



# AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES [WWW.AOK-PRESSE.DE](http://WWW.AOK-PRESSE.DE)

12/18

POLITIK

 @AOK\_Politik

Drei Fragen an Dr. Gerhard Schillinger, Stab Medizin im AOK-Bundesverband

- **Medizinprodukte: Nationale Spielräume nutzen** ..... 2
- ams-Grafik 1: Medizinprodukte
- **Einteilung nach Risikoklassen** ..... 4
- ams-Hintergrund: Schadhafte Medizinprodukte im Überblick
- **Schlimme Folgen: Krebs und Schlaganfall** ..... 5
- Qualitätsmonitor 2019
- **Fatale Defizite bei Mindestmengen** ..... 8
- ams-Grafik 2: Von A bis Z
- **Das gilt 2019** ..... 10
- Apotheken-Eckpunkte der Großen Koalition
- **Verpasste Chance zur Weiterentwicklung** ..... 11
- ams-Grafik 3: GKV-Finanzergebnisse 1. bis 3. Quartal 2018
- **Von 100 Euro GKV-Ausgaben gingen ...** ..... 13
- Gesetzgebung Gesundheitspolitik
- **Was 2019 in Kraft tritt –  
Was auf der Tagesordnung steht** ..... 14
- EU-Ticker
- **Forschungspakt „Seltene Erkrankungen“** ..... 25
- Zahl des Monats
- **Auf 91,3 Milliarden Euro ...** ..... 27
  
- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 28
- **Kurzmeldungen** ..... 29



Drei Fragen an Dr. Gerhard Schillinger, Stab Medizin im AOK-Bundesverband

## Medizinprodukte: „Deutschland kann und muss national mehr tun“

**27.12.18 (ams).** Nach Bekanntwerden der sogenannten „implant files“ hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn angekündigt, „eine industrieunabhängige Stelle aufzubauen, bei der alle verbauten Implantate gemeldet werden müssen.“ Hintergrund: Recherchen von WDR, NDR und Süddeutscher Zeitung hatten erneut Gesundheitsschäden durch fehlerhafte Medizinprodukte bis hin zu Todesfällen aufgedeckt und öffentlich gemacht. Der AOK-Bundesverband macht sich seit Jahren für eine stringenteren Zulassung und Überwachung von Medizinprodukten und somit wirksameren Patientenschutz stark.



**Dr. Gerhard Schillinger**  
leitet den Stab Medizin im  
AOK-Bundesverband

**Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabes Medizin im AOK-Bundesverband, wie bewerten Sie die Initiative des Gesundheitsministers?**

**Schillinger:** Alles, was den Schutz der Patienten, insbesondere bei dauerhaft eingepflanzten Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse verbessert, ist zu begrüßen. Und die Einführung eines solchen Registers ist überfällig. Mit dem Endoprothesenregister Deutschland haben wir gemeinsam mit den Fachgesellschaften, den Herstellern und den Ersatzkassen für Hüft- und Knieendoprothesen bereits eine fundierte Grundlage entwickelt. Seit den 1980er-Jahren gibt es Hüftendoprothesen, die bis zu 25 Jahre halten. Bei Menschen, die mit den Großkopf-Metall-auf-Metall-Hüftprothesen operiert wurden, mussten zu viele aber bereits nach fünf Jahren wieder ausgetauscht werden. Das ist für die Betroffenen ein Desaster. Auffälligkeiten zeigen sich oft früh. Zum Beispiel hatte sich für die ASR-Hüftprothesen von DePuy schon zwei Jahre nach Marktzugang eine Auffälligkeit im australischen Register gezeigt. Es ist gut, wenn jetzt in Deutschland die Politik reagiert. Aber das kann nur der erste Schritt sein.

### Deutschland könnte also mehr tun?

**Schillinger:** Deutschland kann und muss national mehr tun. Damit Schadenersatzansprüche von Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht ins Leere laufen, muss die Bundesregierung eine Produkthaftpflichtversicherung zur Pflicht machen. Die Europäische Union hat den Mitgliedstaaten hier bewusst Freiraum gelassen. Der Informationsanspruch der Patienten im Schadensfall muss konkreter gefasst werden. So müssen etwa die Anwälte und die Krankenkassen umfassende Einsicht in alle Zulassungsunterlagen sowie Ergebnisse der Risikoerfassung und -bewertung erhalten. Für einen hochwertigen Patientenschutz müssen die produktrelevanten Informationen für Medizinprodukte mit einem sehr hohen oder hohen Risiko so schnell wie möglich in die Abrechnungsdaten von Ärzten und Krankenhäusern übernommen werden. Nur dann können die gesetzlichen Krankenkassen bei schadhafte Produktserien die umgehende Information aller Betroffenen sicherstellen. Damit würden Gesundheitsschäden nicht zwingend verhindert, aber geschädigte Patienten stünden nicht alleine im Regen und Auffälligkeiten bei Medizinprodukten in der ganzen



Breite vom Herzschrittmacher, über Bandscheiben und Medikamentenpumpen bis zu Neurostimulatoren könnten viel schneller erkannt werden. Für die eindeutige Identifizierung von Medizinprodukten sieht die EU-Verordnung zwar eine einmalige Produktnummer vor, doch diese Regelung tritt erst mit deutlicher Zeitverzögerung in Kraft.

## **Damit ist aber noch kein Medizinprodukt sicherer geworden.**

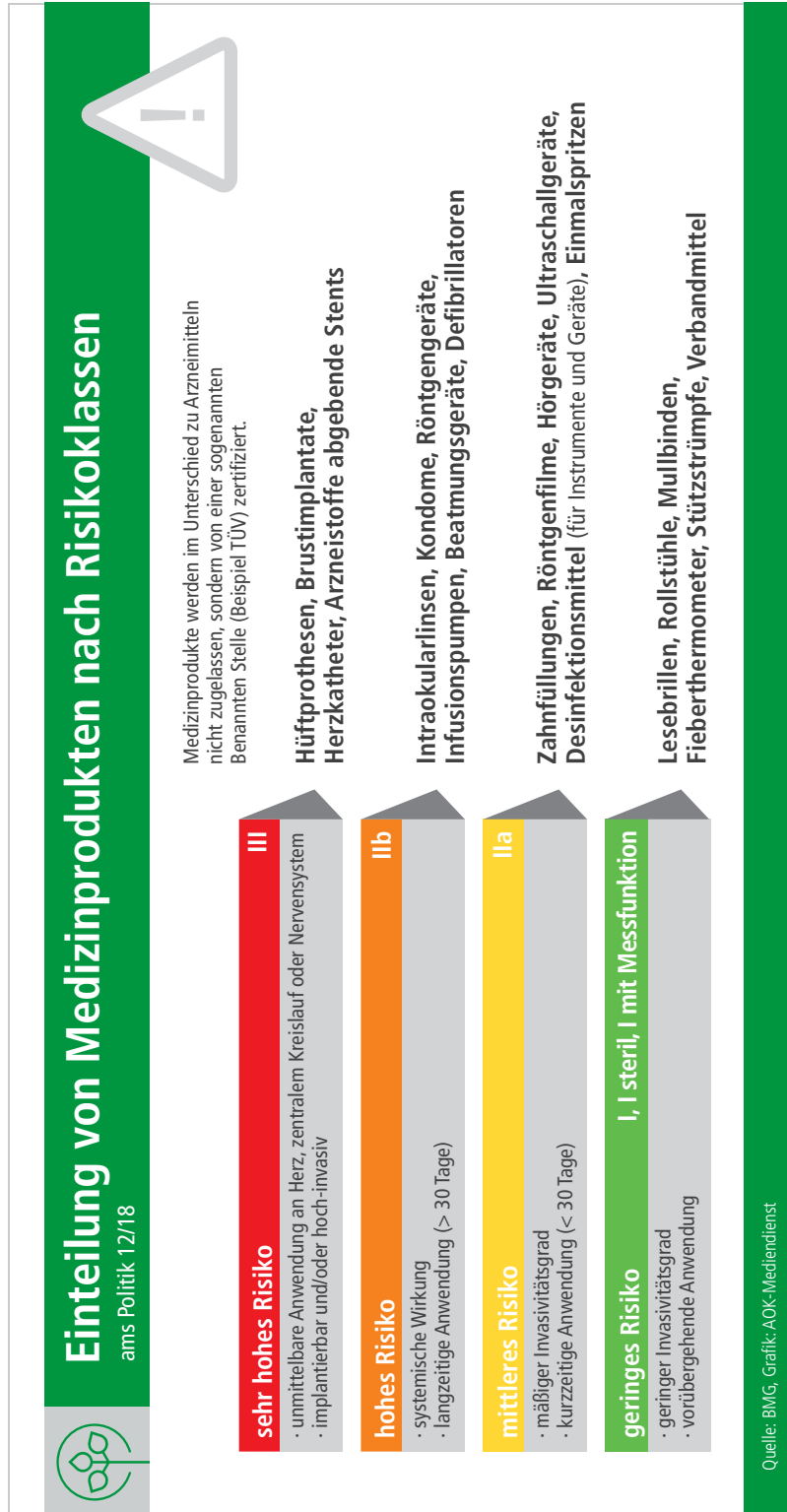
### **Wo sehen Sie hier vorrangig Handlungsbedarf?**

**Schillinger:** Die durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 eingeführte Nutzenbewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten müsste eigentlich weiter ausgebaut werden, da sie nur auf wenige Einzelfälle beschränkt wurde. Stattdessen soll diese Chance für Hersteller und Patienten nun zur Unkenntlichkeit zusammengestutzt werden. Vielmehr sollte sichergestellt werden, dass Hochrisiko-Medizinprodukte erst dann breit zulasten der GKV angewendet werden, wenn hochwertige klinische Studien zeigen, dass sie hinsichtlich Nutzen und Risiko mindestens gleich gut wie die Standardtherapie sind. Solange keine ausreichenden Daten vorliegen, muss der Zugang auf Zentren beschränkt sein, die sich an den Studien zu diesen Medizinprodukten beteiligen. Um eine hohe Qualität der Nutzenbewertung sowie der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung zur Erprobung neuer Behandlungsmethoden zusätzlich zu flankieren, muss der Gemeinsame Bundesausschuss künftig bei der Festlegung der Anforderungen die Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen berücksichtigen. Und natürlich bedarf es wirksamer Sanktionen, damit die mit der EU-Verordnung von 2017 vorgesehenen wenigen Verbesserungen im Versorgungsalltag auch ankommen. Vor allem müssen Verletzungen der Melde- und Auskunftspflichten während der Umsetzung der neuen Regelungen in nationales Recht verhindert werden. Um hier mehr Verbindlichkeit herzustellen, müssen auch Bußgelder, Verbote zur Leistungserbringung oder Lieferstopps verhängt werden können. Mit der Umsetzung könnte der Gesetzgeber beispielsweise das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragen, denn die Zuständigkeit der Bezirksregierungen für Maßnahmen gegen den Hersteller gehört unbedingt auf den Prüfstand.

**DAS DOSSIER: MEDIZINPRODUKTE:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > [Hintergrund](#) > [Dossiers](#) > [Medizinprodukte](#)





Nach EU-Recht werden Medizinprodukte in Risikoklassen eingeteilt. Von der Einteilung hängt das Kennzeichnungsverfahren ab: ob das CE-Kennzeichen durch die Firma selbst erstellt werden kann oder eine sogenannte Benannte Stelle wie der TÜV dies vornimmt. Ob das Medizinprodukt tatsächlich den betroffenen Patienten hilft, spielt dabei keine Rolle. So prüft die Benannte Stelle, ob ein Herzschrittmacher mit Defibrillatorfunktion einen Kurzschluss auslösen kann, nicht aber, ob er schwerwiegende Herzrhythmusstörungen korrekt erkennt. Die CE-Kennzeichnung führt zur EU-weiten Zulassung.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



ams-Hintergrund: Schadhafte Medizinprodukte im Überblick

## Schlimme Folgen: Schmerzen, Krebs und Schlaganfall

**27.12.18 (ams).** Es passiert immer wieder: Neue Medizinprodukte kommen auf den Markt und entpuppen sich als gefährlich. Manche setzen krebserregende Stoffe frei, andere erhöhen das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden oder gar zu sterben. In einigen Fällen wäre es sinnvoller gewesen, statt des neuen Medizinprodukts das bereits etablierte oder die bisherige Standardtherapie zu nutzen oder das Anwendungsgebiet der vermeintlichen Innovation deutlich einzuschränken. Der AOK-Medienservice (ams) nennt in alphabetischer Reihenfolge einige problematische Medizinprodukte.

### Brustimplantate:

Sei es nach Brustkrebsoperationen oder aus rein ästhetischen Gründen: Millionenfach sind weltweit Brustimplantate bei Frauen eingesetzt worden. Jahrelang hatte man sie mit Sojaöl gefüllt. Im Jahr 2000 kam man allerdings zu der Erkenntnis, dass diese Kissen gefährlich sind. Das Öl zerfällt in Stoffe, die krebserregend sind und bei einer Schwangerschaft das ungeborene Kind schädigen können. 2011 gerieten dann erneut Brustimplantate in Deutschland in die Schlagzeilen – die Produkte der Firma Poly Implant Prothèse (PIP). Die französische Aufsichtsbehörde hatte bereits 2010 einen Rückruf veranlasst. Der Grund: Die Kissen waren mit Industriesilikon statt mit medizinischem Silikon gefüllt. Das kostet nur ein Fünftel des medizinischen Silikons. Außerdem rissen die PIP-Produkte viel leichter als andere Implantate. Insgesamt wurden eine halbe Million PIP-Implantate weltweit eingesetzt, davon mehrere Tausend in Deutschland. Bis Mitte 2012 wurden rund 1.000 davon in Deutschland wieder entfernt, nachdem auch das zuständige Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Januar 2012 Frauen dazu geraten hatte, die Billigimplantate vorsorglich ersetzen zu lassen. Bei mehr als einem Viertel der gemeldeten Fälle war ein Kissen gerissen, bei jedem fünften Silikon ausgetreten. PIP ist inzwischen insolvent, kann also nicht zu Schadenersatz herangezogen werden. Ein Verfahren gegen den TÜV Rheinland, der als Benannte Stelle die Implantate geprüft hatte, läuft noch.

### Ellenbogenimplantate:

Zwischen 2000 und 2010 wurde in den USA die Zulassung für ein Ellenbogenimplantat zur Behandlung von Brüchen des Armgelenks beantragt. Die amerikanische Zulassungsbehörde FDA fand die präklinischen Tests nicht ausreichend und vermutete an einer Stelle ein erhöhtes Risiko, dass das Implantat bricht. Der Hersteller zog daraufhin den Zulassungsantrag in den USA zurück und brachte das Produkt in Europa auf den Markt. Dort traten dann die Brüche des Implantats auf, die die FDA befürchtet hatte. Als diese sich häuften, zog der Hersteller das Produkt in Europa wieder vom Markt zurück.



### Großkopf-Metall-auf Metall-Hüftendoprothesen:

Seit über 30 Jahren gibt es Hüftendoprothesen, die 15 bis 20 Jahre halten. Bei diesen bewegt sich meist ein Hüftkopf aus Metall in einer Gelenkfläche aus Polyethylen. Nun dachte man, dass Metall ja härter sei als Kunststoff, und verwendete auch für die Oberfläche der Gelenkpfanne Stahl. Und weil ein großer Kopf mehr Belastung verträgt als ein kleiner, produzierte man besonders große Köpfe. Da diese Produkte ab 2004 unkontrolliert eingeführt werden konnten, wurde erst nach Jahren offensichtlich, dass die entsprechenden Endoprothesen viel schneller versagten als die etablierten, der Metallabrieb zudem das umgebende Gewebe schädigt und bei einigen Patienten zu hohen Kobaltkonzentrationen im Blut führt. Das Problem: Kobalt ist wahrscheinlich krebserregend. Außerdem sind das häufig im gleichen Zusammenhang verwendete sogenannte hexavalente Chrom – eine Sonderform des Chroms – nachgewiesenermaßen und das oft zusammen mit Kobalt eingesetzte sogenannte trivalente Chrom möglicherweise krebserregend. Die Firma DePuy hat 2010 zwei ihrer Hüftendoprothesen zurückgerufen. Das Problem betrifft aber die ganze Produktklasse. In den USA müssen die Hersteller inzwischen Postmarketing-Sicherheitsstudien vorlegen.

### Operationsroboter:

In der Chirurgie soll der Gebrauch von Robotern dazu führen, präziser zu arbeiten. Im Zusammenhang mit dem zum Fräsen in der Hüftendoprothetik eingesetzten Robodoc® klagen die behandelten Patienten jedoch häufiger über bestimmte Beschwerden als herkömmlich operierte, beispielsweise über Knieschmerzen, Verrenkungen, Nervenschäden und Wundheilungsstörungen. In Deutschland wurden innerhalb von zehn Jahren über 6.000 Patienten mit diesem Verfahren operiert. In den USA ist das amerikanische Produkt übrigens nicht zugelassen, in Deutschland aber erhielt Robodoc® nach Prüfung der technischen Sicherheit durch den TÜV Rheinland die europaweite Zulassung. Die sehr großzügigen Zulassungsregelungen in Deutschland führen somit auch dazu, dass amerikanische Firmen ihre in den USA nicht zugelassenen Medizinprodukte unkontrolliert in Deutschland und Europa erproben können.

### Stents für Aortenaneurysmen:

Aneurysmen, also Aussackungen in der Hauptschlagader (Aorta), bergen, wenn sie eine bestimmte Größe überschreiten, das Risiko von lebensgefährlichen Blutungen. Die Standardtherapie ist eine offene Operation. Seit etwa 1997 gibt es in Deutschland unterschiedliche Stents, die über die Gefäße in das Aneurysma eingebracht werden und dieses von innen verschließen sollen. Diese Produkte wurden in Europa eingeführt, bevor in den USA überhaupt ein Antrag auf Durchführung einer dort notwendigen Studie gestellt wurde. Einige der Produkte wurden auch in den USA aufgrund von belastbaren Studien zugelassen, andere erhielten aufgrund von Problemen der Produkte eine solche Zulassung dort nicht. Bei neun der in Europa zugelassenen Aorta-Stents fand die amerikanische Zulassungsbehörde schwerwiegende Sicherheitsrisiken für die Patienten. Die Firmen mussten daraufhin das Produkt ändern und neu einreichen oder den Zulassungsantrag zurückziehen. So zeigte sich für den Aptus-Stent ein hohes Risiko für Gefäßverschlüsse in den Beinen, was zum Verlust des Beins führen kann. Beim Vanguard-Stent traten in den erforderlichen Studien Löcher auf, so dass die Produkte auch in Europa vom Markt genommen wurden. In der Zeit danach



wurden in Europa schwerwiegende Folgen bei einigen Patienten mit solchen Stents beobachtet, unter anderem starke Blutungen oder ein weiteres Wachstum der Aneurysmen, Brüche der Stents oder ein Abknicken derselben. Von den sechs in den USA zugelassenen Aortenstents traten bei keinem die in Europa beobachteten Probleme auf.

## Stents im Gehirn:

In die Gehirngefäße eingesetzte Stents, sollen bei Blutgefäßverengungen einem Schlaganfall vorbeugen. Als Alternative oder Ergänzung einer medikamentösen Therapie sind sie in Deutschland allein in den Jahren 2008 bis 2010 rund 3.500-mal eingesetzt worden. Eine in den USA auf Druck von Krankenversicherern durchgeführte Studie zeigte für sogenannte selbst-expandierende Stents, dass die Rate von Schlaganfällen und Todesfällen ein Jahr nach dem Eingriff zweieinhalbmal höher war als bei einer medikamentösen Behandlung (14,7 Prozent gegenüber 5,8 Prozent). In den USA wurde die Zulassung solcher Stents daraufhin drastisch eingeschränkt.

## Vaginale Netze:

Bei Inkontinenzoperationen von Frauen wird zur Hebung der Gebärmutter beziehungsweise zur Verstärkung der Beckenbodenmuskulatur ein Netz implantiert. Diese Netze haben bisweilen sehr schwere Nebenwirkungen. Zum Beispiel können sie in umliegende Organe einschneiden, so dass Gewebe abstirbt; das Einbringen über die unsterile Vagina verursacht zudem häufig Infektionen. Wegen der Häufung solcher schweren Nebenwirkungen müssen die Hersteller in den USA nun Studien zur Sicherheit und zum Nutzen nachlegen. In Deutschland gibt es solche Auflagen nicht, obgleich auch hier dieser Eingriff alleine bei AOK-Patienten 8.000 mal pro Jahr erfolgt, was hochgerechnet mehr als 25.000 solcher Eingriffe pro Jahr in Deutschland ergibt.



Qualitätsmonitor 2019

## Litsch: „Jedes Jahr ohne ordentliche Mindestmenge hat fatale Folgen“

27.12.18 (ams). Die Qualitätssicherung von Klinikleistungen wird nicht mit Nachdruck bearbeitet und umgesetzt. Diesen Vorwurf erhebt der AOK-Bundesverband. „Bei der Umsetzung der Qualitätsagenda des Krankenhaus-Strukturgesetzes ist von Entschlossenheit nichts zu merken“, sagte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch bei der Vorstellung des Qualitätsmonitors 2019. Selbst wenn Kliniken schlechte Behandlungsqualität liefern, müssten sie kaum Konsequenzen fürchten: „Die meisten Bundesländer halten ihre schützende Hand über sie.“ Allein das Festschreiben von Mindestfallzahlen würde in vielen Bereichen die Überlebenschancen von Patienten deutlich verbessern. Litsch forderte die Politik auf, die Prozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zu beschleunigen und die Qualitätsvorgaben für Kliniken verbindlich zu machen.

Bereits im Koalitionsvertrag von 2013 war die Qualitätssicherung von Kliniken thematisiert worden. Drei Jahre später folgte das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG), mit dem die Implementierung von relevanten Qualitätsindikatoren festgeschrieben wurde. Die Neuentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren werde aber bis zu zehn Jahre dauern, sagte Litsch. „Sie können also vermutlich erst 2028 Wirksamkeit in der Versorgung entfalten – 15 Jahre, nachdem die Politik das Ziel formuliert hat.“ Aus Litschs Sicht kommt das viel zu spät: Der GBA bewege sich „langsam wie eine Schnecke“. Auch bei den Mindestmengen gehe es nicht voran. Diese Vereinbarungen sehen vor, dass Kliniken komplexe Behandlungen nur dann ausführen dürfen, wenn sie eine Mindestzahl an Eingriffen pro Jahr und somit eine gewisse Behandlungsroutine vorweisen können. Litsch wirft den Klinikvertretern und Bundesländern „eine Strategie der Verschleppung“ vor, da sie die Mindestmenge zur Behandlung von Frühgeborenen unter 1.500 Gramm allenfalls stufenweise innerhalb von fünf Jahren erhöhen wollen. „Jedes Jahr ohne ordentliche Mindestmenge hat in diesem Bereich fatale Folgen für die betroffenen Kinder und ihre Eltern“, sagte der AOK-Verbandschef.

### Zu niedrig angesetzte Mindestmengen

Rund 11.000 Kinder kommen in Deutschland jedes Jahr zu früh auf die Welt. Jene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm gehören zu den besonders gefährdeten Patientengruppen. „Um sie gut zu versorgen, sind spezialisierte Zentren sowie ein gestuftes Vorgehen nötig“, erklärte Professor Rainer Rossi. Der Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Vivantes Klinikum Berlin-Neukölln empfiehlt: „Je komplikationsreicher eine Schwangerschaft, desto eher sollte die Versorgung im höchstqualifizierten Zentrum erfolgen.“ Bei den Frühgeborenen gilt für Kliniken aktuell eine Mindestmenge von 14 Fällen pro Jahr. „Dies ist viel zu niedrig angesetzt“, so Rossi. Internationale systematische Reviews zeigten, dass eine bessere Versorgungsqualität in der Geburtshilfe von der Fallzahl, der Ausstattung und dem Grad der Zentralisierung in der Geburtshilfe abhängen. Auch für





Deutschland könne ein Zusammenhang von Fallzahlen und Qualitätsergebnissen nachgewiesen werden. Dies zeige auch eine Analyse auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten, die im Qualitätsmonitor 2018 veröffentlicht ist. Demnach haben Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1500 Gramm, die in Kliniken mit weniger als 34 Fällen behandelt werden, eine knapp 50 Prozent höhere Sterblichkeitsrate als jene, die in Kliniken mit 91 und mehr Fällen pro Jahr versorgt werden. Der Qualitätsmonitor, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO), der Verein Gesundheitsstadt Berlin und die Initiative Qualitätsmedizin gemeinsam herausgeben, zeigt auch auf, dass die Zahl der Frühgeburten mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm in Deutschland von 2008 auf 2017 um 21 Prozent gestiegen ist. Die allgemeine Säuglingssterblichkeit in Deutschland liegt bei 2,3 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten und damit deutlich über den Werten in den skandinavischen Ländern. In Schweden beispielsweise kommt es zu nur 1,6 Todesfällen je 1.000 Lebendgeburten – und das, obwohl die dortige Gesundheitsversorgung deutlich straffer organisiert ist. Während in Deutschland insgesamt 376 Perinatal-Zentren für 760.000 Geburten zur Verfügung stehen, sind es in Schweden nur sechs Zentren für 120.000 Geburten.

### Lage für Krebs- und Herzpatienten nicht besser

Jürgen Klauber, WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Qualitätsmonitors, verwies darauf, dass Patienten in vielen Versorgungsbereichen von festgeschriebenen Mindestmengen profitieren würden. So gebe es beispielsweise in der Krebsbehandlung viel „Gelegenheitschirurgie“, denn nach wie vor wagten sich auch Kliniken mit wenig Erfahrung an komplexe Krebstherapien. So führte zum Beispiel ein Viertel der 781 Brustkrebs behandelnden Kliniken in 2016 maximal acht Operationen durch. Ein weiteres Viertel operierte zwischen neun und 50 Patientinnen, im Mittel 26 Frauen – was etwa einen Eingriff alle zwei Wochen bedeutet. „Für eine gute Versorgung ist ein deutlicher Konzentrationsprozess erforderlich“, betonte Klauber. Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert für die Brustkrebsversorgung eine Mindestfallzahl von 100 pro zertifiziertem Zentrum. Patientinnen, die in Zentren behandelt wurden, hatten nach vier Jahren eine höhere Überlebensrate als Patientinnen, die anderweitig versorgt wurden. „Es leuchtet ein, dass in Kliniken mit einer Mindestfallzahl von 100, in denen heute gut vier Fünftel der Patientinnen operiert werden, eher eine eingespielte Prozesskette rund um die Operation zu erwarten ist“, sagte der WIdO-Chef. Handlungsbedarf sieht Klauber ebenso bei den Katheter-gestützten Aortenklappen-OPs, kurz TAVIs. Diese Eingriffe seien 2016 mehr als 17.000 Mal an insgesamt 97 Kliniken durchgeführt worden. Dabei versorgten etwa 30 Prozent der Häuser weniger als 100 Fälle pro Jahr. Bei diesen sei, so die Analysen des Qualitätsmonitors, die Zahl der Todesfälle im Vergleich zur erwarteten Zahl der Todesfälle um 46 Prozent erhöht. Kliniken mit mindestens 200 Eingriffen unterschreiten hingegen die erwartete Zahl an Todesfällen um 32 Prozent. „Der Handlungsbedarf, zügig eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aufzubauen, liegt auf der Hand“, sagte Klauber. Schon mit einer Fallzahlvorgabe von 100 bei den TAVIs könnte die Krankenhaussterblichkeit gesenkt werden, deutlich besser sei eine Mindestmenge von 200 Fällen.

(wer)

DER QUALITÄTSMONITOR 2019 ALS E-BOOK:

[www.wido.de](http://www.wido.de)



# Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2019

Stand: 23. November 2018

<b>Zuzahlung für Arzneimittel</b>	10% vom Abgabepreis pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
<b>Zuzahlung für Heilmittel</b> (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10% der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
<b>Zuzahlung für Hilfsmittel</b>	10% vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
<b>Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel</b> (z. B. Windeln)	10% für jedes Mittel, max. 10 Euro pro Monat	
<b>Zuzahlung für häusliche Krankenpflege</b>	10% der Kosten plus 10 Euro je Verordnung für max. 28 Tage	
<b>Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten</b>	10% der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
<b>Zuzahlung für Haushaltshilfe</b>	10% der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
<b>Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation</b>	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
<b>Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen</b>	10 Euro pro Tag	

**Belastungsgrenze für Zuzahlungen / bei chronisch Kranken** individuell: 2% / 1% des Haushaltseinkommens

## Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:

für den ersten Angehörigen	5.607,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.738,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.620,00 Euro	jährlich

## Bundeseinheitliche Beitragssätze

<b>allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung</b>	14,6%
<b>ermäßigter Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung</b>	14,0%
<b>durchschnittlicher Zusatzbeitrag</b>	0,9%
<b>Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung /Kinderlose (23 Jahre – Geburtsjahr 1940)</b>	3,05%/3,3%
<b>Beitragssatz gesetzliche Rentenversicherung</b>	18,6%
<b>knappschaftliche Rentenversicherung</b>	24,8%
<b>Beitragssatz Arbeitslosenversicherung</b>	2,5%

<b>Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung</b>	4.537,00 Euro	monatlich
<b>Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung</b>	60.750,00 Euro	jährlich

## Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

### Sachleistung häusliche Pflege:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

### Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	316,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	545,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	728,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	901,00 Euro	monatlich

### Vollstationäre Pflege:

Pflegegrad 1	125,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro	monatlich

### Teilstationäre und Kurzzeitpflege:

Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 1 (Entlastungsbetrag)	bis zu 125 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

Kurzzeitpflege: 1.612,00 Euro (jährlich, Leistungszeitraum 8 Wochen)

<b>Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen</b>	bis zu 16,00 Euro	pro Tag
<b>Zuschuss zu amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kleinkinder</b>	bis zu 25,00 Euro	pro Tag

Weitere Informationen zu den Rechengrößen und Belastungsgrenzen 2019: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Das gilt



Apotheken-Eckpunkte der Großen Koalition

## Verpasste Chance zur strukturellen Weiterentwicklung

**27.12.18 (ams).** Die Große Koalition will den Handel mit Arzneimitteln in Apotheken neu ordnen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat dazu ein Papier mit acht Eckpunkten vorgelegt. Dabei ist das von Union und SPD im Koalitionsvertrag vereinbarte Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten offenbar vom Tisch. „Europarechtlich und politisch zu unwägbar“, so die Begründung des Ministers. Spahn bringt unter anderem eine Begrenzung des Marktanteils des Versandhandels ins Spiel. Das Maßnahmenpaket dient offensichtlich zur Besänftigung der mächtigen Apothekerlobby. Der AOK-Bundesverband meldet bereits Zweifel an. „Nach erster Einschätzung läuft die Marktanteilskontrolle dem freien Warenverkehr in der EU zuwider“, sagt Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband.

Die Fünf-Prozent-Hürde könnte als Einfuhrbeschränkung gewertet werden, mindestens aber als eine Maßnahme gleicher Wirkung. Sollte sie umgesetzt werden, prognostiziert Richard eine erneute Befassung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) mit dem Thema. Der hatte 2016 entschieden, dass die deutsche Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Recht verstößt. Das Eckpunktepapier sieht jetzt vor, die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) ins Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) einzubinden. „Offensichtlich soll so die Argumentation des EuGH umgangen werden, indem dadurch der Fokus auf das nationalstaatliche Gesundheitssystem gelenkt wird“, so Richard. Hintergrund: Die meisten Bereiche der Gesundheitsversorgung fallen in die Hoheit der einzelnen EU-Mitgliedsstaaten. Lediglich Bereiche, die den freien Warenverkehr im Binnenmarkt direkt betreffen, fallen in die Kompetenz der EU. AOK-Arzneimittelexpertin Richard ist skeptisch, ob das großkoalitionäre Manöver am Ende verfängt: „Wir erwarten, dass das Verfahren ähnlich verläuft wie das der PKW-Maut für Ausländer, vor allem vor dem Hintergrund, dass mit dem Apothekengutachten des Bundeswirtschaftsministeriums, in dem explizit keine Versorgungsprobleme durch den Versandhandel festgestellt wurden, ja eine neue Faktenlage entstanden ist.“

### Beschränkung von Preisnachlässen

Darüber hinaus will die Bundesregierung die Boni, die ausländische Apotheken gewähren, auf 2,50 Euro je Packung beschränken. Auch das ist eine unmittelbare Reaktion auf das EuGH-Urteil vom Oktober 2016. In dem Verfahren ging es nämlich um Vergünstigungen, die die Deutsche Parkinson Vereinigung für ihre Mitglieder mit der niederländischen Versandapotheke DocMorris ausgehandelt hatte. Nach Beschwerde einer Apotheke hatte die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs 2009 gegen das Bonussystem geklagt. Das Verfahren ging weiter zum Oberlandesgericht Düsseldorf und später vor den EuGH. Ob die vorgesehene Einführung eines Boni-Deckels mit den europarechtlichen Vorgaben zu



vereinbaren ist, wird wohl von der konkreten Ausgestaltung abhängen. „Je höher der Bonus desto wahrscheinlicher ist es, dass der EuGH die Regelung akzeptieren würde. Jedenfalls wird durch die Möglichkeit eines Bonus der Einheitspreis abgeschafft“, erläutert Richard. Genau den hatte der EuGH damals als europarechtswidrig angesehen. Im Papier bleibt offen, ob die Boni an die Krankenkassen oder wie bisher direkt an die Versicherten gewährt werden.

Positiv bewertet der AOK-Bundesverband die Verdoppelung des Honorars für den Nacht- und Notdienstfonds mit Blick auf die Stärkung der Versorgung in ländlichen Regionen. Hier greifen die Eckpunkte selektiv einen Vorschlag des Honorargutachtens von Ende 2017 auf. Allerdings sollte dies aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wie im Gutachten vorgeschlagen durch die Umverteilung der Honorare finanziert werden.

### Ein verängstigter Berufsstand

Das war's dann aber auch mit den Zugeständnissen. Was im Eckpunktepapier den Titel „Erhalt der Apothekenwahl“ trägt, ist für den AOK-Bundesverband eine „lange Verbotsliste, die vor allem die Ängste der Apothekerschaft widerspiegelt“: Verbot von Einzelverträgen mit Krankenkassen mit abweichenden Preisen, Verbot der Begünstigung der Versicherten durch die Krankenkasse bei Bezug im Ausland, Beeinflussungsverbot für gesetzliche Krankenkassen und Bekräftigung der freien Apothekenwahl, Verbot des „Makelns“ von Verschreibungen im Apothekengesetz und Sicherstellung der freien Apothekenwahl auch nach flächendeckender Etablierung der elektronischen Verschreibung.

Zusätzlich will die GroKo die Kassen verpflichten, Verträge mit Apothekern über zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen abzuschließen. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes führt das nicht nur zu einer Finanzierung, die an keinerlei Bedingungen gekoppelt ist. Eine solche Pflicht zum Vertrag konterkariert die Aussagen des Apothekengutachtens, wonach beim Apothekenhonorar etwa 1,24 Milliarden Euro eingespart werden könnten. „Mit der Finanzierungszusage für zusätzliche pharmazeutische Dienstleistungen wird der Wunsch des Berufsstandes erfüllt, ohne dass diese neuen Leistungen sinnvoll in die Versorgung der Patienten integriert werden. Dass die zusätzlichen Mittel von der Apothekerschaft selbst verteilt werden sollen, zeigt, dass nicht die Patientenversorgung, sondern die Apothekerversorgung im Fokus steht“, bilanziert Richard. Die Chance einer wirklichen strukturellen Weiterentwicklung werde verpasst.

(rbr)

DAS DOSSIER „ARZNEIMITTEL“:

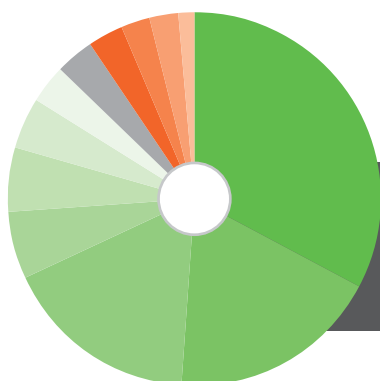
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel





## ams-Grafik: GKV-Finanzergebnisse 1. bis 3. Quartal 2018

ams-Politik 12/18



Von 100 Euro  
haben die Krankenkassen  
ausgegeben für:

- Krankenhaus | 32,21 €
- Ärztliche Behandlung | 18,07 €
- Arzneimittel | 16,89 €
- Zahnärztliche Behandlung + Zahnersatz | 5,93 €
- Krankengeld | 5,40 €
- Nettoverwaltungskosten | 4,51 €
- Hilfsmittel | 3,65 €
- Sonstiges \* | 3,52 €
- Heilmittel | 3,21 €
- Häusliche Krankenpflege | 2,67 €
- Fahrkosten | 2,45 €
- Vorsorge- und Reha-Maßnahmen | 1,50 €

\* u.a. Leistungen bei Schwangerschaft / Mutterschutz, für soziale Dienste / Prävention

Quelle: Quelle: BMG/KV 45;  
Grafik: AOK-Mediendienst

Die gesetzlichen Krankenkassen haben auch das dritte Quartal 2018 mit einem positiven Ergebnis abgeschlossen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums erzielten die Kassen in den ersten neun Monaten ein Plus von 1,86 Milliarden Euro. Nach dem ersten Halbjahr betrug der Überschuss noch 720 Millionen Euro. Im Vergleich zu den ersten drei Quartalen 2017 verringerte sich der Überschuss um 650 Millionen Euro.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



Gesetzgebung I

## Was 2019 in Kraft tritt

### Fünftes Gesetz zur Änderung des SGB XI – Beitragsatzanpassung Pflegeversicherung

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung steigt zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent. Für Kinderlose ab dem 23. Lebensjahr ergibt sich durch den Zuschlag von 0,25 Prozent ein abweichender neuer Beitragssatz von 3,30 Prozent. Das hat der Bundestag am 29. November 2018 mit dem „Fünften Gesetz zur Änderung des SGB XI“ beschlossen. Die Beitragsanhebung führt laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu Mehreinnahmen der Pflegeversicherung von rund 7,6 Millionen Euro. Dadurch sei „bis 2022 sichergestellt, dass die Beiträge auf diesem Niveau stabil bleiben“. Der Bundesrat hat die Anhebung am 14. Dezember 2018 gebilligt.

Eine Anhebung um 0,3 Prozentpunkte ist nach Darstellung der Bundesregierung erforderlich, um die in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweiteten Leistungen der Pflegeversicherung zu finanzieren. Durch die Einführung der Pflegegrade und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden 2017 im Vergleich zu 2013 rund 700.000 mehr Menschen als pflegebedürftig eingestuft. Die Ausgaben sind zwischen 2013 und 2017 um mehr als zwölf Milliarden Euro auf 25,5 Milliarden gestiegen – deutlich stärker als erwartet. Mit weiteren 0,2 Prozentpunkten sollen die im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vereinbarten Maßnahmen finanziert werden, darunter das Pflegesofortprogramm, die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungsbeträge in der Pflegeversicherung an die Personalentwicklung oder die weitere Entlastung pflegender Angehöriger und nicht zuletzt die Umsetzung der Pflegeberufereform.

**DAS GESETZ IN DER VOM BUNDESTAG BESCHLOSSENEN FASSUNG:**

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/6148



### Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)

Ab 1. Januar 2019 wird der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder komplett zu gleichen Teilen (paritätisch) von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt. Das sieht das „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor. Dadurch werden die Versicherten laut Bundesregierung um rund 6,9 Milliarden Euro entlastet. Der Bundestag hat das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) am 18. Oktober 2018 beschlossen, der Bundesrat hat am 23. November 2018 zugestimmt. Bisher mussten die GKV-Mitglieder den individuellen Zusatzbeitrag ihrer Krankenkasse allein aufbringen. Paritätisch finanziert wurde nur der gesetzlich festgelegte allgemeine Beitrags-



satz von 14,6 Prozent. Ab 1. Januar 2019 wird auch der Zusatzbeitrag (Durchschnittswert 2019: 0,9 Prozent) je zur Hälfte von Versicherten und Arbeitgebern bezahlt.

Gesetzlich krankenversicherte Selbstständige mit geringem Einkommen werden bei der Beitragsbemessung entlastet. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Bemessungsgrundlage für ihren Mindestbeitrag weiter gesenkt. Sie entspricht jetzt pro Kalendertag dem 90. Teil der für die Sozialversicherung maßgeblichen monatlichen Bezugsgröße. Für 2019 wird danach ein beitragspflichtiges Einkommen von 1.038,33 Euro pro Monat zu Grunde gelegt. Außerdem werden ab 2019 auch bei Selbstständigen Krankengeld und Mutterschaftsgeld beitragsfrei ausgezahlt.

Mit dem GKV-VEG sollen bei den Krankenkassen Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen bereinigt werden. In den vergangenen Jahren sind vor allem durch nicht beendete Mitgliedschaften freiwillig Versicherter (zumeist aus dem EU-Ausland) die Beitragsschulden statistisch gestiegen. Im Dezember 2017 waren es nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 6,3 Milliarden Euro. Hintergrund: Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft endet bislang nur durch eine Austrittserklärung des Mitglieds. Wer unbekannt verzogen war, keine Beiträge mehr bezahlt und sich nicht abgemeldet hat, wurde obligatorisch zum Höchstbeitrag weiterversichert. Die jeweilige Krankenkasse erhielt deshalb weiter Zuweisungen aus dem Finanzausgleich der Krankenkassen und häufte letztlich fiktive Beitragsschulden an. Ab 2019 können die Kassen eine solche „passive Mitgliedschaft“ selbst beenden. Als Kriterien dazu gelten: Es ist kein Kontakt möglich, es werden keine Beiträge gezahlt und es werden keine Leistungen in Anspruch genommen. Der AOK-Bundesverband hat im Gesetzgebungsprozess die geplante Klarstellung begrüßt, dagegen aber die ebenfalls vorgesehene Rückabwicklung bis zum Jahr 2013 scharf kritisiert.

Ab 2020 sind die Krankenkassen verpflichtet, Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abzuführen, wenn ihre Rücklagen eine Monatsausgabe überschreiten. Entsprechende Reserven müssen innerhalb von drei Jahren abgebaut werden. Kassen, die über eine Reserve von mehr als einer Monatsausgabe verfügen, dürfen ihren Zusatzbeitrag nicht anheben. Diese Regelung ist allerdings an eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) gebunden. Sie muss unter Berücksichtigung der beiden Sondergutachten des „Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt“ bis zum 31. Dezember 2019 erfolgen. Den entsprechenden Reformvorschlag will das Bundesgesundheitsministerium Anfang 2019 vorlegen.

Der zulässige Aktienanteil bei Finanzanlagen, mit denen die Krankenkassen ihre betriebsinternen Altersrückstellungen absichern, darf ab 2019 von derzeit zehn auf 20 Prozent steigen. Das entspricht den Vorgaben, die für das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes gelten.

Ab dem 1. Januar 2019 wird für ehemalige Soldatinnen und Soldaten auf Zeit ein einheitlicher Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet. Die generellen Zugangsmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu um ein Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung erweitert. Zudem erhalten ehemalige Zeitsoldaten während des Bezugs einer zeitlich befristeten finanziellen Übergangunterstützung einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen anstelle der Arbeitgeber-Beihilfe.

DER GESETZESTEXT:

[www.bgbl.de](http://www.bgbl.de) > Bundesgesetzblatt Teil I > 2018Nr. 45 vom 14.12.2018





## Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals

Der Bundestag hat das „Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals“ (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) am 9. November 2018 verabschiedet. Der Bundesrat hat am 23. November 2018 zugestimmt. Das Gesetz tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft. Grundsätzlich leitet die Große Koalition mit dem PpSG erste Schritte zur Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege ein. Verschiedene Sofortmaßnahmen sollen die pflegerische Versorgung in der Kranken- und Altenpflege verbessern sowie für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen sorgen.

Das PpSG eröffnet dem Bundesgesundheitsministerium die Möglichkeit, konkrete Vorgaben zum Pflegepersonal zu machen und Verstöße zu sanktionieren. Ab 2020 soll für jedes Krankenhaus das Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegekräfte und dem anfallenden Pflegeaufwand errechnet und veröffentlicht werden. Unterschreitet ein Krankenhaus eine bestimmte Personalgrenze, drohen Honorarkürzungen.

### Regelungen für die Pflege im Krankenhaus:

- Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser wird ab 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen unabhängige, krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt.
- Jede zusätzliche und aufgestockte Pflegekraft wird finanziert.
- Tarifsteigerungen werden rückwirkend ab 2018 vollständig refinanziert.
- Die Vergütung der Auszubildenden wird vollständig finanziert; derzeit gibt es eine anteilige Refinanzierung.
- Krankenkassen werden verpflichtet, den Krankenhäusern die erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patienten mitzuteilen. Dadurch können Kliniken erhöhten Pflegebedarf geltend machen.
- Der Krankenhausstrukturfonds wird erweitert, um künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal fördern und Maßnahmen zur Digitalisierung im Pflegebereich finanzieren zu können.

### Regelungen für die Altenpflege:

- 13.000 zusätzliche Stellen für vollstationäre Pflegeeinrichtung, gestaffelt nach Größe der Einrichtung und vollfinanziert durch die gesetzliche Krankenversicherung. Die Vollfinanzierung wird mit dem Aufwand für medizinische Behandlungspflege gerechtfertigt. Vergütungszuschläge für medizinische Behandlungspflege sind an die Versorgung durch Pflegefachkräfte gebunden.
- Zur Entlastung des Pflegepersonals fördert die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege.
- Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen soll durch verbindliche Kooperationsverträge geregelt werden. Für die digitale Kommunikation wird ein technischer Standard entwickelt; darüber hinaus sollen Video-Sprechstunden mit Ärzten und Zahnärzten eingeführt werden.
- Pflegenden Angehörigen sollen besseren Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten.





Für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege sollen Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung erweitert und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf finanziell unterstützt werden. Im Gesetz verankert ist außerdem der Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung des Pflegebedürftigen durch die Krankenkasse für die Dauer eines eigenen stationären Reha-Aufenthaltes.

Parallel zur Gesetzgebung haben Bundesgesundheitsministerium, Bundesfamilien- und Bundesarbeitsministerium im Juli 2018 die „Konzertierte Aktion Pflege (KAP)“ ins Leben gerufen. Sie soll geeignete Maßnahmen zur Gewinnung von Fachkräften und Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erarbeiten. Beteiligt sind Kranken- und Pflegekassen, die Verbände der Leistungserbringer und Pflegeberufe, Sozialpartner, Kirchen, Verbände der Selbsthilfe und der Pflegebedürftigen sowie Länder und kommunale Spitzenverbände, Berufsgenossenschaften und die Bundesagentur für Arbeit. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2019 präsentiert werden.

Auf die Krankenkassen kommen durch das Gesetz bis einschließlich 2020 Mehrausgaben von fast neun Milliarden Euro zu. Am stärksten schlagen dabei die rund 640 Millionen Euro jährlich für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen zu Buche. Die Pflegeversicherung wird in den nächsten beiden Jahren mit 900 Millionen Euro zusätzlich belastet. Bund und Länder steuern jeweils zwei Milliarden Euro für die erweiterten Aufgaben des Krankenhausstrukturfonds „zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung“ bei. Noch einmal zwei Milliarden Euro sollen aus der Liquiditätsreserve des GKV-Gesundheitsfonds in den Krankenhausstrukturfonds fließen.

Für Streit hat ein kurz vor der Abstimmung im Bundestag in das Gesetz aufgenommener Passus gesorgt, wonach die Verjährungsfristen für Erstattungsansprüche der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern und Vergütungsansprüche der Kliniken rückwirkend bis 2017 von vier auf zwei Jahre verkürzt werden. Unter Vermittlung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen am 6. Dezember 2018 auf eine gemeinsame Empfehlung für den Umgang mit Klagefällen und Aufrechnungen geeinigt.

DER GESETZESTEXT:

[www.bgbl.de](http://www.bgbl.de) > Bundesgesetzblatt Teil I > 2018Nr. 45 vom 14.12.2018



## Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV

Die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensivem Krankenhausbereichen ist am 5. Oktober im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden. Sie tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft und ist bis zum 31. Januar 2019 befristet. Die Fortführung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen ab 2020 müssen die Selbstverwaltungspartner regeln.

Die Verordnung gibt für Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie das Verhältnis von Patienten zu Pflegekräften und von examinierten Pflegekräften zu Pflegehilfskräften vor. Unterschieden wird dabei zwischen Tag- und Nachtdiensten.



So gilt in der Intensivpflege für die nächsten zwei Jahre ein Personalschlüssel von 2,5 Patienten pro Pflegekraft tagsüber und 3,5 Patienten in der Nachtschicht. In der Kardiologie dürfen es 12 Patienten pro Pflegefachperson sein. In der Nachtschicht gilt ein Verhältnis von 24 zu 1. Für die Geriatrie liegen die Personaluntergrenzen tagsüber bei 10 zu 1 und im Nachtdienst bei 20 Patienten pro Pflegefachkraft. Für die Unfallchirurgie gilt ein Verhältnis von 10 zu 1 am Tag und 20 zu 1 in der Nacht.

Die Kliniken müssen ab 2019 einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mitteilen, in denen die Personaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind. Die Selbstverwaltung muss darüber entscheiden, wie die Sanktionen aussehen sollen, falls eine Klinik die Untergrenzen nicht einhält.

Bei der Verordnung handelt es sich um eine Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium. Der Gesetzgeber hatte ursprünglich der Selbstverwaltung das Festlegen verbindlicher Personaluntergrenzen aufgetragen. Dies war jedoch an der ablehnenden Haltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft gescheitert. Sollte sich die Selbstverwaltung auch 2019 nicht einigen, ist das Bundesgesundheitsministerium zu einer weiteren Ersatzvornahme berechtigt. Das sieht eine gesetzliche Regelung vor, die das Ministerium mit dem geplanten Gesetz zur Sicherheit in der Arzneimittelversorgung auf den Weg bringen will (siehe auch „Was 2019 auf der Tagesordnung steht“).



Gesetzgebung II

## Was 2019 auf der Tagesordnung steht

### 15. SGB-V-Änderungsgesetz

Mit dem 15. SGB-V-Änderungsgesetz sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, ab 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten (eGK) auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle für einfachen und schnellen Datenaustausch verfügen. So soll die eGK auch ohne zusätzliches Kartenlesegerät mit mobilen Endgeräten wie dem Smartphone kommunizieren können. Bisher kommt diese Technik vor allem im Bereich der bargeldlosen Zahlungen kleiner Geldbeträge zum Einsatz. Laut Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums muss gewährleistet sein, dass die so ausgestattete Versichertenkarte in das System der entstehenden Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen passt und die Versicherten auch über die kontaktlose Schnittstelle auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen können.

Das Bundesgesundheitsministerium hat berechnet, dass der routinemäßige Austausch der Karten über die ersten fünf Jahre zwischen 50 bis 60 Millionen Euro jährlich kostet. Die Krankenkassen unterstützen das Ziel des Gesetzes. Die vorgesehene Frist zur Einführung der eGK mit kontaktloser Schnittstelle sei aber unrealistisch, heißt es in der Stellungnahme des Krankenkassen-Spitzenverbandes.

### Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Ziel der „Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)“ ist es, niedergelassene Ärzte über ihre Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur frühen Nutzenbewertung zu informieren. Denn bisher dauert es zu lange, bis sich die Ergebnisse der Bewertung neuer Medikamente im Verordnungsverhalten der Ärzte bemerkbar machen. Der am 24. Oktober 2018 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Referentenentwurf für die EAMIV definiert Mindestanforderungen für Inhalte und technische Voraussetzungen. Das entspricht einem Auftrag aus dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, das im Mai 2017 in Kraft getreten ist.

So sollen der Zusatznutzen des Arzneimittels sowie die zweckmäßige Vergleichstherapie nach Patientengruppen differenziert abgebildet und die tragenden Gründe des GBA-Beschlusses zusammenfassend in verständlicher Sprache dargestellt werden. Alle Informationen sind miteinander zu verlinken. Weitergehende Vorgaben soll anschließend der GBA machen. Die Fachanhörung des Ministeriums hat am 19. November 2018 stattgefunden.

### Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)

Mit dem „Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO)“ will die Bundesregierung die Zahl der Transplantationen durch bessere strukturelle und finanzielle Voraussetzungen in den Entnahmekrankenhäusern erhöhen. Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf am 31. Oktober 2018 beschlossen. Das GZSO ist im



Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Es könnte nach dem bisherigen parlamentarischen Zeitplan im März 2019 vom Bundestag beschlossen werden und noch in der ersten Jahreshälfte 2019 in Kraft treten.

Der Gesetzentwurf definiert unter anderem bundeseinheitliche Regelungen für die Zahl der Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern und ihre Freistellung. Ihre Rolle soll deutlich aufgewertet werden. Dazu gehört ein uneingeschränkter Zugang zu den Intensivstationen und uneingeschränkte Einsicht in die Patientenakten, um mögliche Spender zu identifizieren. Transplantationsbeauftragte würden künftig auf Klinikkosten für die fachspezifische Fort- und Weiterbildung freigestellt. Anweisungen der Transplantationsbeauftragten für Handlungsabläufe und Zuständigkeiten müsste die Klinikleitung verbindlich umsetzen. Der Gesetzentwurf sieht auch die Einrichtung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Feststellung des Hirntodes, neue Maßnahmen zur klinikinternen Qualitätssicherung und eine bessere Betreuung betroffener Angehöriger vor.

Durch Neuregelungen bei der Vergütung sollen Entnahmekrankenhäuser mehr Geld für die im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbrachten Leistungen erhalten, unter anderem eine Grundpauschale und weitere Pauschalen für spezielle Leistungen. Sie sollen durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer festgelegt werden. Die Krankenkassen sollen außerdem einen Ausgleichszuschlag für die notwendige Infrastruktur bezahlen. Die korrekte Mittelverwendung muss durch die Entnahmekrankenhäuser nachgewiesen werden.

Begleitend zur Gesetzesinitiative hat das Bundesgesundheitsministerium am 30. Oktober 2018 den „Gemeinschaftlichen Initiativplan Organspende“ ins Leben gerufen. Beteiligt daran sind unter Federführung der Deutschen Stiftung Organtransplantation die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie weitere medizinische Fachgesellschaften und Patientenverbände. Bis Mitte 2019 wollen sie in verschiedenen Arbeitsgruppen Verbesserungsvorschläge erarbeiten.

Zudem hat sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für eine Widerspruchslösung bei der Organspende ausgesprochen. Damit wäre jede/r automatisch Organspender, wenn er/sie oder Angehörige nicht widersprechen. Derzeit sind Organentnahmen in Deutschland nur möglich, wenn jemand ausdrücklich zustimmt. Weil die Widerspruchslösung einen elementaren Eingriff des Staates in die Freiheit des Einzelnen bedeuten würde, hat der Gesundheitsminister auf einen Gesetzentwurf verzichtet. Er setzt auf eine breite gesellschaftliche Diskussion. Der Bundestag hat über dieses Thema am 29. November 2018 erstmals ausführlich diskutiert.

### DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Gesetze und Verordnungen





## Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Das Bundesgesundheitsministerium hat am 14. November 2018 den Referentenentwurf für ein „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“ vorgelegt. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. Mit dem Gesetzentwurf reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln (Lunapharm-Skandal). In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BdArM) erweitert werden. Das betrifft zum Beispiel den Rückruf von Medikamenten oder eine schnelle und länderübergreifende Koordinierung im Krisenfall.

Der Entwurf beinhaltet außerdem die Einführung des elektronischen Rezeptes als Flankierung der telemedizinischen Behandlung und zur Entlastung von Ärzten, Apothekern und Patienten. Dadurch könnten bereits vor der flächendeckenden Einführung elektronischer Verordnungen in der Telematikinfrastruktur Projekte mit alternativen technischen Lösungen durchgeführt werden. Das betrifft zum Beispiel den Aufbau des Digitalen Gesundheitsnetzwerkes der AOK (DiGeN). Ärzte und Krankenkassen sollen innerhalb von sieben Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die notwendigen Regelungen zur Abrechnung von Verschreibungen in elektronischer Form vereinbaren.

### Weitere Inhalte des Gesetzentwurfes:

- Damit neue Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) schneller bei den Patienten ankommen, gelten für sie bisher Sonderregelungen bei der Nutzenbewertung. Das betrifft zum Beispiel einen geringeren Umfang der wissenschaftlichen Datenbasis. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss soll es jetzt ermöglicht werden, bei noch ausstehenden Daten eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte und Krankenhäuser anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen.
- Die Bundesregierung will den Einsatz von Biosimilars fördern. Anders als bei Generika soll es bei den Nachahmerprodukten für biologische Arzneimittel aber keinen generellen Austausch in der Apotheke geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für jedes Präparat einzeln festlegen, ob es austauschbar ist.
- Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke (parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln) wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Das kostet die Krankenkassen rund 120 Millionen Euro mehr pro Jahr. Um das zu refinanzieren, werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen. Bisher ist das lediglich eine „Kann“-Regelung. Das Bundesgesundheitsministerium sieht hier ein Einsparvolumen von rund 300 Millionen Euro.
- Krankenkassen sollen einen Ersatzanspruch gegenüber pharmazeutischen Unternehmen erhalten, wenn deren Medikamente mangelhaft sind oder nicht geliefert werden können. Beim Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen sollen die Krankenkassen neben der Vielfalt der Anbieter künftig auch der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit Rechnung tragen.
- Bei Cannabisarzneimitteln soll nach einer genehmigten ersten Verordnung eine weitere Verordnung durch einen Vertragsarzt zur Anpassung der Dosierung oder zum Wechsel zwischen Anwendungsformen keiner erneuten Genehmigung mehr



bedürfen. Nach einer Cannabisbehandlung in einem Krankenhaus soll keine erneute Genehmigung mehr nötig sein, wenn ein niedergelassener Arzt die Therapie fortsetzt.

- Um die Patientensicherheit zu verbessern, sollen Zulassungs- und Genehmigungsvorschriften bei Arzneimitteln für neuartige Therapien verschärft werden. So soll zum Beispiel Herstellung, Verkauf und Anwendung von „Frischzellen“ verboten werden. Für sogenannte Designerdrogen (Neue psychoaktive Substanzen, NPS) soll es ein vereinfachtes Verfahren zur Aufnahme in das Betäubungsmittelgesetz geben.

Über das GSAV will das Bundesgesundheitsministerium außerdem fachfremde Regelungen auf den Weg bringen, darunter eine Ergänzung zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Danach dürfte das BMG auch über 2019 hinaus Untergrenzen vorgeben, wenn sich die Selbstverwaltungspartner nicht einigen können.

## Operationstechnische Assistenten

Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur aufgrund von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Grundlage des Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006. Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat der Bundesrat den Antrag am 6. März 2018 unverändert gegenüber den in der 16., 17. und 18. Wahlperiode des Bundestages eingebrachten Gesetzentwürfen erneut beschlossen.

DER GESETZENTWURF:

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > Drucksache 50/18



## Terminservice- und Versorgungsgesetz

Das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)“ ist das bisher umfangreichste Projekt von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Kernziele sind eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Krankenversicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen. Bereits vor der ersten Lesung im Bundestag am 13. Dezember 2018 ist der Gesetzentwurf gegenüber Referenten- und Kabinettsentwurf allerdings um zahlreiche weitere Inhalte ergänzt worden. Dazu gehört insbesondere die Vorgabe für die Krankenkassen, ab 1. Januar 2021 allen Versicherten die Verwendung einer elektronischen Patientenakte und den Zugriff darauf über mobile Geräte wie Smartphones zu ermöglichen. Am 5. Dezember haben die Regierungsfractionen außerdem Vorschläge von Gesundheitsminister Spahn zur Verbesserung der Vergütung und Arbeitsbedingungen von Heilmittelerbringern in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Der Bundesrat hat das zustimmungspflichtige Gesetz am 23. November 2018 erstmals beraten und verlangt in seiner Stellungnahme zahlreiche Änderungen. Die zweite und dritte Lesung im Bundestag und der zweite Durchgang im Bundesrat sind für Februar/März 2019 geplant. Das Gesetz kann daher frühestens zum 1. April 2019 in Kraft treten.



### Die zentralen Inhalte des Gesetzentwurfes:

- Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen künftig auch Termine bei Haus- und Kinderärzten vermitteln und bei der Suche nach einem dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendarzt helfen. Patienten sollen Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder über eine App vereinbaren können.
- Die Terminservicestellen sollen mit der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116 117 zusammengelegt werden. Die Nummer soll dann künftig rund um die Uhr erreichbar sein und mittelfristig in ein System von gemeinsamen Notfall-Leitstellen integriert werden.
- Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte für gesetzlich versicherte Patienten wird von derzeit 20 auf 25 Stunden erhöht. Die KVen müssen das Einhalten überwachen und den Aufsichtsbehörden sowie den Landes- und Zulassungsausschüssen jährlich Ergebnisberichte vorlegen.
- Ärzte der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung (Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte) müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvergabe anbieten. Dafür erhalten sie eine Vergütung außerhalb des Budgets. Die KVen werden verpflichtet, das Einhalten der Mindestzeiten zu prüfen.
- Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und/oder vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Gebieten praktizieren, erhalten regionale Zuschläge.
- Die hausärztliche Versorgung, die „sprechende Medizin“, koordinierende Leistungen der Ärzte (zum Beispiel Terminvermittlung), Hausbesuche durch Ärzte mit Landarztpraxis und die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechzeiten sollen besser vergütet werden.
- Um Manipulationen beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der GKV zu verhindern, soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bis Mitte 2020 verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnose- und Prozedurenschlüssen erarbeiten.
- Der Einfluss von Kapitalgesellschaften im Bereich der medizinischen Versorgungszentren wird begrenzt.
- Die Strukturfonds der KVen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung wird verbindlicher gestaltet und finanziell aufgestockt (0,2 statt wie bisher 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung). Die Mittel dürfen künftig auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, zur Förderung von ärztlichen Eigeneinrichtungen der KVen oder für lokale Gesundheitszentren zur medizinischen Grundversorgung eingesetzt werden.
- Die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung werden erweitert, um eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern.
- In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsgremien.



- Damit Entscheidungen über Versorgungsträger und -vereinbarungen im Interesse der Patienten schnell und effektiv umgesetzt werden können, werden auf Landes- und Bundesebene zusätzlich sektorenübergreifende Schiedsstellen eingerichtet.
- Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht.
- Für Langzeiterkrankte werden die Bedingungen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Berufsleben verbessert.
- Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse werden vereinfacht.
- Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer abgestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen, um die Akutversorgung zu stärken und besser nach dem Schweregrad der Erkrankung differenzieren zu können. Einzelheiten soll der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Psychotherapie-Richtlinie regeln.
- Bei der digitalen Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen und beim Ausbau der elektronischen Kommunikation werden die Patienten stärker als bisher einbezogen.
- Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 flächendeckend die Verwendung einer elektronischen Patientenakte und den Zugriff darauf über mobile Geräte wie Smartphones ermöglichen.
- Vergütung und Arbeitsbedingungen von Heilmittelerbringern (Physio-, Ergo- und Sprachtherapeuten, Logopäden, Podologen) sollen verbessert werden. Dazu gehören bundeseinheitliche Vergütungsverträge, Entbürokratisierung bei der Praxiszulassung und mehr Eigenverantwortung bei der Therapie: Indikation und Verordnung durch den Arzt, aber Wahl der Therapie sowie Bestimmung der Behandlungsfrequenz durch die Therapeuten selbst.
- Die Standesorganisationen der Ärzte und Zahnärzte und die Krankenkassen sollen neben den Gehältern ihrer Vorstandsmitglieder künftig auch alle zusätzlichen Bezüge transparent auflisten und veröffentlichen. Die Gehälter der KBV-Spitzen dürfen während einer Amtsperiode grundsätzlich nicht mehr angehoben werden.
- Krankenkassen-Wahltarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen werden wegen der geringen Nachfrage (bundesweit wenige hundert Versicherte) gestrichen. Das betrifft unter anderem die Homöopathie. Krankenkassen können jedoch entsprechende Angebote weiter als Satzungsleistungen anbieten.
- Im Bereich der Impfstoffversorgung sollen Krankenkassen künftig die beiden günstigsten Impfstoffe bezahlen.
- Geplant sind zudem Regelungen bei der Genehmigung von neuen Leistungen für HIV-Patienten sowie die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung. Die sogenannte Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Spermazellen soll eine künstliche Befruchtung ermöglichen, wenn Patienten durch eine Krebserkrankung und deren Behandlung die Zeugungsfähigkeit verlieren.

KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Presse > Pressemitteilungen > 2018 > TSVG







EU-Ticker

## Forschungspartnerschaft „Seltene Erkrankungen“

27.12.18 (ams). Die Europäische Kommission und 35 Partnerländer haben eine neue Forschungspartnerschaft zu seltenen Krankheiten ins Leben gerufen. Mit einem Budget von über 100 Millionen Euro – davon die Hälfte aus dem EU-Forschungsprogramm „Horizon 2020“ – sollen neue Behandlungs- und Diagnoseinstrumente erforscht werden. An der Partnerschaft sind mehr als 130 Einrichtungen aus 35 Ländern beteiligt. Sie wird vom französischen Nationalinstitut für Gesundheit und medizinische Forschung koordiniert und soll am 1. Januar 2019 offiziell an den Start gehen. Das Projekt ergänzt weitere EU-Initiativen im Bereich der seltenen Krankheiten. So arbeiten seit 2017 in den Europäischen Referenznetzwerken (ERN) 900 Mediziner-Teams unter anderem zu Knochenleiden, Blutkrankheiten und Krebserkrankungen bei Kindern zusammen.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > Presse



## „Ihr Europa“ als zentrale Onlineplattform der EU

27.12.18 (ams). Nach dem Europäischen Parlament hat der Europäische Rat die Verordnung zur Einrichtung eines „zentralen digitalen Zugangstors“ verabschiedet. Sie ist am 12. Dezember 2018 in Kraft getreten. Danach wird unter dem Namen „Ihr Europa“ eine zentrale Verwaltungsplattform aufgebaut. Sie soll nutzerfreundlich und in allen EU-Amtssprachen Netze und Dienste der EU und der Einzelstaaten verknüpfen. Grundprinzip: Ein Onlineverfahren, das den Bürgern eines Mitgliedstaates zur Verfügung steht, soll auch den Bürgern aller anderen EU-Länder zugänglich sein. Im Bereich der Krankenversicherung geht es insbesondere um Informationen über medizinische Behandlung und Prävention, zur Krankenversicherung selbst oder über den Zugang zu Arzneimitteln. Auch Verfahren zur An- oder Ummeldung bei einer Krankenkasse müssen künftig online angeboten werden. Die nationalen Organisationen und Verwaltungen haben jetzt je nach Sachverhalt eine Umsetzungsfrist von zwei, vier oder fünf Jahren.

EU-VERORDNUNG ZUR ERRICHTUNG EINES EINHEITLICHEN DIGITALEN ZUGANGSTORS

[www.consilium.europa.eu/de](http://www.consilium.europa.eu/de) > Presse > Pressemitteilungen





## Anstieg der Lebenserwartung hat sich verlangsamt

27.12.18 (ams). Der Gesundheitszustand der Menschen in der EU ist grundsätzlich gut, aber die Prävention muss verbessert und die medizinische Versorgung effizienter organisiert werden. Das ist der Tenor des neuen Jahresberichtes „Gesundheit auf einen Blick: Europa“, den die EU-Kommission und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) Ende November 2018 veröffentlicht haben. Der Bericht belegt allerdings, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands kein Selbstläufer ist. Danach hat sich der über viele Jahre rasche und kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung seit 2011 verlangsamt. Außerdem bleibe die Lebenserwartung weiter abhängig vom sozialen und wirtschaftlichen Status. Im Bereich der Prävention verweist der Report vor allem auf Bedarf bei Programmen zu Alkoholprävention bei Jugendlichen und zur Vorbeugung psychischer Krankheiten.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > Presse





Zahl des Monats

## Auf 91,3 Milliarden Euro ...

... sind die Kosten der stationären Krankenhausversorgung im Jahr 2017 gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, sind die Klinikkosten im Vergleich zu 2016 um 3,9 Prozent angewachsen. Damals waren es 87,8 Milliarden Euro.

Umgerechnet auf die rund 19,4 Millionen vollstationären Behandlungsfälle 2017 lagen die Krankenhauskosten je Fall bei durchschnittlich 4.695 Euro und damit um sogar um 4,4 Prozent höher als im Jahr zuvor. 2016 kostete ein Behandlungsfall im Schnitt 4.497 Euro. Laut Bundesgesundheitsministerium trug die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 74,90 Milliarden Euro der stationären Krankenhauskosten.

In Brandenburg waren die durchschnittlichen stationären Kosten je Fall mit 4.235 Euro am niedrigsten, in Hamburg mit 5.408 Euro am höchsten. Auch in Baden-Württemberg, Berlin und Bremen überstiegen die durchschnittlichen Fallkosten erstmals den Betrag von 5.000 Euro. Am deutlichsten wuchsen die stationären Kosten je Fall im Vergleich zu 2016 mit jeweils 5,3 Prozent in Hessen und Rheinland-Pfalz. In Mecklenburg-Vorpommern gab es mit 2,9 Prozent den geringsten Kostenanstieg.

Zusammen mit den Ausgaben für nichtstationäre Leistungen wie Ambulanz, wissenschaftliche Forschung und Lehre in Höhe von 14,5 Milliarden Euro beliefen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser im Jahr 2017 auf 105,7 Milliarden Euro, rund vier Milliarden mehr als 2016.

**DAS KRANKENHAUS-DOSSIER:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus





## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs verbessert

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs verbessert und ein organisiertes Programm beschlossen, das alle Frauen ab 20 Jahren in Anspruch nehmen können. Ab dem 1. Januar 2020 erhalten gesetzlich krankenversicherte Frauen im Alter von 20 bis 65 Jahren von ihrer Krankenkasse alle fünf Jahre eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an dem Screeningprogramm sowie eine Informationsbroschüre zu den Screeninginhalten. Bis zu diesem Stichtag gilt eine Übergangsregelung, die dafür sorgt, dass die bisherigen Leistungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs weiter genutzt werden können.

Das Programm des GBA sieht vor, dass je nach dem Alter der Frauen zwei unterschiedliche Screeningstrategien zum Einsatz kommen. So können Frauen zwischen 20 und 34 Jahren wie bisher einmal jährlich einen Zellabstrich mit anschließender mikroskopischer Untersuchung der Gebärmutterzellen (zytologische Untersuchung) vornehmen lassen. Abhängig vom Ergebnis können weitere Untersuchungen erforderlich sein. Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird statt der derzeitigen jährlichen zytologischen Untersuchung künftig alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung aus Zytologie-Test und HPV-Test angeboten. Ein der Gebärmutter entnommener Abstrich wird dabei sowohl auf Zellveränderungen als auch auf Infektionen mit bestimmten humanen Papillom-Viren untersucht. Auch hier können sich je nach Ergebnis weitere Untersuchungen anschließen.

### Systemische Therapie demnächst Leistung der GKV

Einem Beschluss des GBA zufolge kann die systemische Therapie künftig als psychotherapeutische Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Dem Beschluss vorausgegangen war eine Nutzenbewertung durch den GBA: In dieser hat der Ausschuss den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Therapie anerkannt. In einem nächsten Schritt wird nun die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend angepasst. Bis Patienten die Therapie in Anspruch nehmen können, müssen allerdings noch Einzelheiten zur Anwendung, wie etwa der Behandlungsumfang, geklärt werden. Nach Angaben des GBA soll dies bis Ende 2019 geschehen sein.

Zum Hintergrund: Im Rahmen einer systemischen Therapie werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten weitere Mitglieder des für den Patienten wichtigen sozialen Umfelds einbezogen. Die Therapie nimmt die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt in den Blick.

WEITERE INFORMATIONEN ÜBER DIE ARBEIT UND DIE AUFGABEN DES GBA:

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Kurzmeldungen

### Konkrete Ziele bei Zuckerreduktion unerlässlich

27.12.18 (ams). Auf grundsätzliche Unterstützung des AOK-Bundesverbandes stößt die Zielvereinbarung des Bundesernährungsministeriums mit der Lebensmittelindustrie zur Reduktion von Zucker, Fetten und Salz in Fertigprodukten. Darin verpflichten sich die Hersteller, bis 2025 den Zuckergehalt um mindestens zehn Prozent, in Erfrischungsgetränken um 15 Prozent und in Frühstückscerealien für Kinder um mindestens 20 Prozent zu senken. Skeptisch bewertet der Verband allerdings den Ansatz, dies auf freiwilliger Basis anzustreben. Es sei unerlässlich, die Reduktion des Zuckers in Lebensmitteln wie Erfrischungsgetränken, Milchprodukten und Frühstückscerealien um 50 Prozent konkret festzulegen, so der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme zum Entwurf des Ministeriums für eine „Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“.

WEITERE INFORMATIONEN:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



### 41 Projekte im Rennen um den „Berliner Gesundheitspreis 2019“

27.12.18 (ams). Nach dem Ende der Bewerbungsfrist hat das Organisationsteam für die Jury eine Übersicht der Bewerbungen zum „Berliner Gesundheitspreis 2019“ zusammengestellt. Unter dem Motto „Gesundheit lässt sich lernen“ geht es im inzwischen zwölften Wettbewerb um das Thema Gesundheitskompetenz. Gesucht werden Initiativen und Lösungen, die unterschiedliche Bevölkerungsgruppen entsprechend ihrer Bedürfnisse und Lebenslagen motivieren, Gesundheitsinformationen aktiv zu nutzen. Preisverleihung ist im Juni 2019. Der Berliner Gesundheitspreis wird von der Ärztekammer Berlin, der AOK Nordost und dem AOK-Bundesverband ausgeschrieben und ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert. Der Wettbewerb steht unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministeriums.

INFOS ZUM AKTUELLEN UND BISHERIGEN WETTBEWERBEN:

[www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)





## Neue Runde im Schülerzeitungswettbewerb

27.12.18 (ams). Bis zum 15. Januar 2019 können sich Redaktionen von Schülerzeitungen aller Schulkategorien aus ganz Deutschland bei der Jugendpresse Deutschland um einen der zahlreichen Preise bewerben. Zusätzlich zu den ersten bis dritten Plätzen sind zehn Sonderpreise und eine neue Auszeichnung ausgeschrieben. Die Preisgelder betragen bis zu 1.000 Euro. Die AOK schreibt dazu wieder einen Sonderpreis zum Thema „Gesundheit zwischen Fitnesstrend und Körperwahn“ aus. Die Preisverleihung erfolgt im Frühsommer 2019 auf dem Schülerzeitungskongress im Bundesrat.

---

ZUM WETTBEWERB:

[www.schuelerzeitung.de](http://www.schuelerzeitung.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: \_\_\_\_\_

Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

[www.aok-bv.de/presse/medienservice](http://www.aok-bv.de/presse/medienservice)

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 streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.**

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_