

AOK-Medienservice

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

Politik

08/16

 @AOK_Politik



KASSEN-FINANZAUSGLEICH	
■ GESAMTEVALUATION STATT SCHNELLSCHÜSSEN	2
AMS-GRAFIK	
■ SCHEINLÖSUNG UMSATZSCHWELLE	5
AMS-STICHWORT: BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2017	
■ ELFTE AUFLAGE: AUFBRUCH INS DRITTE JAHRZEHNT	6
ZAHL DES MONATS	
■ 136.493 BESCHÄFTIGTE ...	9
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	10
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	12
KURZMELDUNGEN	22

Kassen-Finanzausgleich

Gesamtevaluation statt Kurzschlüssen und Schnellschüssen

11.08.16 (ams). Die Ersatzkassen zeigen in der Diskussion um den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bisher ungekannte Einigkeit. In einem Positionspapier beschwört der Verband der Ersatzkassen (vdek) den gegenseitigen Haftungsverbund und formuliert sechs Forderungen zur Modifizierung des Morbi-RSA. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes krankt das Papier an inneren Widersprüchen und geht von fragwürdigen Voraussetzungen aus. „Unter dem Schlachtruf ‚Der Morbi-RSA ist schuld!‘ werden ausschließlich Eigeninteressen formuliert“, kritisiert Vorstandschef Martin Litsch. Diese kassenegoistische Sicht könne nicht Maßstab einer vernünftigen Weiterentwicklung des Morbi-RSA sein. Er plädiert für eine Gesamtevaluation des Kassen-Finanzausgleichs.

Was der vdek mit dem vorgeschlagenen „Reformpaket zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA“ bezweckt, wird schnell deutlich. Es gehe darum, „die Wettbewerbsnachteile für die Ersatzkassen als Kassengemeinschaft und Haftungsverbund insgesamt“ zu reduzieren. Jene Wettbewerbsnachteile beziffert der vdek auf etwa eine halbe Milliarde Euro, das entspricht ziemlich genau den 433 Millionen Euro Unterdeckung, die das Ersatzkassensystem insgesamt für das Jahr 2014 ausweist. Auf welcher systematischen Grundlage die Berechnung erfolgt ist, aus welchen Komponenten sich die Summe zusammensetzt, und warum es genau eine halbe Milliarde (und nicht noch mehr) ist, lässt sich dem Papier nicht entnehmen. Fest steht aber, woher die halbe Milliarde Euro kommen soll: „Ersatzkassen wollen 500 Millionen Euro von der AOK“, titelte die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 21. Juli 2016.

Interner Deal mit vielen Fragezeichen

Die Berichterstattung macht auch deutlich, auf welcher Basis die vdek-Wunschliste zustande kam. Geschäftsgrundlage der gemeinsamen Morbi-Positionierung ist ein interner Deal, wonach die erhofften Mehreinnahmen aus dem Morbi-RSA noch einmal unter den Ersatzkassen umverteilt werden. Gleichzeitig wirft der Forderungskatalog viele Fragen auf. Entspricht er den übergeordneten Zielen des Morbi-RSA, nämlich Risikoselektion zu vermeiden und Wirtschaftlichkeitsanreize für den Versorgungswettbewerb zu erhöhen? Wie passen die Einzelforderungen zusammen, welche Wechselwirkungen und Finanzkraft entfalten sie? Auch fallen die Leerstellen auf: Warum wird der Faktor Krankengeld trotz seiner hohen Relevanz und des von der Politik beauftragten Gutachtens völlig ausgeblendet? Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes folgen die Vorschläge keinem ordnungspolitisch klaren Konzept, sondern „allein dem

kassenindividuellen Beuteschema“, so Litsch. „So etwas kann doch nicht Entscheidungsgrundlage für eine zukunftsweisende Morbi-RSA-Reform sein.“ Besonders die geforderte Umstellung der Prävalenzgewichtung erscheint fragwürdig. „Wie kann man etwa Vorschläge unterbreiten, die die Finanzierung der Versorgung von chronisch kranken Menschen wieder zurückdreht?“ Hintergrund: Ähnlich wie die Innungskrankenkassen möchten die Ersatzkassen die aktuelle Gewichtung der Krankheiten im Morbi-RSA verändern und die Volkskrankheiten nicht weiter berücksichtigen. Sie argumentieren, dass Bluthochdruck oder Diabetes in der Regel durch Prävention verhindert oder hinausgezögert werden könnten. Weil der Morbi-RSA aber Zuschläge für Volkserkrankungen vorsehe, sinke der Anreiz, in Prävention zu investieren.

Prävention ist gut für Versicherte und die Kassenlage

Das Gegenteil sei der Fall, kontert AOK-Verbandschef Litsch. „Der Wettbewerb zwischen den Kassen funktioniert heute viel besser als noch vor Jahren. Das Geschäftsmodell der ‚Rosinenpicker‘ hat ausgedient.“ Der gerechtere Finanzausgleich habe die Rahmenbedingungen für den Versorgungswettbewerb feinjustiert und Anreize zur Risikoselektion minimiert. Und dass sich Prävention lohne, zeige die AOK-Gemeinschaft Jahr für Jahr aufs Neue. „Die AOK investiert von allen Kassenarten am stärksten in Prävention“, sagt Litsch. „Das ist gut für die Versicherten, weil es ihnen besser geht, und es ist gut für die Krankenkassen, weil sich das Finanzergebnis verbessert.“ 2014 hat die AOK laut Präventionsbericht vom April 2016 erstmals über drei Millionen Menschen mit Präventionsmaßnahmen erreicht. Das sind etwa 60 Prozent aller Menschen, die das Präventionsangebot einer gesetzlichen Krankenkasse genutzt haben. Auch finanziell engagiert sich die AOK laut Bericht stärker als andere Krankenkassen. Mit fünf Euro pro Versichertem investierte die AOK rund 25 Prozent mehr als der Durchschnitt der Krankenkassen in die Gesundheitsförderung.

Unsägliche Debatte um Krankheitsauswahl beenden

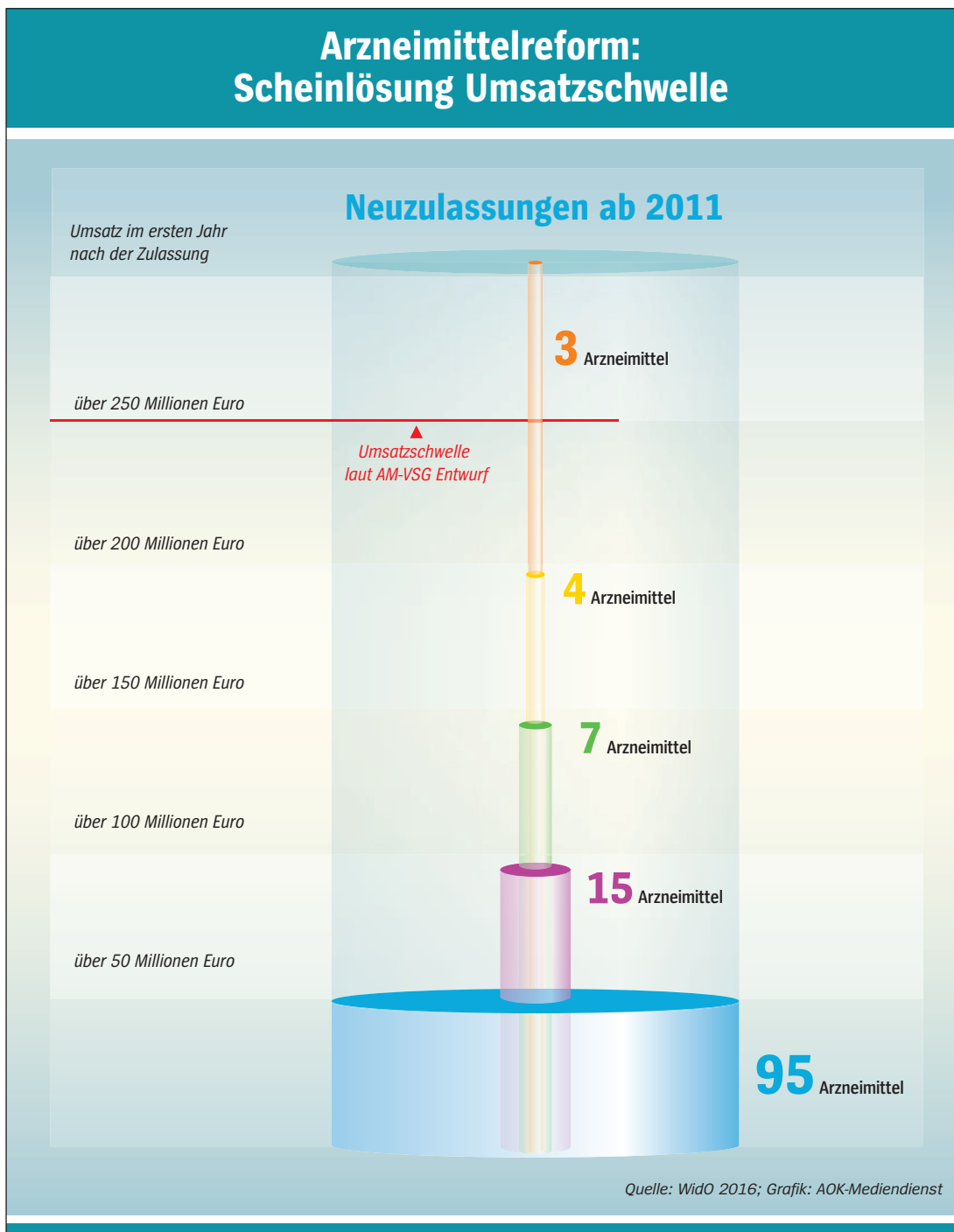
„Ohnehin wäre es überzeugender, wenn man die Einschränkung der Krankheiten im Morbi-RSA endlich ganz fallen ließe. Das hätte den Charme, mit einem Schlag die unsägliche Debatte zur Auswahl der richtigen Krankheiten im Morbi-RSA zu beenden“, so Litsch weiter. Neben einer anderen Gewichtung der berücksichtigungsfähigen Krankheiten umfasst der Forderungskatalog des vdek noch die Abschaffung der Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner sowie der gesonderten Zuweisungen für strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP). Auch bei den DMP ist die AOK ähnlich wie bei der Prävention Marktführer. Außerdem fordern die Ersatzkassen die Einführung eines Hochrisikopools für Versicherte mit Behandlungskosten von mehr als 100.000 Euro, Zuweisungen für Auslandsver-

sicherte in Höhe von landesspezifischen Durchschnittsausgaben sowie die Einführung einer Regionalkomponente auf Kreisebene.

Neu ist dabei, dass erstmals die Hinweise des Gutachtens zu Auslandsversicherten als Vorschlag übernommen werden. Der vdek verschweigt jedoch in seinem Papier, dass selbst das Bundesversicherungsamt (BVA) Folgegutachten für das Thema Auslandsversicherte nicht ausschließt. „Die jetzige Datenbasis reicht möglicherweise nicht aus, um Klarheit darüber zu erhalten, was geändert werden sollte“, sagte BVA-Präsident Frank Plate, in der Juniausgabe 2016 des AOK-Forums „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G). Auch bei der Frage nach einer Regionalisierungskomponente wehrt sich Litsch gegen „Kurzschlüsse und Schnellschüsse“. Abgesehen von den offenen methodischen Fragen sei es nicht sinnvoll, noch mehr Geld in ohnehin überversorgte Gebiete mit zu vielen Leistungserbringern und dadurch teuren Versorgungsstrukturen zu lenken, zu Lasten unterversorgter, meist ländlicher Regionen. Martin Litsch sieht die AOK-Forderung nach einer Gesamtevaluation des Morbi-RSA bestätigt. „Derzeit kommen unzählige Kassen oder Kassenarten mit ihren Morbi-Wünschen um die Ecke, immer mit dem Argument, durch diese und jene Änderung werde der Morbi-RSA gerechter. Dass dahinter reine Interessenpolitik steckt, ist auch klar.“ Das vdek-Papier mache da keine Ausnahme.

**Alle Informationen und Hintergründe zum Morbi-RSA unter:
www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers
> Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**





Bei 250 Millionen Euro liegt laut Referentenentwurf zum Arzneimittelversorgungs-Stärkungsgesetz (AM-VSG) künftig eine Umsatzschwelle für Medikamente im ersten Jahr nach Zulassung. Im Eckpunktepapier (siehe auch ams-Politik 07/16) wurde noch keine Zahl genannt. Zu hoch, sagt der AOK-Bundesverband. Denn nur drei von 95 Arzneimitteln haben seit 2011 diese Grenze übersprungen. 97 Prozent der Neuzulassungen wären gar nicht erfasst worden.

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

ams-Stichwort: Berliner Gesundheitspreis 2017

Elfte Auflage: Aufbruch ins dritte Jahrzehnt

11.08.16 (ams). Jeder fünfte der rund 81 Millionen Einwohner in Deutschland ist zugewandert oder Kind beziehungsweise Enkel von Zuwanderern. Sprachprobleme und kulturelle Unterschiede sind die Ursachen dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht in gleichem Maße von der Gesundheitsversorgung profitieren wie die übrige Bevölkerung. Der Berliner Gesundheitspreis 2017 soll dazu beitragen, Initiativen und Projekte zum Thema „Migration und Gesundheit“ bekannt zu machen und schnell in die Praxis zu bringen. Die Ausschreibung erfolgt im Spätsommer. Der AOK-Medienservice (ams) schaut jetzt schon einmal zurück auf eine bewegte 20-jährige Geschichte.

Anlässlich der Verleihung des zehnten Berliner Gesundheitspreises im Juni 2015 geizte Hermann Gröhe nicht mit Anerkennung. „Schrittmacher zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland“ und „Wettbewerb um beste Ideen“ nannte der Bundesgesundheitsminister den Preis. Seit 1995 zeichnen der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost alle zwei Jahre Projekte und Modelle aus, die zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung beitragen. Die Themen seien immer am Puls der Zeit gewesen, lobte Gröhe.

Nicht nur die „Gewinner“ im Vordergrund

Bereits für die erste Ausschreibung des Gesundheitspreises wurden knapp 2.000 Mal die Ausschreibungsunterlagen angefordert. Am Ende waren mehr als 300 Wettbewerbsbeiträge eingegangen. „Der Mensch ist unser Maß“ war das zugegebenermaßen noch sehr allgemein gehaltene Motto. Dieser Einstieg war wichtig für die Erkenntnis der Initiatoren, dass die Praxis oft schon Antworten auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen gefunden hat. Mit dem Berliner Gesundheitspreis macht sie bekannt und regt zur Nachahmung an. Bei der Preisverleihung stehen deshalb von je her nicht nur die „Gewinner“ im Vordergrund. Stets finden auch die Teilnehmer Erwähnung, die in die engere Wahl gekommen sind.

Zweimal standen bisher ältere Menschen im Mittelpunkt des Wettbewerbs. „Alter und Gesundheit – Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“ lautete das Motto des dritten Berliner Gesundheitspreises. Preisverleihung war im März 2001. „Besonders die gesundheitliche Betreuung von alten und chronisch kranken alten Menschen, von Schlaganfallpatienten und Demenzkranken werde im Alltag häufig durch unkoordiniertes Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen und gegensätzliche Interessen der Beteiligten erschwert,

sagte der damalige Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Hans Jürgen Ahrens, bei der Preisverleihung im Roten Rathaus.

Apropos Schrittmacher! Bereits 2007 fiel die Bestandsaufnahme deutlich besser aus. „Im hohen Alter zu Hause leben – Herausforderungen für die ambulante medizinische Versorgung“, hieß es damals. Ministerin Ulla Schmidt höchstpersönlich ließ es sich nicht nehmen, der Preisverleihung im Mai beizuwohnen. „Sie zeigen, was schon heute in der Versorgung älterer Menschen vor Ort möglich ist“, lobte Schmidt die Wettbewerber und Preisträger. „Auch im hohen Alter noch zu Hause leben zu können, ist inzwischen eine Schlüsselfrage für unsere Gesellschaft.“

Für eine bessere Fehlerkultur

Der Berliner Gesundheitspreis machte auch vor heiklen Themen nicht halt. 2003 ging es um Fehlervermeidung in Medizin und Pflege. Damals und auch heute oft noch ein Tabu. Jeweils einen ersten Preis erhielten das Kantonsspital in Basel und das Kieler Institut für Allgemeinmedizin. Die Schweizer Klinik hatte für den stationären Bereich ein landesweites, datenbankgestütztes Meldesystem für das Internet entwickelt. Es dient dazu, systematisch Anhaltspunkte für das Entstehen von Fehlern und zu ihrer Vermeidung zu sammeln und zu veröffentlichen. Die Preisträger aus Kiel engagieren sich im ambulanten Bereich. Ihr Projekt: ein Risiko-Management zum Schutz vor Fehlern bei der Arzneimittelverschreibung und ein Fehlerberichtssystem für hausärztliche Praxen.

Prämiert wurden zudem drei Projekte, die sich der Vermeidung von Patiententürzen im Krankenhaus und im Pflegeheim sowie dem Verhindern von Druckgeschwüren bei Pflegebedürftigen widmen. Einen Anerkennungspreis erhielten die Schülerinnen und Schüler einer Krankenpflegeschule in Bayern. Sie hatten während ihrer Ausbildung die Initiative „Den Keimen auf der Spur“ entwickelt und damit zur Verbesserung der Hygiene im Krankenhaus beigetragen.

20 Jahre – 800 Bewerber – 60 Preisträger

So ist es in der mehr als 20-jährigen Geschichte des Berliner Gesundheitspreises gelungen, mit den ausgezeichneten Projekten Innovationen im Gesundheitswesen voranzutreiben. Ganz gleich, ob es nun um das praxisnahe Medizinstudium, den Einsatz von Gesundheitszielen, die Unterstützung pflegender Angehöriger, die Hausarztpraxis der Zukunft, den Aufbau von Arztnetzen, den Wissenstransfer in den medizinischen Alltag, die Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidung oder das Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsberufe gegangen ist. Mehr als 800 Bewerbungen und über 60 Preisträger verzeichnet der Berliner Gesundheitspreis mit seinen inzwischen zehn Ausschreibungen. Entsprechend lobte 2015 Bundesgesund-

heitsminister Hermann Gröhe auf dem Festakt zu 20 Jahre Berliner Gesundheitspreis die Innovationskraft dieses Wettbewerbs.

(rbr)

**Alles zu 20 Jahren Berliner Gesundheitspreis
und was demnächst noch kommt:
www.berliner-gesundheitspreis.de**



Zahl des Monats

136.493 Beschäftigte ...

11.08.16 (ams) ... zählten die gesetzlichen Krankenkassen und deren Eigenbetriebe laut aktueller KG1-Statistik vom 13. Juli 2016 zum Stichtag 30. Juni 2015. Darunter fallen Vorstandsvorsitzende genauso wie Sozialversicherungsfachangestellte oder auch Hausmeister. Die meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (99.515) verzeichnen die mitgliederstärksten Verbände von AOK (56.433 in elf Kassen) und Ersatzkassen (43.082 in sechs Kassen).

Dabei bearbeiten die Mitarbeiter der Krankenkassen nicht nur GKV-spezifische Aufgaben. Zur Entlastung der anderen Sozialversicherungsträger sowie der Arbeitgeber übernehmen Krankenkassen auch den Einzug aller Sozialversicherungsbeiträge, also zur Renten-, Arbeitslosen- und gesetzlichen Unfallversicherung. Dafür sind seitens der Kassen GKV-weit mehr als 20.000 Beschäftigte im Einsatz.

Zum Vergleich: Die Private Krankenversicherung (PKV) beschäftigt rund 67.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die GKV betreut also neunmal so viele Versicherte (90 Prozent der Bevölkerung) wie die PKV (zehn Prozent) mit gerade einmal etwas mehr als dem Doppelten an Personal.

Weitere Statistiken zur gesetzlichen Krankenversicherung:

www.bmg.bund.de > Themen > Krankenversicherung > Zahlen und Fakten

www.gbe-bund.de

und

www.aok-bv.de > Hintergrund



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

COPD: Tabakentwöhnung noch mehr im Fokus

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das strukturierte Behandlungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) aktualisiert. Die Änderungen werden jedoch frühestens zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die COPD ist eine fortschreitende Erkrankung der Atemwege und der Lunge infolge einer chronischen Bronchitis. Im Zuge der Anpassung des Disease-Management-Programms (DMP) wurden sämtliche diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen überprüft und bei Bedarf angepasst. Noch stärker als bisher soll das Programm die Tabakentwöhnung fördern, das heißt Patienten dabei unterstützen, mit dem Rauchen aufzuhören. Studien belegten, dass die Sterblichkeit und das Fortschreiten der Erkrankung COPD durch Tabakverzicht deutlich reduziert werden können, heißt es beim GBA. Zudem betonen die neuen DMP-Anforderungen den Einfluss von Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose sowie Depression(en) und Angstzustände auf den Krankheitsverlauf beziehungsweise die Behandlung der COPD. Entsprechend spielen die wirksame Behandlung dieser Begleiterkrankungen eine wesentliche Rolle für die Lebensqualität der Patienten. Darüber hinaus sieht das aktualisierte DMP ein strukturiertes Medikamentenmanagement vor, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln aufgrund mehrerer Erkrankungen erforderlich ist. Der behandelnde Arzt soll nach Plänen des GBA mindestens einmal pro Jahr sämtliche vom Patienten eingenommenen Arzneimittel erfassen und deren mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen abwägen. Ein aktueller Medikationsplan, den auch die Patienten in verständlicher Form erhalten, soll Bestandteil der Patientenakte werden.

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.

Präventionsleistungen vom Arzt

Ärzte können ihren Patienten fortan Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention – also Maßnahmen beispielsweise zu Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum – empfehlen. Damit, so begründet der GBA seinen Entschluss, sollen individuelle verhaltensbezogene Risikofaktoren gesenkt werden, die für das Entstehen von Erkrankungen verantwortlich sein können. Den Auftrag dazu hat der GBA im letzten Jahr mit dem Präventionsgesetz erhalten. Das 2015 in Kraft getretene Gesetz sieht zudem vor, dass die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche

und Erwachsene bis Mitte 2018 zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen weiterentwickelt werden. Dabei soll künftig ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren gelegt werden, die zu einer Krankheit führen können.

Weitere Informationen zum GBA und seiner Arbeit:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das Parlament ist in der Sommerpause. Die Bundesregierung arbeitet weiter. So hat das Kabinett dieser Tage den Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) verabschiedet. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über dieses und die anderen wichtigen laufenden und geplanten Gesetzesvorhaben auf Bundes- und auf EU-Ebene (Stand: 9. August 2016). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittelversorgungs-Stärkungsgesetz (AM-VSG)

Das „Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (AM-VSG) soll die Arzneimittelversorgung in Deutschland weiterhin auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

Die Reformpläne der Großen Koalition sehen vor, Preissteigerungen in den Arzneimittelsegmenten, die keiner weiteren Ausgabenregulierung unterliegen, zu begrenzen. Das Preismoratorium für alle patentfreien Medikamente, die bis zum 1. August 2010 bereits auf dem Markt waren, soll deshalb über 2017 hinaus bis Ende 2022 verlängert werden. Eine jährliche Preisanpassung in Höhe der Inflationsrate soll jedoch möglich sein.

Das mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte Verfahren Nutzenbewertung neuer Medikamente wird modifiziert. Die Hersteller dürfen zwar weiterhin den Preis für das erste Jahr nach Zulassung des Medikaments frei festsetzen. Überschreitet jedoch der Umsatz eine Schwelle von 250 Millionen Euro, wird ab diesem Zeitpunkt rückwirkend der noch zu verhandelnde Erstattungspreis berechnet. Die ausgehandelten Erstattungspreise unterliegen künftig der Vertraulichkeit. Der Zusatznutzen bei Arzneimitteln für Kinder soll künftig nicht mehr mit Studien belegt werden müssen, wenn diese bereits für Erwachsene zugelassen sind. Im begründeten Einzelfall kann künftig, auch wenn ein Zusatznutzen nicht belegt ist, davon abgewichen werden, dass sich der Erstattungsbetrag an der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll künftig einen Monat nach Beschlussfassung die Ergebnisse der Nutzenbewertung zur Abbildung in der Praxissoftware von Ärztinnen und Ärzte aufbereiten, um die Mediziner bei ihren Therapieentscheidungen besser zu unterstützen.

Bei Arzneimittelrabattverträgen gilt zwischen Zuschlag und Umsetzung künftig eine Frist von sechs Monaten. Das Ziel ist mehr Planungssicherheit für pharmazeutische Unternehmer, die sich an einer Ausschreibung beteiligen, und damit bei Beginn der Verträge die Lieferfähigkeit zu sichern.

Bei der Bildung von Festbetragsgruppen und der Bewertung des Zusatznutzens von Antibiotika findet künftig die Resistenzsituation des Antibiotikums Berücksichtigung. Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag zu prüfen, in welchem Umfang Verfahren zur schnellen Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können, um einen zielgenauen Einsatz von Antibiotika zu unterstützen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) wird im Zuge dessen gegebenenfalls angepasst. Eine ähnliche Regelung ist für sogenannte companion diagnostics vorgesehen. Dabei handelt es sich um Begleitdiagnostika im Rahmen der personalisierten Medizin.

Für Standardrezepturen und Arzneimittel mit besonders hohem Dokumentationsaufwand soll die Vergütung der Apotheker steigen, und es sollen die gleichen Preisregelungen und Abschläge wie bei Fertigarzneimitteln zur Anwendung kommen.

Der Referentenentwurf beziffert die Mehrausgaben der GKV durch die höheren Apothekerhonorare auf rund 100 Millionen Euro pro Jahr und rund 15 Millionen Euro pro Jahr für die private Krankenversicherung (PKV). Dagegen rechnet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit Entlastungen aufgrund der Verlängerung des Preismoratoriums von 1,5 bis zwei Milliarden Euro in der GKV sowie 150 bis 200 Millionen Euro in der PKV. Für jeden Prozentpunkt höhere Inflation verringert sich die Summe um 150 bis 200 Millionen Euro beziehungsweise rund 15 bis 20 Millionen Euro. Durch die Einführung der Umsatzschwelle rechnet das BMG mit einer Entlastung „in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags im Durchschnitt pro Jahr“. Auch hinsichtlich der Entlastungen durch die weiteren Maßnahmen nennt der Entwurf keine konkreten Zahlen.

Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Die Bundesregierung hat mit dem „Dritten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze“ (PSG III) den Abschluss der Pflegereform eingeleitet. Den entsprechenden Gesetzentwurf verabschiedete das Bundeskabinett am 28. Juni 2016. Da die Änderungen insbesondere des Elften und Zwölften Sozialgesetzbuches überwiegend die Länder und die Sozialhilfeträger betreffen, ist das PSG III zustimmungspflichtig. Das PSG III setzt in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommune in der Pflege um und dient zwei zentralen Zielen.

Zum einen geht es um die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen, um die Sicherstellung der Versorgung, um sogenannte niedrigschwellige Angebote und um die Pflegeberatung. Zum anderen sollen die Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und

an das Bundesversorgungsgesetz angepasst werden. Außerdem soll die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht erhalten, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wäre demnach auch zu Abrechnungsprüfungen bei häuslicher Krankenpflege berechtigt. Bislang darf der MDK nur ambulante Pflegedienste im Verdachtsfall unangemeldet kontrollieren.

Städte und Gemeinden sollen künftig auf Initiative der Landkreise und kreisfreien Städte neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten erproben dürfen. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen verpflichtet werden, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen, auch über das Personal, die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen.

Ebenso sollen Landkreise und kreisfreie Städte ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, an den Pflegestützpunkten mitzuwirken und ebenfalls entsprechende Rahmenverträge zu schließen. Das Recht auf die Einrichtung von Schiedsstellen für den Streitfall liegt beim Land. Getestet werden soll ein Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich an deren Finanzierung beteiligen. Das Gesetz dient zwei zentralen Zielen. Zum einen geht es um die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen.

Die Kosten für die Soziale Pflegeversicherung beziffert der Entwurf auf 30 Millionen Euro. Auf die Sozialhilfeträger kommen 2017 voraussichtlich Mehrausgaben von 200 Millionen Euro zu; in den Folgejahren wären es dann 182 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr.

Aus Sicht der AOK enthält der Entwurf Vorschläge, die bereits gut funktionierende Strukturen in der Pflegeberatung in Frage stellen. Gemeinsames Handeln sei sinnvoll, nicht aber das Verlagern von Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen auf die Kommunen. Die ausführliche Stellungnahme legt der Verband zur Fachanhörung vor.

Der Gesetzentwurf:

www.bmg.bund.de > Presse > Pressemitteilungen > PSG III - Kabinett



Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Die Bundesregierung will für chronisch Kranke den Zugang zu Cannabis als Arzneimittel gesetzlich regeln. Der Bundesrat hat das Gesetz am 17. Juni im ersten Durchgang beraten. Den Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hatte das Kabinett 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 Cannabispräpa-

raten versorgt werden. Die Krankenkassen sollen danach in einem eng begrenzten Rahmen die Kosten für die Cannabistherapie tragen. Das betrifft laut Gesetzentwurf die Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten sowie Arzneimitteln mit Dronabinol oder Nabilon. Den Anspruch auf eine entsprechende Versorgung erhalten Versicherte mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach Paragraf 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 Cannabisbedarf 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 Liefer- beziehungsweise 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:

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

Die Bundesrats-Drucksache:

www.bundesrat.de > Dokumente > 233 /16



Medizinprodukte (EU-Verordnungen)

Am 15. Juni 2016 haben der Ausschuss der Ständigen Vertreter des Rates und der Gesundheits- und Umweltausschuss des Europäischen Parlaments die am 25. Mai 2016 erzielte Einigung 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 künftig Skandale wie minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke vermeiden helfen. 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. Eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung gibt es für Hersteller von Medizinprodukten auch im neuen Zulassungsverfahren nicht. Die neue EU-Verordnung beschränkt sich 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 schadhafte Serie alle Betroffenen informiert werden können.

Die Gesundheitsminister der EU-Mitgliedstaaten werden die Einigung zur EU-Verordnung voraussichtlich im September 2016 - wenn die Übersetzung in sämtlichen Amtssprachen der EU vorliegt – billigen. Im Anschluss an die Überarbeitung durch die Rechts- und Sprachsachverständigen wären die offiziellen Zustimmungen im Rat und Europäischen Parlament dann nur noch Formsache. Die Verordnung könnte im ersten Halbjahr 2017 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

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 > Presse > Pressemitteilung vom 26. Mai 2016

Mehr Infos und Hintergrund im Dossier „Medizinprodukte“:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers



Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Der Gesetzentwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ zielt darauf ab, das System der Preisfindung im Heilmittelbereich weiter zu flexibilisieren. Es soll gewährleistet werden, dass die vereinbarten Vergütungen die Anforderungen an die Leistungserbringer angemessen abbilden und die vorhandenen Versorgungsstrukturen gesichert und weiterentwickelt werden. Im Kern bedeutet das ein Entkoppeln von der Grundlohnsumme.

Ebenso soll flächendeckend erprobt werden, ob und wie die Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden können. Das Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich, in dem Leistungserbringer ihre grundsätzliche Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachweisen, soll weiterentwickelt werden, um die Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus geht es um die Sicherstellung der kontinuierlichen Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses, um die Qualitätsanforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen zu gewährleisten, Transparenz über das Hilfsmittelangebot zu schaffen und Fehlversorgung zu vermeiden.

Bei Zuschlagsentscheidungen im Rahmen von Ausschreibungen sollen künftig nicht nur der Preis oder die Kosten, sondern auch Qualitätsaspekte eine Rolle spielen. Die Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung soll stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und in den Versorgungsverträgen enthaltenen Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen umgesetzt werden.

Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten auch bei Versorgungsverträgen, die im Wege der Ausschreibung zu Stande gekommen, sind werden gestärkt. Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten sollen besser werden.

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sollen zudem Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden auf den Weg gebracht werden. Vorgesehen ist die Etablierung von Wundzentren. Weiter geplant sind Verfahrensregelungen für die Erstattung von Verbandmitteln, Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie ein Auftrag an den GKV-Spitzenverband, in einer Richtlinie für die Krankenkassen Maßnahmen zum Schutz von Versichertensozialdaten zu kodifizieren.

In den vergangenen Jahren habe der Gesetzgeber die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV weiterentwickelt, heißt es in der Begründung zum Referentenentwurf. Den Vertragspartnern im Heilmittelbereich seien zusätzliche gesetzliche Spielräume für ihre Vertragsabschlüsse eingeräumt worden. Die gesetzlichen Maßnahmen haben aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) dazu beigetragen, das hohe Niveau

der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV zu sichern. Allerdings gebe es Weiterentwicklungsbedarf.

Die Fachleute des AOK-Bundesverbandes kommen zu dem Schluss, dass der Referentenentwurf im Hilfsmittelbereich in die richtige Richtung geht; in Teilen gehe er sogar nicht weit genug. Im Heilmittelbereich schieße das Ministerium dagegen über das Ziel hinaus.

Pflegeberufe-Reformgesetz

Die für den 9. Juni 2016 geplante zweite und dritte Lesung im Bundestag wurde verschoben, da es innerhalb der Koalitionsfraktionen weiter Vorbehalte gegen die geplante generalistische Pflegeausbildung gibt. Der Bundestag hat das Pflegeberufe-Reformgesetz am 18. März 2016 in erster Lesung beraten. Ziel des Gesetzes 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 abzuwenden. 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 Gesetzesentwurf 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 Ausbildungskostenfonds 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.

Schon in der Sachverständigen-Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestags am 30. Mai 2016 gab es zahlreiche Kritik an den geplanten Neuerungen. Auch und 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, den Wegfall von Wettbewerbsnachteilen für Ausbildungsbetriebe und die für Pflegeschüler kostenlose Ausbildung.

Der Gesetzentwurf zum Download:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/7823



PsychVVG

Der Entwurf für das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) orientiert sich eng an den Eckpunkten, auf die sich die Große Koalition bereits im Februar 2016 geeinigt hatte, und zielt auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Die Bundesregierung will insbesondere die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung verbessern. Das Bundeskabinett hat den Entwurf am 3. August 2016 mit einer Ergänzung im Vergleich zum Referentenentwurf verabschiedet. Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden 2017 einmalig 1,5 Milliarden Euro entnommen und den gesetzlichen Krankenkassen zugeführt, um Schwankungen der Zusatzbeiträge zu vermeiden werden. Diese ergäben sich unter anderem aus den Mehrbelastungen aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten, heißt es im Gesetzentwurf.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte den Referentenentwurf am 19. Mai vorgelegt. Ab 2017 soll demnach in der Psychiatrie und Psychosomatik ein neues Vergütungssystem greifen. Statt fester Preise gibt es künftig krankenhausespezifische Budgets. 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. Mit dem PsychVVG werden die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser verpflichtet, in Zukunft Mindestvorgaben für die Perso-

nalausstattung einzuhalten. Abweichend vom Referentenentwurf werden die Häuser aber in der Kabinettsfassung lediglich verpflichtet, deren Einhaltung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nachzuweisen, und nicht gegenüber den Vertragsparteien, also unter anderem den Krankenkassen.

Die Relativgewichte für Leistungen werden bundesweit auf Basis empirischer Daten kalkuliert. Davon können 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.

Außerdem finden sich in dem Entwurf Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie die Etablierung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihre Ambulanzen. Insgesamt stärkt der Entwurf die Vertragspartner auf Ortsebene. Die Einführung neuer stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld, das sogenannte Hometreatment, soll die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Dazu kommen neue, teils erweiterte Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen.

Für Bund, Länder und Gemeinden beziffert der Gesetzentwurf die zusätzlichen Ausgaben im Jahr 2017 auf insgesamt rund 600.000 Euro und ab 2018 auf rund eine Million Euro jährlich. Auf die gesetzlichen Krankenkassen kommen 2017 im Vergleich zu 2016 Mehrausgaben von voraussichtlich rund 36 Millionen Euro. Ab 2018 sind es dann jährlich rund 60 Millionen Euro.

Der Kabinettsentwurf:

www.bmg.bund.de > Presse > Pressemitteilungen > PsychVVG - Kabinett



Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Die zuletzt für den 8. Juli vorgesehene zweite und dritte Lesung im Bundestag wurde auf September verschoben. Hintergrund ist die parteiübergreifende Kritik an den vorgesehenen Regelungen zur Arzneimittelforschung an Nichteinzelfähigen, insbesondere Demenzkranken. In Brüssel hat es allerdings auch Verzögerungen gegeben, sodass die EU-Verordnung über Klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln frühestens ab Oktober 2018 EU-weit gilt und nicht schon wie ursprünglich geplant Mitte 2016. Die Bundesregierung wäre also noch im Zeitrahmen. Das Bundeskabinett hatte den Entwurf am 9. März 2016 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 sogenannte Online-Rezepte. Das Gesetz soll außerdem sicherstellen, dass die zuständigen Behörden bei einem Verdacht auf Fälschung das Inverkehrbringen des betreffenden Arzneimittels und den Handel damit 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

Ständige Erreichbarkeit im Job: Der Partner leidet mit

11.08.16 (ams). Die Vermischung von Arbeit und Privatleben belastet zunehmend auch die Partnerschaft. Das hat eine wissenschaftliche Studie der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) ergeben. Mehr als zwei Drittel der Befragten gaben an, durch die Erreichbarkeit des Lebensgefährten selbst beeinträchtigt zu sein. 60 Prozent der befragten Arbeitnehmer wünschen sich gesetzliche oder betriebliche Regelungen zur Erreichbarkeit. Bei ihren Partnern liegt die Quote bei 83 Prozent.

Weitere Ergebnisse und der iga-Report zum Download:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



Familiengesundheit: Mit Sport gegen den Stress

11.08.16 (ams). Über 40 Prozent der Eltern in Deutschland holen sich beim Sport den notwendigen Ausgleich für die Belastung durch Beruf und Familie. Ebenso viele treffen Freunde oder lesen, um Stress abzubauen. Das zeigt eine repräsentative Umfrage unter 1.000 Müttern und Vätern im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Jeder Zehnte bevorzugt einen Kurzurlaub. Knapp die Hälfte aller Befragten gab an, vor allem wegen Zeitmangels gestresst zu sein. Andere starke Belastungsfaktoren wie Finanzknappheit oder psychische Anstrengungen rangieren mit jeweils 28 Prozent weit dahinter.

Die Studie in einer Kurzfassung:
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen



AOK-Aktion „#ideensprechstunde“: Jury kürt drei Gewinner

11.08.16 (ams). „Mein Kiez hilft!“ und „der healthyminder“ heißen zwei der drei Gewinnerideen des Online-Wettbewerbs #ideensprechstunde der AOK. Fünf Wochen waren Versicherte und Fremdkunden aufgerufen, neue Serviceangebote für die AOK zu entwickeln. Eine fünfköpfige Jury hatte die Qual der Wahl, aus den besten elf der insgesamt 81 Ideen drei Sieger zu küren. Die Aktion lief in Kooperation mit der Agentur PHANTOMINDS aus Hamburg

Alles zum Wettbewerb „#ideensprechstunde“:
ideensprechstunde.phantominds.com



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:

