

# AOK-Medienservice

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

## Politik

01/12



PATIENTENRECHTE	
■ GRAALMANN FÜR DEUTLICHE NACHBESSERUNGEN	2
MEDIZINPRODUKTE-RECHT	
■ VERBINDLICHE QUALITÄTSMERKMALE BENÖTIGT	3
AMS-GRAFIK	
■ MEDIZINPRODUKTE NACH RISIKOKLASSEN	5
AMS-HINTERGRUND 1:	
■ ZULASSUNGSVERFAHREN AUSSERHALB DER EU	6
AMS-HINTERGRUND 2:	
■ BEISPIELE SCHADHAFTER MEDIZINPRODUKTE	8
QISA, QSR, NAVIGATOREN & CO.	
■ WIE SICH DIE AOK FÜR QUALITÄT ENGAGIERT	10
ZEHN JAHRE DMP	
■ MEDIZINISCHE ERFOLGE IN JEDER KRANKHEITSPHASE	14
ZAHL DES MONATS	
■ 4,55 MILLIARDEN EURO ...	18
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	19
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	20
KURZMELDUNGEN	28

Entwurf für ein Patientenrechtegesetz

## Graalman für deutliches Nachbessern beim Patientenschutz

17.01.12 (ams). Bei dem nun von den Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz vorgelegten gemeinsamen Entwurf für ein Patientenrechtegesetz sieht der AOK-Bundesverband deutlichen Nachbesserungsbedarf beim Patientenschutz. Als positives Element des Entwurfs hebt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, hervor, „dass die Hilfestellung der Krankenkassen für ihre Versicherten im Falle eines Behandlungsfehlers endlich für alle Krankenkassen verpflichtend sein soll“. Insgesamt aber müsse der Entwurf nachgebessert werden. Einen deutlichen Fortschritt beim Patientenschutz bringe der Entwurf für das Gesetz, das Anfang 2013 in Kraft treten soll, noch nicht.



**Jürgen Graalman ist  
Vorstandsvorsitzender des  
AOK-Bundesverbandes.**

Graalman: „Ein wirksamer Patientenschutz wird nicht dadurch erreicht, dass vor Extraleistungen wie beispielsweise sogenannten IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) schriftlich darauf hingewiesen wird, dass sie nicht von den Krankenkassen bezahlt werden. Richtig wäre eine Verpflichtung, darüber aufzuklären, dass diese nicht von den Krankenkassen bezahlt werden, weil es sich um medizinisch nicht notwendige Leistungen handelt.“

Auch fehle in dem Entwurf die verpflichtende Vorgabe eines Patientenbriefes vor medizinischen Eingriffen, der über Chancen und Risiken verständlich informiert. „Die vorgesehenen Beweislast-Regelungen sind kein Fortschritt, sondern schreiben nur den aktuellen Stand der Rechtsprechung ins Gesetzbuch“, so Graalman. Nach Informationen des Justizministeriums und des Gesundheitsministeriums sollen die von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen ausdrücklich gesetzlich geregelt werden. Nur bei groben Behandlungsfehlern sind demnach Erleichterungen für Patienten vorgesehen. Graalman: „Anstatt sich weiter mühsam im Einzelfall um das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers streiten zu müssen, sollte eine Beweislastverteilung für alle Fälle erfolgen. Die Patienten müssten dann zwar weiterhin aufzeigen, dass sie einen Behandlungsfehler erlitten haben und ein Schaden eingetreten ist. Für den Nachweis jedoch, dass die fehlerhaften Behandlungsmaßnahmen nicht die Ursache des Schadens gewesen sind, ist der Arzt in die Pflicht zu nehmen.“

Als positiv wertet es der Verbandschef, dass mit dem Referentenentwurf „nun auch Vorgaben für alle gesetzlichen Krankenkassen zur Einführung eines Behandlungsfehlermanagements verbindlich werden“. Die AOK biete diese Dienstleistung bereits seit dem Jahr 2000 an, und seither hätten bereits mehr als 81.000 Mitglieder diese Dienste in Anspruch genommen.

Medizinprodukte-Recht

## Verbindliche Qualitätsmerkmale bei Medizinprodukten dringend benötigt

17.01.12 (ams). Wenn in Deutschlands Automobilindustrie Innovationen eingeführt werden, dauert das im Schnitt zwischen fünf und sieben Jahren. Bei Medizinprodukten geht dieser Prozess viel schneller voran. Nicht immer zum Nutzen der Patienten, viel zu oft sogar zu ihrem Schaden. „Hier besteht dringender Handlungsbedarf, das Interesse der Patienten auf körperliche Unversehrtheit zu schützen“, sagt der Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, Dr. Gerhard Schillinger. Deshalb setzt sich der AOK-Bundesverband für ein neues Medizinprodukte-Recht mit verbindlichen Qualitätsmerkmalen ein.



**Dr. Gerhard Schillinger ist Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband.**

„Deutschland ist bei der Einführung von Medizinprodukten extrem innovationsfreundlich“, hebt auch der Leiter der Abteilung stationäre Versorgung und Rehabilitation, Jürgen Malzahn, hervor. Nicht zuletzt durch die Regelung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) werden nach seinen Worten Innovationen unabhängig von ihrem Nutzen sofort bezahlt. Malzahn: „Allerdings ist nicht jede Innovation auch ein Fortschritt, vielmehr erweisen sich viele solcher Innovationen als falscher Weg.“ Gerade vor dem Hintergrund des jüngsten Skandals um gesundheitsschädliche Brustimplantate sollte sich die Politik nach seinen Worten jetzt zu einer durchgreifenden Reform der rechtlichen Regelungen für Medizinprodukte durchringen und für einen besseren Schutz der Patienten sorgen.

### Register unterstützen

Sinnvoll wäre es, wenn sich die Bundesregierung auf europäischer Ebene in Brüssel dafür einsetze, dass hier entsprechende Regelungen in der Richtlinie, die zurzeit überarbeitet wird, getroffen werden. Mit einem klaren Bekenntnis und Unterstützung von Registern für Medizinprodukte wie dem Deutschen Endoprothesenregister könnte die Bundesregierung bereits jetzt eine gute Vorlage für eine Reform im Interesse des Patientenschutzes liefern.

So sollten die Brüsseler Reformen nicht nur zu besseren Wettbewerbsmöglichkeiten für Hersteller in der Europäischen Union (EU) führen, sondern in erster Linie die Sicherheit und den Nutzen für die betroffenen Patienten im Auge haben. Dafür seien unter anderem eine harte Zulassungsprüfung, aussagefähige Studien zum Nutzen und Versorgungstransparenz mittels entsprechender Register in Deutschland nötig.

Als problematisch sieht es die Gesundheitskasse vor allem an, dass über den Nutzen von Innovationen häufig nur unzureichende Daten vorliegen, die ein Abwägen von Nutzen und Risiko nicht erlauben. Vor allem die Evaluation

von Methoden und Medikamenten nach der Markteinführung lässt nach Worten Schillingers zu wünschen übrig. Hinzu komme, dass die Forschung stark von kommerziellen Interessen bestimmt sei und daher negative Ergebnisse von Studien häufig nicht publiziert würden.

Zwar, so betonen die Mediziner Schillinger und Malzahn, gibt es eine Menge positiver Beispiele für Innovationen mit hohem Nutzen wie die Diabetestherapie mit Insulin, die Organtransplantation oder die Computertomographie. Aber es gibt eben auch Beispiele für schädliche Innovationen. Eine davon ist laut Schillinger ein beim Einsetzen von Hüftprothesen genutzter Operationsroboter einer amerikanischen Firma, der übrigens in den USA nie eine Zulassung erhalten hatte. Schillinger: „Für den europäischen Markt genügte eine Überprüfung auf technische Sicherheit durch den TÜV Rheinland für die europaweite Anwendung. Aussagekräftige klinische Studien wurden für die Zulassung nicht verlangt. Mit der Zeit zeigte sich aber, dass mit der sogenannten Robodoc-Methode operierte Patienten häufig unter Nebenwirkungen litten, beispielsweise unter Nervenlähmungen und Muskelschädigung. Bei einigen Patienten verursachte die Methode sogar lebenslange Behinderungen.“ 60 Kliniken, die die Methode eingesetzt hatten, entstand durch den Kauf der Roboter zum Preis von jeweils 500.000 Euro pro Stück ein großer wirtschaftlicher Schaden.

Die zentrale Herausforderung für die Einführung neuer Verfahren besteht nach Meinung der AOK-Mediziner denn auch in der Gestaltung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Innovationsförderung, Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit.

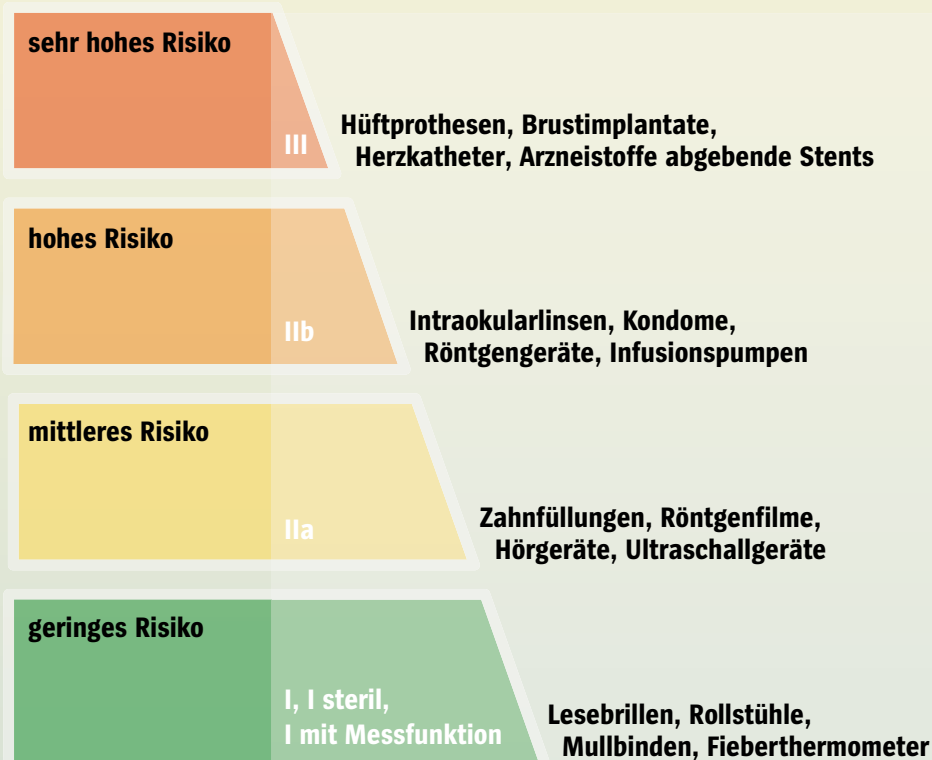
(ter)

**Das Endoprothesenregister Deutschland:**  
[www.eprd.de](http://www.eprd.de)



## Einteilung von Medizinprodukten nach Risikoklassen

Medizinprodukte werden im Unterschied zu Arzneimitteln nicht zugelassen, sondern von einer sogenannten Benannten Stelle (Beispiel TÜV) zertifiziert.



Quelle: BMG, Grafik: AOK-Mediendienst

Nach EU-Recht werden Medizinprodukte in Risikoklassen eingeordnet. Dabei spielen Aktivität (mit oder ohne Strom), Verweildauer (kurz-/langfristig) sowie Invasivität (etwa ein Implantat) und Gebrauchsweise (Ein-/Mehrweg) eine wesentliche Rolle. Das reicht vom geringen Risiko einer Lesebrille über Zahnfüllungen und Kondome bis hin zu Produkten mit sehr hohem Risiko wie Herzkatheter. 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 und so den Betroffenen hilft. Die CE-Kennzeichnung führt zur EU-weiten Zulassung. Medizinprodukte, die Arzneistoffe enthalten, werden gesondert bewertet: Überwiegt der Arzneimittelaspekt, kann das Produkt anstelle der Zertifizierung unter die arzneimittelrechtliche Zulassung fallen.

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

ams-Hintergrund 1:

## Wie die Zulassung von Medizinprodukten in anderen Ländern geregelt ist

### USA

Zur Zulassung eines Medizinprodukts durch die amerikanische Bundesgesundheitsbehörde FDA (Food and Drug Administration) gibt es je nach Produkt und Risikoklasse (Class I, II, III) grundsätzlich zwei unterschiedliche Verfahren:

**Ein vereinfachtes, rein formales Zulassungsverfahren**, für das folgende Voraussetzungen gelten:

- Produkt der Risikoklasse I und II.
- Ein vergleichbares Produkt ist in den USA auf dem Markt.
- Keine klinische Studie erforderlich.

### Das PMA/IDE-Verfahren

PMA steht für PreMarketApproval und ist meist verbunden mit einer vorangestellten Ausnahmegenehmigung (IDE = Investigational Device Exemption), um klinische Studien zu ermöglichen.

Voraussetzungen hierfür sind:

- Produkte der Risikoklasse III.
- Alle Produkte der Klassen I und II, die nicht unter das vereinfachte Verfahren fallen.
- Durchführung einer klinischen Studie.

Die Zulassung gemäß PMA gliedert sich in:

- Erstellung der Antragsunterlagen mit Studienprotokoll und produktspezifischen Informationen (Zeitaufwand in der Regel sechs bis zwölf Monate).
- IDE-Antragstellung bis zur Genehmigung (ca. zwölf Monate).
- Durchführung der IDE-Studie (Zeitaufwand: ein bis fünf Jahre).
- Studien-Abschlussbericht mit Anerkennung der gewonnenen Daten durch die FDA.
- Antrag auf PMA-Zulassung unter Zugrundelegung der IDE-Daten.
- PMA-Erteilung.

Die FDA stellt kein Zertifikat aus. Stattdessen führt sie strenge Zufallsinspektionen durch.

## Kanada, Australien, Japan

Dort bestehen ähnlich geringe Hürden wie in Deutschland.

## China

Neue Vorschriften verlangen, dass manche Hersteller von Produkten mit hohem Risiko klinische Daten als Teil des Zulassungsverfahrens einreichen. Die Anforderungen sind also höher als in Deutschland.

ams-Hintergrund 2:

## Beispiele für schadhafte Medizinprodukte

**17.01.12 (ams). Die schadhafte Brustimplantate sind nicht das erste Beispiel für Medizinprodukte, deren Einsatz Patienten geschädigt haben. Dass es zu solchen Vorfällen gekommen ist, liegt in erster Linie am Zulassungsverfahren, das in der EU keine allzu strengen Vorgaben an die Hersteller macht. Einige Beispiele:**

### **Robodoc®:**

Das amerikanische Produkt Robodoc® wurde in den USA nie zur allgemeinen Anwendung im Klinikbetrieb zugelassen, in Deutschland aber erhielt Robodoc® nach Prüfung der technischen Sicherheit durch den TÜV Rheinland die europaweite Zulassung. Die später festgestellte Schädigung der Patienten – durch die notwendige größere Operationswunde und den Zug am Gewebe kam es zu schweren Muskel- und Nervenschäden mit Lähmungen – betraf daher keine amerikanischen Patienten. 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.

### **Organ Care System (Transmedics, USA):**

In den USA ist dieses Gerät zum Transport von Herzen bei Organspende nur zu Forschungszwecken zugelassen, in Deutschland kann das System ohne Einschränkungen verwendet werden. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags hat sich dennoch das Produkt in USA angeschaut (wo keine Zulassung besteht) anstatt in einem der Deutschen Herzzentren, wo das Produkt teilweise schon lange routinemäßig eingesetzt wird. Bezüglich der Kostenübernahme durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist es gelungen, im Rahmen der Anwendung in Deutschland Studien durchzuführen.

### **Stents bei Verengung von Hirngefäßen:**

Nachdem diese Verfahren zur Vermeidung von Schlaganfällen tausendfach unkontrolliert angewendet worden sind, musste nun eine randomisierte kontrollierte Studie abgebrochen werden, weil die Schlaganfallhäufigkeit und Sterblichkeit in der Gruppe der Patienten mit Stent deutlich höher war als in der Gruppe mit medikamentöser Therapie. Nach einem Jahr war das Risiko für Schlaganfall oder Tod mit einem Stent mit 20 Prozent fast doppelt so hoch wie bei medikamentöser Therapie mit 12,2 Prozent (Quelle: unter anderem New England Journal of Medicine, 15.09.11, 365 (11), Seiten 993–1003).

## **Vaginale Netze:**

Bei Inkontinenzoperationen bei Frauen wird zur Hebung der Gebärmutter beziehungsweise zur Verstärkung der Beckenbodenmuskulatur ein Netz transvaginal implantiert. Diese Netze können sehr schwere Nebenwirkungen verursachen, zum Beispiel können sie in umliegende Organe einschneiden, so dass Gewebe abstirbt oder schneiden sich durch die Schleimhaut oder Haut; durch das Einbringen über die (unsterile) Vagina werden zudem häufig Infektionen verursacht. 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 Limitationen 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.

## **Brustimplantate:**

Während in Deutschland und Europa die benannte Stelle (im konkreten Fall der Prothesen der Firma Poly Implant Prothese, kurz PIP: der TÜV Rheinland) sich vorher zur Prüfung anmeldet, erfolgen durch die US-amerikanische Bundesgesundheitsbehörde FDA unangemeldete Stichprobenprüfungen. Diese Inspektionen sind streng. In den USA wurden nur zwei mit Silikongel gefüllte Brustimplantate zugelassen (November 2006, Allergan Natrelle und Mentor MemoryGel). Die Firmen mussten zusätzlich zu den Zulassungsstudien weitere Studien zur Langzeitwirkung und zur Sicherheit der Implantate durchführen. Die PIP-Prothesen wurden in den USA nie zugelassen, eine mit Kochsalz gefüllte Prothese dieses Herstellers wurde von der FDA schon 2000 nach einem Besuch bei PIP in den USA verboten.

AOK-Engagement für eine gute medizinische Versorgung

## Qualität messen: Wichtig für Ärzte, Kliniken und die Patienten

17.01.12 (ams). QISA, QSR: Hinter diesen Kürzeln verbergen sich nicht etwa Projekte, die strengster Geheimhaltung unterliegen, sondern nützliche Werkzeuge zur Messung von Qualität im Gesundheitswesen. QISA beispielsweise steht für „Qualitätsindikatoren-System für die Ambulante Versorgung“ und unterstützt damit Ärzte darin, die Behandlungsqualität messbar zu machen und so an der Qualität arbeiten zu können. QSR, die Qualitätssicherung mit Routinedaten, ermöglicht Informationen über die Ergebnisqualität von Behandlungen in Krankenhäusern für bestimmte Indikationen. Beide Instrumente sind Beispiele dafür, dass die AOK nicht nur eine hohe Qualität fordert, sondern auch Ärzte bei der Qualitätsarbeit unterstützt und Patienten bei der Suche nach dem am besten geeigneten Krankenhaus wichtige Informationen gibt, erläutert der Geschäftsführer des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, Dr. Gerhard Schillinger.

QISA richtet sich an Einzel-Arztpraxen, Arztnetze und andere Versorgungsmodelle, wird als Handbuch in mehreren Bänden angeboten und enthält über 130 Qualitätsindikatoren, mit denen Qualität transparent gemacht werden kann. Mit diesem vom Göttinger AQUA-Institut im AOK-Auftrag erarbeiteten System macht sich die Gesundheitskasse nach Worten Schillingers für innovative und pragmatische Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität stark. Das Indikatorenset ist thematisch sortiert nach wichtigen Versorgungsbereichen und häufigen Krankheiten. Mittlerweile sind zehn Bände erschienen, die einfach im Internet unter [www.qisa.de](http://www.qisa.de) bestellt werden können. Alle, die sich schnell einen Überblick über QISA verschaffen wollen, können die Bände als PDF kostenlos aus dem Netz herunterladen. Zuletzt wurde der Band C2 „Diabetes mellitus Typ 2“ freigeschaltet. In Kürze werden weitere Bände, zunächst Herzinsuffizienz und Depression, erscheinen, gefolgt von den Bänden zu Koronarer Herzkrankheit und Multimorbidität.

### Gemeinsamer Einsatz mit den Vertragspartnern

Das Engagement der AOK in diesem Bereich erklärt der Leiter des Stabs Medizin des Bundesverbandes so: „Im Interesse unserer Versicherten setzen wir uns für eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung ein. Wir stellen aber nicht nur Forderungen an unsere Vertragspartner. Wir wollen Ärzten Instrumente an die Hand geben, mit denen sie Qualität messen beziehungsweise beurteilen können.“

Das setzt die AOK auf ganz unterschiedlichen Wegen um: Neben QISA, das sich an Ärzte richtet, bieten verschiedene Navigatoren der Gesundheitskasse

deren Versicherten und anderen Interessierten die Möglichkeit, nach einem geeigneten Krankenhaus oder Arzt in der Nähe des jeweiligen Wohnortes zu suchen oder ein passendes Pflegeheim oder einen Pflegedienst zu finden. Der AOK-Krankenhausnavigator stützt sich dabei für ausgewählte Krankheiten auf die wissenschaftliche Auswertung von Abrechnungsdaten, die in den Krankenkassen vorliegen. Dieses QSR genannte Verfahren – QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routinedaten –, bietet nach Worten von Christian Günster vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) bislang einzigartige Möglichkeiten, Informationen zur langfristigen Qualität von Behandlungen zu ermitteln. Zudem unterstützt die Kasse Internetnutzer mit diversen Entscheidungshilfen online dabei, Entscheidungen bei schwierigen Fragen auf dem Boden einer laienverständlichen Aufarbeitung des vorhandenen wissenschaftlichen Wissens zu treffen. Zudem engagiert sich die AOK bei Projekten wie dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), das Patienten und Ärzte dabei unterstützt, Probleme bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken frühzeitig zu identifizieren, ergänzt Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung und Rehabilitation im AOK-Bundesverband.

Der AOK-Medienservice (ams) bietet hier einen Überblick über einige Hilfen zur Messung von Qualität im Gesundheitswesen:

## QSR im AOK-Krankenhausnavigator

Grundlage für die Ergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator ist das QSR-Verfahren des WIdO. Es nutzt Abrechnungsdaten von Kliniken und Stammdaten der AOK und wertet diese aus. Dabei werden die genutzten Patientendaten pseudonymisiert, um Missbrauch zu verhindern. Der zentrale Vorteil von QSR zum Beispiel gegenüber Daten, die im Krankenhaus erhoben werden, besteht darin, dass auch Komplikationen lange nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst werden können und so zum Beispiel Informationen über Krankenhauswiederaufnahmen oder die Sterblichkeit nach einem Jahr erhoben werden können. Gleichzeitig wird zusätzlicher Dokumentationsaufwand für Ärzte und Pflegepersonal vermieden, da auf Daten zurückgegriffen wird, die ohnehin vorliegen. Mithilfe der so gewonnenen Erkenntnisse aus den Daten erhalten Krankenhäuser eine Rückmeldung, wo sie hinsichtlich der Behandlungsqualität im Vergleich mit anderen Krankenhäusern stehen. Und auch die Patienten bekommen für ausgewählte Eingriffe Informationen zur Behandlungsqualität von Krankenhäusern im AOK-Krankenhausnavigator, der im Internet in Kooperation mit der Weissen Liste bereitgestellt wird. Derzeit sind diese Informationen für die Indikationen Hüftendoprothesen, Knie-Totalendoprothesen, Oberschenkelbruch und Gallenblasen-Entfernungen öffentlich verfügbar.

## Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)

Ziel des Gemeinschaftsprojekts von Ärzten, Kassen und Industrie ist es, die Zahl der Wechseloperationen bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken zu senken. Die Teilnahme am EPRD ist für Krankenhäuser und Patienten freiwillig. Das Register nimmt zwar erst voraussichtlich ab dem zweiten Quartal 2012 seine Arbeit auf, doch schon jetzt haben zahlreiche Kliniken ihr Interesse bekundet. Das EPRD ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), des AOK-Bundesverbandes, des Bundesverbandes Medizintechnologie (BV-Med) und des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (BQS-Institut).

## AOK-Arztnavigator

Wer seinen Arzt bewerten und damit anderen Patienten bei der Arztsuche helfen möchte, kann das im AOK-Arztnavigator bequem vom heimischen Computer aus tun. Das nicht kommerzielle Online-Portal ist werbefrei und soll Patienten künftig deutschlandweit bei der Suche nach einem geeigneten Arzt unterstützen. Entwickelt wurde es von der AOK gemeinsam mit der Weissen Liste, einem Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Seit dem vergangenen Jahr beteiligt sich auch die BARMER GEK an dem Projekt. Die Versicherten können in der Befragung unter anderem angeben, ob der Arzt sie in Entscheidungen einbezieht, ob ihre Intimsphäre gewahrt wird und ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden. In der Online-Arztsuche werden die Ergebnisse zusammengeführt und zu jedem einzelnen niedergelassenen Haus- oder Facharzt dargestellt. Ziel ist es, dass jeder Nutzer auf der Grundlage von Kriterien suchen kann, die ihm persönlich besonders wichtig sind. Alle niedergelassenen Ärzte sind in der neuen Arztsuche verzeichnet. Die Ergebnisse zu einem Arzt werden erst veröffentlicht, wenn mindestens zehn Beurteilungen vorliegen.

Eine Richtschnur bei der Entwicklung des Portals waren Kriterien, die die Ärzteschaft selbst zur Qualität von Arztbewertungsportalen aufgestellt hat. An einigen Stellen geht das Portal sogar über diese Kriterien hinaus – zum Beispiel bei dem Verzicht auf Freitextfelder. Unsachgemäße Meinungsäußerungen werden so ausgeschlossen.

## Entscheidungshilfen

Die Entscheidungshilfen der AOK bereiten das wissenschaftliche Wissen zu bestimmten Fragestellungen laiengerecht auf und geben den Betroffenen so eine fundierte Grundlage für die eigene Entscheidung beziehungsweise für die Vorbereitung der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit dem behandelnden Arzt. In diesen Entscheidungshilfen werden auf dem Boden des

besten verfügbaren wissenschaftlichen Wissens der Nutzen und die Risiken einer Maßnahme gegenübergestellt. Auch wird über die Hintergründe informiert und am Ende abhängig von den eigenen Präferenzen der Betroffenen eine Liste der Argumente für und wider erzeugt. Entscheidungshilfen zu den Themen Masern/Mumps/Röteln-Impfung, HPV-Impfung, Brustkrebsbehandlung (Brusterhaltende Therapie oder Brustentfernung, Brustwiederaufbau) und PSA-Test (zur Untersuchung auf Prostatakrebs) unterstützen Patienten bei wichtigen medizinischen Entscheidungen. Hilfe bei der Frage, ob eine bleibende Ernährungssonde angelegt werden soll, die direkt durch die Haut in den Magen geführt wird, bietet die PEG-Entscheidungshilfe an. Weiter Entscheidungshilfen sind zurzeit in Vorbereitung. Zwei Arzneimittel-Datenbanken („Medikamente im Test“ und „zuzahlungsfreie Arzneimittel“), unterschiedliche Ratgeberforen und weiterführende Informationen zum Thema Patientenrechte gehören ebenfalls zum Internetangebot der AOK.

## AOK-Pflegenavigator

Ein wichtiges Instrument für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige ist der Pflegeheim-Navigator, in dem sich Ratsuchende unter anderem über die Qualität der verschiedenen Leistungsbereiche von Pflegeheimen informieren können. Ist die gute Qualität bei der Vorbeugung von Druckgeschwüren besonders wichtig bei der Auswahl eines Pflegeheims? Seit Herbst 2010 bietet der Pflegenavigator die Möglichkeit, auch nach solchen besonders pflegerelevanten Kriterien zu suchen und eine Auswahl zu treffen.

Mit dem Pflegedienst-Navigator können Versicherte und ihre Angehörigen ambulante Pflegeeinrichtungen finden. Suchkriterien für die datenbankgestützte Recherche sind Städte, Postleitzahlen und Pflegedienstnamen.

Der Navigator liefert Adressen, Kontaktdaten und Preise der jeweiligen Dienste. Darüber stellen die Einrichtungen selbst Angaben zu ihren Angeboten wie Hausnotruf, betreutes Wohnen, Essen auf Rädern usw. bereit.

(ter)

**Weitere Infos zu QISA:**  
[www.qisa.de](http://www.qisa.de)

**Das Endoprothesenregister Deutschland:**  
[www.eprd.de](http://www.eprd.de)

**Die Navigatoren und Entscheidungshilfen der AOK:**  
[www.aok-gesundheitsnavi.de](http://www.aok-gesundheitsnavi.de)



DMP: Zehn Jahre Chronikerprogramme

## Medizinische Erfolge in jeder Krankheitsphase

17.01.12 (ams). Ob es um die medizinische Betreuung von Diabetikern, Herzkranken oder Asthmatikern geht – in strukturierte Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen Krankheiten sind inzwischen 6,8 Millionen Menschen eingeschrieben. Vor zehn Jahren legte die Politik mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs den Grundstein dafür. „Die Programme sind sehr gut angenommen worden und steigern nachweislich die Versorgungsqualität. Es gibt aber auch noch Verbesserungspotenzial, besonders bei der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und bei der Umsetzung der Maßnahmen“, fasst Evert Jan van Lente, stellvertretender Geschäftsführer „Versorgung“ im AOK-Bundesverband, die erste Dekade der auch als Disease-Management-Programme (DMP) bekannten Angebote zusammen.



Evert Jan van Lente ist stellvertretender Geschäftsführer „Versorgung“ im AOK-Bundesverband.

Welche Rolle spielen DMP in der gesetzlichen Krankenversicherung?

**van Lente:** Fast jeder zehnte gesetzlich Versicherte ist in einem DMP. Die Zahl der Teilnehmer wächst von Jahr zu Jahr. 2011 haben sich 400.000 Menschen für eine DMP-Teilnahme entschieden. Die Hälfte der sechs Millionen Typ-2-Diabetiker sind in ein solches freiwilliges Programm eingeschrieben. Allein unter den AOK-Versicherten sind 1,7 Millionen Typ-2-Diabetiker und 745.000 Patienten mit Koronarer Herzkrankheit. Viel interessanter vielleicht noch als die nackten Zahlen ist die Idee hinter den Programmen. Es geht um chronische Krankheiten, die eine langfristige medizinische Betreuung notwendig machen. Dabei steht der Mensch mit seinen gesundheitlichen Problemen im Mittelpunkt und nicht so sehr die medizinischen Möglichkeiten des jeweiligen Versorgungssektors.

Wie ist das zu verstehen?

**van Lente:** Das heißt, dass nicht nur Schnittstellenprobleme beim Übergang von einem Versorgungssektor in einen anderen gelöst werden müssen, sondern dass der Patient selbst aktiv am Geschehen beteiligt ist, beispielsweise indem er Schulungen besucht und das Gelernte dann umsetzt. Die Qualitätsanforderungen an DMP sind besonders hoch: Die Inhalte und die Behandlungsempfehlungen müssen auf evidenzbasierter Medizin fußen, was sie von anderen Case-Management-Ansätzen und Telemedizin-Projekten unterscheidet. Die hohen Anforderungen an die Programme tragen viel zu ihrem Erfolg bei, der übrigens sehr gut dokumentiert ist.

## Was bringen denn die DMP den Patienten?

**van Lente:** Wichtig ist zunächst einmal: Sie bringen in jeder Phase der Krankheit was. Wer also an einer der Krankheiten leidet, für die es DMP gibt – Asthma, Brustkrebs, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, Diabetes, Koronare Herzkrankheiten (KHK) –, kann und sollte sich in ein solches Programm einschreiben. Grundsätzlich senken die DMP die Sterblichkeitsrate, verzögern Folgekrankheiten und erhöhen die Lebensqualität, insbesondere wenn die Patienten mehrere Begleiterkrankungen haben. Um einmal ein paar konkrete Forschungs-Ergebnisse zum Thema Diabetes Typ 2 zu nennen: Das Münchner Helmholtz-Zentrum hat festgestellt, dass Ärzte die notwendigen Kontrolluntersuchungen und Schulungen bei den DMP-Teilnehmern deutlich häufiger vornahmen als bei Diabetes-Patienten, die nicht an dem Programm teilnahmen. Zudem war der Blutdruck bei DMP-Teilnehmern im Durchschnitt besser eingestellt.

## Gibt es Vergleiche zu chronisch Kranken, die nicht an einem DMP teilnehmen?

**van Lente:** Ja. Die ELSID-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg hat gezeigt, dass bei den Typ-2-Diabetikern im DMP die Sterblichkeit deutlich niedriger lag als bei anderen Patienten. Auswertungen der AOK bestätigen die positiven Ergebnisse. Danach sank bei AOK-versicherten Patienten mit Bluthochdruck, die sechseinhalb Jahre ohne Unterbrechung an dem DMP für Typ-2-Diabetiker teilgenommen haben, der systolische Bluthochdruck von 142,3 im Halbjahr der Einschreibung auf 136,2 Millimeter Quecksilbersäule (mmHg) im 13. Halbjahr der Teilnahme. Der diastolische Wert verringerte sich von 81,4 auf 78,1 mmHG. Während beim Start in das Programm nur etwa 35 Prozent der Patienten Blutdruckwerte im Normbereich hatten, waren es am Ende der Beobachtungszeit mehr als die Hälfte. Das ist deswegen so erfreulich, weil die Einstellung des Blutdrucks von entscheidender Bedeutung für Folgekrankheiten ist. Übrigens: Von den DMP profitieren nicht nur die teilnehmenden Kranken, auch die Krankenkassen und damit letztlich alle Beitragszahler. Die DMP senken nämlich langfristig die Behandlungskosten, weil sie Folgeerkrankungen verzögern.

## Das klingt nach einer Erfolgsgeschichte der DMP. Hapert es auch irgendwo?

**van Lente:** Die medizinischen Ergebnisse können sich in der Tat bereits jetzt schon sehen lassen. Dennoch gibt es Verbesserungsbedarf. Die Krankenkassen, allen voran die AOK, haben in den ersten zehn Jahren zu Recht viel Energie darauf verwandt, die DMP möglichst flächendeckend einzuführen. Jetzt kommt es darauf an, die Qualitätsprobleme, die es immer noch gibt, zu beheben. Ein Beispiel: Fachleute haben zurecht darauf hingewiesen, dass immer noch nicht alle behandelnden Ärzte

die Hb1Ac-Werte ihrer DMP-Diabetiker bei jedem Besuch überprüfen. Die Krankenkassen, die, weil sie selbst die Programme akkreditieren lassen, die oberste Verantwortung für deren Qualität haben, müssen hier vor Ort – und unter Umständen zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen – einen Weg finden, die Quote zu steigern. Wichtig ist die klare Definition von Qualitätszielen, die auch eingehalten werden müssen. Vorbildlich ist hier bereits die Region Nordrhein, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland die DMP-Qualität jährlich überprüfen und publizieren lässt. Bayern eifert diesem Beispiel nach.

**Und wie sieht es mit den Schnittstellenproblemen aus, die immer mal wieder im Gesundheitswesen beklagt werden?**

**van Lente:** Die gibt es hier auch. Das fängt manchmal schon bei der Kooperation von Hausarzt und Facharzt an. Dann gibt es immer wieder Reibungsverluste bei der Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Klinik sowie zwischen Pflege- und Rehaeinrichtungen. Auch Probleme bei der Weitergabe von Informationen, zum Beispiel vom Krankenhaus an den behandelnden Arzt, kommen immer noch zu häufig vor. Auch hier gilt es, regional sinnvolle Lösungen zu erarbeiten.

**Die Programmkostenpauschale, die den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für DMP-Teilnehmer gezahlt wird, ist für das Jahr 2012 abgesenkt worden. Sie beträgt nun 153 Euro. Schwindet das politische Interesse an den DMP?**

**van Lente:** Nein, im Gegenteil: Der Gesetzgeber hat sich im Versorgungstrukturgesetz sogar noch einmal das Thema DMP vorgenommen und Verbesserungen eingeführt. Die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der Programme gehen vom Bundesgesundheitsministerium auf den Gemeinsamen Bundesausschuss über. So können Aktualisierungen schneller in die Praxis umgesetzt werden. Die Pauschale wurde nur abgesenkt, weil durch Größenvorteile Effizienzreserven gehoben werden konnten. Wenn Sie eine Million Menschen in einem DMP betreuen, kostet es, wenn Sie effizient arbeiten, pro Versicherten weniger, als wenn sie nur 100 Versicherte betreuen.

**Die AOK hat sich in der Vergangenheit mehrfach als Vorreiter bei den DMP gezeigt. So erhielt im April 2003 das Brustkrebs-DMP als erstes die Zulassung durch das Bundesversicherungsamt. Geht die AOK auch in Zukunft voran?**

**van Lente:** Auf jeden Fall. Die Gesundheitskasse hat zum Beispiel eine besonders intensive telefonische Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten, und zwar im Gegensatz zu anderen Krankenkassen teilweise durch eigene Mitarbeiter. Die AOK engagiert sich auch bei der Telemedizin und der

Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten im Case-Management. So besuchen im Rahmen von AGnES II (*Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention, Modellprojekt von AOK Nordost und Barmer GEK in Brandenburg; Anmerkung der Redaktion*) Medizinische Fachangestellte (MFA) Patienten zum Teil zu Hause und übernehmen die Schnittstellenkommunikation. In Baden-Württemberg unterstützen MFA die Patienten mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko.

## Wo geht es in Zukunft hin mit den DMP?

**van Lente:** Einige Trends sind absehbar. Wir müssen Multimorbiditäten im Rahmen der DMP noch stärker berücksichtigen. So gibt es seit kurzem ein Modul Herzinsuffizienz beim DMP KHK. Für Diabetes Typ 2 soll ein Modul Adipositas kommen. Außerdem müssen wir die Patientenorientierung durch spezielle Angebote für besondere Zielgruppen stärker voranbringen. Bei den Angeboten denke ich insbesondere an Patienten-Coaching und Telemedizin und bei den Zielgruppen an Migranten, sozial Schwache, Analphabeten. Die beste Beratung nützt nichts, wenn der Patient die Informationen nicht versteht, sei es, weil er kein Deutsch beherrscht oder weil er schlichtweg nicht lesen kann. Hier gibt es noch viel zu tun, um besser auf die Patienten einzugehen.

(ink)

### Mehr Infos über DMP:

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

### Versicherteninfos über DMP:

[www.aok.de](http://www.aok.de) > Gesundheit > Behandlung > Programme für chronisch Kranke

### Fachinfos für Vertragspartner:

[www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Disease-Management-Programme



Zahl des Monats

## 4,55 Milliarden Euro ...

... haben die gesetzlichen Krankenkassen 2010 an Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen gezahlt. Das geht aus dem Heilmittelbericht 2011 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. Das waren 2,8 Prozent der insgesamt rund 165 Milliarden Euro Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Danach wurden 2010 rund 263 Millionen einzelne Heilmittelmaßnahmen mit den Kassen abgerechnet. Statistisch hat damit jeder gesetzlich Versicherte 3,77 Heilmittelbehandlungen mit einem Kostenvolumen von 65,23 Euro erhalten.

Knapp drei Viertel der Heilmittelausgaben (73,5 Prozent) entfielen dem Report zufolge auf physiotherapeutische Verordnungen. Die Ergotherapie hatte einen Umsatzanteil von 14,2 Prozent, die sprachtherapeutischen Leistungen machten 10,5 Prozent aus.

Anders sieht es bei den Verordnungsanteilen aus: Hier machte die Ergotherapie 7,2 Prozent aus, die Logopädie nur 5,3 Prozent, die Physiotherapie aber 86,2 Prozent. Ursache dafür sind die unterschiedlich hohen Kosten der einzelnen Heilmittel. Eine Ergotherapie kostete 2010 im Schnitt 249,97 Euro, die Logopädie 229,37 Euro. Die Physiotherapie hingegen kostet 89,75 Euro.

**Weitere Infos zum Heilmittelbericht:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Heilmittel > Heilmittelanalysen



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Kassen müssen weiterhin für Antidepressivum zahlen

Für das umstrittene Antidepressivum Cipralex müssen die Krankenkassen aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg weiterhin den vom Hersteller festgesetzten hohen Preis bezahlen. Der GBA hält das noch bis 2014 patentgeschützte Medikament (Wirkstoff Escitapram) aufgrund einer Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) für eine Scheininnovation ohne Zusatznutzen. Deshalb war es im Februar 2011 vom GBA in eine Festbetragsgruppe mit patentfreien Antidepressiva mit Wirkstoff Citalopram eingeordnet worden. Endgültig entschieden wird der Streit erst im Hauptsacheverfahren.

### Skoliose: Ambulante Behandlung in bestimmten Kliniken

Kinder und Jugendliche, die an einer schwerwiegenden Wirbelsäulenverkrümmung (idiopathische Skoliose) leiden, können jetzt auch ambulant in dafür zugelassenen Krankenhäusern behandelt werden. Dasselbe gilt für Patienten mit angeborenen Deformitäten der Wirbelsäule. Mit diesem Beschluss erweiterte der GBA die Liste jener seltenen Fehlbildungen, die auch ambulant in Kliniken behandelt werden dürfen. Bis der GBA die Regelungen zur Versorgung seltener Erkrankungen und Fehlbildungen an das neue Versorgungsgesetz angepasst hat, können allerdings nur bereits für die ambulante Behandlung angeborener Skelettsystemfehlbildungen zugelassene Krankenhäuser ihr Tätigkeitsspektrum um die beschlossenen Skoliose-Erkrankungen erweitern. Der GBA wird unter anderem Qualitätsanforderungen für ambulant tätige Ärzte bei diesen Erkrankungen festlegen.

### Protonentherapie bei Speiseröhrenkrebs weiter möglich

Patienten mit Speiseröhrenkrebs können weiterhin mit Protonentherapie behandelt werden, obwohl es bisher nicht klar ist, ob diese spezielle Form der Strahlentherapie den Patienten nutzt. Allerdings müssen die Leistungserbringer künftig besondere Qualitätsanforderungen unter anderem bei Qualifikation, Dokumentation und Nachsorge erfüllen. Die Zulassung der Protonentherapie bei Ösophaguskarzinomen gilt zunächst bis Ende 2018. Der GBA erwartet, dass bis dahin Studien vorliegen, um ausreichend sicher entscheiden zu können, ob das Behandlungsverfahren Patienten nutzt.

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

Weitere Infos: [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-Medienservice bietet einen Überblick über die wichtigsten laufenden und geplanten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 13. Januar 2012). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/politik/gesetze](http://www.aok-bv.de/politik/gesetze).

### Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen

Die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse wird erleichtert und beschleunigt. Nach dem von Bundestag und Bundesrat noch 2011 beschlossenen Berufsamerkenngsgesetz, das am 1. April 2012 in Kraft tritt, können im Vergleich zur deutschen Ausbildung bestehende Lücken künftig gezielt nachgearbeitet werden. Die Prüfung der Unterlagen über im Ausland erworbene Qualifikationen soll auch schneller gehen. Vom 1. Januar 2013 an müssen Kammern und Behörden dies innerhalb von drei Monaten erledigen. Die Neuregelung betrifft mehr als 350 Berufe, die auf Bundesebene durch Gesetze und Verordnungen reglementiert sind, darunter Ärzte und Apotheker. Das neue Anerkennungsverfahren soll auch helfen, den Fachkräftemangel in der Pflege zu lindern.

Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/6260



### Approbationsordnung für Ärzte

Die Approbationsordnung für Ärzte wird an mehreren Punkten geändert. Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung können die Studierenden das Praktische Jahr (PJ) vorbehaltlich der Zustimmung des Bundesrates ab sofort auch in Teilzeit ableisten. Außerdem wird die Zahl im PJ erlaubter Fehltag von 20 auf 30 erhöht, die etwa im Fall einer Schwangerschaft, der Betreuung minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Angehöriger anfallen können. Vom 1. April 2013 an soll das PJ nicht nur an der Klinik der Heimatuniversität oder einem ihrer Lehrkrankenhäuser absolviert werden können, sondern auch an anderen geeigneten Krankenhäusern. Das soll zu einer ausgewogeneren regionalen Verteilung der angehenden Ärzte führen. Zudem wird die Abschlussprüfung, von Medizinern oft Hammerexamen genannt, zweigeteilt. Der schriftliche Teil wird ab 2014 vor dem PJ stattfinden, sodass sich die angehenden Ärzte während des PJs ganz auf die klinisch-

praktische Tätigkeit konzentrieren können. Zur Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung muss das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin vom 1. Oktober 2013 an mindestens zwei Wochen statt bisher eine Woche dauern. Außerdem werden die Universitäten verpflichtet, von Oktober 2015 an für zehn Prozent der Medizinstudierenden einen PJ-Platz in der Allgemeinmedizin anzubieten, ab Oktober 2019 dann sogar für 20 Prozent. Entsprechende Änderungen der Approbationsordnung hat das Bundesgesundheitsministerium noch im Dezember 2011 dem Bundesrat zugeleitet.

**Der Verordnungsentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 862/11



## Arzneimittel-Informationen (EU-Richtlinie)

Patienten sollen sich über Medikamente künftig auch im Internet informieren können. Vorgesehen ist der Aufbau von Datenbanken mit geprüften Informationen, die in gedruckter Form auch in Gesundheitszentren, bei Ärzten oder in Apotheken erhältlich sind. Geplant ist zudem, die Arzneimittel-Packungsbeilagen zu verbessern. Die Beipackzettel sollen künftig auch Angaben über Krankheitsbilder und nicht medikamentöse Behandlungsalternativen enthalten. Das Werbeverbot für rezeptpflichtige Arzneimittel bleibt dagegen bestehen. Die Pharmaindustrie darf also auch künftig für verschreibungspflichtige Produkte nicht öffentlich etwa im Radio, Fernsehen, in Tageszeitungen oder im Internet werben. Die EU-Kommission akzeptierte am 11. Oktober 2011 die vom EU-Parlament am 24. November 2010 in erster Lesung beschlossenen rund 100 Änderungen an ihrem ursprünglichen Vorschlag in praktisch allen Punkten. Die entsprechenden Änderungen der EU-Richtlinie 2001/83/EG treten erst nach Zustimmung der EU-Gesundheitsminister und nach zweiter Lesung im EU-Parlament in Kraft.

**Der Beschluss des EU-Parlaments:**

[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu) > Suche > P7\_TA 2010 0429

**Der Beschluss der EU-Kommission:**

[http://ec.europa.eu/health/files/patients/ip\\_10-2011/dir\\_ip\\_2011\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/patients/ip_10-2011/dir_ip_2011_de.pdf)



## Arzneimittelgesetz (16. AMG-Novelle)

Zwei neue EU-Richtlinien zur einheitlichen und strengeren Überwachung des Arzneimittelmarktes und zum Schutz der Verbraucher vor gefälschten Arzneimitteln müssen 2012 in deutsches Recht umgesetzt werden. So sollen Pharmahersteller künftig jeden Fall einer unerwünschten Nebenwirkung direkt der Europäischen Arzneimittelagentur in London melden. Medikamen-

te mit neuen, noch nicht lange erprobten Wirkstoffen sollen besonders gekennzeichnet werden. Auf jeder Arzneimittelpackung muss klar stehen, wer das Medikament hergestellt hat. Für die Umsetzung der vom Europäischen Parlament und dem EU-Ministerrat beschlossenen, seit Ende 2010 und Mitte 2011 geltenden EU-Richtlinien 2010/84 und 2011/64 muss das deutsche Arzneimittelgesetz an vielen Stellen geändert werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat dazu im Dezember 2011 einen Referentenentwurf vorgelegt. Dieser enthält auch aus anderen Gründen notwendige Änderungen des Heilmittelwerbegesetzes, des Apothekengesetzes, des Betäubungsmittelgesetzes und des Medizinproduktegesetzes.

#### Die EU-Richtlinien:

[http://eur-lex.europa.eu/RECH\\_naturel.do](http://eur-lex.europa.eu/RECH_naturel.do) > Suche > Richtlinie 2010/84 und 2011/62

Der Referentenentwurf für ein Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften: [www.bmg.bund.de/?id=552](http://www.bmg.bund.de/?id=552) > Buchstabe A



## Familienpflegezeit

Arbeitnehmer, die vorübergehend Teilzeit arbeiten, um einen nahen Angehörigen zu pflegen, können ihre dadurch bedingten Einkommensverluste künftig über einen längeren Zeitraum strecken. Das neue Familienpflegezeitgesetz (FPfZG), das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, erlaubt es, die Arbeitszeit für bis zu zwei Jahre auf bis zu 15 Wochenstunden zu reduzieren. Dabei wird das Arbeitsentgelt nicht im gleichen Maße, sondern nur halb so stark gekürzt. Praktisch ist dies ein Vorschuss, der nach der Pflegezeit, wenn der Arbeitnehmer wieder voll arbeitet, zurückgezahlt wird. Wer seine Arbeitszeit zum Beispiel halbiert, erhält in der Pflegezeit 75 Prozent seines früheren Einkommens, aber auch danach in einem entsprechenden Zeitraum ebenfalls nur 75 Prozent. Dazu werden Arbeitszeitkonten geführt. Familienpflegezeit ist nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich. Während der Familienpflegezeit darf dem Arbeitnehmer nicht gekündigt werden. Für die Aufstockung des Gehalts in der Familienpflegezeit kann der Arbeitgeber beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben ein zinsloses Darlehen beantragen. In diesem Fall muss für den Arbeitnehmer eine Familienpflegezeitversicherung abgeschlossen werden, die das Darlehen für den Fall des Todes oder der Berufsunfähigkeit des Arbeitnehmers absichert. Auch dafür wird das Bundesamt eine Gruppenversicherung anbieten. Die Versicherungsprämie soll unabhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand sein, eine Risikoprüfung nicht stattfinden. Eine erneute Familienpflegezeit ist möglich, nachdem das Darlehen für die erste Familienpflegezeit abgearbeitet ist.

#### Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 671/11



## Internationale Gesundheitsvorschriften

Mit dem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) werden Röteln und auf Wunsch der Bundesländer voraussichtlich auch Keuchhusten, Mumps und Windpocken meldepflichtige Infektionskrankheiten. Zugleich werden die Meldefristen für gefährliche Infektionskrankheiten wie zuletzt EHEC verkürzt. Meldungen von Ärzten sollen künftig innerhalb von 24 Stunden an das zuständige Gesundheitsamt und von dort in drei Tagen an das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin übermittelt werden. Bisher darf dies rund 14 Tage dauern. Das vom Bundestag am 10. November 2011 in erster Lesung ohne Aussprache behandelte Gesetz regelt ansonsten Einzelheiten der internationalen Zusammenarbeit gegen die Ausbreitung gefährlicher Krankheiten. Es ersetzt drei Rechtsverordnungen über Meldebestimmungen und Gesundheitskontrollen an den Land-, Luft- und Seegrenzen. Wesentliche Bestimmungen, darunter über Notfallpläne an Flughäfen, sollen spätestens am 15. Juni 2012 vorliegen.

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung mit Stellungnahme des Bundesrates:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/7576



## Landwirtschaftliche Sozialversicherung

Die landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) wird voraussichtlich zum 1. Januar 2013 neu organisiert. Die bisher 36 meist regional arbeitenden Träger der Alters-, Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung und ihr Spitzenverband in Kassel werden zur „Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau“ fusioniert. Damit verlieren auch die landwirtschaftlichen Krankenkassen, acht regionale und die bundesweite für den Gartenbau, ihre Eigenständigkeit. Der neue Bundesträger soll als selbstverwaltete Körperschaft der Rechtsaufsicht des Bundesversicherungsamtes unterliegen. Zu dem am 2. Dezember 2011 in erster Lesung vom Bundestag beratenen Gesetzentwurf haben der Arbeits- und der Landwirtschaftsausschuss des Bundestages für den 16. Januar 2012 gemeinsam Experten zu einer öffentlichen Anhörung eingeladen. Die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die überwiegend Pflichtmitglieder ohne Kassenwahlrecht haben, betreuen zurzeit rund 560.000 Mitglieder, darunter 330.000 Rentner (sogenannte Altenteiler) und 235.000 mitversicherte Familienangehörige. Das entspricht einem Marktanteil von etwa einem Prozent.

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/7916



## Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat fordert eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA). Sie soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Bundesregierung lehnt es ab, den Kassen 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. Laut Gesetzentwurf gab es 2008 bundesweit 1.342 OTA-Ausbildungsplätze, deren Finanzierung durch die Krankenhausträger aber nicht mehr gesichert ist. Der im März 2010 von der Bundesregierung an den Bundestag weitergeleitete Gesetzentwurf des Bundesrates ist im Parlament bisher nicht beraten worden.

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



## Organspenden

Alle im Bundestag vertretenen Fraktionen wollen die Zahl der Organspender in Deutschland erhöhen und dazu einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorlegen. Die Bereitschaft zur Organspende soll regelmäßig, etwa mit dem Versand der Krankenversichertenkarte, und mit einer höheren Verbindlichkeit abgefragt werden, mit so viel Nachdruck wie möglich, aber ohne eine Antwort zu erzwingen oder Sanktionen auszuüben. Die Information über Organspenden und die Konfrontation mit dem Thema sollen regelmäßiger und strukturierter als bisher erfolgen. Die Initiative zu dem gemeinsamen Gesetzentwurf, der Anfang 2012 vorliegen soll, war von den Fraktionsvorsitzenden von CDU/CSU und SPD, Volker Kauder und Frank-Walter Steinmeier, ausgegangen. Auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und die Bundesländer haben sich für eine solche sogenannte Entscheidungslösung ausgesprochen. Ob die Entscheidung wie bisher auf einem Organspendeausweis oder auch in einem amtlichen Dokument, etwa Personalausweis oder Führerschein, und der Krankenversichertenkarte gespeichert werden kann, ist noch offen. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hatte sich in zwei Expertenanhörungen im Juni 2011 mit organisatorischen und ethischen Fragen einer Neuregelung befasst. Die meisten Experten sprachen sich für eine Entscheidungslösung aus, die auch der AOK-Bundesverband unterstützt.

**Weitere Infos zu den Expertenanhörungen:**  
[www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeerungen](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoeerungen)



## Patientenrechte-Gesetz

Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium haben am 16. Januar einen gemeinsamen Entwurf für ein Patientenrechte-Gesetz vorgelegt. Beide Ministerien hatten sich nach anfänglich unterschiedlichen Vorstellungen im März 2011 auf gemeinsame Eckpunkte geeinigt. Diese sehen unter anderem vor, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten und Einzelheiten des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zu verankern. Weitere Regelungen sollen Patienten helfen, bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler schneller zu ihrem Recht zu kommen. Fehlermeldesysteme sollen gefördert und Beschwerdestellen in Krankenhäusern ausgebaut werden, Patientenvertreter sollen in den Gremien der Selbstverwaltung mehr Mitspracherechte bekommen. Die Bewilligungsverfahren etwa für Reha-Maßnahmen sollen verkürzt, die Betreuung der Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus verbessert werden. Bisher nur durch Gerichte definierte Patientenrechte wie das Verfahren der Beweiserhebung bei Behandlungsfehlern sollen aber gesetzlich abgesichert werden. Zehn Bundesländer haben Mitte November eigene Vorschläge für ein Patientenrechte-Gesetz vorgelegt, die teilweise über die Eckpunkte des Bundesgesundheits- und des Bundesjustizministeriums hinausgehen. Die Länder fordern nicht nur einen besseren Schutz vor Behandlungsfehlern, sondern auch einen Härtefall-Fonds, aus dem geschädigte Patienten entschädigt werden, kürzere Wartezeiten beim Arzt und einen Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung.

**Die Eckpunkte zum Patientenrechte-Gesetz:**  
[www.patientenbeauftragter.de](http://www.patientenbeauftragter.de) > Themen

**Mehr Infos und Hintergrund:**  
[www.aok-patientenrechte.de](http://www.aok-patientenrechte.de)



## Pflegereform

Das Bundeskabinett hat am 16. November 2011 Eckpunkte für eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung beschlossen. Danach soll der Beitragssatz Anfang 2013 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent (2,3 Prozent für Kinderlose) steigen. Mit den erwarteten Mehreinnahmen von rund 1,1 Milliarden Euro sollen die Leistungen für Demenzzranke verbessert werden. Außerdem ist vorgesehen, eine freiwillige private Zusatz-Pflegeversicherung nach dem Beispiel der Riester-Rente steuerlich zu fördern. Details der dazu notwendigen gesetzlichen Regelungen wurden im Januar noch zwischen den Bundesministerien für Gesundheit und Finanzen besprochen. Eventuell wird es zwei Gesetzentwürfe geben, einen vom Gesundheitsministerium für die Beitragserhöhung und neue Leistungen sowie einen zweiten für die steuerli-

che Förderung der Zusatz-Pflegeversicherung vom Finanzministerium. Teil der angekündigten Reform, die laut Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr im ersten Halbjahr 2012 in Kraft treten soll, ist auch eine neue Definition von Pflegebedürftigkeit. Dazu soll der Beirat zur Begutachtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes reaktiviert werden, dessen Vorsitzender Jürgen Gohde dafür aber nicht mehr zur Verfügung stehen will. An Stelle Gohdes sollen sich laut Bahr jetzt der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller (CSU), und das frühere Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbandes, Klaus-Dieter Voß, um das Projekt kümmern.

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



## Psychiatrie-Entgeltgesetz

Auch für voll- und teilstationäre Behandlungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen soll es künftig ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem geben. Der dazu vom Bundesgesundheitsministerium im November 2011 vorgelegte Gesetzentwurf sieht eine stufenweise Einführung von Anfang 2013 bis Ende 2021 vor. Das neue sogenannte Psych-Entgeltsystems soll bisher die mit jedem Krankenhaus individuell ausgehandelten kostenorientierten Budgets mit abteilungsbezogenen Tagespflegesätzen ersetzen und die Transparenz über das Leistungsgeschehen verbessern.

**Der Referentenentwurf:**  
[www.bmg.bund.de/?id=552](http://www.bmg.bund.de/?id=552) > Buchstabe P



## Transplantationsgesetz

Die EU-Transplantationsrichtlinie 2010/53/EU muss bis August 2012 in deutsches Recht umgesetzt werden. Sie legt Mindeststandards für Qualität und Sicherheit bei Organtransplantationen fest. Grundlegende Änderungen zur bisherigen Rechtslage ergeben sich dadurch nicht. Nach dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Änderung des Transplantationsgesetzes, der bisher erst vom Bundesrat am 19. Oktober 2011 beraten wurde, bleibt die Deutsche Stiftung Organtransplantation die Koordinierungsstelle für die Erfassung aller Daten über Spenderorgane. Gestärkt wird ihre Position bei der Festlegung und Durchführung von Verfahrensweisungen für sämtliche Schritte des Organspendeprozesses. Krankenhäuser werden nochmals verpflichtet, aktiv an einer Organentnahme mitzuwirken. Jede Klinik, die Organe entnimmt, muss künftig einen Transplantationsbeauftragten haben.

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung mit Stellungnahme des Bundesrates:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/7376

**Die EU-Richtlinie 2010/53/EU vom 7.7.2010:**  
<http://eur-lex.europa.eu> > Suche nach Dokumenten-Nr. > Richtlinie 2010/53



## Versorgungsstrukturgesetz

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das seit 1. Januar 2012 in Kraft ist, soll die wohnortnahe ambulante Versorgung auf dem Land langfristig sichern und verbessern. Kernpunkt ist eine flexiblere, regionale Bedarfsplanung. Auch die Honorare können regional von den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder flexibler verteilt werden. Ärzte in unterversorgten Gebieten sollen von Regressforderungen und Honorarkürzungen wegen Mengenbegrenzungen ausgenommen werden. Um die Überversorgung in Großstädten abzubauen, dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen Arztsitze aufkaufen und diese so vom Markt nehmen. Krankenhäuser sollen besser in die ambulante Versorgung eingebunden werden, insbesondere bei seltenen und besonders schweren Erkrankungen wie Krebs, AIDS oder Multipler Sklerose. Dazu wird schrittweise in den nächsten Jahren ein neuer Versorgungsbereich, die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“, aufgebaut, in dem Krankenhäuser und niedergelassene Fachärzte hochspezialisierte Leistungen ambulant zu gleichen Bedingungen anbieten sollen. Die Einzelheiten, auch welche Qualitätsnachweise Ärzte und Krankenhäuser dazu vorlegen müssen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen regeln. Bis dahin gelten die bisherigen Regeln für ambulante Behandlungen im Krankenhaus weiter. Das Gesetz erleichtert außerdem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Niedergelassene Vertragsärzte müssen nicht mehr in der Nähe ihrer Praxis wohnen, Ärztinnen können eine auf ein Jahr verlängerte Babypause machen und sich in dieser Zeit in ihrer Praxis vertreten lassen.

**Der Gesetzestext:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 785/11

**Die Position des AOK-Bundesverbandes:**  
[www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de)



## Kurzmeldungen

### AOK Bayern: 50 Prozent mehr Anfragen bei Pflegeberatung

17.01.12 (ams). Die Nachfrage bei der Pflegeberatung der AOK Bayern ist 2011 im Vergleich zum Vorjahr um weitere rund 50 Prozent gestiegen. Demnach hat es 2011 über 26.000 telefonische Beratungen, mehr als 6.000 persönliche Gesprächstermine bei den Versicherten zu Hause und über 3.200 in den AOK-Direktionen gegeben, wie die AOK Bayern mitteilte.

**Weitere Informationen:**  
[www.aok.de/bayern](http://www.aok.de/bayern) > Presse > Presseinformationen



### Neues Versorgungsangebot in Brandenburg

17.01.12 (ams). Die AOK Nordost verbessert die medizinische Versorgung in Brandenburg: Zum Jahresbeginn 2012 ist in Potsdam die erste Bereitschaftspraxis in einem Krankenhaus an den Start gegangen. Damit soll der bisherige ärztliche Bereitschaftsdienst ergänzt werden. „Dieses Konzept ist eines von mehreren innovativen Versorgungsmodellen, die in der IGiB, der Innovativen Gesundheitsversorgung in Brandenburg, entstehen“, so Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. Die AOK Nordost hat 2009 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg die Arbeitsgemeinschaft IGiB gegründet.

**Weitere Informationen:**  
[www.aok.de/nordost](http://www.aok.de/nordost) > Presse



### Zahl der Organspenden leicht rückläufig

17.01.12 (ams). 2011 haben weniger Menschen als im vorangegangenen Jahr ein oder mehrere Organe gespendet. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) waren rund 1.200 Menschen – und damit rund sieben Prozent weniger – zur Organeentnahme bereit. Um die Spendebereitschaft zu erhöhen, soll nach Plänen der Politik künftig jeder Bürger wiederholt zum Thema befragt werden. Die Gesundheitskasse unterstützt dieses Gesetzesvorhaben. (Siehe Seite 24)

**Dialog-Fax: 030/220 11-105**

**Telefon: 030/220 11-200**

**AOK-Medienservice**

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

**Redaktion  
AOK-Mediendienst  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin**

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Adressenänderung**

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

Name: \_\_\_\_\_

Redaktion: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

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

@

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

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

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

@

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

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_