

AOK-Medienservice

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

Politik

07/09



NEUE VERANSTALTUNGSREIHE „ROSENTHALER GESPRÄCHE“	
■ WIE GEHT ES WEITER IN DER GESUNDHEITSPOLITIK?	2
AMS-GRAFIK	
■ EINSPARUNGEN DURCH BÜRGERENTLASTUNGSGESETZ	4
WISSENSCHAFTLICHE FACHTAGUNG	
■ DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME WIRKEN	5
KRANKENHAUSABRECHNUNG	
■ BEI NACHFRAGE ZAHLEN	7
ZWEI FRAGEN AN: THOMAS FRITZ, AOK WESTFALEN-LIPPE	
■ KORREKTE RECHNUNGEN ERWÜNSCHT	10
NACH GLARGIN-ANALYSE DURCH WIDO UND IQWIG	
■ AOK FORDERT PFLICHT ZU LANGZEITSTUDIEN	11
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	14
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	15
KURZMELDUNGEN	26

Neue Veranstaltungsreihe „Rosenthaler Gespräche“

Gesunde Wahl – Wie geht es weiter in der Gesundheitspolitik?

15.07.09 (ams). Sind Krankenkassenbeiträge auch in zwei Jahren noch bezahlbar? Können chronisch erkrankte Menschen auch in Zukunft gut versorgt werden? Oder steuert Deutschland auf eine Zweiklassen-Medizin zu? Diese und andere Fragen haben Gesundheitspolitiker zum Auftakt einer neuen Veranstaltungsreihe des AOK-Bundesverbandes Anfang Juli 2009 in Berlin diskutiert.

Unter dem Motto „Gesunde Wahl“ sprachen Politiker der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, Linke und Bündnis 90/Die Grünen über ihre Vorstellungen hinsichtlich Finanzierung und Vertragsgestaltung der Krankenkassen angesichts der Wirtschaftskrise. Die „Rosenthaler Gespräche“ sollen nach den Worten des Aufsichtsratsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Fritz Schösser, ein Forum für den Dialog zwischen Politik sowie Selbstverwaltung und Gesellschaft zu wichtigen politischen Themen bieten. Gerade durch die Auswirkungen der globalen Krise seien die Anforderungen an die Politik gewachsen, die gesetzliche Krankenversicherung ohne einseitige Belastung der Beitragszahler funktionsfähig zu halten, sagte Versichertenvertreter Schösser zum Auftakt der Veranstaltung. „Wir wollen aber auch den Finger dort auf die Wunde legen, wo Leistungserbringer oder Politik Dinge tun, die uns nicht gefallen.“

Vertragsfreiheit gewährleisten

Mit Blick unter anderem auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder die Arzneimittel-Rabattverträge der Gesundheitskasse gab Schösser zugleich der Hoffnung Ausdruck, dass „Gelungenes gesichert wird“. Dieter Niederhausen, Arbeitgebervertreter im AOK-Aufsichtsrat, hob die Notwendigkeit der Vertragsfreiheit hervor. Wichtig sei es, auf regionaler Ebene „eine möglichst optimale Versorgung zu sichern und dies auf freiwilliger Basis und nicht mit dem Zwang einer vertraglichen Bindung“. Für die CDU/CSU-Fraktion hielt deren gesundheitspolitische Sprecherin, Annette Widmann-Mauz, daran fest, dass die Kassen das Darlehen des Bundes von 2,9 Milliarden Euro im Jahr 2011 zurückzahlen müssen, während Dr. Marlies Volkmer (SPD) und Frank Spieth (Linke) für eine Umwandlung des Kredits in einen Steuerzuschuss plädierten. „Unser Ziel ist es, den Gesundheitsfonds so auszustatten, dass er ohne Zusatzbeiträge auskommt“, sagte Volkmer. Im November zeige sich dann „wie viel Steuermittel eingesetzt werden müssen, um krisen-

bedingte Beitragsausfälle auszugleichen“. In der Frage der künftigen Finanzierung sprach sich die Grünen-Politikerin Birgitt Bender für eine Bürgerversicherung aus, wie sie grundsätzlich auch von SPD und Linke in Betracht gezogen wird. Daniel Bahr (FDP) warb dagegen für ein Prämienmodell mit einheitlichen Marktbedingungen für gesetzliche und private Versicherer. Nach seinen Worten sei jetzt der Mut nötig, „zu einem wirklichen Prämiensystem zu kommen, zu einer Entkoppelung der Finanzierung des Gesundheitswesens von den lohnabhängigen Beiträgen“. „Sonst werden wir immer wieder in der Spirale von kurzfristiger Kostendämpfung und steigenden Lohnzusatzkosten sein“, warnte Bahr. Einen solchen Weg schloss Widmann-Mauz aus. Nach ihren Worten entspricht ein einheitlicher Beitragssatz „sicher nicht“ den Vorstellungen der Union. Vielmehr habe ihre Partei dem Gesundheitsfonds deshalb zugestimmt, „weil er aus drei für uns wichtigen Säulen besteht“ – einem bundeseinheitlichen Beitragssatz, Wettbewerbsbeiträgen und einer starken Steuersäule.

Risikostrukturausgleich richtig und wichtig

Mit Verweis auf die „sehr unterschiedlichen Lösungsansätze“ seitens der Politik stellte Schösser fest, keine der Parteien habe ein Konzept vorgetragen, „von dem man eindeutig sagen könnte, das entspricht der AOK-Versicherten-gemeinschaft am besten“. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, wies auf positive Entwicklungen durch den neuen Risikoausgleich hin. „Die Kassen investieren inzwischen verstärkt in Versorgungsprogramme, und hier nicht nur für chronisch erkrankte Menschen.“ „Das macht den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich so richtig und so wichtig“, betonte Reichelt. Beitragsgelder und Zuschüsse aus Steuermitteln fließen nun genau dorthin, wo sie gebraucht würden. Zugleich verwies er darauf, wie wichtig stabile Finanzverhältnisse für das Gesundheitswesen seien. Die Auswirkungen der Finanzkrise müssten aufgefangen werden, „da hilft es nicht, wenn es im Jahr 2009 lediglich ein Darlehen gibt“, sagte Reichelt. Kritikern, die eine gewisse Manipulationsanfälligkeit des sogenannten Morbi-RSA bemängeln hielt Reichelt entgegen, dass hier seit Jahren kontinuierlich an Verbesserungen gearbeitet werde. „Natürlich sind solche Systeme darauf angewiesen, dass sie permanent verbessert werden“, erklärte Reichelt auch mit Blick auf den Diagnosebezug. „Die Diagnosen um die es hier geht, müssen auch sicherer gemacht werden, und darauf arbeiten wir hin.“ Reichelt weiter: „Ich bin absolut sicher, dass wir hier auf dem richtigen Weg sind.“ (ter)

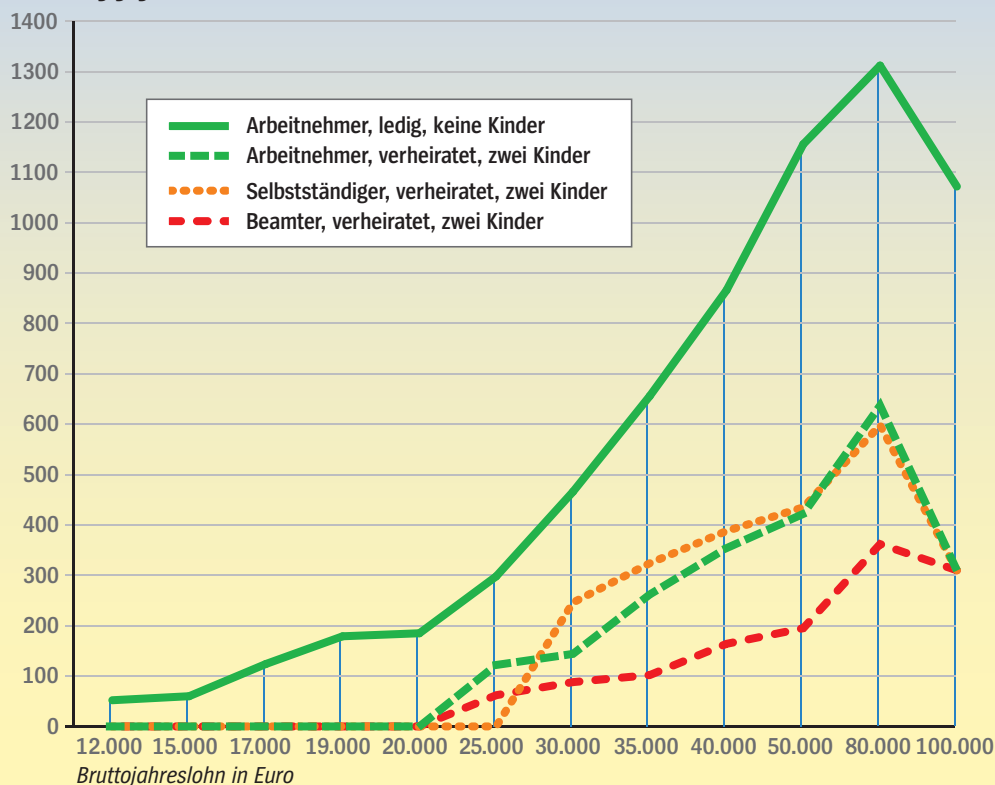
Weitere Infos:

www.aok-bv.de > aok > Veranstaltungen



Einsparungen durch Bürgerentlastungsgesetz ab 2010

Bürgerentlastungsgesetz
Entlastung gegenüber 2009



Quelle: Zahlen des Bundesfinanzministeriums 2009, Grafik: AOK-Mediendienst

Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung können von 2010 an in größerem Umfang als bisher von der Steuer abgesetzt werden. Insgesamt werden Arbeitnehmer durch das Mitte Juni 2009 im Bundestag verabschiedete Bürgerentlastungsgesetz um knapp zehn Milliarden Euro pro Jahr entlastet. Die Grafik zeigt beispielhaft die Entlastung von Steuerzahlern nach Einkommen und Familienstand (einschließlich Tarifentlastung 2010 – Konjunkturpaket). Am stärksten profitieren danach Bürger, die hohe Beiträge für sich, ihre Ehegatten und die Kinder zahlen. Nach Angaben des Finanzministeriums ist sichergestellt, dass kein Steuerzahler gegenüber geltendem Recht schlechter gestellt ist.

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

Wissenschaftliche Fachtagung

Disease-Management-Programme wirken

15.07.09 (ams). Häufigere Kontrollen, bessere medizinische Werte, niedrigere Sterblichkeit – kurz: Disease-Management-Programme (DMPs) wirken. Zu diesem Ergebnis kommen verschiedene nationale und internationale Studien, die bei einer Fachtagung des AOK-Bundesverbandes Ende Juni in Berlin vorgestellt wurden. „Die positiven Ergebnisse zeigen, dass wir mit den strukturierten Behandlungsprogrammen den richtigen Weg eingeschlagen haben“, so Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, auf der Veranstaltung. Eine besondere Rolle komme dabei den Hausärzten zu.

Die Versorgung chronisch Erkrankter ist nach Worten Reichelts „sicherlich die große Herausforderung unserer Zeit, weil wir durch die demographische Entwicklung, aber auch durch die Erfolge der medizinischen Wissenschaft, immer mehr alte Menschen haben werden“. Schon derzeit beanspruchten rund 20 Prozent der Versicherten etwa 80 Prozent der medizinischen Leistungen. Dabei stellten chronisch Kranke neue Anforderungen an das Versorgungssystem: „Bei chronisch Erkrankten haben Kontinuität, Beteiligung der Patienten und eine richtige Langzeitbehandlung eine besondere Bedeutung“, so Reichelt. Eine Schlüsselrolle in der Versorgung der Chroniker komme deshalb den Hausärzten zu.

Zugleich hob Reichelt bei der Veranstaltung die besondere Bedeutung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches für die Versorgung chronisch Erkrankter hervor. „Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches war eine notwendige Bedingung für ein verstärktes Engagement der Krankenkassen in der Versorgung chronisch Kranker“, erklärte Reichelt. Die Beitragsgelder und die Zuschüsse aus Steuermitteln fließen nun dorthin, wo sie für die medizinische Behandlung von Chronikern benötigt würden. Damit werde einer Risikoselektion entgegengewirkt, die nicht nur dem Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung schade, sondern auch dem Engagement einer Kasse für ihre chronisch kranken Versicherten entgegen laufe.

Auch der Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung im Bundesgesundheitsministerium, Franz Knieps, ist vom Nutzen der Programme überzeugt. „Nach allem was wir wissen, zeigen sich sehr gute Ergebnisse sowohl was die medizinische Versorgung angeht, als auch die Akzeptanz bei Patienten und Ärz-

ten“, so Knieps bei der AOK-Veranstaltung. Zugleich sprach sich Knieps dafür aus, die Angebote für chronisch Kranke auszubauen: „Wir haben heute DMPs für sechs Indikationen plus ergänzende Module. Wir haben ganze Bereiche, die noch nicht beackert sind, ich erinnere nur an die psychischen Erkrankungen – da muss ebenfalls etwas passieren“, so Knieps. Dabei sei die Finanzierung der Versorgung chronisch Kranker auch in Zukunft gesichert. Der „ausgewogene Mix“ aus Steuerzuschüssen und Beitragsfinanzierung sowie aus Ko-Finanzierung der Patienten stelle diese auf eine solide finanzielle Basis.

Studien belegen Wirksamkeit

Auf der Tagung wurden verschiedene nationale und internationale Studien vorgestellt, in denen die Wirksamkeit der DMPs untersucht wurde. Einhelliges Fazit der wissenschaftlichen Analysen: Durch DMPs wird die Versorgung chronisch Kranker verbessert. Einer Studie des Helmholtz Zentrums München zufolge werden notwendige Kontrolluntersuchungen beispielsweise bei Teilnehmern des DMP Diabetes mellitus Typ 2 weitaus häufiger vorgenommen als bei Patienten aus der Regelversorgung. Entsprechend gaben 83 Prozent der DMP-Teilnehmer an, dass in den letzten Monaten die Augen untersucht worden waren, um diabetesbedingte Augenschäden zu verhindern. Bei den Nichtteilnehmern hingegen war dies nur bei 59 Prozent der Fall.

Insbesondere Patienten mit mehreren Erkrankungen profitieren von den DMPs. Im Rahmen der ELSID-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg hatten die multimorbiden DMP-Teilnehmer bei einer Befragung zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität deutlich bessere Werte als Patienten aus der Regelversorgung. Auch ist die Zahl der Todesfälle bei Diabetikern im DMP niedriger als bei Patienten in der Regelversorgung. Die positiven Ergebnisse sind aus Sicht der Wissenschaftler vermutlich darauf zurückzuführen, dass durch regelmäßige Untersuchungstermine, die Vereinbarung von Therapiezielen, Schulungen und gezielte Informationen gesundheitliche Komplikationen und Probleme bei den Patienten vermieden oder schneller erkannt würden. Darüber hinaus erhielten Patienten im DMP mehr soziale Unterstützung. (tb)

Weitere Infos:
www.aok-gesundheitspartner.de > DMP



Krankenhausabrechnung

Bei Nachfrage zahlen

15.07.09 (ams). Im Restaurant ist es ganz einfach. Beanstandet ein Gast die Rechnung, wird geprüft und gegebenenfalls nachgebessert. Ohne Kosten. Nicht so im Krankenhaus. Erweist sich eine dort beanstandete Rechnung dennoch als korrekt, bitten die Kliniken für die Prüfung zur Kasse.

Auf rund 200 Millionen Euro beziffert der AOK-Bundesverband die zusätzlichen Ausgaben der Krankenkassen durch eine gesetzliche Regelung, nach der die Kassen mittlerweile 300 Euro pro Rechnung dafür bezahlen müssen, dass sie eine Rechnung prüfen lassen, in der dann doch keine Fehler gefunden werden. Hintergrund der für Krankenkassen teuren und unverständlichen Regelung ist das Ende 2008 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG), in dem die Aufwandspauschale für geprüfte Rechnungen auf 300 Euro von 100 Euro angehoben wurde. Diese Regelung zu Lasten der Krankenkassen kann nach Auffassung der AOK so nicht bleiben, eine wirkungsvolle Abrechnungsprüfung ist ernsthaft gefährdet.

„Das ist doch ein Unding“ meint Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung „Stationäre Versorgung“ im AOK-Bundesverband. „Einerseits wird von den Kassen verlangt, die Kosten im Gesundheitswesen im Zaum zu halten, andererseits werden ihnen Strafgebühren für Prüfungen aufgebürdet, und das auch noch per Gesetz.“ Ohnehin lassen die Krankenkassen nach seinen Angaben nur rund zehn Prozent aller Krankenhausrechnungen vom Medizinischen Dienst (MDK) überprüfen. „Ein geringer Anteil, wenn man bedenkt, dass von den überprüften Rechnungen im Bundesdurchschnitt etwa 40 Prozent substantielle Gründe für eine Beanstandung geben“, so Malzahn weiter. Ergebnis solcher Beanstandungen seien in der Regel verringerte Rechnungsbeträge.

Prüfen lohnt sich

Die Prüfungen rechnen sich. Immerhin beläuft sich die Summe der erfolgreich zurückgeforderten Beträge im Krankensektor nach internen Ergebnissen der Gesundheitskasse auf mehr als zwei Prozent der Erlöse – für das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung also mehr als eine Milliarde Euro. Zudem hat das Bundesversicherungsamt die Krankenkassen schon 2007 dazu aufgefordert, die Krankenhäuser schärfer zu überprüfen.

Seitens der Krankenhäuser werden umgekehrt immer wieder Klagen laut, die Abrechnungsprüfungen seien viel zu bürokratisch. Das Klagen der Kliniken wurde erhört. Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes konnten sie bereits 2007 durchsetzen, dass Krankenkassen eine Aufwandspauschale von damals noch 100 Euro an die Krankenhäuser bezahlen mussten, wenn der Medizinische Dienst bei einer Prüfung keine Auffälligkeiten gefunden hatte. „Schon damals war diese Regelung angesichts der hohen Trefferquote der Krankenkassen nicht nachvollziehbar“, sagt Malzahn weiter.

Mehr Fairness bitte

Er würde sich wünschen, das Instrument Aufwandspauschale „fairer zu gestalten“. Beispielsweise könnte eine Pauschale auch dann fällig werden, wenn sich der Verdacht einer Falschabrechnung bestätigt. Malzahns Vorschlag: „In diesem Fall müssten die Krankenhäuser den Kassen 300 Euro zusätzlich pro Rechnung überweisen. Oder jedwede Aufwandspauschalen wandern für beide Seiten in die Mottenkiste.“ Die jetzige Regelung erwecke jedenfalls den Eindruck, „dass Krankenhäusern Spielräume zur sogenannten Abrechnungsoptimierung geschaffen werden sollen“. Der Kassenmann fragt sich, warum eigentlich Krankenhäuser nicht das Risiko dafür tragen müssen, wenn es ihnen nicht gelingt, eine ordnungsgemäße Rechnungsstellung zu gewährleisten.

Ärger vorprogrammiert

Zwar räumt Malzahn ein, dass es Krankenhäuser mit „komplexen Abrechnungsregelungen“ zu tun haben. So werden im Fallpauschalen-System über 15.000 Diagnosen (ICD) und 29.000 Behandlungsprozeduren (OPS), die bei der Erbringung von stationären Leistungen (Krankenhausfällen) möglich sind, in derzeit über 1100 unterschiedliche Fallgruppen zusammengefasst. Dabei wird jede Kombination von ICD und OPS genau einer Fallpauschale (DRG) zugeordnet. Und jede Fallpauschale führt zu einer anderen Vergütungshöhe. Die einzelnen Diagnosen und Prozeduren entscheiden also darüber, wie hoch die Vergütung des einzelnen Krankenhausfalls ist.

Für die richtige Verschlüsselung eines Krankenhausfalls (Kodierung) gibt es außerdem ein umfangreiches Regelwerk, das es zu beachten gilt: die Deutschen Kodierrichtlinien 102. „Dass es bei diesen komplexen Regelungen zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Kassen und Kliniken kommen kann, versteht sich von selbst“, so Malzahn weiter. Auch unterstelle niemand, dass „bei solch einem upcodinganfälligen Abrechnungssystem Fehlcodierungen seitens der Krankenhäuser nicht auch unabsichtlich passieren“. „Aber es ist

eben wie beim Schwarzfahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Kontrolleur kann nicht unterscheiden, ob ein Fahrgast bewusst oder unabsichtlich keinen Fahrschein gekauft hat. (ter)

Weitere Infos:

[www.aok-gesundheitspartner](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Bundesverband > Krankenhaus



Zwei Fragen an: Thomas Fritz, Geschäftsbereichsleiter Krankenhausmanagement der AOK Westfalen-Lippe

Korrekte Rechnungen erwünscht

14.07.09 (ams). Auch wenn es bei fehlerhaften Rechnungen manchmal nur um relativ kleine Beträge zugunsten des Rechnungsstellers geht: Wer zahlen muss, hat ein Recht auf korrekte Rechnungen, sagt Thomas Fritz, Geschäftsbereichsleiter Krankenhausmanagement der AOK Westfalen-Lippe

Wie beurteilen Sie die Verdreifachung der Aufwandspauschale auf 300 Euro von 100 Euro?

Fritz: Die Mittel zur Finanzierung der Krankenhausbehandlung stammen aus den Beiträgen unserer Versicherten. Daher sind wir verpflichtet, Krankenhausrechnungen - genau wie alle anderen Rechnungen - sorgfältig zu prüfen. Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass durch die Beanstandung unzutreffender Abrechnungen Millionenbeträge für die Versichertengemeinschaft eingespart werden konnten. Schon mit der Einführung der Aufwandspauschale im Jahre 2007 wurde den Krankenkassen eine sachgerechte Rechnungsprüfung deutlich erschwert. In der Praxis werden einzelne Krankenhausrechnungen nur selten um mehrere tausend Euro reduziert. Die Summe der Einsparungen resultiert überwiegend aus kleinen Einzelbeträgen, die nur wenige hundert Euro ausmachen, so dass die Höhe der Aufwandspauschale ins Gewicht fällt. Deshalb hat die Erhöhung der Aufwandspauschale auf 300 Euro die Situation weiter verschärft.

Haben Sie die Überprüfungsaktivitäten seit der Erhöhung geändert?

Fritz: Bei uns gab es noch nie Rechnungskürzungen „nach der Rasenmäher-Methode“. Wir haben auch in der Vergangenheit grundsätzlich nur Rechnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen, bei denen wir aufgrund der uns vorliegenden Daten konkrete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung hatten. Von daher – keine Änderung. (ter)

Nach WIdO- und IQWiG-Analyse des Insulinanalogons Glargin

AOK fordert Pflicht zu Langzeitstudien für Pharmahersteller

14.07.09 (ams). Die jüngste Diskussion um ein möglicherweise höheres Krebsrisiko für Diabetes-Patienten, die mit dem Insulinanalogon Glargin behandelt werden, zeigt nach Auffassung der AOK die Dringlichkeit hochwertiger Langzeitstudien auch nach der Zulassung eines Medikamentes. „Die Patienten haben einen Anspruch auf höchstmögliche Sicherheit gerade bei Arzneimitteln, die über lange Zeit angewendet werden“, stellt Dr. Gerhard Schillinger, Leiter des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, klar. Es dürfe nicht dabei bleiben, dass solche wichtigen Hinweise wie im Fall Glargin nur durch Zufall erkannt würden.

Ende Juni haben das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) eine gemeinsame Analyse der Daten von fast 130.000 deutschen Patienten mit Diabetes vorgestellt, die zwischen Januar 2001 und Juni 2005 mit Humaninsulin oder den kurzwirksamen Analoginsulinen Lispro (Handelsname Humalog), Aspart (Novorapid) oder dem langwirksamen Glargin (Lantus) behandelt worden waren. Dabei war festgestellt worden, dass bei den mit hohen Dosen Glargin behandelten Diabetespatienten häufiger erstmalig Krebserkrankungen auftraten als bei den Diabetespatienten, die mit Humaninsulin oder einem kurzwirksamen Insulin behandelt wurden.

Krebserkrankungen dosisabhängig

Die Häufung von Krebserkrankungen war dosisabhängig: je höher die Dosis Glargin, desto höher die Zahl der neu aufgetretenen Krebserkrankungen. Für die anderen Insuline wurde eine solche Beziehung von Dosis und Krebserkrankungen nicht gefunden. Beide Institute verwiesen darauf, dass die Analyse nur die Gleichzeitigkeit einer höheren Zahl von Krebserkrankungen und der Glargin-Dosierung aufzeige und keinen ursächlichen Zusammenhang. „Der kann nur durch eine randomisierte kontrollierte Studie festgestellt werden“, so Mediziner Schillinger.

Für Schillinger ist es „völlig unverständlich“, dass Medikamente wie Glargin, die von den Betroffenen über lange Zeit angewendet werden, „nicht im Anschluss an die arzneimittelrechtliche Zulassung auch in Langzeitstudien überprüft werden“. Trotz der bekannten Fälle Lipobay und Vioxx sei hier eine mögliche schwerwiegende Nebenwirkung eines Medikamentes nur durch Zu-

fall gefunden worden. Schillinger: „Dieser Fall zeigt erneut, wie wichtig die Forderung nach der verpflichtenden Durchführung von ausreichend hochwertigen Langzeitstudien nach Zulassung von Medikamenten für Dauertherapien ist.“ Zumal es bei Glargin entsprechende Hinweise aus Zellkulturexperimenten gegeben habe. Dabei konnte das IQWiG in der systematischen Auswertung der wissenschaftlichen Literatur für Glargin keinen belegten Nachweis finden, dass es einen höheren Nutzen hat als Humaninsulin. Dem möglichen erhöhten Risiko für Krebserkrankungen steht somit kein belegter Vorteil gegenüber.

IQWiG - Es gab Hinweise

Glargin ist seit 2000 in Deutschland zugelassen. Dem IQWiG zufolge wurden seitdem mehrfach Laborversuche veröffentlicht, die darauf hindeuteten, dass das Analoginsulin unter bestimmten Bedingungen das Wachstum von Krebszelllinien stärker anregen kann als Humaninsulin. Diese Hinweise seien zwar in der Fachwelt diskutiert, aber nicht durch entsprechend umfassende Studien bestätigt oder verworfen worden.

Jetzt werteten IQWiG und WIdO die Daten von 130.000 Patienten mit Diabetes aus, die ausschließlich entweder Humaninsulin oder ein Analoginsulin genutzt hatten, und in den drei Jahren vor Beginn der Insulintherapie keine Krebs-Vorerkrankung aufwiesen. Dazu nutzten die Wissenschaftler datenschutzrechtlich unbedenklich anonymisierte Krankheits- und Verwaltungsdaten, sogenannte Routinedaten, von 17,9 Millionen Versicherten der AOK, darunter über 320.000 Patienten mit Diabetes, vor allem des Typs 2. Über Arzneimittel-Abrechnungsdaten wurden Diabetiker erfasst, die erstmalig mit den betreffenden Insulinen und Analoginsulinen behandelt werden. Das erstmalige Auftreten einer Krebserkrankung wurde durch die Kodierung im Krankenhaus festgestellt.

Routinedaten – der Datenschatz aus der Praxis

Bei mehr als 24 Millionen Versicherten der AOK fallen jährlich Millionen an Krankheits- und Abrechnungsdaten an. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat Verfahren entwickelt, wie diese Routinedaten genutzt werden können, um die medizinische Versorgung zu verbessern und die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Dazu werden etwa die Krankenhausdiagnosen genutzt oder die Angaben zu Arzneimitteltherapien. Alle Krankheits- und Abrechnungsdaten werden anonymisiert, so dass nicht mehr nachvollziehbar ist, um welche Personen es sich handelt. So ist es beispielsweise möglich, das Ergebnis einer stationären Behandlung über die Entlassung des Patienten

ten aus dem Krankenhaus hinaus zu betrachten und festzustellen, dass etwa eine erneute Einweisung in eine andere Klinik angefallen ist. Der Vorteil liegt darin, dass die Verwendung von Routinedaten einen nur geringen Aufwand erfordert und zugleich auf einer großen Datenmenge basiert.

(bho)

Weitere Infos:
www.wido.de > Krankenhaus > Qualitätsforschung



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Mehr Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll besser werden und überall in Deutschland gleich gut sein. Deshalb werden künftig psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, bei der Niederlassung bevorzugt. Für sie werden in jedem der bundesweit 395 Planungsbereiche ein Viertel der psychotherapeutischen Vertragsarztsitze und ein Fünftel der Psychotherapeuten-Plätze reserviert. Mit dieser Regelung soll die Anzahl der Spezialisten für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend dem Bedarf überall gleichmäßig erhöht werden. Ob dies klappt, wird nach einem Jahr überprüft. Sollten bei der Anhebung der Versorgungsquote lokale Unterschiede auftreten, könne dann gegebenenfalls entgegengewirkt werden, teilte der GBA zu der von ihm beschlossenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit. Für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gilt in den nächsten zwei Jahren abweichend von der Regelung Ärzte, dass bevorzugte Zulassungen zuerst in den Planungsbereichen erfolgen, in denen der Anteil der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten noch unter zehn Prozent liegt.

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.

Kliniken dürfen HIV-Infizierte ohne Symptome behandeln

Auch für HIV-Infizierte, bei denen die AIDS-Erkrankung noch nicht ausgebrochen ist, zahlen die gesetzlichen Krankenkassen künftig die ambulante Diagnostik und Versorgung in Krankenhäusern. Für Patienten, die schon Krankheitssymptome haben, gilt dies bereits seit September vorigen Jahres. Auch die noch symptomlosen Patienten brauchten eine Betreuung durch Experten, damit rechtzeitig mit einer antiretroviralen Therapie begonnen werden könne, so die Begründung des GBA für die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts leben in Deutschland rund 53.000 HIV-Infizierte, die noch keine Krankheitssymptome haben. Bei 10.500 weiteren ist die AIDS-Krankheit virulent. 2008 wurden 2.806 Neuinfizierungen mit dem AIDS-Virus HIV registriert.

Mehr Infos zum Gemeinsamen Bundesausschuss:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Große Koalition von CDU, CSU und SPD hatte sich in der Gesundheits- und Sozialpolitik viel vorgenommen. Manches beschäftigte den 16. Bundestag noch in seiner letzten regulären Sitzungswoche. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten Entscheidungen und Gesetzesvorhaben (Stand: 13. Juli 2009). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Approbationsordnung für Ärzte

Die Palliativmedizin wird Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium. Eine entsprechende Änderung der Approbationsordnung für Ärzte enthält das Gesetz zur Regelung der Assistenzpflege im Krankenhaus, das der Bundestag am 19. Juni 2009 beschlossen hat. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit wurde damit eine weitere Grundlage für eine umfassende und kompetente medizinische Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen geschaffen. Der Bundesrat stimmte dem Gesetz am 10. Juli 2009 zu. Der Medizinische Fakultätentag hielt die Änderung für überflüssig, da die Palliativmedizin schon seit Jahren auch in der klinischen Lehre eine wichtige fächerübergreifende Stellung habe.

Der Gesetzestext:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 16/12855 und 573/09



Arzneimittelgesetz

Mit dem „Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ werden Bestimmungen über Kinderarzneimittel und Arzneimittel für neuartige Therapien an entsprechende europäische Verordnungen angepasst. Darüber hinaus enthält das Gesetz, dem nach dem Bundestag am 10. Juli 2009 auch der Bundesrat zustimmte, wichtige gesundheitspolitisch Neuregelungen. So haben freiwillig versicherte Selbstständige bei Zahlung des vollen Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung (14,9 Prozent seit 1.7.2009) nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit ab 1. August 2009 wieder wie bis Ende 2008 Anspruch auf Krankengeld. Dafür abgeschlossene Zusatzversicherungen enden am 31.7.2009 automatisch. Alternativ können sie aber auch künftig nur den ermäßigten Beitragssatz (14,3 statt 14,9 Prozent) zahlen und eine neue Zusatzversicherung für Krankengeld abschließen. Die Angebote der Krankenkassen dafür müssen unabhängig von Alter, Ge-

schlecht oder Krankheitsrisiko sein, also für jeden das gleiche kosten. Ferner wird klargestellt, dass der Leistungsstopp bei Rückständen von Krankenkassenbeiträgen nur für den Versicherten und nicht für seine mitversicherten Familienmitglieder und Früherkennungsuntersuchungen gilt (SGB V, Paragraph 16). Versicherte in stationären Hospizen erhalten einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SGB V, Paragraph 37b). Die Krankenkassen trägt 90 Prozent, in Kinderhospizen 95 der zuschussfähigen Kosten, wobei Leistungen nach SBB XI angerechnet werden. Die Krankenkasse werden auch verpflichtet, ambulante Hospizdienste zu fördern, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung für Versicherte leisten, die nicht in Krankenhäusern oder Hospizen versorgt werden, sondern zuhause oder in Pflegeheimen. Ferner können Ärzte, die Kinder ambulant psychiatrisch behandeln, diesen künftig auch nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen verordnen. Außerdem erhält der Pharma-Großhandel durch das Gesetz einen öffentlichen Versorgungsauftrag. Die Rabatte für in Apotheken zubereitete Krebsmedikamente fließen künftig den Krankenkassen zu. Die Anwendung bedenklicher Arzneimittel wird unter Strafe gestellt. Zudem erhält das Bundesversicherungsamt mehr Kompetenzen zur Überprüfung von Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen beim Risikostrukturausgleich.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksachen 571/09**



Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Der Bundesrat ist gegen europaweit einheitliche Regeln für Werbung und Information über Arzneimittel, die auch Pharma-Herstellern die Information der breiten Öffentlichkeit erlauben. Pharma-Unternehmer hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, heißt es in der Stellungnahme des Bundesrats zum Vorschlag des Europaparlaments und der EU-Kommission, den Pharma-Unternehmen durch Änderung einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie mehr Möglichkeiten für Information und Werbung einzuräumen. Das werde zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abgelehnt, so der Bundesratsbeschluss vom 6. März 2009. Das EU-Parlament wird sich voraussichtlich im Herbst damit befassen.

Die EU-Verordnungs- und Richtlinien-vorschläge:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksachen 18/09 und 19/09**

Die Stellungnahme des Bundesrates:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 18/09(B)**



Arzneimittel-Versandhandel

Der Bundestag hat die Beschränkung des Versandhandels mit Arzneimitteln und entsprechende Anträge der FDP- und der Linksfraktion abgelehnt. Er schloss sich damit am 19. Juni 2009 der Auffassung des Bundesgesundheitsministerium an, wonach Versandapotheken eine sinnvolle Ergänzung zu Präsenzapotheken sind, weil sie chronisch Kranken, Gehbehinderten, Älteren und Berufstätigen den Zugang zu Arzneimitteln erleichterten. Das Bundesverwaltungsgericht hatte am 13. März 2008 entschieden, dass Drogeriemärkte, Videotheken und andere Gewerbebetriebe Rezepte für Versandapotheken im EU-Ausland sammeln und bestellte Arzneimittel an Patienten aushändigen dürfen (BVerwG 3 C 27/07). Auch die Länder Bayern und Sachsen setzen sich seit längerem für die Beschränkung ein, um Arzneimittelfälschungen einzudämmen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums vom März sind im legalen Versandhandel noch keine Fälschungen bekannt geworden.

Der Anträge von FDP und Linksfraktion:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache 16/9752 und 16/9754

Der Gesetzentwurf Bayerns und Sachsens:

www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 538/08



Ausbildungsstrukturen für Heilberufe

Die Ausbildung von Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten ist in den nächsten zehn Jahren auch an Fachhochschulen möglich. Der Bundestag ergänzte die Berufsgesetze am 2. Juli 2009 um Modellklauseln für die Erprobung der akademischen Ausbildung. Nach sechs Jahren soll das Bundesgesundheitsministerium einen ersten Bericht über die Erfahrungen vorlegen. Die zuständigen Berufsverbände und der Deutsche Pflegerat begrüßten das vom Bundesrat initiierte Gesetz. International sei die Akademisierung und damit Aufwertung der nicht-medizinischen Heilberufe längst erfolgt. Der GKV-Spitzenverband ist dagegen skeptisch und befürchtet, dass der Praxisaspekt bei einer Hochschulausbildung nicht ausreichend berücksichtigt wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht in der Akademisierung der Ausbildung keine Verbesserung für die Versorgung der Patienten. Für Pflegeberufe gibt es entsprechende Modellklauseln für akademische Ausbildungsgänge bereits seit 2003.

Der Gesetzestext:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache 16/13652



Betäubungsmittelgesetz

Der Bundestag hat künstlich hergestelltes Heroin (Diamorphin) als Betäubungsmittel eingestuft. Es kann damit in der Regelversorgung für die Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen eingesetzt werden. Die Entscheidung fiel nach jahrelanger Diskussion am 28. Mai 2009 in namentlicher Abstimmung ohne Fraktionszwang mit 349 Ja- gegen 198 Nein-Stimmen, die fast alle aus der CDU/CSU-Fraktion kamen. Einschränkend gilt, das Diamorphin nur in speziellen Einrichtungen und nur Patienten gegeben werden darf, die mindestens fünf Jahre opiatabhängig sind, zwei erfolglose Therapien hinter sich haben und älter als 23 Jahre sind. Außerdem ist eine psychosoziale Betreuung der Betroffenen für mindestens sechs Monate vorgeschrieben. Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten schärfere Kriterien für die Heroin-Therapie gefordert, um die Anwendung wirksam auf Schwerstabhängige – und damit auch die Kosten – zu beschränken. Der Bundesrat stimmte am 10. Juli zu.

Der Gesetzentwurf und die Änderungen:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache 16/11515 und 16/13021

Die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes:

www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoeerungen/113/stllg/GKV-Spitzenverband.pdf



Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung

Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sollen ab 2010 steuerlich weitgehend als Sonderausgaben absetzbar sein. Das sieht das „Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung“ vor, das der Bundestag am 19. Juni 2009 beschlossen hat. Insgesamt geht es um rund 9,5 Milliarden Euro Lohn- und Einkommensteuer, auf die der Staat jährlich verzichten will. Laut Gesetzentwurf werden alle Beiträge für eine Absicherung auf dem Niveau der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung – und zwar ohne Anspruch auf Krankengeld – steuerfrei gestellt. Wer bei einer gesetzlichen Krankenkasse mit Lohnfortzahlung im Krankheitsfall versichert ist, darf deshalb nur 96 Prozent der gezahlten Beiträge absetzen. Auch Mehrausgaben für Wahltarife und Zusatzversicherungen etwa für Zahnersatz oder Zweibettzimmer oder Chefarztbehandlung werden nicht berücksichtigt. Das gilt jedoch nicht für Geringverdiener. Sie können auch diese Beitragsanteile sowie Beiträge zu Arbeitslosen-, Berufsunfähigkeits-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen bis zu einer Summe von jährlich insgesamt 1.900 Euro (Arbeitnehmer) oder 2.800 Euro (Selbstständige) als Vorsorgeaufwendungen steuerlich absetzbar sind. Bisher lag die Grenze bei 1.500 Euro für Arbeitnehmer und 2.400 Euro für Selbststän-

dige. Diese Nachbesserung für Geringverdiener wurde bei den Beratungen des Gesetzentwurfs im Finanzausschuss von den Koalitionsfraktionen vereinbart. Die genaue Höhe der abzugsfähigen Krankenkassenbeiträge richtet sich nach einer Verordnung des Bundesfinanzministeriums, die der Bundesrat zusammen mit dem Gesetz am 10. Juli billigte. Ausgangspunkt für das Entlastungsgesetz war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008, nach dem Beiträge zu privaten Krankenversicherungen stärker steuerbegünstigt werden müssen.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 567/09**

Verordnung zur Ermittlung der steuerlich berücksichtigungsfähigen Beiträge:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 533/09**



Contergan-Entschädigung

Contergan-Opfer erhalten ab sofort deutlich höhere Zuwendungen. Zusätzlich zur monatlichen Rente können die rund 2.800 Contergan-Geschädigten mit jährlichen Sonderzahlungen von je nach Behinderung bis zu etwa 4.000 Euro rechnen. Die für den Medikamentenskandal Anfang der 1960er Jahre verantwortliche Firma Grünenthal und die Bundesregierung stellen der Contergan-Stiftung dafür jeweils weitere 50 Millionen Euro zur Verfügung. Außerdem werden die Renten, die Mitte 2008 auf bis zu 1.090 Euro monatlich verdoppelt wurden, künftig automatisch wie die gesetzlichen Altersrenten erhöht. Der Bundesrat billigte das Zweite Gesetz zur Änderung des Conterganstiftungsgesetzes, das am 1. Juli 2009 in Kraft trat, am 12. Juni 2009.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 446/09**



Gendiagnostik-Gesetz

Gentests auf Verlangen des Arbeitsgebers oder von Versicherungen sind künftig verboten. Heimliche Vaterschaftstests werden mit bis zu 5.000 Euro bestraft. Das sieht das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz) vor, das der Bundestag am 24. April beschlossen hat. Der Bundesrat hat dem Gesetz am 15. Mai zugestimmt. Ausnahmen gibt es nur für Lebensversicherungen ab einer Versicherungssumme von 300.000 Euro und für Standarduntersuchungen, mit denen die gesundheitliche Eignung für bestimmte Arbeiten – zum Beispiel als Busfahrer, Elektriker oder in der

Chemieindustrie – festgestellt werden. Vorgeburtliche Genuntersuchungen werden auf medizinische Zwecke beschränkt, Gentests zur Geschlechtsbestimmung verboten. Jeder Betroffene hat das Recht, seinen genetischen Befund zu kennen oder diesen bewusst nicht zur Kenntnis zu nehmen (Recht auf Nichtwissen). Der AOK-Bundesverband bezeichnete das Gesetz als einen ersten wichtigen Schritt zu einem sicheren und verantwortungsvollen Umgang mit genetischen Untersuchungen am Menschen. Einige Bereiche wie der Zugriff auf Proben und Daten seien aber noch nicht geklärt.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 374/09**



Gesundheitsfonds

Der einheitliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen ist am 1. Juli 2009 von 15,5 auf 14,9 Prozent gesunken. Die Arbeitgeber zahlen 7,0 Prozent, die Arbeitnehmer 7,9 Prozent vom Bruttoentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze von 3.675 Euro monatlich. Der ermäßigte Beitragssatz (ohne Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) verringert sich ebenfalls um 0,6 Prozentpunkte auf 14,3 Prozent. Die Krankenkassen erhalten zum Ausgleich einen erhöhten Bundeszuschuss: Für 2009 zahlt der Bund als pauschale Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen der Kassen 7,2 statt 4,0 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds, 2010 steigt der Bundeszuschuss auf 11,8 Milliarden Euro. Insgesamt erhält der Fonds 2009 und 2010 damit 9,5 Milliarden Euro mehr vom Bund als bisher zugesagt. Der Bundeszuschuss wird jetzt in monatlichen Teilbeträgen gezahlt und nicht mehr in zwei Halbjahresraten. Darüber hinausgehende eventuelle Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds zur Liquiditätssicherung in diesem Jahr müssen nicht bis Ende 2010, sondern bis Ende 2011 zurückgezahlt werden.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 120/09**



Gesundheitsschutz – Solarien

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ist der Zutritt zu Solarien künftig verboten. Bei Missachtung droht den Betreibern von Sonnenstudios eine Geldbuße bis 50 000 Euro. Das hat der Bundestag am 19. Juni 2009 mit dem Gesetz zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung des Bundesumweltministeriums beschlossen. Das Verbot tritt, nachdem der Bundesrat am 10. Juli zustimmte, jetzt sofort in Kraft. In Deutschland erkranken jedes Jahr

mehr als 140.000 Menschen an Hautkrebs, rund 3.000 sterben daran. Laut Bundesamt für Strahlenschutz gibt es rund 5.000 Solarien in Deutschland.

Der Gesetzestext:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksachen 16/12276



Heimgesetz

Bundestag und Bundesrat haben die zivilrechtlichen Vorschriften im Heimgesetz für Wohn- und Betreuungsverträge neu geregelt. Senioren werden dadurch beim Abschluss von Verträgen mit Alters- und Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen künftig besser geschützt. Es geht um Informationspflichten der Vermieter und Leistungsanbieter vor Vertragsabschluss, Vertragsinhalte, Möglichkeiten für Vertragsänderungen, Entgelterhöhungen, Gewährleistung und Kündigungsfristen. Außerdem gibt es Regelungen für ersparte Aufwendungen bei Zeiten der Abwesenheit und zur Fortgeltung der Verträge bei Tod des Bewohners. Der Bundestag stimmte dem am 29. Mai 2009 vom Bundestag beschlossenen Gesetzesänderungen am 10. Juli zu.

Der Gesetzestext

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 16/12409 und 566/09



Kinderschutzgesetz

Der Plan der Bundesregierung, Ärzte sowie Kindergärtner, Lehrer und Ausbilder zu verpflichten, die Jugendämter künftig schneller über jeden Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen zu unterrichten, ist gescheitert. Die Koalitionsparteien CDU/CSU und SPD wiesen sich Ende Juni dafür gegenseitig die Schuld zu. Der Gesetzentwurf von Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen war bei Experten auf Kritik gestoßen. Die für Informationspflichten vorgesehenen gesetzlichen Regelungen würden eher Verwirrung als Klarheit schaffen, erklärte das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht in einer Anhörung des zuständigen Familienausschusses des Bundestages am 25. Mai 2009. Von der Leyen kündigte daraufhin eine Überarbeitung des am 23. April in erster Lesung vom Bundestag beratenen Gesetzentwurfes an. So sollte die ursprünglich geplante Verpflichtung der Jugendämter zu Hausbesuchen in gefährdeten Familien abgeschwächt werden. Nach Ansicht des Bundesrates sollten die gesetzlichen Krankenkassen außerdem verpflichtet werden, präventive Leistungen regionaler Netzwerke finanziell abzusichern und den Aufbau weiterer regionaler Netzwerke zur Förderung der Gesundheit und des Wohls von Kindern

zu ermöglichen. Insbesondere die professionelle Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung in den Netzwerken ehrenamtlich tätiger Personen sollte so sichergestellt werden. Der Bundesrat hatte dafür eine Ergänzung des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) um einen neuen Paragraphen 23e „Primäre Prävention durch regionale Netzwerke“ vorgeschlagen, die zusammen mit dem Kinderschutzgesetz beschlossen werden sollte.

Der Gesetzentwurf mit Stellungnahme des Bundesrates:
<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 16/12429



Krebsregister-Gesetz

Beim Robert-Koch-Institut in Berlin wird ein Zentrum für Krebsregisterdaten eingerichtet. Es soll die Daten der Krebsregister der Bundesländer sammeln und auswerten. Das sieht das Bundeskrebsregisterdaten-Gesetz vor, das der Bundestag als Artikel 5 des Begleitgesetzes zur zweiten Föderalismusreform beschlossen hat. Der Bundesrat stimmte am 12. Juni 2009 zu. Das Bundesgesundheitsministerium nannte das Gesetz einen Durchbruch für die Bewertung des Krebsgeschehens in Deutschland. Damit würden endlich auch internationale Vergleiche möglich. Die jährlichen Kosten für das Krebsregister-Zentrum, die der Bund trägt, werden auf rund 750.000 Euro veranschlagt.

Der Gesetzestext:
<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 16/12400 und 511/09



Medizinproduktegesetz

Medizinprodukte müssen von März 2010 vor Markteintritt auf Sicherheit und medizinischen Zweckbestimmung klinisch geprüft werden. Die Tests sind ebenso wie Arzneimittelstudien vorab vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn zu genehmigen. Damit soll die Sicherheit für Patienten verbessert werden. Für die Überwachung der klinischen Prüfungen sind die Bundesländer zuständig, die Bewertung schwerwiegender unerwünschte Ereignisse obliegt dem BfArM. Für Medizinprodukte mit geringen Sicherheitsrisiken sind vereinfachte Verfahren für klinische Prüfungen vorgesehen. Diese Änderungen des Medizinproduktegesetzes und vier damit zusammenhängender Verordnungen hat der Bundestag am 29. Mai 2009 beschlossen. Der Bundesrat stimmte den Gesetzesänderungen am 10. Juli zu.

Der Gesetzestext:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 572/09



Operationstechnische Assistenten

Die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA) soll gesetzlich geregelt und von den Krankenkassen finanziert werden. Einen entsprechenden Gesetzentwurf hat der Bundesrat auf Vorschlag von Nordrhein-Westfalen und des Saarlandes am 6. März 2009 beschlossen und dem Bundestag zugeleitet. Die Ausbildung soll drei Jahre dauern. 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. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig.

Der Gesetzentwurf:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache > 16/12679



Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Die von der EU-Kommission im Dezember 2008 vorgeschlagene EU-Transplantationsrichtlinie zur Verbesserung des grenzüberschreitenden Organtransports stößt im Bundesrat auf Vorbehalte. Die Länderkammer begrüßte in einer am 13. Februar 2009 beschlossenen Stellungnahme zwar die Absicht, die Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen sowie den Patientenschutz bei der Organtransplantation zu verbessern. Für viele Aspekte des Richtlinienvorschlags sei die Kommission jedoch nicht zuständig. Das gelte insbesondere für geplante Behörden und Kompetenzzentren. Vorrangig sei, die Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu stärken, die noch kein ausreichend entwickeltes Transplantationssystem haben. Die osteuropäischen Staaten brauchten zum Beispiel Unterstützung beim Aufbau ihrer Gesundheitssysteme, um den internationalen Organhandel bekämpfen zu können. Die EU-Kommission hat unter anderem vorgeschlagen, europaweit alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – zu erfassen.

Der EU-Richtlinienentwurf:

www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 964/08

Die Stellungnahme des Bundesrates:

<http://dip21.bundestag.de> > Suche > Drucksache 964/08(B) und 16/11781



Patientenrechte-Richtlinie der EU

Das Europaparlament hat die Richtlinie der EU-Kommission zur Stärkung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung am 23. April in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Die Richtlinie sieht vor, dass Bürger eines EU-Staates in allen anderen EU-Ländern wie Einheimische Zugang zu den dortigen Gesundheitsleistungen erhalten. Die Behandlungskosten im Ausland sollen den Versicherten ohne vorherige Genehmigung von ihrer nationalen Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet werden, die auch im Heimatland angefallen wären. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen bereits seit 2004 gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden. Bundestag und Bundesrat begrüßten den Richtlinienvorschlag bereits im November 2008, forderten jedoch „wegen der komplizierten Materie“ mindestens drei Jahre Zeit für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht. Aufgrund erwarteter weiterer Diskussionen im EU-Ministerrat wird die entscheidende zweite Beratung der Richtlinie im EU-Parlament frühestens im Herbst und damit nach der Neuwahl stattfinden.

Die EU-Richtlinie mit Änderungen durch das Parlament
www.europarl.europa.eu > Suche > P6_TA(2009)0286

Entwurf der EU-Kommission und Stellungnahme von Bundesrat und Bundestag:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 487/08 und 16/10911



Patientenverfügungen

Patientenverfügungen sind künftig unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung für Ärzte und Betreuer immer verbindlich. Das hat der Bundestag nach langjähriger kontroverser Diskussion am 18. Juni 2009 beschlossen. In namentlicher Abstimmung ohne Fraktionszwang stimmten 317 Abgeordnete für den Gesetzentwurf des SPD-Abgeordneten Joachim Stünker und weiterer Parlamentarier von SPD, FDP, Grünen und Linksfraktion. 233 Abgeordnete votierten dagegen, fünf enthielten sich. Alternative Gesetzentwürfe ebenfalls fraktionsübergreifender Gruppen um die stellvertretenden Unions-Fraktionsvorsitzenden Wolfgang Bosbach (CDU) und Wolfgang Zöllner (CSU) fanden keine Mehrheit. Das Gesetz, dem am 10. Juli auch der Bundesrat zustimmte, soll am 1. September 2009 in Kraft treten.

Der Gesetzestext:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 593/09



Pflege im Krankenhaus

Behinderte, die Pflegekräfte beschäftigen, sollen von diesen jetzt auch während einer Krankenhausbehandlung auf Kosten der Kranken- oder Pflegekassen betreut werden können. Das sieht das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vor, den der Bundestag am 19. Juni 2009 beschlossen hat. Neben der Mitaufnahme der eigenen Pflegekraft ins Krankenhaus wird auch die Hilfe zur Pflege für die Dauer des stationären Krankenhausaufenthalts weiter geleistet, so dass pflegebedürftige Behinderte ihre besonderen Pflegekräfte bei einer stationären Behandlung weiter beschäftigen können. Außerdem wird das Pflegegeld für die gesamte Dauer von stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten sowie von krankenhauseretzender häuslicher Krankenpflege weiter gezahlt. Zugleich wird mit dem Gesetz die Palliativmedizin als Pflichtfach für das Medizinstudium in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen. Die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen durch die Mitaufnahme von Pflegekräften ins Krankenhaus sind nach den Angaben der Bundesregierung wegen der geringen Zahl und der nicht bekannten Verweildauer nicht quantifizierbar. Auch für die Mehrausgaben der Pflegeversicherung sei nur eine grobe Schätzung möglich. Jährlich würden etwa 50.000 Euro infolge der Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Krankenhausaufenthalten anfallen. Das Gesetz kann, nachdem der Bundesrat am 10. Juli zustimmte, jetzt umgehend in Kraft treten.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 573/09**



Schwangereberatung vor Spätabtreibung

Bei Spätabtreibungen nach der zwölften Schwangerschaftswoche muss von Oktober an zwischen der medizinischen Diagnose und der ärztlichen Abbrucherlaubnis eine dreitägige Bedenkfrist liegen. Außerdem ist eine Beratung durch den Arzt vorgeschrieben, die die Schwangere allerdings ablehnen kann. Kommt der Arzt den Auflagen nicht nach, droht ihm ein Bußgeld von bis zu 5.000 Euro. Diese Änderungen am Schwangerschaftskonfliktgesetz hat der Bundestag am 13. Mai auf Grundlage einer fraktionsübergreifenden Initiative der Abgeordneten Johannes Singhammer (CSU) und Kerstin Griese (SPD) in namentlicher Abstimmung mit 326 gegen 234 Stimmen beschlossen. Der Bundesrat stimmte den Änderungen am Schwangerschaftskonfliktgesetz, die am 1. Januar 2010 in Kraft treten, am 12. Juni zu.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksache 447/09**



Kurzmeldungen

Beitragssatz auf 14,9 Prozent gesenkt

14.07.09 (ams). Zum 1. Juli 2009 ist der allgemeine Beitragssatz für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung auf 14,9 von 15,5 Prozent gesunken. Arbeitnehmer und Rentner zahlen inklusive des gesetzlichen Sonderbeitrages 7,9 Prozent, die Arbeitgeber und die gesetzliche Rentenversicherung 7 Prozent. Neben der mit dem Konjunkturpaket II beschlossenen Beitragssenkung profitieren AOK-Versicherte von der Zusage der Gesundheitskasse, dass diese ihren Versicherten in 2009 ausgezeichnete Leistungen ohne Zusatzbeiträge bietet.

Weitere Informationen:
www.aok-bv.de



Bayern: AOK schließt neuen Kinderarztvertrag

14.07.09 (ams). Die AOK Bayern hat mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte einen Kinderarztvertrag abgeschlossen. Durch diesen wird die Rolle des Kinderarztes als Lotse in der Gesundheitsversorgung gestärkt. Darüber hinaus profitieren die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen von zusätzlichen Leistungen: So werden Hausbesuche beispielsweise besonders gefördert, zudem sollen die beteiligten Ärzte mit einem Wartezimmermanagement Wartezeiten minimieren.

Weitere Informationen:
www.aok-bayern.de



Kassen müssen höhere Freibeträge für Kinder anrechnen

14.07.09 (ams). Nach einem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts (BSG) müssen Kassen für Kinder höhere Freibeträge anrechnen als bisher üblich. Dadurch werden Familien, deren Kinder etwa wegen einer chronischen Krankheit hohe Zuzahlungen haben, entlastet. Betroffene können bei ihrer Kassen rückwirkend für die vergangenen vier Jahre einen Überprüfungsantrag stellen.

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Name:

Redaktion:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Adressänderung 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: