

# AOK-Medienservice

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

## Politik

01/17

 @AOK\_Politik



NEUE STRUKTUREN IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG	
■ KLINIKPLANUNG: MEHR MITSPRACHE FÜR DIE KASSEN	2
AMS-GRAFIK:	
■ UND WIEDER WENIGER KRANKENKASSEN	4
AMS-NACHGEFRAGT: JÜRGEN MALZAHN, AOK-BUNDESVERBAND	
■ SIND 300 KRANKENHÄUSER WIRKLICH GENUG?	5
ZAHL DES MONATS	
■ 876 MILLIONEN EURO ...	7
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	8
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	10
KURZMELDUNGEN	21

Neue Strukturen in der stationären Versorgung

## Mehr Mitsprache für die Kassen bei der Krankenhausplanung

**12.01.17 (ams).** Der AOK-Bundesverband fordert mehr Mitsprache der gesetzlichen Krankenkassen bei der stationären Versorgung. „Ich möchte nicht mehr Rechnungen bezahlen müssen für Eingriffe in Einrichtungen, die keine Qualität liefern“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Bisher dürfe jedes Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag ohne Hinterfragen der Qualität Leistungen abrechnen. „Das muss bei der Vertragsgestaltung zwischen Kassen und Kliniken anders geregelt werden.“ Nach der Bundestagswahl erwartet Litsch „klare Ansagen, wie der Rahmen für den Versorgungswettbewerb weiterentwickelt werden soll“.

Litsch kritisiert insbesondere die Landesregierungen. Sie seien mit ihren gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen für Krankenhausinvestitionen in Milliardenhöhe im Rückstand. Damit notwendige Investitionen überhaupt getätigt werden könnten, würden diese mit den durch die Krankenkassen finanzierten Betriebsmitteln quersubventioniert. „Obwohl sie für ihren Teil der Kosten nicht vollständig aufkommen, bestehen die Länder auf ihrer Planungshoheit für die Krankenhausinfrastruktur“, bemängelte der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes. Den gesetzlichen Krankenkassen müsse auch bei der Krankenhausplanung mehr Mitsprache eingeräumt werden.

### Klinikreform: Hartes Ringen um Zuschläge statt um Qualität

Litsch bleibt hinsichtlich des Erfolgs der von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ins Werk gesetzten Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) skeptisch. „Ich glaube immer weniger daran, dass die ursprüngliche Absicht funktioniert, allein über mehr Qualität in den Krankenhäusern zu mehr Spezialisierung und Ressourcenkonzentration im Sinne der Patienten zu kommen und damit die Zahl unnötiger Krankenhäuser abbauen zu können.“ Noch häufiger als das Wort Qualität tauche im KHSG das Wort Zuschlag auf. Die Folge sei ein hartes Ringen um die konkrete Ausgestaltung von Zuschlägen.

Zugleich plädiert Litsch für strengere Vorgaben zur Umsetzung von Mindestmengen. „All diese wirksamen Schritte müssen dringend umgesetzt werden, damit die längst überfällige Anpassung an moderne, leistungsfähige Strukturen mit einem höheren Grad an Spezialisierung und nachvollziehbaren Qualitätsstandards endlich auch für die Patienten erfahrbar wird“, bekräftigt er. Dazu wird der Ende Februar erscheinende Krankenhaus-Report 2017 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aktuelle Zahlen und Fakten zur stationären Versorgung in Deutschland vorlegen.

Der Verbandschef begrüßte gleichzeitig, dass der Gesetzgeber bei der Neuausrichtung der Notfallversorgung noch etwas mehr Zeit eingeräumt hat. Ein schlüssiges, sektorenübergreifendes Konzept, das die Notaufnahmen der Kliniken, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst vernünftig miteinander verknüpft, gibt es noch nicht. „Seit mehr als 20 Jahren wird der Abbau der Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor proklamiert. Doch die entscheidenden Schritte blieben bisher aus“, so Litsch ernüchternde Bilanz. Es fehle an einheitlichen Rahmenbedingungen für die Planung, Finanzierung und Qualität. Vieles scheitere am Beharrungsvermögen der Akteure. „Auf dem Papier sind sich alle Leistungserbringer darüber einig, aber wenn es daran geht, wirklich etwas zu verändern, sieht die Bereitschaft schon geringer aus.“ Die Qualitätsansage gelte erst recht für die ambulante Versorgung. Sie sei im Vergleich zu den Krankenhäusern auf diesem Feld noch rückständig. Mehr Qualität im Gesundheitswesen funktioniert für Litsch aber nicht ohne den Ausbau der Vertragsfreiheiten in der Versorgung und einen verlässlichen Finanzierungsrahmen der Kassen.

## Morbi-RSA: Den Ausgleichsmechanismus stärken

Wichtige Impulse erhofft sich der AOK-Bundesverband von einer Gesamtevaluation des Finanzausgleichs der Krankenkassen, dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Kurz vor Jahresende hatte das Bundesgesundheitsministerium dem Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA den Auftrag erteilt, bis zum 30. September 2017 ein Sondergutachten zu erstellen. „Die AOK steht voll und ganz hinter diesem Schritt“, sagt Martin Litsch. „Wir machen uns seit über zwei Jahren dafür stark, alle relevanten Änderungsvorschläge innerhalb einer Gesamtuntersuchung zu bündeln und sie daraufhin zu überprüfen, ob sie die Zielgenauigkeit erhöhen.“ Ziel bleibe, Anreize zur Risikoselektion zulasten bestimmter Versichertengruppen weiter abzubauen und Wirtschaftlichkeitsanreize zu stärken. Der Streit um die weitere Ausgestaltung des Morbi-RSA hatte das Klima zwischen den Krankenkassen zuletzt arg belastet.

(rbr)

**Das Krankenhausstrukturgesetz:**  
[www.aok.bv.de](http://www.aok.bv.de) > Hintergrund > Gesetze > Abgeschlossene Gesetzesvorhaben 2015  
[www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)

**Das Dossier zur stationären Versorgung:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus

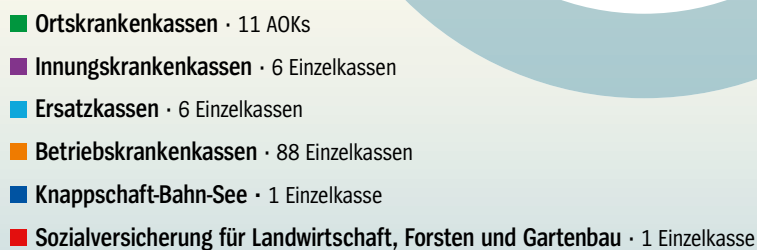


## Und wieder weniger Krankenkassen

**1992: 1.223 Kassen**  
**1997: 554 Kassen**  
**2007: 242 Kassen**  
**2012: 146 Kassen**  
**2017: 113 Kassen**

Stand jeweils 1. Januar des Jahres

**Versicherte  
in Mio.  
(Dez. 2016)**



Quelle: BMG, Grafik: AOK Medienservice

Um mehr als 90 Prozent ist die Zahl der Krankenkassen in den vergangenen 25 Jahren zurückgegangen. Gab es 1992, im Jahr der Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) noch 1.223 gesetzliche Krankenkassen, waren es am 1. Januar 2017 nur noch 113. Das GSG erlaubt seit 1996 die freie Kassenwahl. Mit fast 72 Millionen Versicherten und über 55,8 Millionen Mitgliedern verzeichnete die gesetzliche Krankenversicherung Ende 2016 Rekordwerte.

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

ams-nachgefragt: Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband

## Sind 300 Krankenhäuser wirklich genug für ganz Deutschland, Herr Malzahn?

12.01.17 (ams). „Das Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina legt das nahe. Dort steht: ‚Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind.‘ Ob das eins zu eins auf Deutschland zu übertragen ist, sei dahingestellt. Aber die Tendenz stimmt.

Hier gibt es aktuell 1.956 Krankenhäuser, also etwa sechsmal so viel, und trotzdem kann man sich nicht sicher sein, optimal versorgt zu werden. So zeigt der Qualitätsmonitor 2017 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK und des Vereins Gesundheitsstadt Berlin, die Defizite in der Versorgung von Herzinfarktpatienten. Vier von 10 Kliniken, die 2014 Herzinfarkte behandelt haben, verfügten nicht über ein Herzkatheterlabor, was der Standard sein sollte. Und auch das Leopoldina-Papier spricht von einer ‚überproportional hohen Zahl oft schlecht ausgestatteter Krankenhäuser‘.

Andererseits gibt es zu viele Kliniken, die alle das gleiche anbieten, ohne dass es für eine flächendeckende Versorgung notwendig wäre. Würden etwa die 20 Prozent der Häuser mit unterdurchschnittlichen Qualitätsergebnissen keine Hüft-OP mehr anbieten, würde sich die durchschnittliche Fahrtzeit für die Patienten um gerade einmal zwei Minuten verlängern. 120 Sekunden für eine bessere Versorgung!

Gerade deswegen ist es wichtig, Qualität zum Maßstab der Krankenhausplanung zu machen, wie es das Krankenhaus-Strukturgesetz eigentlich vorsieht. Und deswegen muss der Gemeinsame Bundesausschuss zügig, wie es im Gesetz steht, umfassende planungsrelevante Qualitätsindikatoren für alle medizinischen Bereiche vorlegen. Die ersten Entscheidungen, die auf der gesetzlichen Qualitätssicherung aufsetzen mussten, waren ein wichtiger Schritt – aber in diesem Jahr müssen weitere versorgungsrelevante Bereiche dazukommen, damit der Transformationsprozess der Kliniklandschaft ans Laufen kommt. Denn von der Krankenhausreform hatte ich mir schon mehr Dynamik erhofft. Viele Verhandlungsprozesse verlaufen äußerst zäh. Die Krankenhauslobby verschleppt und verhandelt immer wieder bei Dingen nach – man erhält den Eindruck dass die „Politik der erstarrten Hand“ notwendige Reformen verhindern soll.“

(Interview: rbr)



**Jürgen Malzahn leitet die Abteilung stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband**

**Das Thesenpapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina:**  
[www.leopoldina.org](http://www.leopoldina.org) > Publikationen > alle Publikationen  
> Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem (2016)



**Der Qualitätsmonitor 2017:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Themenbereiche > Versorgungsanalysen  
> Qualitätsmonitor > Qualitätsmonitor 2017 als E-Book



**Das Interview im AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G)**  
mit Prof. Dr. Reinhard Busse (TU Berlin) zum Leopoldina Papier:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesundheit und Gesellschaft > AOK-Forum > G+G

Zahl des Monats

## 876 Millionen Euro ...

... haben die gesetzlichen Krankenkassen 2015 für die ergotherapeutische Leistungen ausgegeben, 42 Millionen Euro mehr als 2014. Das zeigt der Heilmittelbericht 2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Insgesamt entfielen damit etwa 14 Prozent der Heilmittelausgaben auf die Ergotherapie. Die durchschnittlichen Kosten für eine ergotherapeutische Leistung, lagen bei 275,51 Euro, mit Zusatzleistungen wie etwa Hausbesuchspauschale oder Wegegeld, bei 305,25 Euro.

Am häufigsten wurde Ergotherapie aufgrund sogenannter sensomotorisch-perzeptiver beziehungsweise aufgrund motorisch-funktioneller Störungen verschrieben. Dazu zählen beispielsweise Probleme mit der Körperhaltung, -bewegung und Feinmotorik oder Schwierigkeiten bei der Verarbeitung von Sinneseindrücken.

Zehn Prozent aller Jungen und rund vier Prozent aller Mädchen im Alter von fünf bis neun Jahren waren 2015 in einer ergotherapeutischen Behandlung. Auf Kinder dieser Altersgruppe entfielen damit mit Abstand die meisten ergotherapeutischen Maßnahmen, gefolgt von Jugendlichen im Alter zwischen zehn und 14 Jahren (Jungen 3,9 Prozent, Mädchen 1,9 Prozent). Die Zahl der ergotherapeutischen Behandlungen bei Kindern hat im Vergleich zum Vorjahr allerdings leicht abgenommen. Entfielen 2014 auf 1.000 versicherte Jungen im Grundschulalter noch 307 Leistungen, waren es 2015 nur noch 294. Bei Mädchen sank die Quote von 133 auf 125 Leistungen je 1000 Versicherte.

Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Heilmittelleistungen beliefen sich 2015 auf etwas mehr als sechs Milliarden Euro. Damit sind die Ausgaben in den vergangenen zehn Jahren um 60,5 Prozent gestiegen. Die allgemeinen Leistungsausgaben legten im gleichen Zeitraum nur um knapp 47 Prozent zu.

**Weitere Ergebnisse des Heilmittelberichts des WIdO:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Kaum Zusatznutzen: Gliptine erfüllen Erwartungen nicht

Nach Abschluss von erneuten Nutzenbewertungen der Wirkstoffe Saxagliptin und Sitagliptin sowie der entsprechenden Kombinationspräparate mit Metformin konnte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nur bei Sitagliptin einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen feststellen. Die Gliptine sind zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 zugelassen.

Der G-BA hatte in den ersten Beschlüssen für Saxagliptin und Sitagliptin einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen anerkannt, befristete diese jedoch auf drei Jahre, weil Langzeitdaten zu kardiovaskulären Endpunkten fehlten. Ein Typ-2-Diabetes erhöht das Risiko für Herz- und Gefäßkrankheiten, diese Ereignisse sind für die Prognose der Diabetes-Patienten von besonderer Bedeutung.

Anhand der vorgelegten neuen Daten konnte der GBA bei Sitagliptin einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen anerkennen. Aufgrund der Unsicherheiten bezüglich der aufgetretenen Retinopathien (Netzhauterkrankungen) und noch fehlender Daten zu Hypoglykämien in der kardiovaskulären Langzeitstudie hat der GBA die Geltungsdauer des Beschlusses aber erneut befristet. Bei Saxagliptin konnte der GBA aufgrund der großen Relevanz der Entwicklung einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche) bei Diabetes-Patienten keinen Zusatznutzen aussprechen.

**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.**

### Krankentransport-Richtlinie wegen Pflegereform geändert

Der GBA hat den Paragraf 8 seiner Krankentransport-Richtlinie an die neuen Maßstäbe der Pflegebedürftigkeit angepasst. Für Patientinnen und Patienten ab dem Pflegegrad 3 können Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung verordnet und genehmigt werden. Neu ist jedoch: Beim Pflegegrad 3 ergibt sich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung noch nicht aus dem Pflegegrad selbst. Sie muss zusätzlich ärztlich festgestellt und bescheinigt werden. Für Pflegebedürftige, die bis zum 31. 12.16 aufgrund der Einstufung in die Pflegestufe 2 einen Anspruch auf Fahrkostenübernahme hatten, gilt Bestandschutz. Solange sie mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind, bedarf es für sie keiner gesonderten Feststellung einer dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung.

Mit der Verpflichtung, die Mobilitätseinschränkung bei Versicherten mit neu erlangtem Pflegegrad 3 ärztlich überprüfen zu lassen, hat der GBA eine Regelungslücke geschlossen und damit für gleichbleibende Leistungsvoraus-



setzungen gesorgt. Der Pflegegrad 3 umfasst ab dem 1. Januar 2017 neben den Versicherten der bisherigen Pflegestufe 2 auch Versicherte aus der bisherigen Pflegestufe 1, denen Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nicht verordnet werden konnten.

## Heilmittelverordnungen durch Zahnärzte

Auch für die vertragszahnärztliche Versorgung gibt es künftig eine Heilmittel-Richtlinie mit einem eigenen Heilmittel-Katalog. Bei krankheitsbedingten strukturellen oder funktionellen Schädigungen des Mund-, Kiefer oder Gesichtsbereichs dürfen Zahnärztinnen und Zahnärzte bestimmte Maßnahmen der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie oder der Sprech- und Sprachtherapie verordnen.

Heilmittelverordnungen können im zahnärztlichen Bereich dann notwendig sein, wenn es im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich zu Heilungs- oder Funktionsstörungen kommt. Solche Einsatzgebiete sind zum Beispiel Lymphdrainagen zur Ableitung gestauter Gewebeflüssigkeit, Physiotherapie bei Bewegungsstörungen und auch bei neurologischen Erkrankungen, die Auswirkungen auf den Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich haben, manuelle Therapie bei Gelenkblockaden und Sprech- oder Sprachtherapie bei Lautbildungsstörungen nach operativen zahnmedizinischen Eingriffen.

Eine eigene Richtlinie zur Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte gab es bislang nicht. Sie tritt am 01. Juli 2017 in Kraft.

**Weitere Informationen zur Arbeit  
und zu den Beschlüssen des GBA:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)**



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das letzte Jahr der 18. Legislaturperiode hat begonnen; im September 2017 steht die nächste Bundestagswahl an. Bis dahin hat sich die Große Koalition von CDU, CSU und SPD in der Gesundheitspolitik noch einiges vorgenommen. Der AOK-Medienservice bietet einen Überblick über die wichtigsten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und EU-Ebene (Stand: 11. Januar 2017). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Mit dem „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ will die Bundesregierung für chronisch Kranke den Zugang zu Cannabis als Arzneimittel gesetzlich regeln. Bei entsprechender medizinischer Indikation, die durch einen Arzt festgestellt werden muss, sollen Patienten in einem für die Therapie erforderlichen Umfang mit Cannabis-Präparaten versorgt werden, ohne dass dabei die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs gefährdet werden. Die Krankenkassen sollen in einem eng begrenzten Rahmen die Kosten für die Cannabis-Therapie tragen. Der Anspruch auf eine entsprechende Versorgung wird laut Gesetzentwurf begrenzt auf Patienten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung, ...

- wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht;
- wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht und
- wenn die oder der Versicherte sich verpflichtet, an einer bis zum 31. Dezember 2018 laufenden Begleitforschung zum Einsatz dieser Arzneimittel teilzunehmen.

Laut Bundesgesundheitsministerium liegen die monatlichen Kosten für die Behandlung mit Medizinalhanf abhängig vom Tagesbedarf bei bis zu 1.800 Euro pro Patient. Dem liegt ein durchschnittlicher Preis von 18 Euro pro Gramm zu Grunde. Der AOK-Bundesverband hat sich im Gesetzgebungsverfahren für strenge Einzelfallgenehmigungen eingesetzt. Deshalb müsse es auch dabei bleiben, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen jeden einzelnen Fall begutachtet. Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

## Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 4. Mai 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 17. Juni 2016
- Erste Lesung Bundestag: 7. Juli 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 15. Dezember 2016
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. Februar 2017
- Inkrafttreten: nach Verkündung im Bundesgesetzblatt

### Der Kabinettsentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/8965

### Die Bundesrats-Drucksache:

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > 233 /16



## Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Ausbildungsreform)

CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die Pflegeausbildung zu reformieren. Entsprechende Pläne gibt es seit 2003. Das Ziel ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen generalistischen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderpflege. Die Reform soll dazu beitragen, den Pflegeberuf aufzuwerten und dem Pflegekräftemangel abzuwehren. Die künftige Berufsbezeichnung soll „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ lauten. Die Ausbildung soll in Vollzeit drei Jahre dauern und aus theoretischem und praktischem Unterricht an Pflegeschulen sowie einer praktischen Ausbildung bestehen. Der praktische Teil soll für alle Auszubildenden in den Einsatzbereichen der allgemeinen Akut- und Langzeitpflege (ambulant und stationär) sowie in der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung erfolgen.

Mit dem Pflegeberufsgesetz soll zudem die einheitliche Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung geregelt werden. Für die Auszubildenden soll die Ausbildung kostenlos sein und über Ausbildungsfonds auf Landesebene erfolgen. In diese Fonds sollen die Länder, die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegeversicherung einzahlen. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen können ihre Beiträge über Ausbildungszuschläge bzw. über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen refinanzieren. Das bundesweite Umlageverfahren soll Wettbewerbsnachteile für auszubildende Betriebe im Vergleich zu nicht-ausbildenden Einrichtungen vermeiden. Neben der beruflichen Pflegeausbildung an Pflegeschulen sieht der Gesetzentwurf die Einführung eines generalistisch ausgerichteten, primärqualifizierenden Pflegestudiums an Hochschulen vor. In Kraft treten soll das Gesetz zum 1. Januar 2018. Dazu müssten einzelne, zur Vorbereitung der Umstellung nötige Regelungen bereits 2017 greifen. Die zunächst für den 9. Juni 2016 geplante zweite/dritte Lesung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung wurde allerdings auf unbestimmte Zeit verschoben. Denn neben

Kritik aus den Reihen der Pflegeberufe gibt es auch innerhalb der Koalitionsfraktionen Vorbehalte gegen die „Generalistik“ in der Pflegeausbildung. Der Bundesrat macht ebenfalls Druck. Die Stadtstaaten Hamburg und Bremen haben zur letzten Sitzung der Länderkammer 2016 einen Entschließungsantrag vorgelegt. Darin begrüßen die Länder die Reforminitiative als dringend notwendig und fordern die Bundesregierung auf, „alle notwendigen Anstrengungen zu unternehmen, damit das Gesetzgebungsverfahren zu einem Abschluss kommt“. Eine getrennte Weiterentwicklung der Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz könne die notwendige Flexibilität zur Bewältigung der Herausforderungen eines sich verändernden Berufsfeld nicht mehr gewährleisten, heißt es in dem Antrag weiter.

#### **Parlamentarischer Zeitplan:**

- Kabinettsentwurf: 13. Januar 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 26. Februar 2016
- Erste Lesung Bundestag: 18. März 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: offen
- Zweiter Durchgang Bundesrat: offen
- Geplantes Inkrafttreten: 1. Januar 2018 (Einzelregelungen bereits 2017)

#### **Der Gesetzentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/7823

#### **Entschließungsantrag des Bundesrats:**

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > Drucksache 755/16



## **Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG)**

Mit dem AM-VSG will die Bundesregierung „die Arzneimittelversorgung in Deutschland auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten“. Der vom Bundeskabinett am 12. Oktober 2016 auf den Weg gebracht Gesetzentwurf basiert wesentlich auf einem Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zur Umsetzung des „Pharmadialogs“ zwischen den Bundesministerien für Gesundheit, für Bildung und Forschung sowie für Wirtschaft und Energie auf der einen Seite und den Wirtschafts- und Lobbyverbänden der Pharmaindustrie auf der anderen Seite von September 2014 bis Januar 2016. Aus Sicht der Krankenkassen kommt die Regierung den Pharmaunternehmen in vielen Bereichen entgegen. Das betreffe insbesondere die geplanten Regeln zur Nutzenbewertung und Preisbildung für neue, teure Medikamente. Die Kassen warnen davor, dass die Regierung den mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz von 2011 (AMNOG) eingeführten Grundsatz aufgibt, wonach sich der Preis eines

neuen Medikaments am Nutzen für die Patienten orientiert.

Wesentliche Inhalte des Gesetzentwurfs:

- Künftig sollen die zwischen dem GKV-Spitzenverband und einzelnen Pharmaunternehmen ausgehandelten Erstattungspreise vertraulich bleiben. Gleichzeitig werden bei den Verhandlungen die Preise in anderen europäischen Ländern als Vergleichsmaßstab herangezogen. Weil diese sich aber stark am deutschen Preisniveau orientieren, droht eine Preisspirale nach oben. Denn bleiben die zwischen Kassen und Herstellern ausgehandelten Rabatte geheim, orientieren sich die europäischen Referenzpreise an den allgemeinen hohen deutschen Listenpreisen.
- Mit einer „Umsatzschwelle“ will die Bundesregierung verhindern, dass Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung eines neuen Präparates maximale Gewinne abschöpfen. Im ersten Jahr dürfen die Hersteller den Preis für ihr Produkt frei festsetzen – unabhängig vom Ausgang des späteren Nutzenbewertungsverfahrens. Der Gesetzentwurf sieht einen Schwellenwert von 250 Millionen Euro vor. Überschreitet ein Unternehmen diesen Wert, würde ab dem Folgemonat rückwirkend der später mit den Krankenkassen ausgehandelte Erstattungsbetrag gelten. Die AOK weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass diese Regelung 2015 lediglich drei Präparate betroffen hätte. Statt einer Umsatzschwelle fordern die Krankenkassen, dass der später ausgehandelte Erstattungspreis rückwirkend vom ersten Tag der Marktzulassung an gilt. Auch der Bundesrat lehnt in seiner Stellungnahme zum AM-VSG eine Umsatzschwelle ab und fordert eine Rückwirkung des Erstattungspreises.
- Ärztinnen und Ärzte sollen schneller und besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden. Die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen nach spätestens einem Monat maschinenlesbar für die Praxissoftware zur Verfügung stehen.
- Die Preise für neue Arzneimittel, bei denen die Bewertung keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber vorhandenen Medikamenten ergibt, sollen sich nicht mehr zwingend am Preis für die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie orientieren. Da im Gesetzentwurf keine klaren Kriterien genannt werden, rechnet der AOK-Bundesverband mit Mehrkosten für Arzneimittel ohne Mehrnutzen und einer Welle von Einzelfallstreitigkeiten, die durch Schiedsstelle oder Sozialgerichte gelöst werden müssten.
- Das sogenannte Preismoratorium für patentgeschützte Bestandsarzneimittel soll bis 2022 verlängert werden. Betroffen sind neue Medikamente, die vor dem Inkrafttreten des AMNOG (1. Januar 2011) auf den Markt gekommen sind. Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, auch bei diesen Arzneimitteln den Nutzen zu überprüfen. Als Ausgleich wurde der Preisstopp mehrmals verlängert. Ab 2018 soll es für die Hersteller jedoch einen Inflationsausgleich geben, um steigende Produktionskosten auszugleichen.

- Bei Arzneimittelrabattverträgen sollen zwischen Zuschlag und Vertragsstart künftig mindestens sechs Monaten liegen, um den Vertragsunternehmen mehr Planungssicherheit zu geben. Dadurch soll die Lieferfähigkeit zu Beginn der Verträge sichergestellt werden. Die AOK hält diese Regelung auch deshalb für entbehrlich, weil es bereits entsprechende vergaberechtliche Vorgaben gibt.
- Für die Zubereitung von Medikamenten aus neuen Stoffen und für die Abgabe von Betäubungsmitteln sollen die Apotheker deutlich mehr Geld erhalten. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes kommen auf die Krankenkassen 115 Millionen Euro Mehrausgaben pro Jahr zu. Die AOK hält diese Anpassungen angesichts der tatsächlichen Einnahmen- und Kostensituation der Apotheker für ungerechtfertigt. Der Spitzenverband fordert, vor einer pauschalen Anhebung ein Gutachten abzuwarten, das vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegeben wurde.
- Verträge zwischen Krankenkassen und Apothekern zur Versorgung mit individuell zubereiteten Krebsmedikamenten (Zytostatika) soll es nicht mehr geben. Auch in bereits laufende Zytostatika-Verträge will die Regierung eingreifen. Das Verbot ist aus Sicht der AOK unverständlich. Den unterstellten Versorgungsnotstand gebe es schlichtweg nicht. In seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf stellt der AOK-Bundesverband klar, dass die Versorgung der Patienten dank klarer Qualitätsvorgaben für ihre Vertragspartner deutlich über dem Standard der Regelversorgung liegt.

Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

### Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 12. Oktober 2016
- Erste Lesung Bundestag: 10. November 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 25. November 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16./17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10208

**Stellungnahmen zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags:**

[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Ausschüsse > Gesundheit > Anhörungen  
> GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz

**Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:**

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

**Informationen zum Thema „Zytostatika-Ausschreibungen“ im Dossier „Arzneimittel“:**

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



## Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV (GKV-HHVG)

Das GKV-HHVG schließt an die in den Vorjahren erfolgte Erweiterung gesetzlicher Spielräume für Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern an. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung gewährleisten, dass die Heil- und Hilfsmittelbringer den Anforderungen angemessen vergütet werden. Bisher sind Vergütungsanpassungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt. Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten besser über Leistungsansprüche und Versorgungsmöglichkeiten informieren. Der Gesetzentwurf betont den Anspruch der Patienten auf zuzahlungsfreie Hilfsmittel. Auch deren Wahlmöglichkeiten sollen erweitert werden. Bei der Ausschreibung von Versorgungsverträgen der Krankenkassen soll neben Preis und Kosten der Qualitätsaspekt zu mindestens 40 Prozent eine Rolle spielen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln soll transparenter gestaltet und stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und in den Versorgungsverträgen beschriebenen Anforderungen an Produkte und Leistungen tatsächlich umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb von zwei Jahren zu aktualisieren und fortlaufend auf neuestem Stand zu halten. Mit dem Gesetz soll zudem die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden verbessert werden. Dazu sollen „Wundzentren“ eingerichtet werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die vorgesehenen Regelungen für mehr Qualität im Hilfsmittelbereich. Im Heilmittelbereich warnt die AOK jedoch vor Überregulierung und einer Verteuerung der Versorgung ohne wesentliche Qualitätsverbesserung. Das liegt laut AOK vor allem an einer Neuregelung, nach der Heilmittelbringer (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen) künftig über Blankoverordnungen stärker in die Verantwortung genommen werden sollen. Wenn der Arzt ein Heilmittel verordnet, darf der jeweilige Therapeut laut Gesetzentwurf die Auswahl, Dauer und Abfolge der Therapie selbst bestimmen. Das GKV-HHVG dient der Bundesregierung zudem als „Omnibus-Gesetz“, um weitere gesundheits- und sozialpolitische Regelungen auf den Weg zu bringen. Dabei geht es um...

- die Beitragsbemessung für Selbstständige in der Kranken- und Pflegeversicherung;
- die Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte im Rettungsdienst;
- die Anpassung des Krankengeldes an das Flexi-Rentengesetz;
- den Krankengeldanspruch zwischen Ende der Beschäftigung und Arbeitslosengeldbezug;
- die Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenkassen;
- Richtlinien zum Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung;

- die Anrechnung von Erziehungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner;
- Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der GKV.

#### **Parlamentarischer Zeitplan:**

- Kabinettsentwurf: 31. August 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 14. Oktober 2016
- Erste Lesung Bundestag: 10. November 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16. oder 17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: nach Verkündung im Bundesgesetzblatt

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10186

**Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



## **Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung in der GKV**

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ (GKV-SVSG) wollen Union und SPD die interne und die externe Kontrolle sowie die Transparenz verbessern. Dazu sollen die Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien erweitert und präziser formuliert werden. Auch die Kontrollrechte des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamts werden erweitert. Das GKV-SVSG betrifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Die Verwaltungsräte sollen die Möglichkeit erhalten, den Vorsitzenden oder die Vorsitzende der jeweiligen Spitzenorganisation mit einfacher Mehrheit abzuwählen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass anschließend ein neuer Vorsitzender oder eine neue Vorsitzende gewählt wird. Für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist laut Gesetzentwurf künftig eine Zwei-Drittel-Mehrheit nötig. Der KBV-Vorstand soll zudem um ein drittes – „versorgungsbereichsunabhängiges“ – Vorstandsmitglied erweitert werden. Entscheidungen können dann mit Mehrheit gefällt werden. Damit will der Gesetzgeber das immer wieder lähmende Patt zwischen Hausarzt- und Facharztvertretung im KBV-Vorstand beenden.

Der vom Bundeskabinett am 16. November 2016 auf den Weg gebrachte



Gesetzentwurf enthält zudem Regeln, die für mehr Transparenz bei wirtschaftlichen Entscheidungen der Spitzenorganisationen sorgen sollen. Mindestens alle fünf Jahre sollen diese ihre Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen lassen. Die zuständige Aufsichtsbehörde (Bundesgesundheitsministerium oder Bundesversicherungsamt) kann eine Prüfung auch außerhalb dieses Prüfrhythmus anordnen. Der Auftrag an eine externe Prüfeinrichtung oder spezialisierte Kanzlei muss im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde erfolgen. Darüber hinaus soll die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit erhalten, eine „Entsante Person für besondere Angelegenheiten“ einzusetzen. Damit würde eine aufsichtsrechtliche Maßnahme unterhalb der Eingriffsschwelle des sogenannten Staatskommissars geschaffen.

Auslöser für das Gesetzesvorhaben sind in erster Linie die immer noch nicht restlos geklärten Skandale innerhalb der KBV. Dabei geht es um Millionenverluste durch umstrittene Immobiliengeschäfte und um unzulässige und überhöhte Vergütungen und Altersbezüge für einen ehemaligen Vorstandschef. Die aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten im Fall der KBV-Affären wurden von Politikern aller Bundestagsfraktionen als unbefriedigend empfunden.

#### **Parlamentarischer Zeitplan:**

- Kabinettsentwurf: 16. November 2016
- Erste Lesung Bundestag: 15. Dezember 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 16. Dezember 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16./17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: 2017

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10605



#### **Medizinprodukte (EU-Verordnung)**

Die Verabschiedung der neuen EU-Medizinprodukteverordnung verzögert sich weiter. Die juristisch korrekte Übersetzung des mehr als 1.000 Seiten umfassenden Textes in alle EU-Sprachen dauert an. Das Verfahren soll bis zum 18./19. Januar 2017 abgeschlossen sein. Danach steht die formelle Annahme durch den Europäischen Rat und durch das Europäische Parlament an. Die Veröffentlichung im Amtsblatt der EU soll im Frühjahr 2017 erfolgen. Die neuen Regelungen gelten nach einer Übergangsphase von drei Jahren. Die Verordnung muss dazu nicht in nationales Recht umgesetzt werden, kann aber in Teilen von den EU-Mitgliedsländern ergänzt werden. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher für Verbesserungen im Bereich Patientenschutz aus.

Am 15. Juni 2016 hatten der Ausschuss der Ständigen Vertreter des Rates und der Gesundheits- und Umweltausschuss des Europäischen Parlaments die am 25. Mai 2016 erzielte Einigung über die neue Medizinprodukteverordnung gebilligt. Auch die zunächst nicht am Kompromiss beteiligte EU-Kommission hat erklärt, dass sie dem Verhandlungsergebnis zustimmen will. Die neuen Zulassungsregeln für Medizinprodukte sollen verhindern, dass sich Skandale wie die um minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke wiederholen.

Die Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten verbleibt aber auch nach der neuen EU-Verordnung bei den privatwirtschaftlichen „Benannten Stellen“. Dazu gehören in Deutschland beispielsweise der TÜV oder die DEKRA. Zusätzlich soll eine von Fall zu Fall einberufene, international zusammengestellte Expertengruppe die Unterlagen vor einer Marktzulassung prüfen. Deren Ergebnisse sind jedoch für die „Benannten Stellen“ nicht bindend. Auch eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung für die Hersteller von Medizinprodukten ist nicht vorgesehen. Stattdessen sieht die EU-Verordnung vor, dass die Unternehmen „angemessene Rücklagen“ für den Fall von Haftungsansprüchen durch fehlerhafte Produkte bilden sollen.

Nach der neuen EU-Verordnung müssen die Identifizierungsnummern aller Medizinprodukte so vorgehalten werden, dass bei einer schadhafte Serie alle Betroffenen informiert werden können.

#### Die Beschlüsse des EU-Parlaments:

[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu) > Plenartagung

> Angenommene Texte > P7\_TA (2014) 0266 und P7\_TA (2014) 0266

#### Der Beschluss des Rates:

<http://www.consilium.europa.eu> > Presse > Pressemitteilungen und Erklärungen >

Medizinprodukte: Rat bestätigt Einigung mit dem EP

#### Die Einschätzung des AOK-Bundesverbandes zu den neuen Regeln:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilung vom 26. Mai 2016

#### Mehr Infos und Hintergrund im Dossier „Medizinprodukte“:

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



## Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat bereits 2014 einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) regelt (Bundesrats-Drucksache 126/14). Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deut-

schen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Krankenhäuser wollen die Ausbildung aber nicht mehr finanzieren. Angesichts zunehmend anspruchsvoller Medizintechnik und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrats aufgenommen (Bundestags-Drucksache 18/1581), ihn aber auch 2016 noch nicht beraten.

## **Rettungsdienst – Notarzteinsätze**

Die Bundesländer wollen den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden (Bundesrats-Drucksache 69/14). Dies soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten (Bundestags-Drucksache 18/1289).

## **Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten**

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat am 12. Dezember 2016 den Referentenentwurf für ein Gesetz zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland zur Abstimmung vorgelegt. Damit reagiert der Minister auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes. Der EuGH hat am 19. Oktober 2016 entschieden, dass die deutsche Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Wettbewerbsrecht verstößt.

Im konkreten Fall ging es nicht um den Onlinehandel an sich, sondern um Vergünstigungen, die die „Deutsche Parkinson Vereinigung“ für ihre Mitglieder mit der niederländischen Versandapotheke DocMorris ausgehandelt hatte. Der EuGH hat die Preisnachlässe für rechtmäßig erklärt. Da EU-Recht Vorrang hat, würde demnach das deutsche Arzneimittelpreisrecht nicht für Versandapotheken gelten, die ihren Sitz in anderen EU-Ländern haben. Für die in Deutschland ansässigen Versandapotheken würden dagegen weiter die deutschen Vorschriften mit der Bindung an den Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten.

Ziel des Gesetzes ist laut Bundesgesundheitsministerium, „die bestehende Struktur der flächendeckenden, wohnortnahen und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln auch weiterhin zu gewährleisten“. Gleichzeitig will Gröhe sicherstellen, „dass die Steuerungsfunktion der sozialversiche-

rungsrechtlichen Zuzahlungsregelungen nicht durch den mit Boni verbundenen Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus anderen Staaten unterlaufen wird“. Deutschland, so Gröhe, schließe sich damit 21 Mitgliedstaaten der EU an, in denen der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Humanarzneimitteln verboten ist.

(toro)

## Kurzmeldungen

### AOK Rheinland/Hamburg: Vorstand bestätigt

12.01.17 (ams). Günter Wältermann bleibt Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. Der Verwaltungsrat bestätigte ihn für weitere sechs Jahre im Amt, ebenso wie Rolf Buchwitz als stellvertretenden Vorsitzenden und Matthias Mohrmann als drittes Mitglied des Vorstandes. „Wir freuen uns, dass wir mit Kontinuität an die Aufgaben der vor uns liegenden Jahre herangehen können“, kommentierte Wältermann die Wiederwahl des Vorstandstrios.

**Mehr Infos:** [www.aok.de/rheinland\\_hamburg](http://www.aok.de/rheinland_hamburg)  
> Presse > Aktuelle Pressemitteilungen



### AOK Baden-Württemberg: Spitze bei Hausarztverträgen

12.01.17 (ams). Ein Drittel aller Teilnehmer an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist bei der AOK Baden-Württemberg versichert. Insgesamt ist die Zahl der HZV-Teilnehmer in Deutschland um etwa zehn Prozent gestiegen und liegt aktuell bei 4,3 Millionen. Alleine bei der AOK Baden-Württemberg nehmen 1,45 Millionen Versicherte an der HZV teil. Der Hausarzt ist in der HZV bei medizinischen Fragen erster Ansprechpartner und Lotse für die Patienten. Er koordiniert bei Bedarf die Behandlungen durch weitere Fachärzte. Bundesweit nehmen fast 17.000 Hausärzte teil. In Baden-Württemberg sind es fast 4.000.

**Mehr Infos:** [www.aok-bw-presse.de](http://www.aok-bw-presse.de)



### Mehr Förderung für nichtärztliche Praxisassistenten

12.01.17 (ams). Für Hausärzte ist es seit dem 1. Januar einfacher, nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) zu beschäftigen. Noch kurz vor dem Jahreswechsel einigten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband darauf, die Fördervoraussetzungen zu erleichtern. Außerdem wurde die finanzielle Förderung erhöht. So erhalten Hausärzte für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten künftig einen höheren Strukturzuschlag zur Finanzierung höherer Personalkosten und Weiterbildung sowie zusätzlicher Praxisausstattung.

**Mehr Infos:** [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) > Arzt und Praxis



**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:

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