



AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES WWW.AOK-PRESSE.DE

09/18

POLITIK

 @AOK_Politik

AOK-Bundesverband zum Herbst der Reformen	
▪ Politik hat die Chance auf kluge RSA-Reform	2
Fehlzeiten-Report 2018	
▪ Sinnvolle Arbeit stärkt die Gesundheit – Hohe Einkommen weniger wichtig	5
ams-Grafik 1: Fehlzeiten-Report 2018	
▪ Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit	8
ams-Stichwort: Ärztevergütung	
▪ Rechnung mit mehreren Unbekannten	9
ams-Grafik 2: GKV-Finanzergebnisse, 1. Halbjahr 2018	
▪ Ausgaben in ausgewählten Bereichen	11
EU-Ticker	
▪ Grenzregionen als Experimentierfeld	12
Zahl des Monats	
▪ Bei 5,3 Prozent	14
▪ Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss	15
▪ Gesetzgebungskalender	16
▪ Kurzmeldungen	23



AOK-Bundesverband zum Herbst der Reformen:

Politik hat die Chance auf kluge RSA-Reform

13.09.18 (ams). Auf eine rasche Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, des sogenannten Morbi-RSA, drängt die AOK-Gemeinschaft. Aus den beiden Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamts (BVA) lasse sich „eine tragfähige Reform ableiten, die für Planungssicherheit bei den Krankenkassen sorgt“, zeigte sich der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, in einem Pressegespräch überzeugt. Aus seiner Sicht ist eine Morbi-RSA-Reform „entscheidend für die Haltung zu anderen Gesetzesvorhaben“.

Schnellere Termine beim Arzt, mehr Pflegepersonal in Kliniken und Pflegeheimen, eine raschere Digitalisierung des Gesundheitswesens – gleich mehrere Gesetzesvorhaben stehen nach dem Ende der parlamentarischen Sommerpause auf der gesundheitspolitischen Agenda. Die erste Reformbaustelle aber, daran lässt der Vorstand des AOK-Bundesverbandes keinen Zweifel, ist die unter den Kassenarten heftig umstrittene Reform des Morbi-RSA. Dabei geht es nach den Worten des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Jens Martin Hoyer um drei zentrale Ziele: weniger Anreize zur Risikoselektion, mehr Anreize für Wirtschaftlichkeit und höhere Resistenz gegen Manipulationen.

Hoyer zufolge enthält das erste Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA vom November 2017 klare Handlungsvorgaben. „Wie von den Gutachtern vorgeschlagen, ist es sinnvoll, künftig alle Krankheiten im Morbi-RSA zu berücksichtigen, bei den Zuschlägen das Alter deutlicher zu gewichten und die Manipulationsresistenz zu stärken.“ Die AOK unterstütze alle Vorschläge aus dem ersten Sondergutachten, auch wenn diese für die Gesundheitskasse geringere Zuweisungen zur Folge hätten. Hoyer: „Für uns stehen die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA und der Abbau von Risikoselektion an erster Stelle.“

Regionale Faktoren ohne große Auswirkungen

Ambivalent fällt hingegen die AOK-Bewertung des zweiten Sondergutachtens zur Regionalisierung aus. Die Gutachter, so der Vorstandsvize, hätten zwar festgestellt, dass die Finanzergebnisse der Kassen kaum durch die regionale Verteilung der Versicherten beeinflusst würden. Und sie hätten auch keine Begründung für einen Anreiz zur regionalen Risikoselektion gegeben. „Dennoch schlägt der Beirat vor, kurzfristig regionale Ausgleichskriterien einzuführen“, kritisiert Hoyer, „das ist nicht sachgerecht.“ Die Folge sei nämlich, dass die bestehende Über- und Fehlversorgung in Ballungsräumen zementiert und zugleich strukturschwache Regionen benachteiligt würden. Ähnlich widersprüchlich ist das Gutachten aus seiner Sicht in einem zweiten Punkt: Zwar lehnen die Wissenschaftler sogenannte Ist-Ausgaben-Ausgleiche konsequent ab. „Umso unverständlicher“ sei es dann aber, so genannte Deckungsbeitragscluster-Ausgleiche ins Spiel zu bringen, die einem „Ist-Ausgaben-Ausgleich gleichkommen“.



Hoyer appellierte an die Politik, auch den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu reformieren. „Ein sinnvoller Wettbewerb konzentriert sich vor allem auf effektive und effiziente Versorgung“, stellte er klar. Dazu brauchten die Kassen entsprechende Handlungsspielräume.

Strukturenreformen oder Gefälligkeitspolitik?

Doch solche Bestrebungen sind nach Einschätzung der beiden geschäftsführenden Vorstände in den derzeitigen Gesetzesvorhaben von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn noch nicht klar zu erkennen. Es müsse sich noch zeigen, ob Spahn tatsächlich Strukturreformen angehen wolle oder ob es sich eher um „Gefälligkeitspolitik“ handle, meinte Vorstandschef Litsch. Beispiel Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): Positiv bewertete Litsch etwa die geplanten Investitionskostenzuschüsse aus dem Strukturfonds bei Neuniederlassungen. Dagegen stehen beispielsweise die vorgesehenen Extravergütungen für Patienten, die über eine Terminservicestelle vermittelt würden. „Realistisch betrachtet, bleiben wir im Klein-Klein stecken“, so Litsch. Notwendig seien eine Versorgungs-offensive auf dem Land und Strukturanpassungen wie eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung oder auch bessere mobile Angebote. Hier werde sich die AOK-Gemeinschaft gezielt engagieren.

Mehr Tempo mahnte Litsch bei der Digitalisierung an und forderte bessere Rahmenbedingungen für den Wettbewerb um innovative Lösungen. Im Detail: Der Paragraph 67 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) müsse um die Gruppe der Patienten erweitert werden. Denn bisher ist dort lediglich von der Kommunikation zwischen Kassen und Leistungserbringern die Rede. Davon erhofft sich Litsch einen Schub, denn: „Wir müssen bei der Digitalisierung in dieser Legislatur endlich zu Potte kommen und dürfen dieses Feld nicht anderen überlassen“, etwa den großen Internet-Playern. Dazu soll die Rolle der gematik, der „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte“, neu definiert werden, etwa im Sinn einer Netzagentur. Die elektronischen Patientenakten selbst sollten von den Kassen entwickelt werden. Dabei hält Litsch eine Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für sinnvoll, es müsse aber ein „endlicher Prozess“ sein.

Kritik an dezentraler Speicherung zurückgewiesen

Mit dem Digitalen Gesundheitsnetzwerk (DiGeN) sieht Litsch die AOK-Gemeinschaft auf einem guten Weg. Weniger Verständnis zeigte er für die Kritik der KBV, die bei DiGeN vorgesehene dezentrale Speicherung von Daten sei unsicher. Das Gegenteil sei der Fall. „Es gibt nicht den großen Datenpott, auf den alle zugreifen können. Dezentrale Speicherung ist der beste Schutz vor Datenklau“, so Litsch. Mit DiGeN will die AOK die Diagnose- und Therapie-daten für alle Leistungserbringer sektorenübergreifend vernetzen. Wer auf welche Daten Zugriff hat, soll der Patient entscheiden. Die Kasse, stellte Litsch erneut klar, habe keinen Zugriff auf die Daten.

Weiterhin skeptisch betrachtete der Vorstandschef die Chancen des geplanten Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG). Schnelle Lösungen seien angesichts der Arbeitsmarktlage im Pflegebereich nicht zu erwarten – im Schnitt dauert es rund 170 Tage, bis eine Pflege-stelle wiederbesetzt ist. Für Litsch ist das auch, aber nicht allein eine Frage des Geldes: „Wir brauchen neue und bessere Strukturen, etwa im Krankenhausbereich mehr Zentralisierung und Spezialisierung. Das würde auch die Situation in der Pflege verändern.“ Er hält deshalb



Personaluntergrenzen für einen richtigen Schritt und drängt auf Konsequenzen, sollten die nicht eingehalten werden. Im gesamten Pflegebereich fehlen dem AOK-Vorstand Kontrollmöglichkeiten, um zu prüfen, ob das für die Pflege bereitgestellte Geld der Kassen auch in der Pflege ankommt.

(bho)

WEITERE INFOS:

www.aok-gesundheitsnetzwerk.de
www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesetze





Fehlzeiten-Report 2018

Sinnvolle Arbeit stärkt die Gesundheit – hohe Einkommen weniger wichtig

13.09.18 (ams). Wer seine Arbeit als sinnvoll erlebt, stärkt seine Gesundheit. Das geht aus einer aktuellen Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) hervor. Demnach sind Beschäftigte, die ihre Arbeit als sinnvoll empfinden, im Durchschnitt an 9,4 Tagen im Jahr arbeitsunfähig. Ist das nicht der Fall, sind sie hingegen mehr als doppelt so häufig krank und fehlen im Durchschnitt an 19,6 Tagen pro Jahr. Die Ergebnisse der Befragung, an der rund 2.000 Erwerbstätige zwischen 16 und 65 Jahren teilgenommen haben, sind jetzt im Fehlzeiten-Report 2018 veröffentlicht. Der Report widmet sich der Frage, wie sich das Sinnerleben am Arbeitsplatz auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirkt.

Den allermeisten Befragten sind bei ihrer Arbeit Sinn, Sicherheit und Wohlbefinden am wichtigsten: 98,4 Prozent wollen sich am Arbeitsplatz wohlfühlen, 93 Prozent etwas Sinnvolles tun und 94 Prozent legen Wert auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen. Die Höhe des Einkommens hingegen spielt bei der Bewertung ihrer Tätigkeit eher eine untergeordnete Rolle – nur 60,6 Prozent der Studienteilnehmer hatten dies als wichtig angekreuzt. Drei Viertel der Befragten (75,8 Prozent) gaben zudem an, selbst dann weiterarbeiten zu wollen, wenn dies aus finanziellen Gründen gar nicht notwendig wäre. Nahezu die Hälfte (46,8 Prozent) wollte auch nach einem unerwarteten Geldsegen weiterhin im gleichen Unternehmen tätig sein.

„Arbeit ist mehr als eine ungeliebte Pflicht. In den modernen westlichen Industrieländern ist sie zentral für Selbstdarstellung, Identifikation, individuelle Sinnfindung und gesellschaftlichen Status“, sagt Helmut Schröder, stellvertretender WIdO-Geschäftsführer und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports.

Wunsch und Wirklichkeit klaffen auseinander

Die WIdO-Daten zeigen insbesondere, dass für viele Beschäftigte Wunsch und Wirklichkeit an ihrem Arbeitsplatz weit auseinander liegen. Die große Mehrheit der Befragten (97,8 Prozent) will mit den Kollegen gut zusammenarbeiten und mit dem Vorgesetzten eine gute Beziehung pflegen (92,4 Prozent). Dass diese Erwartungen in der Realität eingelöst werden, erleben jedoch deutlich weniger Befragte: Nur 86,8 Prozent finden die Zusammenarbeit mit den Kollegen gut und lediglich 79,8 Prozent bewerten die Beziehung zum Chef positiv. Die deutlichste Spanne zeigt sich bei der Frage nach der Loyalität des Unternehmens: So wünschen sich 96,8 Prozent, dass das Unternehmen, wenn es darauf ankommt, auch hinter dem Beschäftigten steht. Doch nur 69,3 Prozent erleben dies auch. Das Wohlfühlgefühl, das für nahezu alle Befragten wichtig ist, hat den drittgrößten Abstand zwischen Bedeutung (98,4 Prozent) und Erleben (84,4 Prozent).



„Das Sinnerleben hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten. Unsere WIdO-Studie zeigt, dass Beschäftigte seltener fehlen, wenn Wunsch und Wirklichkeit nahe beieinander liegen“, sagt WIdO-Vize Schröder. Gut jeder zweite Beschäftigte, der seinen Anspruch in der Realität nicht eingelöst sieht, klagt beispielsweise über Rücken- und Gelenkschmerzen (54,1 Prozent) oder Erschöpfung (56,5 Prozent). Unter den Erwerbstätigen, die ihre Arbeit als sinnstiftend erleben, gab dagegen nur ein Drittel an, an Rücken- und Gelenkschmerzen (34,0 Prozent) oder an Erschöpfung (33,2 Prozent) zu leiden.

Führungskräfte sind wichtige Vermittler

Angesichts des zunehmenden Mangels an qualifizierten Arbeitskräften sei es nötig, so Schröder, Strategien zu entwickeln, wie Unternehmen ihre Loyalität zu den Beschäftigten zeigen können. Auch müsse die vertrauensvolle Zusammenarbeit quer zu den Hierarchieebenen gezielt gefördert werden. „Die Führungskräfte spielen als Vermittler der Unternehmenskultur dabei eine besondere Rolle“, sagt Schröder. Wenn der Chef beispielsweise die Kompetenz seiner Mitarbeiter respektiere und ihnen auch Entscheidungen überlasse, Sorge er auch für mehr Engagement in der Belegschaft sowie für eine starke Bindung an das Unternehmen.

Dass die Führungskraft im Unternehmen eine Schlüsselposition einnimmt, betont auch Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes: „Wer Chef ist, muss nicht nur fachlich gut, sondern auch ein Vorbild sein. Er oder sie muss zuhören, die Mitarbeiter unterstützen, ihnen Feedback geben und schließlich die Zusammenarbeit gestalten können.“ Um die Führungskräfte bei diesen vielfältigen Aufgaben zu unterstützen, hat die AOK das neue Onlineprogramm „Gesund führen“ entwickelt. Führungskräfte lernen damit, wie sie selbst gesund bleiben und zugleich die Gesundheit ihrer Mitarbeiter fördern.

Mehr Gesundheitsförderung für die Pflegebranche

Litsch verwies darauf, dass die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen weiter an Bedeutung gewinnen werde. Schließlich sollen nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz jährlich rund 70 Millionen Euro in den Bereich fließen. Litsch: „Das ist sehr sinnvoll, denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeberufen sind überdurchschnittlich gesundheitlich belastet.“ Laut AOK-Statistik lag der Krankenstand in dieser Berufsgruppe 2017 bei 6,8 Prozent und somit über dem Bundesdurchschnitt von 5,3 Prozent. Die Pflegebranche gilt einerseits als ein Tätigkeitsfeld, das ein sehr hohes gesellschaftliches Ansehen genießt, und leidet andererseits seit Jahren unter einem wachsenden Fachkräftemangel. Es sei daher sinnvoll, so Litsch, in Pflegeeinrichtungen ganzheitliche Ansätze zu verfolgen, um die Gesundheit der Beschäftigten und der Pflegebedürftigen gleichermaßen zu stärken.

Mit diesem Ansatz treibe die AOK – mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit – auch das Pilotprojekt „QualiPEP“ voran. Die Abkürzung steht für „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“. Konkret geht es darum, Qualitätskriterien für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen zu entwickeln.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung, so Litsch, sei jedoch „nur ein Baustein“, um die Gesundheit von Pflegekräften zu unterstützen. Deren Wohlbefinden, Engagement und Verbleib im Beruf seien auch eng verwoben mit der Unternehmenskultur und den betrieblichen



Strukturen. „Nur wenn auch Unternehmen in ihr Personal und Länder in die Krankenhausstrukturen investieren, wird es gelingen, bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu gestalten.“

(wer)

WEITERE ERGEBNISSE DES FEHLZEITEN-REPORTS 2018:

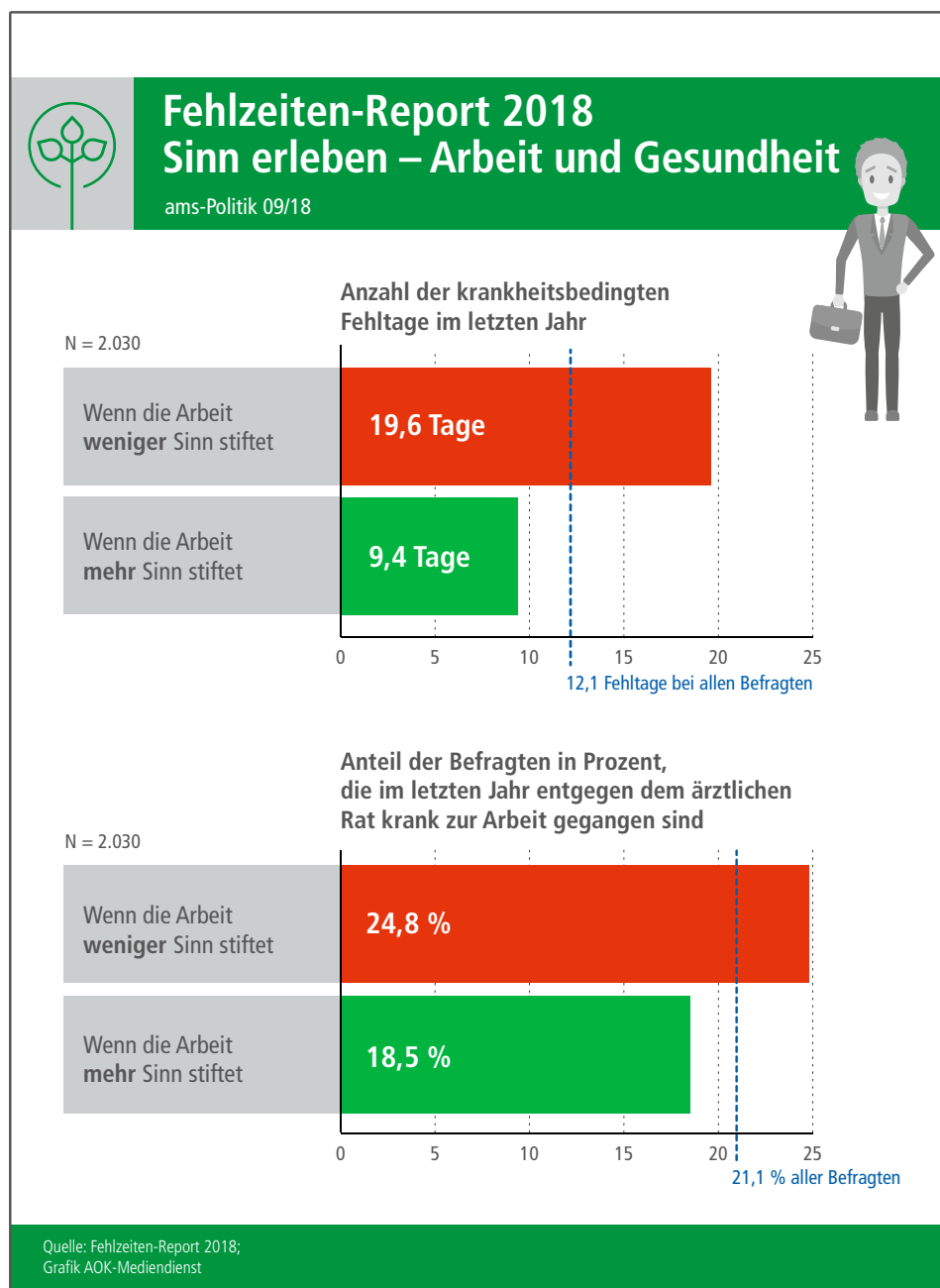
www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung

www.wido.de > Themenbereiche > Prävention > Fehlzeiten-Report > FZR 2018

DAS DOSSIER PRÄVENTION:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Prävention





Für den Fehlzeiten-Report 2018 wurden über 2.000 Beschäftigte befragt, ob und wie sich sinnstiftende Arbeit auf die Gesundheit auswirkt. Das Ergebnis: Im Schnitt kommen alle Beschäftigten nach eigenen Angaben 2017 auf 12,1 Fehltage. Passen der eigene Anspruch an das Sinnerleben im Beruf und die Wirklichkeit gut zueinander, sind es fast drei Fehltage weniger. Unterscheiden sich Wunsch und Wirklichkeit stark voneinander, sind es mehr als doppelt so viele. Weiteres Ergebnis: Mehr als jeder Fünfte ist entgegen dem Rat seines Arztes krank zur Arbeit gegangen. Wer seine Arbeit jedoch sinnstiftend fand, machte das deutlich seltener als jemand, bei dem das nicht der Fall ist.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Prävention



ams-Stichwort: Honorarverhandlungen

Ärztevergütung 2019 – Rechnung mit mehreren Unbekannten

13.09.18 (ams). Fast geräuschlos sind die Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) über die Vergütung für Vertragsärzte auf Bundesebene zu Ende gegangen. Demnach steigen die Arzthonorare 2019 um rund 620 Millionen Euro. Weitere 400 Millionen Euro werden für extrabudgetäre Leistungen prognostiziert. „Wie das Ergebnis einmal mehr zeigt, funktioniert die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen“, sagte ein Sprecher des GKV-Spitzenverbandes unmittelbar nach Abschluss der Verhandlungen. Nicht eingerechnet allerdings sind die Honorarversprechen der Bundesregierung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG).

550 Millionen der 620 Millionen Euro entfallen auf die Erhöhung des Orientierungswerts um 1,58 Prozent. Rund 70 Millionen Euro wird laut vorläufiger Berechnungen die Veränderungsrate für die Morbidität bringen. Diese 70 Millionen Euro basieren auf einer Empfehlung des sogenannten Bewertungsausschusses auf Bundesebene. Über die Veränderungsrate konkret verhandeln demnächst die Landesverbände der Krankenkassen mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Auf Bundesebene berechnen der GKV-Spitzenverband und die KBV, wie sich der Behandlungsbedarf in den einzelnen Regionen im Vorjahr entwickelt hat. Ist der Behandlungsbedarf angestiegen, wird die ausgehandelte Gesamtvergütung mit einer entsprechenden sogenannten morbiditätsbedingten Veränderungsrate multipliziert. Basis sind Gesundheitszustand und Altersstruktur der Bevölkerung.

Der Orientierungswert regelt den Preis

Regionale Unterschiede schlagen sich in einem regionalen Faktor für einen Punkt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nieder. Er listet auf, welche ambulanten Leistungen eine Krankenkasse übernimmt und bemisst ihren Wert in Punkten. Der Orientierungswert legt fest, wie viel Euro ein Punkt wert ist, also den Preis. Er soll in erster Linie die Kosten für den Praxisbetrieb widerspiegeln. Der Orientierungswert gilt bei den Verhandlungen um den regionalen Punktwert zwar auch nur als Empfehlung. In der Regel aber entsprechen die regionalen Werte dem bundesweiten Orientierungswert. In seltenen Fällen kann aber auch der regionale Preis vom Orientierungswert abweichen.

Aus Preis und Behandlungsbedarf ergibt sich dann die regionale Gesamtvergütung. Bis zu dieser Obergrenze können niedergelassene Ärzte Leistungen bei den Krankenkassen zu einem festen Preis abrechnen. Bei Überschreitung werden die darüber hinausgehenden Leistungen zu einem abgestaffelten Preis vergütet. Es kommt dann nicht mehr der volle Punktwert zur Anwendung. Nach welchem Verfahren die Gesamtvergütung dann letztendlich unter den Haus- und Fachärzten aufgeteilt wird, entscheidet jede KV für sich. Die Krankenkassen werden darüber lediglich informiert.



Für die nicht budgetierten Leistungen ermittelt sich der Gesamtvergütungsanteil aus dem Produkt von erbrachter Menge mal vereinbartem Preis. Beispiele für diese extrabudgetären Leistungen sind ambulante Operationen, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Impfungen, Leistungen der Strahlentherapie oder Leistungen im Rahmen der Versorgung krebserkrankter Patienten. Durch den erwarteten Mengenanstieg bei den Einzelleistungen rechnet der GKV-Spitzenverband nach eigenen Angaben noch einmal mit einem Honoraranstieg von rund 400 Millionen Euro. Darüber hinaus werden die Arzthonore 2019 vermutlich noch stärker steigen, denn die Politik hat im Zuge des TSVG vor allem extrabudgetäre Honorarerhöhungen in Aussicht gestellt. Und Ende August tagte erstmals die von der Bundesregierung eingesetzte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem.

DAS DOSSIER „ÄRZTLICHE VERSORGUNG“

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Ärztliche Versorgung

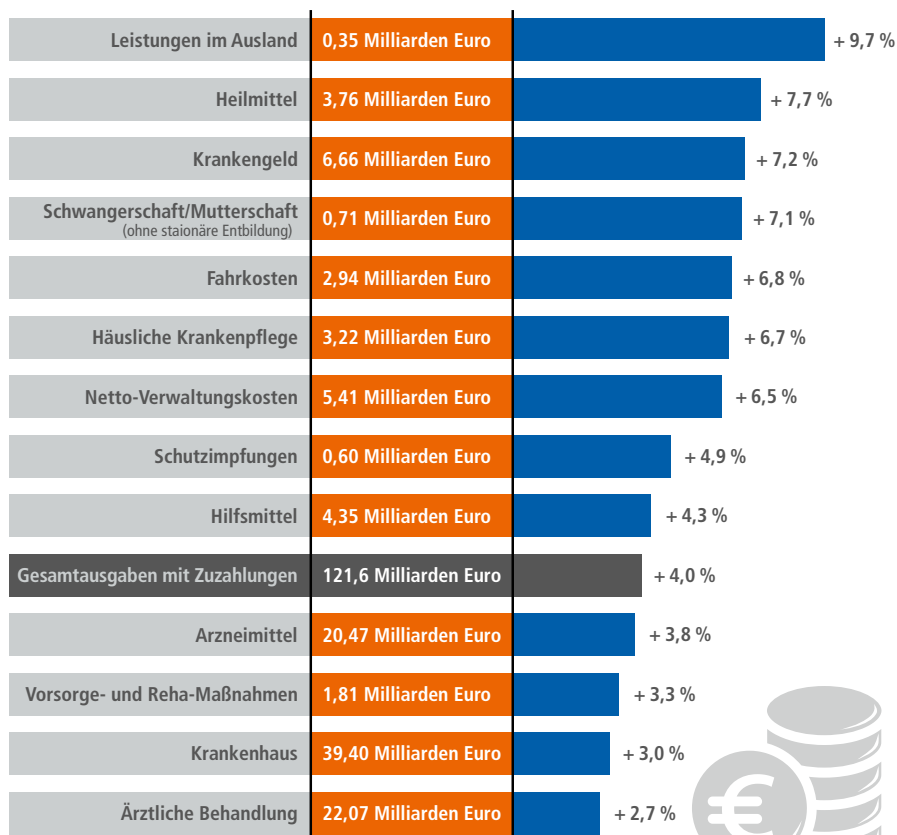




GKV-Ausgaben im 1. Halbjahr 2018 in ausgewählten Leistungsbereichen

ams-Politik 09/18

Änderungen in Prozent ggü. dem 1.HJ 2017



Quelle: Quelle: BMG, KV-45-Zahlen, 04.09.18;
Grafik: AOK-Mediendienst

Wie bereits im ersten Vierteljahr fallen auch nach dem ersten Halbjahr 2018 die Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahresvergleich niedriger aus. Nach rund 1,41 Milliarden Euro Ende Juni 2017 sind es in den ersten sechs Monaten 2018 knapp 50 Prozent weniger. Die gesamte GKV erzielte ein Plus von 720 Millionen Euro. Die Finanzreserven der Krankenkassen stiegen bis Ende Juni 2018 auf über 20 Milliarden Euro.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-bv.de > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



EU-Ticker

Grenzregionen als Experimentierfeld

13.09.18 (ams). Die EU-Kommission will das Wachstum und den Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen stärken. Dazu hat Brüssel einen Gesetzesvorschlag vorgelegt, der es Ländern ermöglichen soll, in einer gemeinsamen Grenzregion (Euregio) für bestimmte Projekte, Infrastrukturmaßnahmen oder Dienstleistungen das Recht des jeweils anderen Staates anzuwenden, wenn das Vorhaben dadurch erleichtert wird. „Öffentliche und private Stellen können dann entsprechende Anträge einreichen, die von einer Koordinierungsstelle bewertet werden. Im Kommissionsentwurf werden insbesondere auch Dienstleistungen des Gesundheitswesens genannt“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Die Mitgliedstaaten hatten bis Anfang September Zeit, grundsätzliche Einwände geltend zu machen. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren befassen sich jetzt das Europäische Parlament und der Rat der Mitgliedsstaaten mit dem Vorhaben.“

DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG EUROPA:

www.dsv-europa.de > News > 2018 > 06



Arzneimittelaufsicht auf dem Prüfstand

13.09.18 (ams). Die Vorkommnisse um den Arzneimittelwirkstoff Valsartan haben nach Ansicht des AOK-Europaexperten Jan van Lente Schwächen bei der Arzneimittelaufsicht offengelegt. Allein in Deutschland seien 37 Überwachungsbehörden an der Rückrufaktion beteiligt gewesen. Auch der Gesundheitsminister sieht inzwischen Handlungsbedarf bei der Koordinierung. Die Verunreinigung einzelner Chargen des Medikaments hätte laut van Lente durch bessere Kontrolle und Zusammenarbeit der zuständigen Behörden auf Europaebene vermieden werden können. „Die meisten Pharmaunternehmen, die Produkte für den europäischen Markt herstellen, kaufen Rohstoffe bei spezialisierten Wirkstoffherstellern ein. Für diese Wirkstoffe kann das jeweilige Pharmaunternehmen bei der Zulassung eines Arzneimittels ein Qualitätszertifikat des Direktorats für Arzneimittelqualität beim Europarat vorlegen. Das sogenannte CEP-Zertifikat ersetzt eine Prüfung der Zulassungsbehörden und eigene Kontrollen der Pharmaunternehmen“, so van Lente. Das Direktorat des Europarates sei jedoch inzwischen mit der Fülle der Fälle personell und finanziell überfordert. „Deshalb sollte man überlegen, ob es nicht sinnvoll ist, der Europäischen Arzneimittelagentur EMA auch die Zertifizierung der Wirkstoffe zu übertragen“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel.

AKTUELLE INFOS ZUM FALL VALSARTAN:

www.bfarm.de > Arzneimittel > Arzneimittelzulassung
> Arzneimittelinformationen > Arzneimittelfälschungen





Umweltbelastung durch Arzneimittel

13.09.18 (ams). Eine noch nicht offiziell veröffentlichte „Kommunikation“ der EU-Kommission befasst sich mit Umweltbelastungen durch den Einsatz, die Produktion und Entsorgung von Arzneimitteln. Dabei geht es vor allem um die Belastung von Grundwasser und Fließgewässern durch Medikamentenrückstände. Sie können nicht nur die Tierwelt schädigen, sondern bereiten zunehmend auch Probleme bei der Aufbereitung von Trinkwasser und bergen die Gefahr multiresistenter Keime. „Die Kommission will das Bewusstsein für diese Probleme stärken. In dem Papier wird vorgeschlagen, auf nicht wirklich erforderliche Arzneimittel zu verzichten. Zudem solle die Industrie vorrangig ‚grüne‘ Arzneimittel vermarkten, die weniger schädlich sind“, sagt der Vertreter der AOK in Brüssel, Jan van Lente. „Für pharmazeutische Abfälle soll ein besseres Entsorgungs- und Recyclingmanagement geschaffen werden.“ Die Pharmaindustrie hat auf das inoffizielle, aber inzwischen durch die Plattform Politico „geleakte“ Papier der Kommission bereits reagiert und eine „Task Force“ zum Thema eingerichtet.

Belgien führt Lebensmittelampel ein

13.09.18 (ams). Nach Großbritannien und Frankreich will auch Belgien eine Lebensmittelkennzeichnung nach dem Ampel-Prinzip einführen. Aus EU-rechtlichen Gründen erfolgt das freiwillig, aber ein erstes großes belgisches Unternehmen hat schon angekündigt, die Ampel verwenden zu wollen. Vorbild ist das französische System, das im Herbst 2017 eingeführt wurde. Dabei werden Inhaltsstoffe von einem dunkelgrünen A (am besten) bis zu einem roten E (am schlechtesten) bewertet. „Damit erhöht sich der Druck auf Deutschland“, vermutet AOK-Europaexperte Jan van Lente. CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag zwar vereinbart, das System der Nährwertkennzeichnungen für verarbeitete Produkte zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Eine Ampelkennzeichnung lehnt Verbraucherschutzministerin Julia Klöckner allerdings weiter ab, obwohl es von einem breiten Bündnis von Ernährungswissenschaftlern, Ärzte- und Krankenkassenverbänden – darunter die AOK – sowie Verbraucherschutzorganisationen befürwortet wird.

#WENIGERZUCKER – DIE KAMPAGNE DER AOK:

www.aok-bv.de > Engagement > #wenigerZucker





Zahl des Monats

5,3 Prozent ...

... betrug 2017 der Krankenstand bei den erwerbstätigen Mitgliedern der AOK. Das zeigen die Auswertungen des Fehlzeiten-Reports 2018. Damit ist der Krankenstand genauso hoch wie in den beiden Jahren zuvor. Jeder AOK-versicherte Beschäftigte hat im Durchschnitt 19,4 Tage aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung am Arbeitsplatz gefehlt. Der Krankenstand beziffert den Anteil der im gesamten Jahr angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage am Kalenderjahr und nicht den Anteil der krankgeschriebenen Beschäftigten an der Zahl aller Erwerbstätigen.

Häufigste Ursache für eine Krankschreibung waren Atemwegserkrankungen (49,9 Fälle je 100 AOK-Mitglieder) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (34,1 Fälle je 100 AOK-Mitglieder). Psychische Erkrankungen traten bei 11,2 Fällen je 100 AOK-Mitglieder auf. Allerdings ist die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten zehn Jahren konstant angestiegen, zwischen 2007 und 2017 um 67,5 Prozent. Außerdem führen diese Erkrankungen zu langen Ausfallzeiten. Mit 26,1 Tagen je Fall dauerten sie 2017 mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt mit 11,8 Tagen je Fall.



Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Neue Behandlungsoptionen auf dem Prüfstand

Für sechs neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine Erprobungsrichtlinie verabschiedet, um deren Nutzen im Vergleich zu schon vorhandenen Methoden zu überprüfen. Für diese Methoden hatten MedizinproduktHersteller entsprechende Anträge gestellt. Unter anderem auf den Prüfstand ist eine Untersuchung bei Demenz mit unklarer Ursache: eine Methode, bei der durch gepulste elektromagnetische Felder die Knochenheilung unterstützt werden soll. Vier Methoden betreffen die Strahlentherapie mit einer Kobaltquelle bei Gefäßmissbildungen und Tumoren des Gehirns. Nach Feststellung des GBA auf dem Boden der eingereichten Studien verfügten alle sechs Ansätze über das Potenzial einer Behandlungsalternative, wobei der Nutzen nicht hinreichend belegt ist. Die Erprobung soll diese Evidenzlücke schließen.

Das Instrument der Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden hat der Gesetzgeber im Jahr 2012 eingeführt. Weisen wissenschaftliche Erkenntnisse darauf hin, dass eine Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative hat, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der GBA eine Erprobungsstudie initiieren und sie finanziell fördern.

Weitere Förderung für Projekte Versorgungsforschung

Der Innovationsausschuss des GBA hat weitere 55 Anträge auf finanzielle Förderung von Projekten aus dem Bereich der Versorgungsforschung angenommen. 205 Projektanträge waren zu den im Oktober 2017 veröffentlichten Förderbekanntmachungen gestellt worden. Die 55 angenommenen Anträge verteilen sich auf insgesamt vier Themenfelder: Dazu gehören „Besondere Versorgungssituationen“ (elf Anträge), die Entwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten (neun Anträge), die Patientensicherheit, die Qualitätssicherung und -förderung (30 Anträge) und die Messung der Ergebnisqualität (drei Anträge). Im Folgenden werden die einzelnen Antragsteller nun schriftlich über die Ergebnisse des Begutachtungs- und Bewertungsverfahrens informiert und um Rückmeldung gebeten. Nach Ablauf der verbindlichen Rückmeldefrist können die Förderbescheide erstellt und versendet werden.

WEITERE INFORMATIONEN ZUM GBA UND SEINER ARBEIT:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik hat sich in der parlamentarischen Sommerpause keine Auszeit gegönnt. Kurz vor Ende der Parlamentsferien hat der Referentenentwurf eines „Gesetzes für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende“ (GZSO) das Licht der Welt erblickt. Es gab eine Verbändeanhörung anlässlich des Referentenentwurfs zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), und das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) hat das Bundeskabinett passiert. Diese und ältere Stichworte (Stand: 12. September 2018) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe

Die Verordnung ergänzt das Pflegeberufegesetz vom Juli 2017. Es tritt in seinen wesentlichen Teilen 2020 in Kraft. Die neue Pflegeausbildung dauert drei Jahre. Der Entwurf regelt die Mindestanforderungen einschließlich der nach zwei Jahren abzulegenden Zwischenprüfung. Die Ausbildung besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Es werden außerdem Anforderungen an die Qualifikation der praxis-anleitenden Personen festgelegt, die die Auszubildenden während der praktischen Ausbildung betreuen. Des Weiteren ist eine Praxisbegleitung durch die Schulen vorgesehen. Geregelt werden außerdem die zu vermittelnden Kompetenzen und das Verfahren der staatlichen Prüfungen einschließlich erstmalig bundesweit einheitlicher Rahmenvorgaben für die staatlichen Bestandteile der Prüfung für die hochschulische Pflegeausbildung.

Darüber hinaus beinhaltet die Verordnung die Bestimmungen zu Kooperationsvereinbarungen zwischen den an der beruflichen Pflegeausbildung Beteiligten sowie zur Errichtung, Zusammensetzung und Konkretisierung der Aufgaben der Fachkommission und deren Geschäftsstelle, die beim Bundesinstitut für Berufsbildung eingerichtet werden soll. Schließlich enthält die Verordnung Regelungen zu den Anerkennungsverfahren von Ausbildungen, die außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes abgeschlossen wurden. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Sie muss dem Deutschen Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

DIE REGELUNGEN IM EINZELNEN:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Gesetze und Verordnungen



GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)

Das Bundeskabinett hat den Entwurf für das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)



beschlossen. Dieses zielt darauf ab, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von Arbeitgebern und Mitgliedern wieder paritätisch, also zu gleichen Teilen zahlen zu lassen. Aktuell müssen GKV-Mitglieder den kassenindividuellen Zusatzbeitrag alleine stemmen. Die Beitragsbelastung gesetzlich versicherter Selbstständiger soll gesenkt werden. Hauptberuflich Selbstständige zahlen ihre GKV-Beiträge auf Basis einer Mindestbeitragsbemessungsgrundlage. Der Mindestbeitrag pro Kalendertag soll halbiert werden und künftig nicht mehr den 40. Teil, sondern nur noch den 80. Teil der monatlichen Bezugsgröße betragen. Das entspricht im Jahr 2018 monatlich 1.142 Euro statt 2.284 Euro. Die Bezugsgröße der Sozialversicherung ist das Durchschnittsentgelt aller gesetzlich Rentenversicherten des jeweils vorletzten Kalenderjahrs und wird für jedes Kalenderjahr neu berechnet.

Beitragsschulden aus ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen sollen bereinigt werden. In den vergangenen Jahren sind vor allem durch nicht beendete Mitgliedschaften freiwillig Versicherter zumeist aus dem EU-Ausland die statistischen Beitragsschulden der Krankenkassen gestiegen. Im Dezember 2017 waren es nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums 6,3 Milliarden Euro. Hintergrund: Eine freiwillige GKV-Mitgliedschaft endet bislang nur dann, wenn das Mitglied seinen Austritt erklärt. Wenn ein GKV-Mitglied aber unbekannt verzogen ist, keine Beiträge mehr bezahlt und sich nicht abmeldet, wird es obligatorisch zum Höchstbeitrag weiterversichert. Der Effekt: Die Krankenkasse erhält weiter Zuweisungen aus dem Finanzausgleich der Krankenkassen (RSA) und häuft letztlich fiktive Beitragsschulden an. Deshalb sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, die Versicherungsverhältnisse von solchen „passiven“ Mitgliedern zu beenden. Die für die aufzuhebenden Mitgliedschaften erhaltenen RSA-Zuweisungen sollen rückwirkend an den Gesundheitsfonds zurückgezahlt werden.

Im Vergleich zum Referentenentwurf gibt es eine nicht unwesentliche Änderung. Ein Teil der Überschüsse und Finanzreserven der Krankenkassen soll zwar auf Sicht weiterhin abgebaut werden und für Beitragssenkungen und Leistungsverbesserungen genutzt werden. Die diesbezüglichen Regelungen sollen aber erst zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Die Bundesregierung will zunächst den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf Basis der inzwischen vorliegenden gutachterlichen Expertise reformieren.

Der zulässige Aktienanteil an Anlagen, mit denen die Krankenkassen ihre betriebsinternen Altersrückstellungen absichern, soll von zehn auf 20 Prozent steigen und somit an das Versorgungsrücklagegesetz des Bundes angepasst werden. Insgesamt verspricht sich das Bundesgesundheitsministerium von dem Maßnahmenpaket Entlastungen für die GKV-Mitglieder von etwa 8,3 Milliarden Euro.

Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende“ (GZSO)

Mit dem Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Zahl der Transplantationen durch bessere strukturelle und finanzielle Voraussetzungen in den Entnahmekrankenhäusern erhöhen. Der GZSO-Entwurf sieht unter anderem von bundeseinheitliche Regelungen für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten in Entnahmekliniken zu definieren. Die entstehenden Kosten sollen vollständig über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) refinanziert werden. Die Krankenhäuser müssen die korrekte Verwendung der Mittel nachweisen.



Hat ein Entnahmekrankenhaus mehr als eine Intensivstation, soll für jede dieser Stationen mindestens ein Transplantationsbeauftragter bestellt werden. Bei mehreren Transplantationsbeauftragten soll die Freistellung anteilig erfolgen: 0,1 Stellen je zehn Intensivbehandlungsbeziehungsweise Beatmungsbetten.

Die Position des Transplantationsbeauftragten soll gestärkt werden. Dazu gehört ein uneingeschränkter Zugang zu den Intensivstationen und uneingeschränkte Einsicht in die Patientenakten, um mögliche Spender zu identifizieren. Transplantationsbeauftragte können künftig auf Klinikkosten für die fachspezifische Fort- und Weiterbildung freigestellt werden. Verfahrensweisungen der Transplantationsbeauftragten über Zuständigkeiten und Handlungsabläufe im Entnahmekrankenhaus muss die Klinikleitung verbindlich umsetzen.

Auch die Vergütung regelt das GZSO neu. Entnahmekrankenhäuser erhalten einen Anspruch auf pauschale Abgeltung der von ihnen im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbrachten Leistungen sowie eine Grundpauschale. Weitere Pauschalen sind vorgesehen für die intensivmedizinischen Leistungen bei der Organentnahme. Sie werden festgelegt durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer. Zusätzlich sieht der Entwurf einen Ausgleichszuschlag für die notwendige Infrastruktur vor.

Weitere Regeln betreffen die Einrichtung eines neurologischen konsiliarärztlichen Bereitschaftsdienstes zur Feststellung des Hirntodes, die Einführung eines klinikinternen Qualitätssicherungssystems durch flächendeckendes Berichtssystem und die Betreuung betroffener Angehöriger.

DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Gesetze und Verordnungen



Operationstechnische Assistenten

Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur aufgrund von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Grundlage des Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006. Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat der Bundesrat den Antrag unverändert gegenüber den in der 16., 17. und 18. Wahlperiode des Bundestages eingebrachten Gesetzentwürfen erneut beschlossen.

DER GESETZENTWURF:

www.bundesrat.de > Dokumente > Drucksache 50/18





Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

Auch das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, PpSG) hat inzwischen das Bundeskabinett passiert. Im Vergleich zum Referentenentwurf sind einige Regelungen konkretisiert beziehungsweise ergänzt worden. Neu ist, dass das Bundesgesundheitsministerium künftig konkrete Vorgaben zum Pflegepersonal machen und Verstöße sanktionieren kann. Ab 2020 soll für jedes Krankenhaus das Verhältnis zwischen der Zahl der Pflegekräfte und dem anfallenden Pflegeaufwand errechnet und veröffentlicht werden. Unterschreitet ein Krankenhaus eine bestimmte Personalgrenze, drohen Honorarkürzungen. Ebenso neu im Gesetzentwurf ist der Anspruch pflegender Angehöriger auf Versorgung des Pflegebedürftigen durch die Krankenkasse für die Dauer einer eigenen stationären Rehabilitationsmaßnahme. Vergütungszuschläge für medizinische Behandlungspflege sollen im Regelfall nur für Pflegefachkräfte gezahlt werden – auch dies eine Ergänzung zum Referentenentwurf. Grundsätzlich will die Große Koalition mit dem PpSG erste Schritte bei der Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege einleiten. Verschiedene Sofortmaßnahmen sollen nicht nur die pflegerische Versorgung in der Kranken- und Altenpflege verbessern, sondern auch für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen sorgen.

Geplant ist, dass bereits ab dem Jahr 2018 Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte in Krankenhäusern von den Krankenkassen vollständig refinanziert werden. Die Finanzierung durch die Kassen soll bei erhöhtem Bedarf der Krankenhäuser an Pflegepersonal ebenso verbessert werden wie die Finanzierung der Ausbildungsvergütungen. Außerdem enthält das Gesetz Regelungen zur Fortführung des Krankenhausstrukturfonds, um daraus künftig auch Ausbildungsstätten für Pflegepersonal fördern zu können. Die Finanzierung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser soll ab dem Jahr 2020 auf eine neue, von den Fallpauschalen (DRGs) unabhängige, krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten umgestellt werden.

Im Bereich der Altenpflege erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzlich Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit soll dem Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser Rechnung getragen werden. Zur Entlastung des Pflegepersonals soll die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege fördern. Verbindliche Kooperationsverträge sollen die Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte mit stationären Pflegeeinrichtungen stärken. In der Kranken- wie in der Altenpflege sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte zeitlich befristet gefördert werden.

Der Gesetzentwurf beinhaltet darüber hinaus noch Regelungen, die nicht direkt mit dem Bereich Pflege in Verbindung stehen. So wird unter anderem die Vergütung von Videosprechstunden niedergelassener Ärzte und Zahnärzte geregelt.

Der Gesetzentwurf beziffert die Mehrausgaben der Krankenkassen bis einschließlich 2022 auf fast neun Milliarden Euro. Am stärksten schlagen dabei die rund 640 Millionen Euro jährlich für die Finanzierung der zusätzlichen Stellen in Pflegeheimen aus. Auf die Pflegeversicherung kommen im gleichen Zeitraum insgesamt 900 Millionen Euro zusätzlich zu. Für den „Ausbau des Krankenhausstrukturfonds zur Anpassung bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung“ sollen vier Milliarden Euro fließen,



je zur Hälfte finanziert von Bund und Länder einerseits sowie aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV andererseits. Hinsichtlich der Einnahmeseite bleibt der Kabinettsbeschluss vage. „Den Mehrausgaben stehen Einsparpotenziale gegenüber, die durch strukturelle Effekte im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können“, heißt es da.

KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen > Pflege > Sofortprogramm Pflege



STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES ZUR VERBÄNDEANHÖRUNG:

www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen



Rechengrößen 2019

Das Bundesarbeitsministerium (BMAS) hat den Verordnungsentwurf für die Rechengrößen 2019 veröffentlicht. Danach liegt die Beitragsbemessungsgrenze für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung im kommenden Jahr bei 54.450 Euro jährlich (4.537,50 Euro monatlich). Aktuell sind es 53.100 Euro (4.425,00 Euro). Die Versicherungspflichtgrenze wird 2019 laut Entwurf bei 60.570 Euro Jahresarbeitsentgelt gezogen (monatlich 5.047,50 Euro) – aktuell liegen die Werte bei 59.400 pro Jahr und 4.950 Euro monatlich.

Die Rechengrößen im Versicherungs- und Beitragsrecht werden jährlich der Lohn- und Gehaltsentwicklung in Deutschland angepasst. Die maßgebende gesamtdeutsche Veränderungsrate im Jahr 2017 beträgt laut BMAS 2,52 Prozent. Insofern basieren die Zahlen im Ministeriumsentwurf auf gesetzlich festgesetzten Berechnungen und ändern sich in der Regel nicht mehr. Die Fachanhörung des BMAS läuft bis zum 20. September, die Verabschiedung durch das Bundeskabinett ist für den 10. Oktober angesetzt. Abschließend muss noch der Bundesrat zustimmen.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bmas.de > Presse > Meldungen



Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das Gesetz trägt den vollständigen Titel „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ und ist das bisher umfänglichste Projekt des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn. Kernziele des TSVG sind eine schnellere Terminvergabe für gesetzlich Versicherte und die Verbesserung der Versorgung in ländlich geprägten Regionen. 600 Millionen Euro an Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sind hierfür veranschlagt. Dazu kommen 570 Millionen Euro für die neuen Regelungen beim Zahnersatz.

Die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen erweitert werden. Bisher müssen die Stellen bei Vorliegen einer Überweisung einen



Termin beim Facharzt vermitteln. Künftig sollen sie auch zur Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten verpflichtet werden und bei der Suche nach einem dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendarzt helfen. Die Wartezeit bis zu diesem Termin darf weiterhin in der Regel nicht länger als vier Wochen betragen und die Vermittlung des Termins nicht länger als eine Woche dauern. Akute Notfälle werden während der üblichen Sprechstundenzeiten unmittelbar an eine Arztpraxis oder bei Bedarf an eine Notfallambulanz vermittelt. Bei lebensbedrohlichem Notfall wird die Notrufzentrale unter der Nummer 112 eingeschaltet. Die TSS sollen darüber hinaus mit der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116117 zusammengelegt werden. Die Nummer soll dann künftig auch rund um die Uhr erreichbar und in ein künftiges System der im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallleitstellen integrierbar sein. Ebenso soll ein Online-Angebot etabliert werden, über das Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App mit dem Smartphone vereinbart werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) soll durch eine Richtlinie die einheitliche Umsetzung durch KVen regeln. Das gilt auch für die Zertifizierung der notwendigen Praxissoftware. Eingeführt wurden die TSS mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015.

Außerdem sollen niedergelassene Vertragsärzte verpflichtet werden, mehr Sprechstunden anzubieten. Statt bisher 20 Stunden pro Woche sollen künftig mindestens 25 Stunden pro Woche für Kassenpatienten freigehalten werden. Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung wie Haus- und Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Gynäkologen, Orthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte müssen mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde, das heißt ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Hausbesuche werden auf die erweiterten Sprechzeiten angerechnet. Einzelheiten sollen „zeitnah“ durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart werden. Die KVen werden zur Überwachung der Einhaltung der Mindestsprechstunden verpflichtet. Sie sollen einheitliche Prüfkriterien festlegen und müssen den Aufsichtsbehörden sowie Landes- und Zulassungsausschüssen jährliche Ergebnisberichte vorlegen.

Für diese Leistungen sieht der Gesetzentwurf eine extrabudgetäre, teilweise höhere Vergütung vor. Das gilt für die erfolgreiche Vermittlung eines „dringlich notwendigen Behandlungstermins“ durch den Hausarzt zum Facharzt genauso wie für ärztliche Leistungen, die von der Terminservicestelle der KV vermittelt werden. Ebenso angehoben und außerhalb des vereinbarten Budgets vergütet werden, soll die Versicherten- und Grundpauschale bei der Behandlung neuer Patientinnen und Patienten sowie für ärztliche Leistungen während der offenen Sprechstunde. Für die Behandlung von Akut- und Notfällen während der Sprechzeiten sieht der Entwurf ebenfalls mehr Honorar vor. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab für technische Leistungen zur Förderung der „sprechenden Medizin“ soll überprüft und aktualisiert werden. Hausbesuche auf dem Land sollen speziell gefördert werden. War es bisher so, dass in Gebieten, in denen ärztliche Unterversorgung besteht oder droht, regionale Zuschläge gezahlt werden können, sieht das TSVG künftig regionale Zuschläge verpflichtend vor, die vom Landesausschuss der Ärzte und den Krankenkassen ausgehandelt und festgesetzt werden.

Die KVen werden verpflichtet, einen Strukturfonds zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung aufzulegen. Die in diesen Fonds hinterlegten Mittel verdoppeln sich von bisher 0,1 auf 0,2 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung. Die Verwendung der Fondsgelder wird zudem nicht mehr auf Investitionskosten für Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, auf Vergütungszuschläge und Zuschläge zur Ausbildung beziehungsweise die



Vergabe von Stipendien beschränkt. Künftig können die Mittel auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, zur Förderung von Eigeneinrichtungen der KVen oder lokale Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung eingesetzt werden. Die Liste kann überarbeitet und ergänzt werden. Die Gründung von Eigeneinrichtungen der KV und medizinischer Versorgungszentren soll leichter, die Bedarfsplanung angepasst werden.

Weitere Regelungen des Gesetzes beschäftigen sich mit der Schaffung eines neuen Schiedsgremiums bei Konflikten zwischen Krankenkassen, Kassenärzten und Kliniken, mit neuen Regelungen beim Zahnersatz – unter anderem soll der Festzuschuss von 50 auf 60 Prozent erhöht werden –, mit Neuerungen hinsichtlich der spezialisierten ambulante Palliativversorgung (SAPV) und der Einführung einer elektronischen Patientenakte.

Im Bereich der Impfstoffversorgung macht das TSVG neue Vorgaben, wonach die Krankenkassen künftig die beiden günstigsten Impfstoffe bezahlen müssen.

Hinzu kommen Regelungen bei der Gewährung neuer Leistungen für HIV-Patienten sowie Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die sogenannte Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine Krebserkrankung und deren Behandlung zum Verlust der Zeugungsfähigkeit führen könnte, um nach Genesung künstliche Befruchtung zu ermöglichen.



Kurzmeldungen

Gesundheit lässt sich lernen – Berliner Gesundheitspreis gestartet

13.09.18 (ams). „Gesundheit lässt sich lernen“ lautet das Motto des Berliner Gesundheitspreises 2019. Der Innovationswettbewerb des AOK-Bundesverbandes, der Ärztekammer Berlin und der AOK Nordost ist am 1. September gestartet. Gesucht werden Projekte, die Menschen motivieren, sich mit Gesundheitsinformationen auseinanderzusetzen. Einen besonderen Fokus legen die drei Initiatoren auf innovative Konzepte, die die Digitalisierung für mehr Gesundheitskompetenz nutzen. Die Bewerbungsfrist endet am 30. November 2018. Eine unabhängige Jury entscheidet über ein Preisgeld von insgesamt 50.000 Euro.

EINZELHEITEN ZUM BERLINER GESUNDHEITSPREIS UND ZUR AKTUELLEN AUSSCHREIBUNG:

www.berliner-gesundheitspreis.de



Weniger risikoreiche Pillen-Präparate

13.09.18 (ams). Die Verordnung von risikoreicheren Verhütungs-Pillen für Mädchen und junge Frauen bis 20 Jahren ist in den vergangenen zwei Jahren deutlich zurückgegangen. Lag 2015 der Anteil der Pillen mit höherem Risiko für Thrombosen und Embolien noch bei 66 Prozent, betrug er 2017 lediglich 55 Prozent. Das zeigen Auswertungen der Verordnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) veröffentlicht hat. Seit 2014 gibt es die Empfehlung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), insbesondere jungen Frauen, die das erste Mal die Pille einnehmen, Präparate mit geringerem Risiko für die Bildung von Thrombosen und Embolien zu verschreiben. Dabei gibt es jedoch deutliche regionale Unterschiede.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung



Die Handball-Stars kommen

13.09.18 (ams). Mit dem Ende der Sommerferien hat die Saison des AOK-Startrainings begonnen. 23 Grundschulen stehen auf der Tourliste vieler Größen des deutschen Handballsports. Die gemeinsame Aktion von AOK und Deutschem Handballbund (DHB) steht diesmal ganz im Zeichen der Weltmeisterschaft im Januar 2019 in Deutschland und Dänemark. In einem Schnupperkurs können die Kinder testen, ob Handball ein Hobby fürs Leben werden könnte. Natürlich gibt es auch Gelegenheit für Fotos mit den Stars und Autogramme. Die Tour läuft bis zum 12. Oktober. Weit über 1.000 Schulen hatten sich beworben.

ALLE INFORMATIONEN:

www.aok-startraining.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: _____

- Wenn Sie künftig den AOK-Medienservice Politik nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail** erhalten wollen, melden Sie sich bitte unter folgender Web-Adresse an:

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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 streichen Sie mich aus dem Verteiler für die Printausgabe des AOK-Medienservice Politik.**

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
