

AOK-Medienservice

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

Politik

06/16

 @AOK_Politik



REFERENTENENTWURF ZUM PSYCH-VG	
■ KONSEQUENTE UMSETZUNG DER ECKPUNKTE	2
ÄNDERUNGSANTRÄGE ZUM MORBI-RSA	
■ PLANUNGSSICHERHEIT STEHT AUF DEM SPIEL	5
AMS-NACHGEFRAGT: NADINE-MICHÈLE SZEPAN	
■ WAS LÄUFT SCHIEF BEIM PFLEGE-TÜV?	7
AMS-GRAFIK: REKORDZAHLEN	
■ SO VIELE GESETZLICH VERSICHERTE WIE NIE ZUVOR	8
AMS-STICHWORT: BEHANDLUNGSFEHLER-MANAGEMENT	
■ CHIRURGISCHE EINGRIFFE BERGEN DAS HÖCHSTE RISIKO	9
ZAHL DES MONATS	
■ 40 MILLIONEN MENSCHEN IN DEUTSCHLAND ...	12
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	13
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	15
KURZMELDUNGEN	22

Referentenentwurf zum PsychVVG

Konsequente Umsetzung der Eckpunkte

14.06.16 (ams). In der Psychiatrie und Psychosomatik soll es ab 2017 ein neues Vergütungssystem geben. Statt fester Preise gibt es künftig krankenspezifische Budgets. Das Bundesgesundheitsministerium hat jetzt den Entwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) vorgelegt. Er orientiert sich eng an den Eckpunkten, auf die sich Große Koalition bereits im Februar 2016 geeinigt hatte. „Akzeptiert man, dass die Eckpunkte in ihrer Substanz nicht mehr geändert werden können, ist der Referentenentwurf eher positiv zu bewerten, der aber noch an einigen Stellen nachzuschärfen ist“, sagt Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung stationäre Versorgung.

Der Referentenentwurf für das PsychVVG greift die Eckpunkte vom Februar auf und konkretisiert die Umsetzung. Darüber hinaus finden sich Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie die Etablierung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihre Ambulanzen. Insgesamt stärkt der Entwurf die Vertragspartner auf Ortsebene. Der dadurch gewonnene Gestaltungsspielraum wird jedoch wohl nicht ohne Folgen bleiben. Verhandlungsprozesse verlaufen nur selten ohne sachlichen Streit, soweit Budgetanpassungsprozesse ohne Leitplanken verhandelt werden. In der Folge wird die Bedeutung und Verantwortung der Schiedsstellen aller Voraussicht nach steigen.

Die sektorenübergreifende Versorgung soll gestärkt werden. Gewährleisten soll dies die Einführung neuer stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld, das sogenannte Hometreatment. Dazu kommen neue, teils erweiterte Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen.

Systemwechsel bleibt problematisch

Der Entwurf sieht vor, dass die Budgets der einzelnen Krankenhäuser unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart werden. Damit werden die einheitlichen Preise auf Landesebene für gleiche Leistungen aufgegeben. Die Vergütung soll sich zudem stärker an Leitlinien, der Einhaltung von Personalstandards und den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) orientieren. Die Relativgewichte für Leistungen werden bundesweit auf Basis empirischer Daten kalkuliert. Davon werden die Vertragspartner bei den Budgetverhandlungen vor Ort abweichen, indem Sie die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten

und das vorhandene Budget berücksichtigen. Ab 2019 müssen sich Krankenhäuser darüber hinaus einem Vergleich stellen.

Die Aufgabe des bisherigen Preissystems bleibt aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im Grundsatz problematisch, weil das Tendenzen zur Selbstkostendeckung bei der Vergütung stationärer Leistungen bestärke. „Dies ist nicht nur aus ordnungspolitischen Gründen abzulehnen, sondern auch weil die Krankenhäuser in der Psychiatrie und Psychosomatik finanziell gut ausgestattet sind. Das belegen die Auswertungen der Jahresabschlüsse“, begründet Klinikexperte Malzahn die Kritik. Allerdings übersieht der Klinikexperte nicht, dass künftig Fehlentwicklungen im System der Fallpauschalen, den sogenannten DRGs, etwa durch nicht verhandelte Leistungssteigerungen, über regionale Budgetvereinbarungen gegebenenfalls vermieden werden können. „Die Umsetzung folgt den Eckpunkten und hat mit der Berücksichtigung der Obergrenze für die Budgetentwicklung und den Einbezug der stationsäquivalenten Behandlungsformen in das Budget richtige Impulse gesetzt. Auch der Krankenhausvergleich und das Festhalten an der Kalkulation der Entgelte – einer wichtigen Basis für die weitere Stärkung der Behandlungstransparenz – waren nicht von Anfang an klar.“, heißt es in einer ersten Bewertung des AOK-Bundesverbandes zum vorliegenden Entwurf.

Krankenhausvergleich ab 2019

Die Umsetzung des neuen, aber nicht minder komplexen Preissystems erfolgt in zwei Phasen. Zwischen 2017 und 2019 kalkuliert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wie bisher einen Entgeltkatalog. Darauf aufsetzend wird der Casemix, also der die Summe aller Behandlungen eines Krankenhauses, bestimmt. Vor der Ermittlung des sogenannten Basisentgelts, welches als Multiplikator mit dem Casemix zu einem Eurobetrag führt, einigen sich die örtlichen Vertragspartner auf die strukturellen Merkmale, die eine besondere Vergütung rechtfertigen, weil sie den Heilungsprozess befördern. Daraus leitet sich dann, basierend auf dem bestehenden Budget des Krankenhauses, das Budget des Folgejahres ab. Abschließend werden die Zu- und Abschläge – ebenfalls krankenhausesbezogen – ergänzt. Somit ist bis 2019 Budgetneutralität garantiert. Eine Budgetobergrenze, die nur in bestimmten Situationen überschritten werden darf, soll die finanziellen Risiken begrenzen.

Die Obergrenze gilt auch in der zweiten Phase ab 2019, wenn der Krankenhausvergleich als zusätzliche Komponente in die Vergütung einfließt. So soll das neue Vergütungssystem ökonomische Wirkung entfalten. Dazu kommen eine Vielzahl an Einzelfaktoren wie besondere Kostenwicklungen, Wirtschaftlichkeitsreserven, Erfüllungsgrad von Personalvorgaben nach Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) beziehungsweise Vorgaben des GBA. Deutliche Über- oder Unterschreitungen sollen Budgetanpassungen zur Folge haben.

Die Krankenhäuser sind laut Entwurf dazu verpflichtet nachzuweisen, dass eine überdurchschnittliche Vergütung gerechtfertigt ist. „Das ist notwendig, weil Nachweis- und Substantiierungspflichten Transparenz schaffen und den Preisangleichungsprozess zwischen den Krankenhäusern unterstützen“, kommentiert Malzahn die vorgesehenen Regelungen. Inwieweit die auf dieser Grundlage verhandelten Budgets vom Landesdurchschnitt abweichen dürfen, darüber sollen künftig die örtlichen Vertragspartner verhandeln. Als „deutlich“ definiert der aktuelle Referentenentwurf eine Überschreitung von mehr als einem Drittel. Zu großzügig sei das bemessen, moniert die AOK.

Kontrollmechanismen am Ende entscheidend

Die Vorgabe zur Einhaltung von Personalstandards kommt für die AOK nicht überraschend. Der GBA erhält den Auftrag, bis 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung festzulegen. „Am Ende wird es darauf ankommen, wie und wer die Einhaltung der Personalstandards kontrolliert und welche Konsequenzen einer Nichteinhaltung folgen“, sagt Malzahn. Die Fehler die bezüglich der Psych-PV, über deren Erfüllungsgrad sich Krankenhäuser und Krankenkassen oft nicht einigen konnten, dürfen nicht wiederholt werden. In der Vergangenheit hätten die Krankenhäuser auf Basis dieser Verpflichtung immer wieder Budgeterhöhungen einfordern können. Die vereinbarten und finanzierten Stellen seien von den Krankenhausträgern nur nicht flächendeckend besetzt worden. „Keinesfalls aber dürfen Krankenhäuser, die wirtschaftlich gut aufgestellt sind und die Personalvorgaben eingehalten haben schlechter gestellt werden, als Krankenhäuser, die diese Rahmenbedingungen nicht erfüllen“, fordert Malzahn.

Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung werden neue Behandlungsformen im häuslichen Umfeld ermöglicht. Die Einführung des Hometreatments begrüßt der AOK-Bundesverband als ordnungspolitisch richtigen Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung und verweist auf einige, mittlerweile abgeschlossene Modellprojekte. Systematische Erfahrungen aus Deutschland lägen jedoch bisher noch nicht in ausreichendem Umfang vor. Es werde sich zeigen, wie die Schnittstellen zur vertragsärztlichen Versorgung in der Praxis funktionieren, sofern Hometreatment flächendeckend als neue Leistungsform zur Anwendung komme.

(rbr)

**Ausführliche Informationen zu stationären Versorgung
in Deutschland im Dossier „Krankenhaus“:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus**



Änderungsanträge zum Morbi-RSA

Planungssicherheit steht auf dem Spiel

14.06.16 (ams). Nach Plänen von Union und SPD soll es künftig möglich sein, die Regeln für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im laufenden Haushaltsjahr zu ändern. Bislang informiert das Bundesversicherungsamt (BVA) die Krankenkassen jeweils bis zum 30. September darüber, mit welchen Einnahmen sie für das nächste Jahr planen können. Von diesen Zahlen hängen wichtige Wettbewerbsentscheidungen ab, insbesondere über die Höhe des Zusatzbeitrages. Der AOK-Bundesverband fürchtet um die finanzielle Planungssicherheit der gesetzlichen Krankenkassen. „Der BVA-Bescheid ist keinen Pfifferling mehr wert, wenn man damit rechnen muss, dass er rückwirkend geändert werden kann“, kritisiert der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch.

Die AOK-Kritik entzündet sich an zwei Gesetzesvorlagen, die die Regierungsfractionen als Änderungsanträge zum geplanten Transplantationsregistergesetz in das parlamentarische Verfahren eingebracht haben. Aus Sicht von Union und SPD geht es dabei um „Klarstellungen“ zu Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Sie wollen gesetzlich festschreiben, dass die am 1. August 2014 in Kraft getretenen Sonderregelungen rückwirkend auch für die Jahre 2013 und 2014 gelten sollen.

Der AOK-Bundesverband lehnt dieses Vorhaben ab. Gesetze, die eine echte Rückwirkung auslösen, seien grundsätzlich verfassungswidrig, stellt der Verband in seiner Stellungnahme zu den Änderungsanträgen fest. Dabei beruft sich die AOK insbesondere auf das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen. Dieses hat am 29. Oktober 2015 festgestellt, dass eine rückwirkende Anwendung der Sonderregelungen für 2013 rechtswidrig ist.

Ordnungspolitisch fragwürdiges Verfahren

Zudem soll es nach dem Willen der Großen Koalition künftig möglich sein, Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds im laufenden Jahr anzupassen. „Damit zementiert der Gesetzgeber nicht nur die unberechtigte Rückwirkung bei den Zuweisungen, sondern schafft für sich auch die Möglichkeit, jederzeit rückwirkend in den Finanzhaushalt der Kassen einzugreifen“, so Litsch. Das sei nicht nur ordnungspolitisch fragwürdig, sondern verschärfe das Insolvenzrisiko in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der AOK-Bundesverband hat die Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte bereits während des parlamentarischen Beratungsprozesses 2014 abgelehnt. Sie widersprechen laut Litsch der Systematik des Morbi-RSA

und orientieren sich einseitig an den Interessen einzelner Kassen: „Deshalb hat der Gesetzgeber selbst seine Vorgaben zeitlich eng befristet. Sie sollen nur solange angewendet werden, bis es auf der Grundlage von Gutachterempfehlungen zielgenauere Verfahren zur Berechnungen der Zuweisungen gibt.“ Folgerichtig hat der AOK-Bundesverband in der Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages am 1. Juni 2016 erneut seine grundsätzliche Position deutlich gemacht: keine Flickschusterei auf Drängen einzelner Krankenkassen, sondern sachlich fundierte Entscheidungen auf der Basis einer unabhängigen Gesamtbewertung durch den Wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA). „Ausschließlich dem BVA liegen die dafür notwendigen Daten in ausreichender Menge und Qualität vor“, betont AOK-Vorstand Litsch. Die inzwischen kursierenden „Gefälligkeitsgutachten“ seien wenig hilfreich. „Der geltende Finanzausgleich schützt die Versicherten wirksam vor der Risikoselektion durch einzelne Krankenkassen. Wenn der Gesetzgeber jetzt Einzelinteressen nachgibt, gerät das gesamte System aus dem Gleichgewicht“, warnt Litsch.

(toro)

Hintergrund:

Die umstrittenen Übergangsregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte innerhalb des Morbi-RSA sind zum 1. August 2014 mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der GKV“ in Kraft getreten. Danach werden die Zuweisungen für Krankengeld zu 50 Prozent nach den tatsächlichen Ausgaben und zu 50 Prozent nach dem im Finanzausgleich üblichen, an Durchschnittskosten orientierten Standardisierungsverfahren bemessen. Die Zuweisungen für Auslandsversicherte werden anhand der tatsächlich dokumentierten Leistungen berechnet. Diese Übergangsregelungen sollen gelten, bis wissenschaftliche Gutachten mit Vorschlägen für eine zielgenauere Verteilung der Mittel vorliegen. Der Gesetzgeber hat die Sonderregelung befristet, weil der Ausgleich tatsächlicher Ausgaben nicht nur der Systematik des Morbi-RSA widerspricht, sondern auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem von der Politik ausdrücklich gewünschten Wettbewerbsgedanken zuwider läuft. Kurz gesagt: Wenn die realen Ausgaben ausgeglichen werden, besteht für eine Krankenkassen weniger Anreiz, wirtschaftlich zu handeln.

Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:
www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen



ams-nachgefragt: Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband

Was läuft schief beim Pflege-TÜV, Frau Szepan?

14.06.16 (ams). „Das aktuelle Schulnotensystem verschleiert mehr, als dass es Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Orientierung gibt. Ein System, das nur ‚Einser‘ vergibt, ist gescheitert. So lange nur Strukturen und Prozesse aus der Pflegedokumentation, aber keine Ergebnisqualität geprüft werden, kann niemand sagen, wie gut ein Pflegeheim oder -dienst wirklich ist. Der AOK-Bundesverband kritisiert das nicht erst nach den Medienberichten der vergangenen Wochen. 2014 hat er ein Konzept für einen Relaunch der Qualitätssicherung in Heimen vorgelegt, das im Zweiten Pflegestärkungsgesetz mit dem indikatorengestützten Gesamtverfahren Eingang in die soziale Pflegeversicherung gefunden hat.

Zudem wird der aktuelle Pflege-TÜV den Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht gerecht. Hauptkriterium ist ja nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen. Das spiegelt sich in der Systematik der Pflegequalitätsberichte bisher überhaupt nicht wider. Auch das Konzept, das der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, vor rund einem Jahr vorgelegt hat, bleibt sehr unkonkret.

Deshalb engagiert sich die AOK mit fachlicher Beratung beim Modellprojekt ‚EQisA‘. Das steht für ‚Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe‘. Das Projekt des Caritasverbandes, der Erzdiözese Köln und des Instituts für Pflegewissenschaft der Uni Bielefeld fußt auf dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit. Seit 2011 wird die Pflegequalität in vollstationären Einrichtungen anhand von spezifischen Gesundheitsindikatoren gemessen. Wie steht es um die Mobilität der Bewohner und deren Förderung? Was wird getan, um Druckgeschwüre oder Stürze zu vermeiden? Wie erfolgreich sind die Maßnahmen? Das sind die entscheidenden Qualitätsmerkmale für die Pflege.

EQisA und das Projekt ‚Ergebnisqualität Münster‘, kurz EQMS, unterstützen die Abkehr von der verrichtungsbezogenen zur personenzentrierten Versorgung. Die Förderung noch vorhandener Fähigkeiten steht im Fokus. Pflegebedürftige sollen ein möglichst selbstbestimmtes und würdevolles Leben führen können. Aktuell beteiligen sich daran bundesweit bis zu 325 Pflegeeinrichtungen mit knapp 30.000 Bewohnern. Erprobt wird aktuell auch das Verknüpfungsmodell von Medizinischem Dienst der Krankenkassen und Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung.“

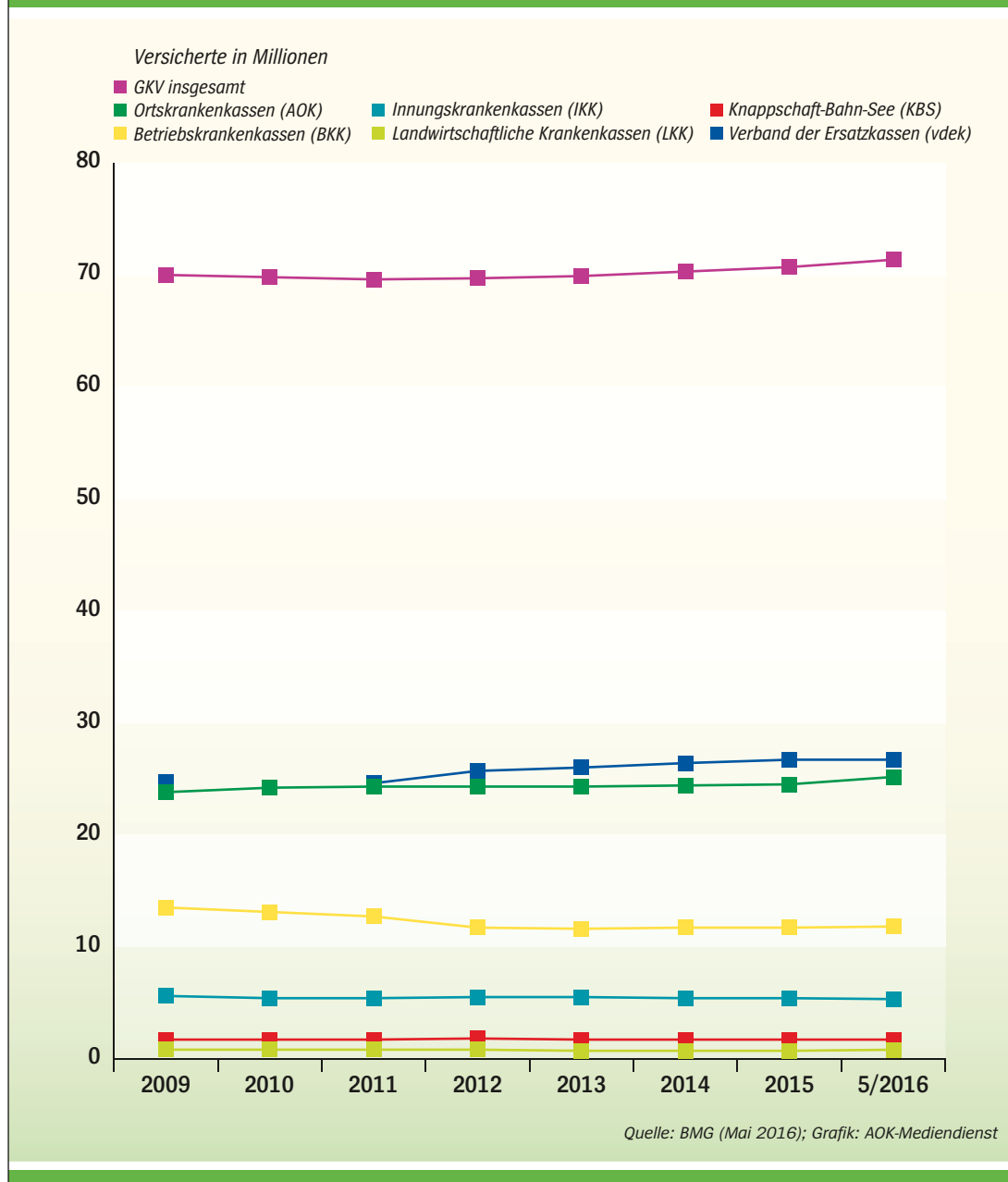


Nadine-Michèle Szepan
leitet die Abteilung Pflege
im AOK-Bundesverband.

**Weitere Informationen im AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) unter:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > PM vom 1. April 2015**



Rekord: So viele gesetzlich Versicherte wie nie zuvor



Nie zuvor waren mehr Menschen gesetzlich versichert als im Mai 2016: 71,3 Millionen, netto 600.000 mehr als im Jahresdurchschnitt 2015. Die AOKs verbuchten über 605.000 Versicherte mehr, die BKKs 97.200 und die Ersatzkassen 37.900. Einbußen gab es bei den IKKs mit fast 86.200, der Knappschaft mit etwas mehr als 33.600 und den LKKs mit gut 20.700.

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

ams-Stichwort: Behandlungsfehler-Management

Chirurgische Eingriffe bergen das höchste Risiko

14.06.16 (ams). Fast 14.900 Behandlungsfehlervorwürfe hatten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) 2015 zu prüfen. In gut 4.000 Fällen, also mehr als jedem vierten Fall, stellten die Gutachter einen Behandlungs- oder Pflegefehler fest. Die Zahl der bestätigten Fehler stieg im Vergleich zu 2014 um 250. Fast die Hälfte der Vorwürfe bezog sich auf die Orthopädie, Unfall- oder Allgemein Chirurgie, elf Prozent auf die Allgemein- und Innere Medizin, neun Prozent auf die Zahnmedizin und sieben Prozent auf die Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In fünf Prozent der Vorwürfe ging es um den Bereich der Pflege.

Etwa 4.000 Aufträge für fachliche Stellungnahmen erteilen die Serviceteams der AOKs jährlich bundesweit, um den Verdacht ihrer Versicherten auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler zu prüfen. Weit mehr als 100.000 der aktuell 25 Millionen AOK-Versicherten haben das Behandlungsfehler-Management seit der Einführung im Jahr 2000 bisher in Anspruch genommen. Seit Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes 2013 nimmt der Gesetzgeber die gesetzlichen Krankenkassen stärker in die Pflicht, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen zu unterstützen, die aus Behandlungsfehlern oder Pflegefehlern entstanden sind.

Vom Fehlermanagement zur Fehlervermeidung

Als die AOK das Behandlungsfehler-Management als kostenloses Zusatzangebot für ihre Versicherten eingeführt hat, tat sie dies aus freien Stücken und gutem Grund und nicht, weil der Gesetzgeber das vorgegeben hätte. Seit mehr als 16 Jahren beraten spezialisierte Service-Teams in allen Bundesländern Versicherte individuell und vertraulich. Die Erkenntnisse aus dem Behandlungsfehler-Management dienen längst auch der Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung und unterstützen damit die Etablierung einer neuen Fehlerkultur in Deutschland. Dabei setzt die AOK auf eine Doppelstrategie: Zum einen steht sie ihren Versicherten beim Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler mit Rat und Tat zur Seite. Zum anderen unterstützt sie Ärzte und Krankenhäuser bei ihren Anstrengungen um mehr Patientensicherheit. Die Aufträge der AOK für Stellungnahmen gehen überwiegend an den MDK. Spezielle Gutachterteams prüfen objektiv und unabhängig, ob die Behandlung anerkannten wissenschaftlich medizinischen Standards entsprochen hat. „Der MDK prüft den Vorwurf des Versicherten und die Behandlungsdokumentation völlig neutral und erstellt keine Gefälligkeitsgutachten, die letztlich dem Patienten keinen Nutzen bringen würden“, erläutert Rechtsanwältin Nora

Junghans vom AOK-Bundesverband. Sie begleitet das bundesweite Behandlungsfehler-Management der AOK juristisch. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine medizinische Maßnahme gegen eben jene medizinisch wissenschaftlichen Standards verstößt und die gebotene Sorgfalt vermissen lässt. Liegt ein Fehler vor, wird geprüft, ob der Schaden, den der Patient erlitten hat, durch den Fehler kausal, also unmittelbar, verursacht worden ist.

Nur die Spitze des Eisbergs

Auf Basis der Stellungnahme des MDK kann dann der Patient entscheiden, welche weiteren Schritte er unternimmt. Auch hierbei unterstützt die AOK ihre Versicherten, etwa durch ergänzende Stellungnahmen im Rahmen von Verhandlungen mit Haftpflichtversicherungen oder im Rechtsstreit. Anwalts- und Prozesskosten kann die AOK jedoch nicht übernehmen. Gesetzlich Versicherten entstehen durch die medizinische Begutachtung grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten. „In durchschnittlich gut einem Viertel der Fälle bestätigte der MDK über die vergangenen Jahre hinweg Behandlungs- oder Pflegefehler bei AOK-Versicherten“, bilanziert Junghans. „Hier zeigt sich jedoch nur die Spitze des Eisbergs, denn viele Betroffene verfolgen ihre Ansprüche aus Unkenntnis oder Angst vor gerichtlichen Auseinandersetzungen gar nicht oder haben Probleme in der Beweisführung.“

Aus Sicht der Juristin wird der hohe Beratungs- und Hilfebedarf betroffener Patienten auch in Zukunft kaum sinken. Schon die Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes vor gut drei Jahren hat dazu geführt, dass der Bedarf kontinuierlich steigt. Da allerdings die Beweislast grundsätzlich beim Patienten liegt, haben Geschädigte oft Schwierigkeiten, ihre Ansprüche gegenüber Ärzten und Kliniken durchzusetzen. Daran hat auch das Patientenrechtegesetz nichts geändert.

Sicherheitskultur ist in Deutschland noch unterentwickelt

Am Anfang der Beratung steht in der Regel ein Gespräch, bei dem der Patient den AOK-Experten seinen Fall schildert. Erhärtet sich der Verdacht auf einen Fehler, kann die AOK auf Wunsch des Versicherten die Behandlungsunterlagen einholen und eine Stellungnahme veranlassen. Hierzu ist es erforderlich, dass die Betroffenen eine Schweigepflichtentbindungserklärung und eine Herausgabegenehmigung für die Behandlungsunterlagen erteilen.

Die MDK-Gemeinschaft forderte unlängst bei der Präsentation der aktuellen Zahlen eine Meldepflicht für Behandlungsfehler. „Die Sicherheitskultur ist in Deutschland noch unterentwickelt. Im Vergleich zu Ländern, in denen Behandlungsfehler verpflichtend gemeldet werden müssen, kann in Deutschland aufgrund der intransparenten Datenlage noch zu wenig aus den Fehlern systematisch gelernt werden“, kritisierte Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzen-

verbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Nötig seien ein offenerer Umgang mit Fehlern und eine gezielte Strategie zur Fehlervermeidung.

Fehlervermeidung und eine bessere Fehlerkultur, diese Ziele unterstützt auch die AOK nachhaltig durch ihr Engagement im Aktionsbündnis Patientensicherheit. Gemeinsam mit dem AOK-Bundesverband und weiteren Unterstützern stellt das Aktionsbündnis mittlerweile umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung. Die Broschüre „Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall“ ist im Jahr 2012 in zweiter Auflage erschienen. Darin schildern Autoren aus ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Berufen, in welchen Situationen ihnen Fehler unterlaufen sind und welche Schlüsse sie daraus gezogen haben. Das Heft ergänzt den Klassiker von 2008 „Aus Fehlern lernen“.

(rbr)

Weitere Informationen zur Arbeit des MDS:
www.mds-ev.de



Das Serviceangebot der AOK:
www.aok.de > **Medizin & Versorgung Ihre Rechte als Patient**

Weitere Infos im Dossier Patientensicherheit:
www.aok-bv.de > **Hintergrund > Dossiers > Patientensicherheit**



Zahl des Monats

40 Millionen Menschen in Deutschland ...

14.06.16 (ams). ... informierten sich 2015 im Internet über Gesundheitsthemen wie etwa Verletzungen, Krankheiten, Ernährung und gesundheitserhaltende Maßnahmen. Das entspricht einem Anteil von 67 Prozent der Internetnutzerinnen und -nutzer ab zehn Jahre. Das bedeutet einen Zuwachs von knapp elf Prozentpunkten gegenüber 2010. Frauen waren dabei interessierter an Gesundheitsthemen als Männer: 76 Prozent der Internetnutzerinnen ab zehn Jahre informierten sich im World Wide Web im Vergleich zu 59 Prozent der Internetnutzer.

Allerdings fühlt sich auch mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland von der Informationsflut zu Gesundheitsthemen überfordert. Das zeigt eine aktuelle repräsentative Studie der Universität Bielefeld. Demnach weisen rund 44 Prozent der Deutschen eine eingeschränkte und weitere zehn Prozent sogar eine unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Damit liegt Deutschland nicht nur unter dem europäischen Durchschnitt, es fällt auch deutlich gegenüber vergleichbaren Ländern wie den Niederlanden oder Dänemark ab.

Dem wollen die Universität Bielefeld, der AOK-Bundesverband und die Hertie School of Governance mit einem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ entgegenwirken. Schirmherr ist Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Insbesondere im Internet lassen sich neueste wissenschaftliche Forschungsergebnisse nicht immer leicht von werblichen Angeboten und interessengeleiteten Empfehlungen unterscheiden. Die AOK will deshalb ihre Faktenboxen weiter ausbauen. Das neue Infoformat im Netz vermittelt medizinisches Wissen verständlich und kompakt. In diesem Jahr wird die AOK zu den aktuell 14 weitere Faktenboxen veröffentlichen, etwa zu den Themen Nahrungsergänzungsmittel oder Bluthochdruck.

(rbr)

**Das Engagement des AOK-Bundesverbandes
auf dem Feld der Gesundheitskompetenz:
www.aok-bv.de > Engagement > Gesundheitskompetenz**

**Informationen zum „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 13. Mai 2016**



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Weniger Bürokratie beim langfristigen Heilmittelbedarf

Der GBA hat bereits vorhandene Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf in einem neuen Paragraphen 8a gebündelt und vereinfacht. Der GBA setzt damit einen Auftrag des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes um. Teil der Neuregelung ist auch eine Liste der Diagnosen, die einen langfristigen Heilmittelbedarf begründen. Für diese Diagnosen müssen Versicherte keinen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf stellen. Versicherte, bei denen keine der aufgeführten Diagnosen vorliegt, können bei ihrer Kasse weiterhin einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf stellen.

Für die Durchführung dieses Verfahrens und die Beurteilung, ob ein mit den gelisteten Diagnosen vergleichbarer langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, wurden ebenfalls Regelungen aufgenommen. Betroffene müssen aber weiterhin alle zwölf Wochen bei ihrem verordnenden Arzt vorstellig werden, damit dieser die Notwendigkeit der Heilmittelbehandlung feststellt und eine Heilmittelverordnung ausstellt. Diese Verordnungen muss der Versicherte allerdings der Krankenkasse nicht mehr einzeln zur Genehmigung vorlegen

Früherkennungsuntersuchungen für Kinder angepasst

Ab Juli 2016 gilt ein neues sogenanntes Gelbes Heft, in dem die Befunde der Kinderuntersuchungen eingetragen werden. Im vergangenen Jahr hatte der GBA Änderungen der Kinderuntersuchungen beschlossen, die nun im Gelben Heft umgesetzt wurden. Mit den neuen Leistungen wurden die sogenannten U-Untersuchungen um wesentliche Elemente erweitert und mit neuen Screening-Angeboten wie beispielsweise die systematische Untersuchung auf die angeborene Stoffwechselkrankheit Mukoviszidose ergänzt, heißt es beim GBA. Über das neu erarbeitete Dokumentationsheft können sich Eltern schon vor dem Arztbesuch über die wesentlichen Ziele und Inhalte der Untersuchungen informieren. Mit einer herausnehmbaren Teilnahmekarte haben die Eltern dabei die Möglichkeit, gegenüber Kindergärten nachzuweisen, dass die Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen wurden, ohne dabei vertrauliche Informationen weiterzugeben.

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.

Innovationsfonds: Fast 300 Projektskizzen eingereicht

Im zweistufigen Antragsverfahren auf Fördermittel zur Versorgungsforschung hat der Expertenrat des GBA mit der Begutachtung der eingereichten 296 Projektskizzen begonnen. Die Antragsteller mit den überzeugendsten Forschungsansätzen werden anschließend vom Innovationsausschuss des GBA beziehungsweise dem beauftragten Projektträger gebeten, einen vollständigen Antrag auf Fördermittel einzureichen. Ein Großteil der eingereichten Projektskizzen bezieht sich auf das Themenfeld „Qualitätssicherung und /oder Patientensicherheit in der Versorgung“ und auf „Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten zur besseren Versorgung“. Danach folgen Anträge zur Forschung in den Bereichen „Bedarfsgerechtigkeit und / oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung“ und „Instrumente zur Messung von Lebensqualität“.

Weitere Infos zu Beschlüssen und zur Arbeit des GBA unter:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der Bundestag geht seiner sozusagen letzten richtigen Sommerpause entgegen. In zwölf Monaten wird nämlich aller Erfahrung nach bereits der Bundestagswahlkampf diese Phase des parlamentarischen Jahres bestimmen. Und so stellt die Große Koalition bereits in den nächsten Wochen die Weichen für den Abschluss der noch offenen Reformen und gesundheitspolitischen Initiativen. Der AOK-Mediendienst bietet wie gewohnt einen Überblick über die wichtigsten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 13.06.16). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Antikorruptionsgesetz

Der Bundesrat hat am 13. Mai 2016 das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“, kurz Antikorruptionsgesetz, passieren lassen. Die Länder verzichteten zwar auf das Einschalten des Vermittlungsausschusses. Sie machten aber in einer begleitenden EntschlieÙung deutlich, dass sich aus ihrer Sicht schon jetzt Strafbarkeitslücken abzeichnen. Denn das Gesetz zielt nach Darstellung des Bundesrates in der vom Bundestag am 14. April verabschiedeten Fassung ausschließlich auf Wettbewerbsschutz und nicht zugleich auf den Patientenschutz ab. Außerdem weist die Länderkammer darauf hin, dass die vom Parlament vorgenommene Beschränkung des Gesetzes auf den Bezug und die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln sowie Medizinprodukten dazu führt, „dass ganze Berufsgruppen, vor allem die der Apothekerinnen und Apotheker, aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes herausfallen“. In ihrer EntschlieÙung bitten die Länder deshalb die Bundesregierung „zu beobachten, ob zukünftig in der Praxis die vorbeschriebenen Strafverfolgungslücken in einem Umfang auftreten, der geeignet ist, das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem zu beeinträchtigen“. Sollte dies der Fall sein, müsse das Gesetz entsprechend geändert werden.

Auf die Änderungen, die in der Beschlussempfehlung des federführenden Bundestags-Rechtsausschusses enthalten sind, hatten sich die Rechtspolitiker der GroÙen Koalition vor Ostern verständigt. So wurde der Bezug auf das Berufsrecht gestrichen; maßgeblich ist künftig, ob das Wettbewerbsrecht verletzt worden ist. Bei Apothekern kann nur noch die Verordnung, nicht aber die Abgabe von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten Gegenstand einer entsprechenden Unrechtsvereinbarung sein. Neu ist, dass die Tatbestände künftig als Officialdelikte gelten, so dass kein Strafantrag mehr für ein Tätigwerden der Ermittlungsbehörden notwendig ist.

Bereits im Februar 2015 hatte Bundesjustizminister Heiko Maas den Entwurf für dieses Gesetz vorgelegt, mit dem der Straftatbestand der Bestechlichkeit

und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch verankert wird. Am 29. Juli 2015 hatte das Bundeskabinett den Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums gebilligt. Der sah vor, im Strafgesetzbuch den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe zu verankern. Durch den neuen Paragraphen 299a sollen strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ geschlossen werden. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft.

Die Bundesrats-Drucksache:

www.bundesrat.de > Service > Archiv > Drucksachen > 181/16

Die Beschlussempfehlung des Bundestags-Rechtsausschusses:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/8106



Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Die Bundesregierung will für chronisch Kranke den Zugang zu Cannabis als Arzneimittel gesetzlich regeln. Einen entsprechenden Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hat das Bundeskabinett am 4. Mai 2016 verabschiedet. Bei entsprechender medizinischer Indikation, die durch einen Arzt festgestellt werden muss, sollen Patienten in einem für die Therapie erforderlichen Umfang mit Cannabispräparaten versorgt werden. Die Krankenkassen sollen danach in einem eng begrenzten Rahmen die Kosten für die Cannabis-Therapie tragen. Das betrifft laut Gesetzentwurf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie Arzneimitteln mit Dronabinol oder Nabilon. Der Anspruch auf eine entsprechende Versorgung erhalten Versicherte mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach Paragraph 62 Absatz eins Satz acht des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), wenn eine allgemein anerkannte Behandlungsalternative im Einzelfall nicht zur Verfügung steht, nur eine geringe Chance auf eine spürbare Verbesserung der Krankheit besteht oder der Versicherte sich verpflichtet, an einer bis zum 31. Dezember 2018 laufenden Begleitforschung zum Einsatz dieser Arzneimittel teilzunehmen.

Für die Behandlung mit Medizinalhanf liegen die monatlichen Kosten laut Ministerium bei bis zu 1.800 Euro pro Patient. Im Jahr 2013 wurden 32 Kilogramm Cannabisblüten importiert, 2014 waren es 48 Kilogramm. Der Preis für diese Menge liegt laut Ministerium bei rund 864.000 Euro. Die monatlichen Behandlungskosten für Dronabinol beziffert das BMG je nach Darreichungsform auf 250 Euro bis 500 Euro (Tropfen) oder 720 Euro bis 1.440 Euro (Kapseln). Angaben zur Anzahl der Patienten, die derzeit eine Behandlung mit Dronabinol

selbst finanzieren, liegen dem Ministerium nicht vor. Am 1. Oktober 2015 hatten 527 Patientinnen und Patienten eine Ausnahmeerlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zum Bezug von Cannabis. Den Cannabis-Bedarf will die Bundesregierung nicht allein durch Import, sondern auch durch einen staatlich regulierten Anbau in Deutschland decken. Dazu soll unter Aufsicht des BfArM eine Cannabisagentur eingerichtet werden. Sie vergibt dann nach den Vorgaben des Vergaberechts Aufträge über die Belieferung mit Medizinalhanf an Anbauer und schließt mit diesen zivilrechtliche Lieferbeziehungsweise Dienstleistungsverträge. Über die Cannabisagentur würde der Medizinalhanf anschließend an Hersteller von Cannabisarzneimitteln, Großhändler oder Apotheken verkauft. Ein Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten kommt für die Bundesregierung „aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht“ weiterhin nicht in Betracht.

Der Kabinettsentwurf:

www.bmg.bund.de > Presse > Pressemitteilung > 2016



Medizinprodukte (EU-Verordnungen)

Vertreter des Europäischen Parlaments, des Rates und der Kommission haben sich Ende Mai nach fast vierjähriger Beratungszeit auf neue Zulassungsregeln für Medizinprodukte verständigt. Skandale wie minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke sollen so künftig vermieden werden. Eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung gibt es für Hersteller von Medizinprodukten auch im neuen Zulassungsverfahren nicht. Die neue EU-Verordnung beschränkt sich bisher darauf, dass Hersteller angemessene Rücklagen für den Fall von Haftungsansprüchen durch fehlerhafte Produkte bilden sollen, ohne dass dies konkretisiert wird oder nachprüfbar ist. Künftig sollen die Identifizierungsnummern aller Medizinprodukte so vorgehalten werden, dass bei einer schadhaften Serie alle Betroffenen informiert werden können.

Die Prüfung von Hochrisikomedizinprodukten verbleibt auch mit der neuen EU-Verordnung bei den privatwirtschaftlichen „Benannten Stellen“. Zusätzlich soll eine von Fall zu Fall einberufene, international zusammengestellte Expertengruppe die Unterlagen vor einer Marktzulassung prüfen, deren Ergebnisse jedoch keine Verbindlichkeit für die „Benannten Stellen“ haben. Die Gesundheitsminister der EU-Mitgliedstaaten werden die Einigung zur EU-Verordnung voraussichtlich in ihrer Ratssitzung am 16. Juni 2016 bestätigen. Die offiziellen Zustimmungen im Europäischen Parlament und Rat wären dann nur noch Formsache. Die Verordnung könnte im zweiten Halbjahr 2016 veröffentlicht werden und in Kraft treten. Sie muss nicht in nationales Recht umgesetzt werden, kann aber in Teilen von den einzelnen EU-Mitgliedsländern ergänzt werden. Die neuen Regelungen sollen nach einer Übergangsphase von drei Jahren gelten.

Der AOK-Bundesverband forderte Nachbesserungen auf nationaler Ebene: „Bei der EU-Verordnung für Medizinprodukte haben sich die Patienteninteressen nur an wenigen Stellen durchsetzen können. Was wir dringend brauchen, sind wirksame Kontrollen und Strafen, damit diese Ansätze nicht auch noch von der Industrie unterwandert werden können.“

Die Beschlüsse des EU-Parlaments:

www.europarl.europa.eu > Plenartagung > Angenommene Texte > P7_TA (2014) 0266 und P7_TA (2014) 0266

Die Bundesrats-Drucksache:

www.bundesrat.de > Service > Archiv > Drucksache 575/12



Die Einschätzung des AOK-Bundesverbandes zu den neuen Regeln:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung vom 26. Mai 2016

Mehr Infos und Hintergrund im Dossier „Medizinprodukte“:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers



Pflegeberufe-Reformgesetz

Der Bundestag hat das Pflegeberufe-Reformgesetz am 18. März 2016 in erster Lesung beraten. Dessen Ziel ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen allgemeinen 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 Ausbildungsreform soll noch vor der Sommerpause verabschiedet werden. In Kraft treten soll das Gesetz am 1. Januar 2018, einzelne, zur Vorbereitung der Umstellung nötige Regelungen bereits zum 1. Januar 2017.

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 stattfinden.

Mit dem Pflegeberufe-Reformgesetz soll auch die Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung bundeseinheitlich geregelt werden. Sie soll für die Auszubildenden kostenlos sein und über einen Ausbildungsfonds auf Landesebene finanziert werden. In diese Fonds sollen die Länder, die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegeversicherung einzahlen. Neben der beruflichen Pflegeausbildung an Pflegeschulen sieht der Gesetzentwurf die Einführung eines generalistisch ausgerichteten, primärqualifizierenden Pflegestudiums an Hochschulen vor. Die Bundesregierung beziffert die jährlich zu erwartenden Mehrkosten mit 322 Millionen Euro. Insgesamt

lägen die Kosten für die Pflegeausbildung dann bei rund 2,72 Milliarden Euro pro Jahr. Hinzu kommen im ersten Ausbildungsjahr rund 81 Millionen Euro als Mehrkosten für den Aufbau der Ausbildungskostensfonds sowie 16,8 Millionen Euro an Verwaltungskosten. Für die Pflegeversicherung entspräche das einer finanziellen Mehrbelastung von 90 Millionen Euro im Jahr. Auf die gesetzliche Krankenversicherung kämen Mehrkosten von 180 Millionen Euro pro Jahr und die einmalige Zahlung für den Fondsaufbau im Umfang von 40 Millionen Euro zu.

Das Reformgesetz ist durchaus umstritten. In der Sachverständigen-Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses am 30. Mai 2016 gab es zahlreiche Kritik an den geplanten Neuerungen. Insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege stößt die generalistische Ausbildung auf Ablehnung. Der AOK-Bundesverband hat in der Fachanhörung zum Referentenentwurf am 11. Dezember das Modell der Finanzierung über Landesausbildungsfonds kritisiert. Durch den Aufbau von Doppelstrukturen entsteht aus Sicht der AOK ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand. Positiv beurteilt die AOK die vorgesehene Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege, der Wegfall von Wettbewerbsnachteilen für Ausbildungsbetriebe und die für Pflegeschüler kostenlose Ausbildung.

Der Gesetzentwurf zum Download:

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



Transplantationsregistergesetz (TxRegG)

Der Bundestag hat den Entwurf eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters am 28. April 2016 in erster Lesung beraten. Am 23. März hatte das Kabinett das Gesetz verabschiedet. Es sieht vor, dass künftig alle transplantationsmedizinisch relevanten Daten nicht mehr durch verschiedene Institutionen erfasst, sondern zusammengeführt werden. Dabei werden erstmals Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern bundesweit zentral zusammengefasst und miteinander verknüpft. Die Daten der Organempfänger und der lebenden Organspender werden nur mit ihrer ausdrücklichen Einwilligung an das Transplantationsregister übermittelt. Das Transplantationsregister wird unter der Aufsicht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfDI) stehen.

Das Register soll langfristig unter anderem dazu beitragen, die Wartelistenkriterien sowie die Verteilung der Spenderorgane weiterzuentwickeln. Es liefert fundierte Informationen darüber, zu welchem Organempfänger ein Spenderorgan am ehesten passt. Zudem sollen Daten für wissenschaftliche Forschungszwecke im Bereich der Transplantationsmedizin nutzbar gemacht werden. Errichtung und Betrieb eines bundesweiten Transplantationsregisters sollen im Transplantationsgesetz (TPG) verankert werden. Der GKV-Spitzenverband,

die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam als TPG-Auftraggeber werden gesetzlich beauftragt, vertragliche Vereinbarungen mit geeigneten Einrichtungen und im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu schließen.

Das Transplantationsregister besteht aus einer selbstständigen Transplantationsregisterstelle sowie einer selbstständigen Vertrauensstelle. Erstere fungiert als zentrale Datenstelle, die die übermittelten transplantationsmedizinischen Daten erhebt, speichert, überprüft, Datensätze erstellt und bereitstellt. Zweitere übernimmt die Pseudonymisierung der personenbezogenen Daten, bevor diese an die Transplantationsregisterstelle übermittelt werden. Für den Betrieb der Transplantationsregisterstelle wird eine Geschäftsstelle eingerichtet. Dem Register wird ein Beirat zur Seite gestellt.

Im Zuge der parlamentarischen Beratung wollen die Koalitionsfraktionen Änderungen an der Berechnungsgrundlage für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vornehmen. Mit den entsprechenden Änderungsanträgen sollen die Sonderregelungen für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte aus dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) nachträglich rückwirkend für das Jahr 2013 und nicht wie bisher ab 2014 gelten. Außerdem sollen künftig derartige Änderungen jederzeit im Jahresverlauf möglich sein. Diese Vorhaben stießen in der Sachverständigen-Anhörung des Gesundheitsausschusses am 1. Juni 2016 auf harte Kritik des AOK-Bundesverbandes.

Der Gesetzentwurf zum Download:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/820



**Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes
zu den Änderungsanträgen hinsichtlich des Morbi-RSA:
www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen**



Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Mitte 2016 tritt die EU-Verordnung über Klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln in Kraft. Zu deren Umsetzung in deutsches Recht hat das Bundeskabinett am 9. März 2016 den Entwurf für das „Vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ beschlossen, den der Bundestag am 14. April in erster Lesung beraten hat. Der Bundesrat sprach sich am 22. April in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf für mehrere Änderungen und Ergänzungen aus. Mit dem Gesetz werden die Regelungen für die Genehmigung, die Durchführung und die Überwachung von klinischen Prüfungen an

Menschen europaweit verbindlich. Kernpunkt ist, dass die Ergebnisse aller klinischen Studien mit Humanarzneimitteln veröffentlicht werden müssen, unabhängig davon, ob sie ein positives oder negatives Ergebnis hatten. Detaillierte Zusammenfassungen werden in einer EU-Datenbank gespeichert und sind dann für jedermann unkompliziert und kostenfrei zugänglich. Ältere Studien dürfen für klinische Prüfungen nur noch dann herangezogen werden, wenn sie in von der Weltgesundheitsorganisation anerkannten Registern verzeichnet sind. Außerdem will die Bundesregierung mit dem Gesetz klarstellen, dass die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels nur dann erfolgen darf, wenn das Rezept nach einem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient ausgestellt wurde. Diese Regelung richtet sich nicht zuletzt gegen so genannte Online-Rezepte. Das Gesetz soll außerdem sicherstellen, dass die zuständigen Behörden bei einem Verdacht auf Fälschung das Inverkehrbringen und den Handel des betreffenden Arzneimittels unterbinden dürfen. Die Ethik-Kommissionen der Länder sollen zwar weiterhin maßgeblich an der Genehmigung klinischer Prüfungen beteiligt werden. Aber sie müssen künftig bestimmte Voraussetzungen erfüllen und sich beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie beim Paul-Ehrlich-Institut registrieren lassen.

In der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 9. Mai 2016 stieß der Gesetzentwurf auf Kritik der Sachverständigen. So hält der Verbraucherzentrale Bundesverband die Verschreibung eines Medikamentes nur nach direktem Kontakt zwischen Arzt und Patient für nicht zeitgemäß. Ein pauschales Verbot der Fernverschreibung als Teil der Fernbehandlung widerspreche dem Ziel der Bundesregierung, die wohnort- und patientennahe Versorgung auch mithilfe digitaler Dienste zu fördern. Dagegen hält die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) das Verbot von Online-Verschreibungen für geboten, um eine Aushöhlung der Verschreibungspflicht und die Gefährdung des Patientenwohls zu verhindern. Kritisch sahen die Experten auch die geplanten Änderungen für die Ethik-Kommissionen. Die Bundesärztekammer wies darauf hin, dass die zuständige Bundesoberbehörde die Stellungnahme der zuständigen Ethik-Kommission nur „maßgeblich zu berücksichtigen“ habe. Bisher war die Zustimmung der Fachkommission zwingende Voraussetzung für die Genehmigung einer klinischen Prüfung. Damit werde die Möglichkeit eröffnet, dass sich die Behörde über die Stellungnahme der Ethik-Kommission hinwegsetzen könne.

Der Gesetzentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/8034

Stellungnahme des Bundesrats:

www.bundesrat.de > Service > Archiv > Drucksache 120/16



Kurzmeldungen

Medizinprodukte: Wenig Impulse für mehr Sicherheit

14.06.16 (ams). Eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung gibt es für Hersteller von Medizinprodukten auch im neuen Zulassungsverfahren nicht. Das Europäische Parlament und der Rat haben sich Ende Mai auf eine neue EU-Verordnung geeinigt. Patienten sind im Schadensfall weiterhin finanziell nicht abgesichert. Der AOK-Bundesverband plädiert insbesondere bei Hochrisiko-Medizinprodukten für schärfere Regeln. „Die Bundesregierung sollte jetzt nachjustieren, wo es geht“, kommentierte dessen Vorstandschef Martin Litsch die Brüsseler Entscheidung.

Weitere Informationen:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Medikationspläne für 7,5 Millionen AOK-Versicherte

14.06.16 (ams). Etwa 30 Prozent der AOK-Versicherten werden ab dem 1. Oktober einen Anspruch auf einen Medikationsplan haben, weil sie mindestens drei Arzneimittel gleichzeitig einnehmen. Das hat eine Schätzung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) auf Basis der Leistungsdaten aller 24 Millionen AOK-Versicherten ergeben. Bei den über 75-Jährigen werden sogar drei von vier AOK-Versicherten einen Medikationsplan haben, der vom Arzt in Papierform ausgestellt wird.

Weitere Informationen:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Importquote für Arzneimittel streichen

14.06.16 (ams). Die Importquote bedeutet enormen bürokratischen Aufwand und gefährdet die Arzneimittelsicherheit. Die Vorgabe, mindestens fünf Prozent des Umsatzes mit Fertigarzneimitteln durch Importe zu bestreiten, ist längst nicht mehr zeitgemäß. Das formulieren die AOK Baden-Württemberg und Deutscher Apothekerverband (DAV) in einer gemeinsamen Erklärung. So seien die Erlöse aus Rabattverträgen 2015 mit 3,6 Milliarden Euro etwa 30 mal höher gewesen als die Einsparungen durch die Importquote. Die Quote fördere in anderen Ländern zudem Lieferengpässe für die dortige Bevölkerung.

Weitere Informationen:
www.aok.de/baden-wuerttemberg > Presse > Pressemitteilungen



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

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes 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:
