denn jeder zweite der rund 2,9 Millionen Pflegebedürftigen ist bei der AOK versichert. Damit ist die AOK die größte Pflegekasse Deutschlands.

Klarer Auftrag: noch frühzeitiger und gezielter informieren

Darüber hinaus wurden auch knapp 4.000 AOK-Pflegebedürftige stichprobenartig nach ihren Gründen dazu befragt, warum sie bisher keine Beratungsangebote in Anspruch genommen haben. Jeder zweite der rund 1.300 Versicherten, die an der Umfrage teilgenommen haben, gab an, das Angebot der individuellen Pflegeberatung nicht zu kennen. 45 Prozent der Befragten haben nach eigenen Angaben erst mit dem Antrag auf Pflegeleistungen oder noch später von dem Service der Pflegekassen erfahren. „Das ist der klare Auftrag an uns, noch frühzeitiger und gezielter über die AOK-Pflegeberatung zu informieren und ihren erheblichen Nutzen bei noch mehr Versicherten bekannt zu machen. Diesen Auftrag nehmen wir sehr ernst“, so Litsch.

Selbstbestimmung trotz Pflegebedürftigkeit und schwerer Krankheit steht für die AOK ganz oben, insbesondere am Lebensende. Beim Deutschen Pflegetag Ende März in Berlin hat die AOK deshalb die Intensivpflege sowie die Hospiz- und Palliativversorgung ganz besonders in den Fokus genommen. Rund 8.000 Akteure und Entscheider aus der Pflegebranche hatten an dem dreitägigen Kongress teilgenommen. Weitere Schwerpunkte der AOK waren die Unterstützung pflegender Angehöriger und natürlich auch hier der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Als Gründungspartner setzt der AOK-Bundesverband seit 2014 wichtige Akzente auf dem Deutschen Pflegetag.

Belastung in der professionellen Pflege im Blick behalten

Insgesamt ist Litsch mit den jüngsten Entwicklungen in der Pflegeversicherung zufrieden. Die von der Politik beschlossenen Beitragssatzanhebungen um insgesamt 0,5 Beitragssatzpunkte haben das Finanzierungsvolumen der sozialen Pflegeversicherung innerhalb von knapp drei Jahren um rund 20 Prozent ausgeweitet. „Allein seit Anfang 2015 sind rund zehn Milliarden Euro zusätzlich in die soziale Pflegeversicherung geflossen“, so Litsch. Dennoch mahnt der Verbandschef, denn nicht alle haben von den jüngsten Reformen profitiert: „Während Pflegebedürftige und ihre Angehörigen heute umfangreicher unterstützt werden, hat sich die Situation der Pflegekräfte nicht verbessert. Pflege ist nach wie vor ein Knochenjob“, so Martin Litsch auf dem Deutschen Pflegetag. Die überdurchschnittliche Belastung in den Pflegeberufen spiegele sich auch in der Krankenstands-Statistik wider: Zwischen 2012 und 2016 sei

der Krankenstand in Deutschland über alle Branchen hinweg durchschnittlich von 4,9 auf 5,3 Prozent gestiegen. In der Pflege jedoch sei der Krankenstand im selben Zeitraum von 6,1 auf 6,7 Prozent geklettert. Damit ist er in den Pflege nicht nur höher als im Durchschnitt, er wächst auch schneller. „Kein Zweifel, es muss viel mehr für die Attraktivität von Pflegeberufen getan werden.“ Jetzt komme es darauf an, dass der Kompromiss der Großen Koalition bei der Reform der Pflegeausbildung den erhofften Entwicklungsschub bringe. (siehe auch [ams-nachgefragt](#) Seite 11)

(tb)

**Der Evaluationsbericht des Zentrums für Sozialforschung Halle
und weitere Informationen zur Pflegeberatung der AOK:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 24.03.17**



Zahl des Monats

In 37,9 Prozent der Fälle ...

13.04.17 (ams) ... betrug die Fehlzeit von AOK-Mitgliedern im Betrieb aufgrund der Erkrankung eines Kindes im Jahr 2016 nur einen Tag. Das hat die Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) unter den rund 12,5 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern in mehr als 1,5 Millionen Betrieben ergeben. In 27,2 Prozent der Fälle fehlten die berufstätigen Eltern zwei Tage. Bei 16,8 Prozent waren es drei Fehltage.

Die Krankenkassen unterstützen berufstätige Eltern mit dem sogenannten Kinderpflegekrankengeld, und immer mehr nutzen diese Möglichkeit, insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern. „Mütter in den neuen Bundesländern kehren nach der Geburt ihrer Kinder früher in den Beruf zurück als in den alten Bundesländern und sind insgesamt häufiger Vollzeit erwerbstätig“, erklärt der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder. In Dresden hat 2016 jedes zehnte AOK-Mitglied Kinderkrankengeld in Anspruch genommen. Die sächsische Hauptstadt führt damit die Liste der 50 größten Städte in Deutschland an. An zweiter und dritter Stelle folgen Chemnitz beziehungsweise Leipzig. Insgesamt liegen acht der ersten zehn Städte in den ostdeutschen Bundesländern. Schlusslichter des Ranking sind Hagen, Duisburg und Gelsenkirchen. Der Anteil der AOK-Mitglieder mit Kinderpflegekrankengeld ist in den vergangenen fünf Jahren um 47 Prozent gestiegen.

Der Krankenstand unter den AOK-versicherten Arbeitnehmern blieb 2016 mit 5,3 Prozent im Vergleich zu 2015 unverändert. Im Schnitt war jeder dieser Arbeitnehmer 19,4 Tage krankgeschrieben.

**Weitere Einzelheiten zu Fehlzeiten
und Krankschreibungen 2016 unter:
www.wido.de > Aktuelles**



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Ernährungstherapie bei Stoffwechselerkrankungen

Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose können ab dem 1. Januar 2018 Ernährungstherapie als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Anspruch nehmen. Das hat der GBA mit einer Änderung der Heilmittel-Richtlinie Mitte März beschlossen. Voraussetzung für eine solche Ernährungstherapie ist die Verordnung durch besonders qualifizierte Ärzte, die umfangreiche Erfahrungen bei der Behandlung solcher Erkrankungen haben.

Auch die Therapeuten müssen spezielle Kenntnisse im Umgang mit diesen Erkrankungen nachweisen können. Die Ernährungstherapie zielt darauf ab, Fehlernährung, Mangelversorgung und Stoffwechsellstörungen zu verhindern beziehungsweise abzumildern und zu behandeln. Das soll helfen, schwere geistige und körperliche Behinderungen zu vermeiden. Nach drei Jahren will der GBA den Beschluss auf möglichen Änderungsbedarf prüfen.

Langfristiger Heilmittelbedarf bei Lymphödemen

Für Patienten, die unter einem Lymphödem ab Stadium II leiden, wird die Versorgung mit Heilmitteln künftig leichter – für sie entfallen nach einem Beschluss des GBA aufwändige Antrags- und Genehmigungsverfahren für eine kontinuierliche Behandlung. Denn nach Ansicht des Ausschusses ist bei der Diagnosestellung von vornherein von langfristigem Heilmittelbedarf auszugehen.

Bisher galt das nur bei Erkrankten mit Lymphödem des Stadiums III. Lymphödeme sind – sofern diese nicht behandelt werden – eine fortschreitende chronische Erkrankung, die in Folge einer eingeschränkten Transportfähigkeit von Lymphgefäßen entsteht. Die adäquate und fortlaufende Therapie mit manueller Lymphdrainage als Bestandteil der sogenannten Kombinierten Physikalischen Entstauungsbehandlung – etwa durch Kompressionsstrümpfe – gilt für die Mehrheit der Patienten ab Stadium II als wichtigste Maßnahme, um ein Fortschreiten der Krankheit sowie Komplikationen zu verhindern.

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.

Verordnungsbefugnisse nichtärztlicher Psychotherapeuten

Auch nichtärztliche Psychotherapeuten können fortan ihren Patienten Soziotherapie, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Krankenhausbehandlung sowie Krankentransport verordnen. Bisher war dies nur ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten. Der GBA hat dazu die Voraussetzungen sowie den Umfang des Ordnungsrechts beschlossen. Damit kommt der GBA einem gesetzlichen Auftrag nach, wonach auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, Ordnungsmöglichkeiten gegeben werden sollen. Durch den nun gefassten Beschluss müssen Patienten, die bei einem nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in Behandlung sind, beispielsweise für eine Krankenseinweisung nicht mehr zusätzlich einen Vertragsarzt aufsuchen.

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



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Nach dem Koalitionsausschuss Ende März ist das Verbot des Versandhandels rezeptpflichtiger Medikamente vom Tisch. Das Regierungsbündnis aus Union und SPD hat sich hier nicht einigen können. Dafür fanden beide jedoch einen Kompromiss bei der Reform der Pflegeausbildung. Außerdem hat es Bewegung in Sachen europäischer Zulassungsverordnung von Medizinprodukten gegeben. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten noch laufenden Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 12. April 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 Hämophileregister 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 Saisonarbeiter, Einführung einer Frist für das Vergabeverfahren, Zeitplan und Informationspflicht und 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 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.

Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 15. Februar 2017
- Erster Durchgang Bundesrat: 31. März 2017
- Erste Lesung Bundestag: offen
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: offen
- Zweiter Durchgang Bundesrat: offen
- 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 bzw. 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



Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG)

Am 31. März hat jetzt auch der Bundesrat das AMVSG passieren lassen, nachdem der Bundestag zunächst zwei Anläufe zur endgültigen Verabschiedung gebraucht hatte. Zunächst waren im Februar 2017 die zweite und dritte Lesung noch einmal verschoben worden. Der Bundestag hat dann aber 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 „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.

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



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 (siehe „EU-Ticker“).

Fast fünf Jahre haben die Befürworter von mehr Gesundheits- und Patientenschutz und die Vertreter eines ungehinderten Warenverkehrs und einheitlicher Wettbewerbsbedingungen um die Medizinprodukteverordnung gerungen. Ein sehr wirtschaftsnaher Vorschlag der EU-Kommission wurde vom Europa-Parlament abgelehnt. Am 25. Mai 2016 einigten sich die europäischen Gesundheitsminister mit dem Gesundheits- und Umweltausschuss des Parlaments auf einen Kompromiss, dem schließlich auch die EU-Kommission zustimmte. Der Europäische Rat der Regierungen hat diesem Kompromiss abschließend am 7. März 2017 zugestimmt.

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 beispielsweise 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 Expertengruppe 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 schadhafte 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-Parlamentes:
www.europarl.europa.eu > Aktuelles > Pressemitteilung
> Medizinprodukte: Mehr Sicherheit, bessere Rückverfolgbarkeit

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

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 Bun-

desrats 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 Notfall-Einsätze 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

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 in Deutschland zur Abstimmung vorgelegt. Zwischenzeitlich gab 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 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 rechtens 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 Versandapo-

theke 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

Englische Fachliteratur bei Hausärzten wenig gefragt

12.04.17 (ams). Knapp zwei Drittel der Hausärzte in Deutschland bevorzugen deutsche Fachliteratur. Drei Viertel vertrauen auf Fortbildungen, und knapp die Hälfte sucht den Austausch mit Kollegen in Qualitätszirkeln. Das sind die Ergebnisse einer Umfrage für den WldOmonitor 1/2017. Insgesamt haben 1.003 hausärztlich tätige Ärzte teilgenommen. Nur jeder siebte Befragte gab an, auch englischsprachige Publikationen zu lesen. Für Deutschland gibt es bisher nur wenige Untersuchungen zur Informationsversorgung und Informationsbeschaffung von Ärzten. Der aktuelle WldOmonitor schließt diese Lücke.

Weitere Ergebnisse: www.wido.de > Publikationen > WldOmonitor



AOK-Wettbewerb: Einfach mal abschalten

12.04.17 (ams). Jugendliche sind bereit, Smartphone und Handy verantwortungsvoll zu nutzen und deren Gebrauch einzuschränken. Das zeigt die Analyse des Schulwettbewerbs „#Sendepause“ der AOK Rheinland/Hamburg. Die Hälfte der Teilnehmer (51 Prozent) nutzte demnach Handy oder Smartphone im Wettbewerbszeitraum täglich weniger als 30 Minuten. Der Mittelwert lag bei 76 Minuten. Mit der Aktion wurde erstmalig über eine spezielle App der Handykonsum von Jugendlichen technisch gemessen. Knapp 4.500 Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahren hatten sich beteiligt. Ziel war es, Jugendliche für eine bewusste Handynutzung zu sensibilisieren.

Weitere Infos: www.aok.de/rheinland-hamburg > Presse > Pressemitteilungen



Studienreise nach Dänemark: Zusatztermin Ende August

12.04.17 (ams). Wegen der starken Nachfrage bietet das AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) einen zusätzlichen Reisetern vom 28. bis 30. August 2017 an. Kernfrage des dreitägigen Trips bleibt, was die Krankenhausversorgung in Dänemark so viel effizienter macht als in Deutschland. Aktuell gibt es hier knapp 2.000 Kliniken. Würde sich Deutschland bei der Krankenhausplanung an seinem nördlichen Nachbarn orientieren, käme es mit maximal 400 Häusern aus, sagt ein Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

Infos und Anmeldung: 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:
