

# AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

## Politik

05/10



POLITIK-GESCHÄFTSFÜHRER JAN CARELS:	
■ <b>BEDARF DER VERSICHERTEN IN DEN MITTELPUNKT</b>	<b>2</b>
AMS-INTERVIEW: DR. KLAUS JACOBS, WIDO	
■ <b>ÜBERVERSORGUNG BINDET BEITRAGSGELDER</b>	<b>5</b>
AMS-GRAFIK	
■ <b>IMMER MEHR ANGESTELLTE ÄRZTE IN DEN PRAXEN</b>	<b>9</b>
ZAHL DES MONATS:	
■ <b>325.945 BERUFSTÄTIGE ÄRZTE</b>	<b>10</b>
AMS-FOTO: AOK-KRANKENHAUSNAVIGATOR	
■ <b>KLINIKSUCHE NACH BEHANDLUNGSQUALITÄT</b>	<b>11</b>
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	<b>12</b>
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	<b>13</b>
KURZMELDUNGEN	<b>17</b>

Reformarbeiten auf der Zielgeraden

## Carels: Bedarf der Versicherten muss in den Mittelpunkt

12.05.10 (ams). Bis zur Sommerpause werden die gesundheitspolitischen Reformpläne der Bundesregierung vorliegen. Davon geht der AOK-Bundesverband aus. „Wir rechnen nach wie vor damit, dass bis dahin die Regierungskommission ihren Entwurf für eine Finanzierungsreform erarbeiten wird“, sagt Jan Carels, Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. Denn der Handlungsdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei unverändert hoch. „Für 2011 prognostiziert das Bundesversicherungsamt ein Minus von bis zu 15 Milliarden Euro. Das wäre das höchste Defizit in der Geschichte der GKV. Das können die Krankenkassen mit den derzeitigen Instrumenten nicht auffangen“, so Carels. Dazu bedürfe es Lösungen, die die Menschen finanziell nicht überforderten und die Wettbewerbsanreize in der GKV stärkten.



Jan Carels ist Geschäftsführer Politik / Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband.

Der Politik-Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes hält eine umfassende Weiterentwicklung der GKV für nötig und auch möglich. Das beginne mit der Frage der künftigen Finanzierung und erstrecke sich über die geplante Arzneimittel-Reform bis hin zu einer neuen Bedarfsplanung, die diesen Namen auch verdiene und den Behandlungsbedarf der Versicherten vor Ort in den Mittelpunkt stelle. Dabei sieht Carels den zeitlich dringendsten Änderungsbedarf bei der Finanzierungsfrage.

### Sozialverträgliche Regelung nötig

In diesem Jahr hat die Bundesregierung durch einen einmaligen zusätzlichen Steuerzuschuss von 3,9 Milliarden Euro die Einnahmeausfälle aufgrund der Wirtschaftskrise ausgeglichen. Die außerdem erwarteten Mehrausgaben von 3,1 Milliarden Euro werden die Kassen noch auffangen können, einige von ihnen jedoch schon heute nur über Zusatzbeiträge. „Das für 2011 prognostizierte Defizit von bis zu 15 Milliarden Euro kann über die jetzige Regelung für die Zusatzbeiträge von den Kassen nicht mehr finanziert werden“, erläutert Carels. Denn durch die Überforderungsklausel von maximal einem Prozent des Bruttoeinkommens seien höchstens zehn Milliarden Euro über Zusatzbeiträge möglich, ohne Abzug des dazu nötigen Verwaltungsaufwands. „Was wir brauchen, ist eine Regelung, die für die Versicherten sozialverträglich ist und die nicht deren Einkommenshöhe zum wichtigsten Wettbewerbsparameter der Krankenkassen macht, wie es jetzt durch die Überforderungsklausel der Fall ist“, mahnt Carels. Denn die Ein-Prozent-Regelung führe dazu,

dass Kassen, die viele Mitglieder mit geringem Einkommen haben, gegenüber Kassen mit vielen Gutverdienern benachteiligt seien. Das habe aber mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit einer Kasse nichts zu tun. „Die zeigt sich nur, wenn die Wettbewerbsanreize in der GKV gestärkt werden“, ist Carels überzeugt.

## Sparpaket bei Medikamenten alternativlos

Positiv bewertet der AOK-Politikchef die Regierungspläne für eine Arzneimittelreform. Erste Elemente wie die Erhöhung des Herstellerabschlags und der Preisstopp für Arzneimittel sind bereits über Änderungsanträge zum sogenannten GKV-Änderungsgesetz im parlamentarischen Verfahren. Die Eckpunkte für eine künftige Schnellbewertung neuer Medikamente und für Preisverhandlungen zwischen Pharmaunternehmen und Kassen hat das Bundeskabinett verabschiedet; der Gesetzentwurf steht bevor. Dieser Weg, so Carels, sei alternativlos. „Ohne die Sofortmaßnahmen wird es nicht möglich sein, das für 2011 prognostizierte Defizit einzugrenzen.“ Zumal nach der jüngsten Steuerschätzung und aufgrund der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise zusätzliche Steuerzuschüsse wie in diesem Jahr kaum zu erwarten seien. Und ohne neue Regeln für die Preisbildung von Medikamenten sei mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittel-Versorgung kaum möglich. Zugleich warnt Carels davor, funktionierende Instrumente wie die Rabattverträge für Arzneimittel wirkungslos zu machen: „Die Rabattverträge haben mehr Wettbewerb und damit mehr Wirtschaftlichkeit in den Pharmamarkt gebracht. Hier darf es kein Zurück geben.“

## Bedarf der Versicherten als Maßstab

Auch in der ambulanten Versorgung sieht Carels Chancen auf positive Veränderungen. So sei es gut, dass die Bundesländer mehr Verantwortung übernehmen wollten. Die Gesundheitsminister der Länder haben sich Anfang Mai für eine neue Form der Bedarfsplanung ausgesprochen, die nicht mehr zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trennt sowie die Demografie und Morbidität vor Ort stärker berücksichtigt. Das sei, so der Politikchef des AOK-Bundesverbandes, die richtige Richtung, die von den Kassen mitgetragen werde: „Nicht die Zahl der Ärzte oder der Krankenhausbetten ist entscheidend, sondern die Frage, welche medizinische Versorgung die Menschen benötigen.“ Das könne sich je nach Region unterscheiden und auch entsprechend unterschiedlich organisiert werden.

Die Forderung der Landes-Gesundheitsminister, im Gegenzug ein Mitspracherecht bei der Vertragsgestaltung zwischen den Krankenkassen und Vertragsärzten sowie Krankenhäusern zu erhalten, betrachtet Carels hingegen skeptisch.

tisch: „Das wäre ein Schritt hin zur Zentralisierung anstelle zu mehr Wettbewerb.“ Sinnvoller sei es, Kassen sowie Vertragsärzten und Krankenhäusern eine freie Ausgestaltung des durch die Länder vorgegebenen Versorgungsbedarfs zu ermöglichen.

(bho)

**Aktuelle Infos und Hintergrund:**  
[www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)



ams-Interview: Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des WIdO

## „Beitragselder sollen dorthin fließen, wo sie zur Versorgung benötigt werden“

12.05.10 (ams). Vielerorts wird derzeit nach Lösungen gegen den Ärztemangel in einigen Landkreisen gesucht. Eine bloße Verkleinerung der Planungsbezirke, wie von Vertretern der Ärzteschaft gefordert, sieht Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), mit Skepsis. Eine solche Regelung ginge am eigentlichen Problem einer unzureichenden Sicherstellung der Versorgung vorbei und könnte sogar dazu führen, dass die Überversorgung in vielen Regionen noch verstärkt würde, ohne die insbesondere in schrumpfenden Landregionen drohenden Versorgungslücken zu schließen.

Der Ende April veröffentlichten Ärztestatistik zufolge ist die Zahl der ambulant tätigen Ärzte 2009 erneut gestiegen. Dennoch wird derzeit viel über Unterversorgung gesprochen. Wie passt das zusammen?

**Jacobs:** Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die ambulante ärztliche Versorgung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen. Dabei geht es – so das Gesetz – um eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung. Hierfür stellen die Krankenkassen erhebliche Finanzmittel zur Verfügung, die gerade in den letzten Jahren noch einmal kräftig aufgestockt wurden. Gleichwohl klappt es mit der Sicherstellung ganz offensichtlich nicht: Nach den aktuellen Kriterien der vertragsärztlichen Bedarfsplanung herrscht in den meisten Planungsbezirken ärztliche Überversorgung, so dass sich dort keine Ärzte mehr niederlassen dürfen. Das gilt insbesondere für die fachärztliche Versorgung. Allein 2009 ist die Zahl der ambulant tätigen Ärzte insgesamt noch einmal um knapp 1.300 und damit um 0,9 Prozent gestiegen; gegenüber 1990 beträgt der Zuwachs an ambulant tätigen Ärzten deutschlandweit sogar rund 50 Prozent. Dennoch gibt es mittlerweile Regionen, in denen es an Ärzten mangelt. In der Uckermark beispielsweise fehlten im vergangenen Jahr – gemessen am Plan-soll – in der hausärztlichen Versorgung 17 Mediziner. Das entspricht einer Unterdeckung von fast 17 Prozent. In Berlin lag die Zahl dagegen um 242 und damit knapp elf Prozent über dem Soll. Damit wird in der Uckermark der gesetzliche Auftrag einer ausreichenden Versorgung genauso verfehlt wie in Berlin der Auftrag einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Natürlich wiegt für die betroffenen Versicherten ein akuter Versorgungsengpass schwerer als unwirtschaftliche Überversorgung in



Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

der Folge von Überkapazitäten. Deshalb ist allgemein der Eindruck von Unterversorgung als vorherrschendem Problem entstanden. Richtig ist, dass es dieses Problem zwar stellenweise gibt, dass aber gleichzeitig viele Regionen Übersorgung aufweisen und somit insgesamt keineswegs zu wenig Ärzte vorhanden sind. Sie sind allerdings sehr schlecht verteilt.

**Um das Problem des Nebeneinanders von regionaler Über- und Unterversorgung zu lösen, wird derzeit viel über Reformen der Bedarfsplanung diskutiert. Wie kann Ihrer Meinung nach die Bedarfsplanung verbessert werden?**

**Jacobs:** Leider geht die Diskussion über Reformen der Bedarfsplanung am Kern der aktuellen Probleme von Unterversorgung in ländlichen Regionen vorbei. Denn diese Probleme haben mit der Bedarfsplanung, wie sie derzeit praktiziert wird, unmittelbar gar nichts zu tun. Die vertragsärztliche Bedarfsplanung weist für die einzelnen Planungsbezirke Verhältniszahlen aus. Damit werden innerhalb eines bestimmten Korridors Planzahlen für die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten bestimmt, die für die Versorgung der jeweiligen Bevölkerung in den verschiedenen ärztlichen Fachgebieten für notwendig angesehen werden. Solange die Obergrenze des Planungs-Korridors nicht überschritten ist, können Ärzte eine Zulassung für die Planungsregion erhalten, und das verspricht Geld von den Krankenkassen: Die Kassen sind nämlich verpflichtet, alle von zugelassenen Ärzten erbrachten Leistungen zu vergüten. Die aktuelle Problematik in den unterversorgten Regionen besteht aber nicht in einer unzureichenden Anzahl an „geplanten“ Arztsitzen – etwa für Hausärzte –, sondern darin, dass die geplanten Arztsitze nicht besetzt werden können. Es gibt also nicht genügend Ärzte, die an einer Zulassung Interesse haben. Eine bloße Änderung der Methodik der Bedarfsplanung – zum Beispiel durch kleinere Planungsregionen oder die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung – würde hieran zunächst überhaupt nichts ändern.

Das Hauptproblem ist doch, dass das Geld heute vor allem dorthin fließt, wo viele Ärzte tätig sind. Damit wird hier viel Geld gebunden, das gleichzeitig dort fehlt, wo die erforderliche Versorgung mangels genügend Ärzten nur unzureichend erbracht wird. Die Beitragsmittel der Versicherten sollten aber primär dorthin fließen, wo ein Bedarf an Versorgungsleistungen für die Versicherten besteht. Wenn dort genug Geld zur Verfügung steht, wird es auch möglich sein, ärztliche Engpässe gezielt und flexibel zu schließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen schaffen es aber nicht, das Geld entsprechend umzusteuern; schließlich müssten sie dafür dem Großteil ihrer Mitglieder – den Ärztinnen und Ärzten in den überversorgten Regionen – weh tun. Der gezielte Abbau der Überversorgung zur Freisetzung von unnötig gebundenen Finanzmitteln war noch nie wirklich ein

Thema. Ein einmal eingerichteter Arztsitz bleibt unabhängig vom Versorgungsbedarf der Bevölkerung für alle Zeiten bestehen. „Bedarfsplanung“ wird hier vor allem aus Sicht der Ärzte definiert, die den Verkauf ihrer Praxis meist als Grundlage ihrer Alterssicherung fest „eingeplant“ haben – ein Anspruch, von dem andere „freie“ Berufe wie Architekten oder Rechtsanwälte wohl nicht einmal zu träumen wagen.

## Was müsste geschehen?

**Jacobs:** Vor allem muss der Kontrahierungszwang der Krankenkassen fallen. Das heißt, dass die Kassen nicht mehr verpflichtet sind, alle in einer Region zugelassenen Ärztinnen und Ärzte unabhängig vom jeweiligen Versorgungsbedarf der Versicherten zu vergüten. Mit dem so eingesparten Geld könnten Versorgungsengpässe in anderen Regionen vergleichsweise schnell behoben werden. Dafür gibt es kein Patentrezept.

**Besteht denn in Bezug auf die Bedarfsplanung gar kein Reformbedarf? Vertreter der Bundesländer sowie der Ärzteschaft sprechen sich zum Beispiel vermehrt für eine Verkleinerung der Planungsbezirke aus. Keine gute Idee?**

**Jacobs:** Grundsätzlich produziert zentrale Planwirtschaft immer Einheitslösungen. Die können aber niemals geeignet sein, um gleichzeitig ganz unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen – zumindest nicht sonderlich effektiv und effizient. Wie gesehen, haben wir es aber mit diametral unterschiedlichen Anforderungen zu tun: einerseits mit der Sicherstellung der Versorgung in schrumpfenden Landregionen, die ja keineswegs nur bei der Gesundheitsversorgung mit erheblichen Infrastrukturproblemen konfrontiert sind, und andererseits mit dem Abbau der Verschwendung von Beitragsmitteln als Folge von Überkapazitäten, wie es sie keinesfalls allein in der ambulanten Versorgung gibt. Selbst wenn die Verkleinerung der Planungsbezirke den Abbau von Unterversorgung erleichtern würde, drohte anderenorts zugleich eine weitere Verschärfung von teurer Überversorgung. Wenn überhaupt an dem aus meiner Sicht fragwürdigen System zentraler Planung mit Zulassung und Kontrahierungszwang festgehalten werden soll, halte ich drei parallele Reformansätze für nötig:

Erstens sollten im Mittelpunkt der Planung künftig nicht mehr in erster Linie Arztsitze und Krankenhausbetten stehen, sondern notwendige Versorgungsleistungen für die Bevölkerung. Selbstverständlich kann dies nur auf der Grundlage von Krankheitsdaten erfolgen, wie sie in anderen Zusammenhängen bereits genutzt werden: etwa bei der Verteilung der Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die Krankenkassen, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Gerade wenn man unterschied-

lichen Entwicklungen in den einzelnen Regionen gerecht werden will, spränge man zu kurz, nur Umfang und Altersaufbau der Bevölkerung zu berücksichtigen. Schrumpfende Regionen verlieren nicht nur besonders viele junge, sondern vor allem auch überdurchschnittlich gesunde Menschen, während Zuzugsregionen im Durchschnitt vergleichsweise gesünder werden.

Zweitens sollte beim konkreten Regionalbezug der praktischen Umsetzung der Leistungsplanung noch stärker differenziert werden: Primärversorgung – also auch die hausärztliche Versorgung – muss in jedem Fall so wohnortnah wie möglich erfolgen, während das Angebot an fachärztlichen Leistungen – in sinnvoller Abstufung – auch in größerer zeitlicher und räumlicher Entfernung zumutbar erscheint. Dabei sind nicht zuletzt auch Qualitätsanforderungen zu beachten, die erst ab einem bestimmten Mindestumfang einschlägiger Behandlungserfahrungen hinreichend erfüllt sein können (Stichwort Mindestmengen).

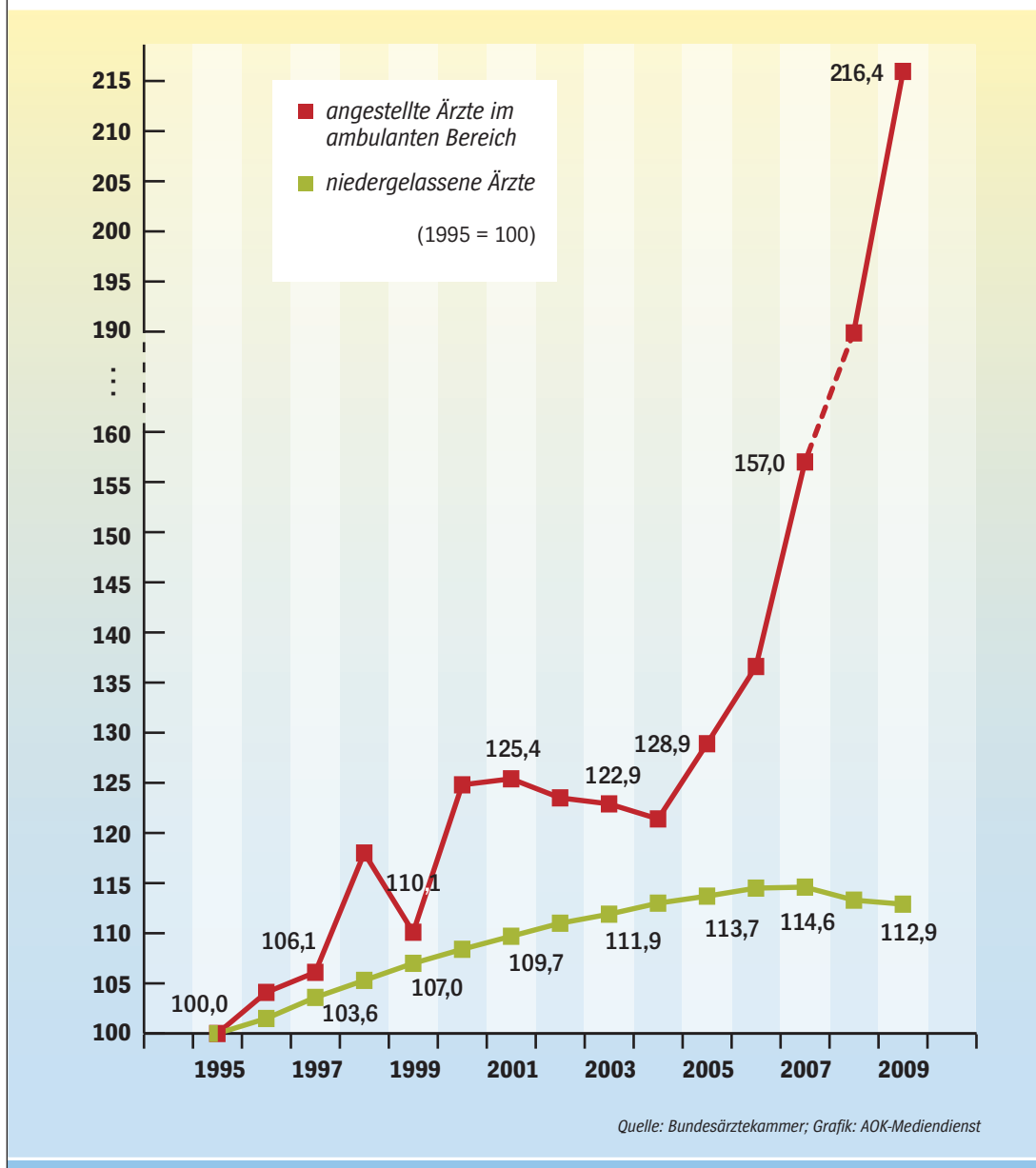
Drittens sind bei der ärztlichen Bedarfsplanung bislang Fragen der „Produktivität“ vollkommen unbeachtet geblieben. Das hört sich zunächst sehr technisch-abstrakt an, doch wird schnell klar, was gemeint ist: Ein Landarzt, der alle Aufgaben seiner Praxisverwaltung selbst erledigt, alle – in der Regel zeitaufwendigen – Hausbesuche selbst ausführt und seine chronisch kranken Patienten regelmäßig zur Kontrolle in die Sprechstunde einbestellt, kann naturgemäß ungleich weniger Patienten versorgen als ein Kollege, bei dem dies ganz anders geregelt ist. Dessen Praxisverwaltung erledigt das Management eines Medizinischen Versorgungszentrums, dem der Arzt angeschlossen ist, einen Großteil seiner Hausbesuche übernimmt eine qualifizierte Gemeindeschwester, die im Bedarfsfall mit dem Arzt in unmittelbaren Kontakt treten und Rücksprache nehmen kann („Telekommunikation“), bei vielen seiner chronisch kranken Patienten sind Systeme des Telemonitoring etabliert, die diesen Patienten den ständigen Weg in die Praxis sparen und dem Arzt viel Zeit für die Behandlung von anderen Patienten.

Es reicht also nicht, „Ärztebedarf“ allein nach Köpfen oder Arbeitszeit zu zählen, denn es kommt auch darauf an, wie sinnvoll („produktiv“) die stets knappe ärztliche Arbeit eingesetzt wird. Ein Blick in andere Länder, die schon immer dünn besiedelt waren, zum Beispiel in Skandinavien, vermittelt viele Anhaltspunkte für einen deutlich produktiveren Einsatz der ärztlichen Arbeitszeit bei uns. Es kann nicht sein, dass auf Ärztetagen immer nur mehr Geld gefordert wird, während entsprechende Wirtschaftlichkeitspotenziale weiter unerschlossen bleiben – und zwar überall, also gleichermaßen in Regionen mit Über- und Unterversorgung.

Weitere Infos:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Gesundheit



## Immer mehr angestellte Ärzte in den Praxen



In den vergangenen Jahren bevorzugten immer mehr Ärzte in der ambulanten Versorgung das Angestelltenverhältnis. Seit 1995 erhöhte sich die Zahl der angestellten Ärzte um 116,4 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der niedergelassenen Ärzte lediglich um 12,9 Prozent. Insgesamt 139.612 Ärztinnen und Ärzten waren somit Ende 2009 in der ambulanten Versorgung tätig – 22.034 oder 18,8 Prozent mehr als zum Jahresende 1995.

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

Zahl des Monats

## 325.945 berufstätige Ärzte ...

... verzeichnete die Bundesärztekammer zum Stichtag 31. Dezember 2009. Das 6.248 oder 2,0 Prozent mehr als zum Jahresende 2008. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre fort. Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte erhöhte sich gegenüber 2008 um 0,9 Prozent auf 139.612. Dabei sank die Zahl der niedergelassenen Ärzte um 490 auf 125.264. Zugleich stieg aber der Anteil der Ärzte, die im ambulanten Bereich angestellt sind: um 1.742 auf 14.348. Mit 158.223 arbeitet knapp die Hälfte (48,5 Prozent) der berufstätigen Ärzte im stationären Bereich. Rund 8,6 Prozent der Ärzte sind in Behörden, Körperschaften oder in anderen Bereichen wie der Pharmaindustrie tätig.

Im ambulanten Bereich weisen inzwischen fast alle der 395 Planungsbezirke in Deutschland Überversorgung auf. Das ist der Fall, wenn der Versorgungsgrad mehr als 110 Prozent beträgt. Als unterversorgt gilt ein Planungsbezirk, wenn 25 Prozent der hausärztlichen Sollstellen beziehungsweise 50 Prozent der fachärztlichen Sollstellen nicht besetzt sind. Nur noch in acht Prozent der Planungsbezirke können sich Fachärzte niederlassen, für alle anderen Regionen wurde ein Zulassungsstopp verhängt. Für den hausärztlichen Bereich ergibt sich ein ähnliches Bild: Dort können Allgemeinmediziner noch in 14 Prozent der Planungsbezirke eine Praxis eröffnen.

Dennoch fehlen vor allem in einigen ländlichen Gebieten Ärzte. So bestand 2009 bei den fachärztlichen Berufsgruppen in zehn Bezirken und bei den Hausärzten in einem Planungsbezirk Unterversorgung. Vor allem Landärzte haben zunehmend Schwierigkeiten, im Falle des Ruhestandes einen Nachfolger für ihre Praxen zu finden.

**Suchergebnisse filtern**

**Sortieren:** Entfernung | aufsteigend | 10 Einträge/Site

Name	Entfernung in km	Gesamtbewertung <sup>1</sup>	Sterblichkeit	Ungeplante Folge-OP	Chirurgische Komplikationen	Thrombose/Lungenembolie
<b>Lubinus Clinicum, Kiel</b>						
Krankenhaus gesamt	0	3/3	+	+	-	+
<b>UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel</b>						
Krankenhaus gesamt	2	2/3	○	○	○	○
<b>Sankt Elisabeth Krankenhaus Kiel, Kiel</b>						
Krankenhaus gesamt	4	2/3	○	○	○	○
<b>Ostseeklinik Kiel GmbH, Kiel</b>						
Krankenhaus gesamt	7	2/3	○	○	○	○

**Legende**

QSR-Leistungsbereich: Hüftgelenkersatz

Gesamtbewertung: ●●● überdurchschnittliche, ●●● durchschnittliche, ●●● unterdurchschnittliche Qualität

QSR-Qualitätsindikator: ● besser, ● durchschnittlich, ● schlechter

Der Lebensbaum zeigt Qualität an. Schneidet eine Klinik im Vergleich überdurchschnittlich gut ab, schlägt sich das im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis der Weissen Liste in der Gesamtbewertung mit drei Lebensbäumen nieder, zwei stehen für durchschnittlich gute Ergebnisse. In die Gesamtbewertung fließen Faktoren wie Sterblichkeit, ungeplante Folge-Operationen oder chirurgische Komplikationen ein, die bis zu einem Jahr nach der Operation auftreten. Als erste Regionen bieten Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe die Orientierungshilfe auf Grundlage von QSR-Daten an. QSR steht für „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“.

**Der AOK-Krankenhausnavigator: [www.weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de](http://www.weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de)**

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

## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Richtlinien für Palliativ- und Krankenpflege geändert

Der GBA hat die Richtlinien für die ambulante Palliativversorgung und die häusliche Krankenpflege durch Ärzte geändert. Damit wird klargestellt, dass Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht andere Leistungsträger als die Krankenkassen zur Leistung verpflichtet sind. Auch Patienten, die stationär in Hospizen leben, haben einen Anspruch auf zusätzliche ärztliche Versorgung im Rahmen der SAPV, wenn die normale vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht. Die Änderung der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege bedeutet, dass Versicherte Anspruch auf diese Leistungen während eines Aufenthaltes in Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen haben, auch wenn sie keine Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, weil sie nach Paragraf 14 des Elften Sozialgesetzbuchs (SGB XI) nicht pflegebedürftig sind.

### Arzneien gegen sexuelle Dysfunktion nicht auf Kassenkosten

Filmtabletten mit dem Wirkstoff Dapoxetinhydrochlorid (Handelsname Priligy) gegen vorzeitige Ejakulation werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet. Der GBA ordnete das für Männer im Alter von 18 bis 64 Jahren neu zugelassene Medikament als Lifestyle-Arzneimittel ein. Die Behandlung der vorzeitigen Ejakulation bei Männern diene der individuellen Bedürfnisbefriedigung und/oder der Steigerung des Selbstwertgefühls, so der GBA. Zugleich änderte der GBA den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff „erektile Dysfunktion“ in „sexuelle Dysfunktion“, weil dieser als Oberbegriff jede Form von sexuellen Funktionsstörungen umfasst, die keinen Krankheitswert besitzen, und zwar unabhängig davon, ob sie auf organische Störungen oder andere Umstände zurückzuführen sind.

**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.**

Mehr Infos zum Gemeinsamen Bundesausschuss:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Regierungskoalition von CDU, CSU und FDP hat sich in der Gesundheits- und Sozialpolitik zahlreiche Aufgaben vorgenommen. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten laufenden und geplanten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 11. Mai 2010). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/politik/gesetze](http://www.aok-bv.de/politik/gesetze).

### Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Die Vorschläge der EU-Kommission für europaweit einheitliche Regeln für die Arzneimittel-Werbung, die der Pharmaindustrie mehr Möglichkeiten für die Information der breiten Öffentlichkeit geben würden, liegen auf Eis. Die Beratung im Gesundheitsausschuss des Europaparlaments steht weiterhin aus. Der Deutsche Bundesrat hatte die Vorschläge bereits in einer Stellungnahme vom 6. März 2009 kritisiert. Pharmaunternehmen hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, so der Bundesrat. Die Kommissionsvorschläge zur Änderung einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie (2008/0662 und 2008/0663) seien deshalb zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abzulehnen.

**Die EU-Verordnungs- und Richtlinienvorschläge:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Parlamentsmaterialien > Drucksachen 18/09 und 19/09

**Die Stellungnahme des Bundesrates:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Parlamentsmaterialien > Drucksache 18/09(B)



### Arzneimittel-Sicherheit (EU-Vorschläge)

Der Gesundheitsausschuss des Europaparlaments hat neuen Maßnahmen zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen und zur Überwachung des Arzneimittelmarktes zugestimmt. Dazu gehören einheitliche Sicherheitsmerkmale für verschreibungspflichtige Arzneimittel, mit denen jede Packung bis zum Hersteller zurückverfolgt werden kann. Auch Internet-Apotheken sollen besser kontrolliert werden. Die dafür notwendigen Änderungen einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie (Kommissionsvorschläge 2008/0664 und 2008/0668) können bereits im Juni vom EU-Parlament gebilligt werden.

**Die EU-Verordnungs- und Richtlinienvorschläge:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Parlamentsmaterialien > Drucksachen 20/09 und 22/09



## GKV-Änderungsgesetz

Die Regierungspläne zur Senkung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden in das GKV-Änderungsgesetz eingearbeitet, das zur Zeit im Gesundheitsausschuss des Bundestages beraten wird. Die Koalitionsfraktionen haben entsprechende Änderungsanträge vorgelegt. Vorgesehen ist, dass die Arzneimittelhersteller für neue Medikamente statt sechs künftig 16 Prozent Abschlag gewähren. Diese Regelung soll vom 1. August dieses Jahres bis zum 31. Dezember 2013 für alle Arzneimittel gelten, für die es keine Festbeträge gibt. Gleichzeitig sollen die Preise bis Ende 2013 auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren werden. Die Koalition rechnet mit Einsparungen von jährlich rund 1,15 Milliarden Euro. Die SPD fordert, importierte Arzneimittel von der Erhöhung des Herstellerabschlags auszunehmen, da die Abgabe preiswerter importierter Arzneimittel die Kassen bereits um rund 300 Millionen Euro jährlich entlastet. Am 19. Mai soll es dazu eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss geben. Mit dem GKV-Änderungsgesetz will die Bundesregierung die befristete Ausnahmeregelung zur Weitergabe von Informationen gesetzlich Krankenversicherter an private Abrechnungsstellen um ein Jahr bis zum 30. Juni 2011 verlängern. Dies betrifft vor allem die Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen von Hausarztverträgen. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf Anpassungen und Klarstellungen unter anderem über die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes. Der Bundesrat fordert außerdem, mit dem Gesetz den Krankenkassen die Bezuschussung von Wellnessreisen ins Ausland zu untersagen. Präventionsleistungen sollten im Inland erbracht und nicht mit kassenfremden Dienstleistungen verknüpft werden.

**Der Gesetzentwurf mit Stellungnahme des Bundesrates  
und Gegenäußerung der Bundesregierung:  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/1297**



## Operationstechnische Assistenten

Die Bundesländer fordern eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA). Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Der Bundesrat hat am 12. Februar 2010 entschieden, dem Bundestag seinen dazu im Vorjahr beschlossenen Gesetzentwurf erneut zuzuleiten, der wegen der Bundestagswahl 2009 nicht mehr beraten worden war. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Laut Gesetzentwurf gab es 2008 bundesweit 73 OTA-Schulen

an Krankenhäusern mit 1.342 Ausbildungsplätzen. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig. Die Bundesregierung lehnt es ab, den Krankenkassen die Kosten der OTA-Ausbildung aufzubürden, will aber prüfen, ob sich die OTA-Ausbildung in ein Ausbildungssystem integrieren lässt, das weniger spezialisiert ist und bessere berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bietet.

**Der Gesetzentwurf des Bundesrates  
mit Stellungnahme der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/1223



## Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Europaweit einheitlichen Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organtransplantationen steht nichts mehr im Wege. Vertreter des Europäischen Parlaments und des Ministerrates einigten sich Anfang Mai auf Änderungen an der im Dezember 2008 von der EU-Kommission vorgelegten EU-Transplantationsrichtlinie. Diese sieht unter anderem vor, alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – europaweit zu erfassen. Entgegen der ursprünglichen Planung müssen dafür aber keine neuen Behörden geschaffen werden. In Deutschland können damit die Bundesärztekammer und die Deutsche Stiftung Organtransplantation weiterhin für die Qualität und Sicherheit der Organspenden verantwortlich bleiben.

**Der EU-Richtlinienentwurf:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Parlamentsmaterialien > Drucksache 964/08

**Die Stellungnahme des Bundesrates:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > erweiterte Suche > 964/08(B) und 16/11781



## Patientenrechte-Richtlinie der EU

Die EU-Richtlinie über gleiche Patientenrechte in der Europäischen Union liegt auf Eis. Die EU-Gesundheitsminister werden sich voraussichtlich erst im zweiten Halbjahr 2010 erneut mit dem Thema befassen, nachdem sie sich im Dezember 2009 darüber nicht hatten einigen können. Das Europaparlament hatte die von der EU-Kommission vorgeschlagene Richtlinie bereits im April

2009 in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Vorgesehen ist insbesondere, dass EU-Bürger in allen EU-Ländern wie Einheimische Zugang zu den dortigen Gesundheitsleistungen erhalten. Behandlungskosten im Ausland sollen den Versicherten ohne vorherige Genehmigung von ihrer nationalen Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet werden, die auch im Heimatland angefallen wäre. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Bundestag und Bundesrat hatten den EU-Richtlinienvorschlag im November 2008 begrüßt.

**Die EU-Richtlinie mit Änderungen durch das Parlament**  
[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu) > Suche > P6\_TA(2009)0286

**Entwurf der EU-Kommission und Stellungnahme von Bundesrat und Bundestag:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 487/08 und 16/10911



## Entlastung privat versicherter Hartz-IV-Empfänger

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen will die Beitragsbelastung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern in der privaten Krankenversicherung (PKV) verringern. Hartz-IV-Empfänger, die nicht mehr in eine gesetzliche Krankenkasse zurückkönnen, sollen künftig im PKV-Basistarif statt 290 Euro monatlich nur 126 Euro zahlen. Das entspricht der Höhe des Hartz-IV-Zuschusses für hilfsbedürftige Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung soll für diesen Personenkreis entsprechend gesenkt werden. Um dies zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf der Grünen entsprechende Änderungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (Paragraf 12) und im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor. Laut Gesetzentwurf müssten die privaten Krankenversicherungen bei rund 2.700 im PKV-Basistarif versicherten Hartz-IV-Empfängern (Stand August 2009) jährlich auf 5,8 Millionen Euro Beitragseinnahmen verzichten. Der Gesetzentwurf liegt seit der ersten Lesung im Bundestag am 25. Februar 2010 zur weiteren Beratung in den zuständigen Ausschüssen des Bundestages.

**Der Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/548



## Kurzmeldungen

### AOK: Fünfte Rabattrunde für Arzneimittel eingeläutet

12.05.10 (ams). Mit der mittlerweile fünften Arzneimittel-Rabattrunde will die AOK ab Oktober 2010 weitere 200 Millionen Euro während der Vertragslaufzeit einsparen. Die neue Ausschreibung, für die bis 7. Juni 2010 Angebote eingereicht werden können, betrifft zwölf Wirkstoffe aus dem patentfreien Arzneimittelmarkt. Nach Angaben des Vorstandsvizes der AOK Baden-Württemberg und Chefunterhändlers der AOK-Gemeinschaft für die Rabattverträge, Dr. Christopher Hermann, lag das Umsatzvolumen der zwölf Wirkstoffe 2009 im bundesweiten AOK-System bei 280 Millionen Euro.

Weitere Informationen:  
[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Arzneimittel



### Weitere Förderung von Praxen in Brandenburg

12.05.10 (ams). Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg (AG) und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) werden die finanzielle Förderung von Arztpraxen auch 2010 gemeinsam fortsetzen. Beide Seiten haben vereinbart, die seit 2006 bestehende regionale Fördermöglichkeit weiterzuführen.

Weitere Informationen:  
[www.aok.de/berlin-brandenburg](http://www.aok.de/berlin-brandenburg)



### Fehlerhafte Krankenhausrechnungen

12.05.10 (ams). Nach einer Auswertung der AOK Baden-Württemberg war im Jahr 2008 von 100.000 geprüften Krankenhausrechnungen jede Dritte fehlerhaft. 52 Millionen Euro mussten die Krankenhäuser deshalb an die AOK zurückzahlen, erklärte Dr. Rolf Hoberg, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg.

Weitere Informationen:  
[www.aok.de/baden-wuerttemberg](http://www.aok.de/baden-wuerttemberg)



**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: