



AOK-MEDIENSERVICE

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

01/19

POLITIK

 @AOK_Politik

Terminservice- und Versorgungsgesetz

- **Immer neue Anträge:
Langsam wird's unübersichtlich** 2

Referentenentwurf zum GSAV

- **Notwendige Konsequenzen
aus Versäumnissen der Vergangenheit** 4

ams-Grafik

- **Wie sich der Preis eines
Medikaments zusammensetzt** 6

EU-Ticker

- **Lebensmittelsicherheit:
Europaparlament für mehr Transparenz** 7

Zahl des Monats

- **109 Krankenkassen ...** 9

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 10

- **Gesetzgebungskalender** 11

- **Kurzmeldungen** 16



Terminservice- und Versorgungsgesetz

Immer neue Anträge: Langsam wird's unübersichtlich

17.01.19 (ams). Das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird immer umfangreicher. Zum Kabinettsentwurf, der Mitte Dezember vom Bundestag erstmals beraten wurde, sind zahlreiche „fachfremde“ Ergänzungsanträge hinzugekommen. Der Gesundheitsausschuss hat deshalb zwei Anhörungen angesetzt. In der ersten ging es zunächst um die ursprünglichen Inhalte. Der AOK-Bundesverband begrüßt grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung. An den Detailregelungen übte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch jedoch deutliche Kritik.

„Die AOK-Gemeinschaft unterstützt alle Maßnahmen, die dazu beitragen, allen Bürgern einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, eine bessere Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu erreichen und dies durch Regelungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen zu unterstützen“, sagt Litsch. Statt jedoch gesetzliche Grundlagen für eine innovative, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung auf den Weg zu bringen, beschränke sich der TSVG-Entwurf darauf, durch ineffiziente Strukturen entstandene Probleme über weitere kleinteilige Regelungen, Eingriffe in die Selbstverwaltung und zusätzliche Finanzmittel immer weiter staatlich zu reglementieren.

600 Millionen allein garantieren keine bessere Versorgung

Die AOK unterstützt die geplante Erweiterung des Sprechstundenangebots, die Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten und die Aufgabenerweiterung der Terminservicestellen. Allerdings müsse man damit rechnen, dass einige Vorschläge Ärzte veranlassen könnten, „ihr Abrechnungsverhalten zu optimieren“. Kritisch bewertet Litsch deshalb die geplante Extravergütung für die Vermittlung von Terminen durch Hausärzte oder Terminservicestellen, die vorgesehene zusätzliche Vergütung für die Behandlung neuer Patienten in den Arztpraxen, für Leistungen in sogenannten offenen Sprechstunden und für die Behandlung von Akut- und Notfällen in den Sprechstunden. „600 Millionen Euro zusätzlich für die Vertragsärzte sind nur zu rechtfertigen“, so der Verbandschef, „wenn es zielgerichtet in die Verbesserung der Versorgung investiert wird und wenn die Wirkung der Reformen auch umfassend überprüft wird.“

Litsch plädiert auch für mehr Mut bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens: „Natürlich müssen sich Arzt und Patient persönlich kennen. Aber sie müssen sich nicht für jedes Gespräch persönlich sehen. Neben Versorgungszentren ist deshalb Tele-Medizin ein wichtiger Ansatz, um die Probleme in den ländlichen Regionen anzugehen.“ Mit Blick auf den voranschreitenden Aufbau des AOK-Gesundheitsnetzwerkes (DiGeN) begrüßte Litsch die im TSVG vorgesehenen Regelungen zur Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA): „Dass Versicherte auch über mobile Endgeräte wie das Smartphone selbst und direkt auf ihre Daten zugreifen können, war überfällig.“



Die schon im Dezember über einen Änderungsantrag in das TSVG-Verfahren eingebundenen geplanten Neuregelungen in der Heilmittelversorgung orientieren sich laut Litsch „sehr einseitig an den Interessen der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und werden drastisch steigende Preise zu Lasten der Versichertengemeinschaft zur Folge haben“. Wettbewerbsaspekte, qualitätssichernde Maßnahmen, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeitsinstrumente würden dagegen vernachlässigt, heißt es in der AOK-Stellungnahme.

Kein Verständnis hat die AOK für die Anfang Januar bekannt gewordenen Pläne im Hilfsmittelbereich. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will unter anderem die Möglichkeit der Ausschreibung durch einzelne Krankenkassen abschaffen. „Dadurch käme der Preiswettbewerb zwischen den Leistungserbringern zum Erliegen, deutliche Ausgabensteigerungen wären die Folge“, warnt der AOK-Bundesverband. Kritisch sieht der Verband auch die vorgesehene Zentralisierung der Selbsthilfe-Förderung. Ab 2020 sollen die Kassen entsprechende Aktivitäten nur noch gemeinsam finanziell unterstützen.

„Der GBA dient auch als Qualitätsfilter“

Durch das inzwischen recht unübersichtliche TSVG-Entwurfswerk ziehen sich laut AOK-Stellungnahme viele Detailregelungen, die dazu angetan sind, die Selbstverwaltung zu schwächen und speziell die Stimm- und Mitwirkungsrechte der Krankenkassen zu beschneiden. So sollen bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung die obersten Landesbehörden künftig nicht nur die Rechtsaufsicht ausüben, sondern in Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingreifen dürfen oder sie gleich selbst treffen. Dazu passe ins Bild, dass im TSVG-Entwurf bereits die generelle Aufhebung der Zulassungssperren für Psychiater, Rheumatologen und Kinderärzte vorgesehen sei – aus Sicht der AOK ein „ordnungspolitisch außergewöhnlicher Eingriff in die Regelungsbefugnisse der Selbstverwaltung“.

Die Länder sollen auch an den Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beteiligt werden und dort künftig den gleichen Status erhalten wie die Patientenvertreter. Ein weiterer Änderungsantrag sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt wird, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch am dafür zuständigen GBA vorbei per Rechtsverordnung in die GKV-Versorgung aufzunehmen. GBA-Chef Josef Hecken hat auf diese Pläne empört reagiert. Eine „Methodenbewertung super light“ führe zu Beliebigkeit und Staatsmedizin. Auch die AOK wertet die Pläne als Rückschlag auf dem Weg zu mehr Patientensicherheit und Qualität in der medizinischen Versorgung. „Es spricht gegen Patienteninteressen, wenn künftig aufgrund politischen Kalküls und ohne Berücksichtigung von Nutzen- und Risiko entschieden wird, welche Leistungen die Krankenkassen zahlen müssen“, unterstreicht Vorstandsvorsitz Litsch. Der GBA diene auch als Qualitätsfilter, indem er neue Leistungen auf medizinische Wirksamkeit und Schadenspotential hin überprüfe.

Dieses Thema ist neben den anderen „fachfremden“ Inhalten Gegenstand der zweiten TSVG-Anhörung voraussichtlich am 11. Februar. Wegen des Zusatztermins sind die zweite und dritte Lesung des Gesetzentwurfs erst für Mitte März terminiert. Das im Bundesrat nicht zustimmungspflichtige Gesetz könnte dann frühestens am 1. Mai 2019 in Kraft treten.

(Toro)

DAS DOSSIER „ÄRZTLICHE VERSORGUNG“:

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





Referentenentwurf zum GSAV

Notwendige Konsequenzen aus Versäumnissen der Vergangenheit

17.01.19 (ams). Die Bundesregierung will mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) Konsequenzen aus den Arzneimittel-Skandalen der jüngsten Vergangenheit ziehen. Noch kurz vor der Weihnachtspause hatte das Bundesgesundheitsministerium die Verbände um Stellungnahme zum Referentenentwurf gebeten. Der AOK-Bundesverband unterstützt das Vorhaben und spricht in seiner Bewertung von einem wichtigen Schritt. Im Kern soll das GSAV die Überwachung und Kontrolle von Arzneimitteln stärken sowie wirtschaftliche Fehlanreize beseitigen, die kriminelles Handeln begünstigen können.

Lunapharm, Valsartan, Bottrop, Brüggem-Brach: ein Unternehmen, ein Wirkstoff und zwei Orte, die exemplarisch für Arzneimittel-Skandale der vergangenen Jahre stehen, getrieben von zum Teil hoher krimineller Energie. Jedes Mal ging es um verunreinigte oder gepanschte Medikamente. Vier Skandale, die das Vertrauen in die Patientensicherheit erschüttert haben. „Daher sind die mit dem Gesetz geplante Stärkung von Arzneimittelüberwachung und -kontrolle, die Ergänzung von Regelungen zur Schadensbehebung sowie die beabsichtigte Beseitigung von wirtschaftlichen Fehlanreizen, die kriminelles Handeln begünstigen könnten, zu begrüßen“, resümiert der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme.

Praxistest ist entscheidend

Der Gesetzentwurf stärkt unter anderem die Koordinationsfunktion und Rückrufkompetenzen der Bundesbehörden sowie die Überwachung und Kontrollen durch die Landesbehörden. Insbesondere beim Bezug und der Weitergabe gestohlener Krebsarzneimittel durch den Großhändler Lunapharm waren Mängel hinsichtlich des Informationsflusses zwischen Bundes- und Landesbehörden bei Verdachtsfällen zu Tage getreten. Es gab kaum unangemeldete Kontrollen, und Rückrufe erfolgten erst mit erheblichem Zeitverzug. Die jetzt geplanten Maßnahmen gehen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im Sinne der Patientensicherheit in die richtige Richtung. „Allerdings müssen sich diese Maßnahmen in der Praxis noch bewähren und sollten regelmäßig auf noch vorhandene Regelungslücken hin überprüft werden“, schreibt der Kassenverband in der insgesamt über 90-seitigen Analyse.

Die drei Todesfälle im niederrheinischen Brüggem-Brach dokumentierten nicht minder fehlende Meldepflichten bei Verdachtsfällen und einen zu sorglosen Umgang mit der erlaubnisfreien Herstellung von Arzneimitteln. Ein Heilpraktiker hatte Krebspatienten mit selbst hergestellten Arzneimitteln versorgt. „Auch hierauf liefert der Gesetzentwurf eine passende Antwort“, stellt die AOK fest.

Die Rückrufwelle aufgrund einer Verunreinigung des Blutdruckmittels Valsartan mit dem wahrscheinlich krebserregenden Stoff N-Nitrosodimethylamin hatte im Sommer 2018 ebenfalls für Schlagzeilen gesorgt. Die Ursache lag offensichtlich in einer Umstellung des Herstellungsverfahrens beim Produzenten des Wirkstoffs. Nicht nur mitunter erhebliche Versorgungsengpässe waren die Folge, sondern Mängel bei der Transparenz und der Informa-



tion über die Wirkstoffhersteller wurden deutlich. Zudem haben Versicherte und Krankenkassen derzeit keinen Anspruch auf Schadenersatz in Fällen von Rückrufen.

Alle diese Punkte sind im Gesetzentwurf angesprochen. Um ein für alle Beteiligten möglichst aufwandsarmes Verfahren zu gewährleisten, fordert der AOK-Bundesverband allerdings gesetzliche Voraussetzungen für die Kennzeichnung und Identifizierung von Ersatzverordnungen. Darüber hinaus fehlten weitergehende Schritte zur Stärkung der Patientenrechte etwa im Bereich der Gefährdungshaftung oder auch durch die Einbeziehung von Schäden bei Medizinprodukten.

Zytostatika-Markt: Fehlanreize werden nicht beseitigt

Der Skandal um gepantschte Krebsmedikamente aus Bottrop, bei denen vorsätzlich der Wirkstoffgehalt der abgegebenen Arzneien reduziert wurde, hat darüber hinaus nicht zum ersten Mal gezeigt, wie sehr mangelnde Markttransparenz die Patientensicherheit gefährdet. Hier ziehe der GSAV-Entwurf jedoch die falschen Konsequenzen und sei nicht weitreichend genug. „Die vorgesehenen Regelungen können solch einen Skandal in Zukunft nicht verhindern“, kritisiert der AOK-Bundesverband. So würden einerseits die versprochenen unangemeldeten Inspektionen nicht verbindlich festgeschrieben. Andererseits setze der Gesetzentwurf weitere wirtschaftliche Fehlanreize für die Apotheker, weil das Geschäft noch lukrativer werde, obwohl ein Gutachten im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums eine Absenkung der Preise empfohlen habe.

Der AOK-Bundesverband unterstreicht seine Kritik am Verbot von Zytostatika-Ausschreibungen durch Krankenkassen im Zuge des Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) 2017. Die einfachste Lösung sei die Rückkehr zu den bewährten Ausschreibungen. „Während der Versuch, mittels Ausschreibungen zwischen Krankenkassen und Apotheken in diesem Markt mehr Transparenz und verbindliche Qualitätsvorgaben zu etablieren, vorschnell mit dem AMVSG beendet wurde, sollen die Krankenkassen nun gemeinsam und einheitlich Rabattverträge mit den pharmazeutischen Unternehmen zur Erschließung der Wirtschaftlichkeitsreserven verhandeln“, heißt es in der Stellungnahme wörtlich. Der Plan, dass die Apotheker nur noch die tatsächlichen Einkaufspreise und einen deutlich erhöhten Arbeitspreis erhalten, sei lediglich eine Absichtserklärung und nur mit hohem Aufwand überprüfbar. Von den regionalen Selektivverträgen zwischen Kassen und Herstellern dürfte nur ein geringer Effekt zu erwarten sein, fürchtet die AOK, weil sie nur einen Teil des Markt betreffe und auf wenig Gegenliebe bei den Herstellern stoße.

(rbr)

[DAS DOSSIER ARZNEIMITTEL UND DER UMGANG MIT ZYTOSTATIKA:](#)

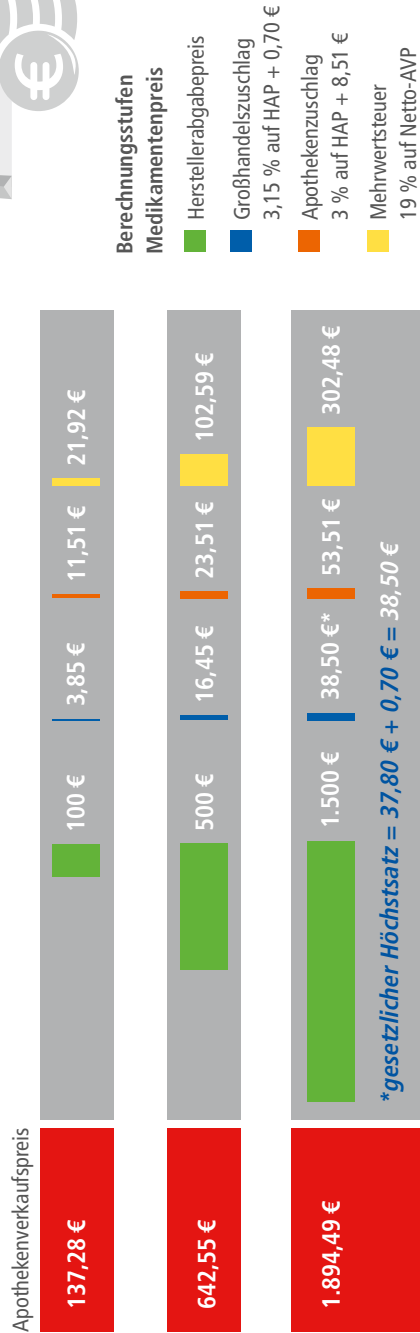
www.aok-bv.de > [Hintergrund](#) > [Dossiers](#) > [Arzneimittel](#)





Wie sich der Preis eines Medikaments zusammensetzt

ams Politik 1/19



Quelle: AOK-Bundesverband; Grafik: AOK-Mediendienst

Die Große Koalition will den Handel mit Arzneimitteln in Apotheken neu ordnen. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte 2016 entschieden, dass die deutsche Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Recht verstößt. Ein Eckpunktepapier sieht jetzt vor, die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) ins Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) einzubinden und Boni, die ausländische Apotheken gewähren, auf 2,50 Euro je Packung zu deckeln. Die AMPreisV legt fest, wie viel eine Apotheke für ein Medikament verlangen darf. Der Apothekenverkaufspreis (AVP) setzt sich zusammen aus dem Herstellerrabgabepreis (HAP), einem Großhandelszuschlag (höchstens 37,80 Euro) und einem Apothekenzuschlag. Obendrauf kommt die Mehrwertsteuer von zurzeit 19 Prozent.

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



EU-Ticker

Lebensmittelsicherheit: EU-Parlament für mehr Transparenz

17.01.19 (ams). Das Europäische Parlament hat sich mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, dass die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) bisher unter Verschluss gehaltene Industriestudien veröffentlichen muss. Das Votum für ein Transparenzgesetz entspricht einem Vorschlag der EU-Kommission. Jetzt strebt das EU-Parlament eine Einigung mit dem Europäischen Rat noch vor der Europawahl an. Das neue Parlament wird im Mai gewählt. In Deutschland ist der Wahltermin am 26. Mai. Die Gesetzesinitiative geht nicht zuletzt auf Forderungen der „Europäischen Bürgerinitiative gegen Glyphosat“ zurück, die sich 2016 gebildet hatte. Seit April 2012 haben EU-Bürger das Recht, bei entsprechender Unterstützung ein bestimmtes Thema auf die politische Tagesordnung der EU-Kommission setzen zu lassen.

DIE ENTSCHEIDUNG IM EINZELNEN:

www.europarl.europa.eu/de > Presseraum



Rumänien übernimmt den Staffelstab

17.01.19 (ams). Österreich hat zum Jahreswechsel 2019 die EU-Ratspräsidentschaft an Rumänien übergeben. In der Gesundheitspolitik stehen aus Sicht dreier zuständigen Ministerin Sorina Pintea die Projekte an, die 2018 nicht abgeschlossen werden konnten. „Die Gesundheitsministerin will sich vor allem dafür einsetzen, dass sich der Rat im Streit um Bewertung von Medizintechnologie auf Europaebene auf eine gemeinsame Position einigt“, erläutert der Vertreter der AOK in Brüssel, Evert-Jan van Lente. „Dazu will Pintea große Streitpunkte wie die verpflichtende Verwendung der EU-Bewertungen zunächst außen vor lassen. Trotzdem stehen die Chancen auf eine Einigung im Rat bis Jahresmitte eher schlecht.“ Auch das Thema „Zugang zu Arzneimitteln“ bleibt auf der Tagesordnung. „Sie strebt eine Regelung an, wonach Hersteller, die eine Zulassung auf Ebene der Europäischen Union erhalten, ihr Produkt innerhalb einer bestimmten Frist in allen Mitgliedsländern anbieten müssen. Auch die Arzneimittelknappheit soll angesprochen werden. In Rumänien selbst betrifft dies insbesondere Immunglobuline“, sagt AOK-Europaexperte van Lente.

MEHR ZUR DEN PROJEKTEN DER RUMÄNISCHEN EU-RATSPRÄSIDENTSCHAFT:

www.romania2019.eu/home





EMA bezieht Zwischendomizil in Amsterdam

17.01.19 (ams). Knapp drei Monate vor dem geplanten Brexit ist die europäische Arzneimittel-Agentur EMA von London nach Amsterdam umgezogen. Der niederländische Gesundheitsminister Bruno Bruins eröffnete dort am 9. Januar den vorläufigen neuen Sitz. Die künftige Zentrale für die EMA entsteht zurzeit im Finanzzentrum von Amsterdam. Sie soll im November 2019 bezugsfertig sein. Mehrere hundert Mitarbeiter der Arzneimittelagentur werden mit ihren Familien in die Niederlande ziehen. Sie arbeiten zunächst in einem elf Stockwerke hohen Gebäude im Westen der Stadt. Während der Umzugsphase wird die EMA verstärkt durch nationale Arzneimittelbehörden unterstützt, darunter das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn. Die ehemalige Bundeshauptstadt hatte sich 2017 selbst um den Sitz der EMA beworben, konnte sich am Ende jedoch nicht durchsetzen. Unter anderem der ehemalige NRW-Ministerpräsident und spätere Bundesarbeits- und Wirtschaftsminister Wolfgang Clement hatte sich als Schirmherr der Kampagne für einen Umzug der EMA nach Bonn stark gemacht.

INFORMATIONEN ZUM AUFBAU UND ZUR ARBEIT DER EMA:

www.ema.europa.eu





Zahl des Monats

109 Krankenkassen ...

... gibt es laut aktueller Kassenliste des GKV-Spitzenverbandes in Deutschland. Das ist eine weniger als 2018. Der Grund: Die Metzinger BKK und die mhplus Krankenkasse sind am 1. Januar 2019 zur mhplus BKK fusioniert. Den weitaus größten Teil der Krankenkassen machen die 84 Betriebskrankenkassen aus. 27 davon sind betriebsbezogen, das heißt nur für Mitarbeiter des jeweiligen Unternehmens offen. Dazu kommen elf Ortskrankenkassen (AOK), jeweils sechs Ersatzkassen (EK) und Innungskrankenkassen (IKK) sowie die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG).

Im vereinigten Deutschland erreichte die Zahl der Krankenkassen laut Bundesgesundheitsministerium 1992 mit 1.223 den höchsten Stand. Seitdem ist sie kontinuierlich zurückgegangen, allein in den ersten zehn Jahren um knapp 71 Prozent. Zu Beginn des Jahres 2002 gab es nur noch 355 Krankenkassen. Hauptgrund waren vor allem Fusionen bei den Orts- und Betriebskrankenkassen. Gab es 1992 noch 276 AOKen, waren es 2002 nur noch 17 (minus 94 Prozent). Die Zahl der Betriebskrankenkassen sank in dem Zeitraum von 741 auf 287 (minus 61 Prozent).

Der aktuell höchste Zusatzbeitrag einer Krankenkasse liegt bei 1,7 Prozent, der niedrigste bei 0,2 Prozent.

[DIE KRANKENKASSENLISTE DES GKV-SPITZENVERBANDES:](http://www.gkv-spitzenverband.de)

www.gkv-spitzenverband.de > Krankenkassenliste





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Neue Kassenleistung bei Netzhauterkrankungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat beschlossen, dass die Optische Kohärenztomografie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung der neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) und des Makulaödems bei diabetischer Retinopathie (DMÖ) Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird. Mit Hilfe der OCT können der Erkrankungsverlauf und die Notwendigkeit von wiederholten Medikamenteninjektionen in das Auge überprüft werden. Bei der nAMD und DMÖ handelt es sich um Erkrankungen der Netzhaut des Auges, die bis zur Erblindung der Betroffenen führen können. Zur Behandlung werden Medikamente in den Glaskörper des Auges gespritzt. Diese Injektionen erfolgen anfangs monatlich. Sofern bei den Kontrolluntersuchungen keine neuen Krankheitszeichen nachweisbar sind, kann diese sogenannte intravitreale operative Medikamentengabe teilweise ausgelassen werden. Die OCT ist ein bildgebendes Verfahren, das die Beurteilung der Netzhautstrukturen im Auge ermöglicht und beispielsweise Flüssigkeitsansammlungen und Veränderungen der Netzhautdicke zeigt, und darf nur von Fachärzten für Augenheilkunde durchgeführt werden.

Fachübergreifende Behandlung von Hauttumoren

Für Patienten mit Hauttumoren wird es künftig ein koordiniertes spezialfachärztliches Versorgungsangebot von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten geben. Der GBA hat jetzt die Details, insbesondere die notwendige Qualifikation der Teams der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sowie den genauen diagnostischen und therapeutischen Leistungsumfang beschlossen. Das ASV-Kernteam muss aus Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Strahlentherapie bestehen. Bei Bedarf können Ärzte weiterer Fachrichtungen hinzugezogen werden, darunter Anästhesisten, Kardiologen, plastische und ästhetische Chirurgen, Nuklearmediziner oder Fachleute für Operationen des Bauchraumes und der Bauchwand, sogenannte Viszeralchirurgen. Im Bedarfsfall sollen darüberhinaus auch ambulante Pflegedienste, Physiotherapeuten, Einrichtungen der Palliativversorgung und Sozialdienste einbezogen werden.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT
DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Vier Gesundheitsgesetze hat der Deutsche Bundestag im vergangenen Jahr verabschiedet. Aktuell sieben befinden sich auf der Tagesordnung 2019. Das wohl größte Projekt ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Nach der ersten Lesung Anfang Dezember sind inzwischen so viele, zum Teil auch fachfremde Änderungsanträge eingegangen, dass der Gesundheitsausschuss des Bundestages zwei öffentliche Anhörungen angesetzt hat: die erste für den 16. Januar, die zweite für den 11. Februar. Diese und ältere Stichworte (Stand: 16. Januar 2019) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

15. SGB-V-Änderungsgesetz

Mit dem 15. SGB-V-Änderungsgesetz sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, ab dem 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten (eGK) auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle für einfachen und schnellen Datenaustausch verfügen. So soll die eGK auch ohne zusätzliches Kartenlesegerät mit mobilen Endgeräten wie dem Smartphone kommunizieren können. Bisher kommt diese Technik vor allem im Bereich der bargeldlosen Zahlungen kleiner Geldbeträge zum Einsatz. Laut Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums muss gewährleistet sein, dass die so ausgestattete Versichertenkarte in das System der entstehenden Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen passt und die Versicherten auch über die kontaktlose Schnittstelle auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen können. Das Bundesgesundheitsministerium hat berechnet, dass der routinemäßige Austausch der Karten über die ersten fünf Jahre zwischen 50 bis 60 Millionen Euro jährlich kostet. Die Krankenkassen unterstützen das Ziel des Gesetzes. Die vorgesehene Frist zur Einführung der eGK mit kontaktloser Schnittstelle sei aber unrealistisch, heißt es in der Stellungnahme des Krankenkassen-Spitzenverbandes.

Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)

Ziel der „Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV)“ ist es, niedergelassene Ärzte über ihre Praxissoftware verständlich und möglichst aktuell über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur frühen Nutzenbewertung zu informieren. Denn bisher dauert es zu lange, bis sich die Ergebnisse der Bewertung neuer Medikamente im Verordnungsverhalten der Ärzte bemerkbar machen. Der vom Bundesgesundheitsministerium am 24. Oktober 2018 vorgelegte Referentenentwurf für die EAMIV definiert Mindestanforderungen für Inhalte und technische Voraussetzungen. Das entspricht einem Auftrag aus dem GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, das im Mai 2017 in Kraft getreten ist. So sollen der Zusatznutzen des Arzneimittels sowie die zweckmäßige Vergleichstherapie nach Patientengruppen differenziert abgebildet und die tragenden Gründe des GBA-Beschlusses zusammenfassend in verständlicher Sprache dargestellt werden. Alle Informationen sind miteinander zu verlinken. Weitergehende Vorgaben soll anschließend der GBA machen. Die Fachanhörung des Ministeriums hat am 19. November 2018 stattgefunden.



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 vor, 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. Verfahrensanweisungen 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 Ausgleichzuschlag 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





Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Das Bundesgesundheitsministerium hat am 14. November 2018 den Referentenentwurf für ein „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“ vorgelegt. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. Mit dem Gesetzentwurf reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln (Lunapharm-Skandal). In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BdArM) erweitert werden. Das betrifft zum Beispiel den Rückruf von Medikamenten oder eine schnelle und länderübergreifende Koordinierung im Krisenfall.

Der Entwurf beinhaltet außerdem die Einführung des elektronischen Rezeptes als Flankierung der telemedizinischen Behandlung und zur Entlastung von Ärzten, Apothekern und Patienten. Dadurch könnten bereits vor der flächendeckenden Einführung elektronischer Verordnungen in der Telematikinfrastruktur Projekte mit alternativen technischen Lösungen durchgeführt werden. Das betrifft zum Beispiel den Aufbau des Digitalen Gesundheitsnetzwerkes der AOK (DiGeN). Ärzte und Krankenkassen sollen innerhalb von sieben Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes die notwendigen Regelungen zur Abrechnung von Verschreibungen in elektronischer Form vereinbaren.

Damit neue Medikamente gegen seltene Krankheiten (Orphan Drugs) schneller bei den Patienten ankommen, gelten für sie bisher Sonderregelungen bei der Nutzenbewertung. Das betrifft zum Beispiel einen geringeren Umfang der wissenschaftlichen Datenbasis. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss soll es jetzt ermöglicht werden, bei noch ausstehenden Daten eine anwendungsbegleitende Datenerhebung durch Ärzte und Krankenhäuser anzuordnen, die das betreffende Medikament einsetzen.

Die Bundesregierung will außerdem den Einsatz von Biosimilars fördern. Anders als bei Generika soll es bei den Nachahmerprodukten für biologische Arzneimittel aber keinen generellen Austausch in der Apotheke geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für jedes Präparat einzeln festlegen, ob es austauschbar ist.

Für die Herstellung von Krebsmedikamenten in der Apotheke (parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln) wird ein einheitlicher Arbeitspreis von 110 Euro festgesetzt. Das kostet die Krankenkassen rund 120 Millionen Euro mehr pro Jahr. Um das zu refinanzieren, werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen. Bisher ist das lediglich eine „Kann“-Regelung. Das Bundesgesundheitsministerium sieht hier ein Einsparvolumen von rund 300 Millionen Euro.

Krankenkassen sollen einen Ersatzanspruch gegenüber pharmazeutischen Unternehmen erhalten, wenn deren Medikamente mangelhaft sind oder nicht geliefert werden können. Beim Abschluss von Arzneimittelrabattverträgen sollen die Krankenkassen neben der Vielfalt der Anbieter künftig auch der Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit Rechnung tragen.

Bei Cannabisarzneimitteln soll nach einer genehmigten ersten Verordnung eine weitere Verordnung durch einen Vertragsarzt zur Anpassung der Dosierung oder zum Wechsel zwischen Anwendungsformen keiner erneuten Genehmigung mehr bedürfen. Nach einer Cannabisbehandlung in einem Krankenhaus soll keine erneute Genehmigung mehr nötig sein, wenn ein niedergelassener Arzt die Therapie fortsetzt.



Um die Patientensicherheit zu verbessern, sollen Zulassungs- und Genehmigungsvorschriften bei Arzneimitteln für neuartige Therapien verschärft werden. So sollen zum Beispiel Herstellung, Verkauf und Anwendung von „Frischzellen“ verboten werden. Für sogenannte Designerdrogen (Neue psychoaktive Substanzen, NPS) soll es ein vereinfachtes Verfahren zur Aufnahme in das Betäubungsmittelgesetz geben.

Über das GSAV will das Bundesgesundheitsministerium außerdem fachfremde Regelungen auf den Weg bringen, darunter eine Ergänzung zu den Pflegepersonaluntergrenzen. Danach dürfte das BMG auch über 2019 hinaus Untergrenzen vorgeben, wenn sich die Selbstverwaltungspartner nicht einigen können.

Operationstechnische Assistenten

Bereits dreimal ist das Vorhaben des Bundesrats, die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten zu regeln, nicht entschieden worden. Der Bundestag hatte zwar den Gesetzentwurf der Länderkammern (Bundesrats-Drucksache 126/14) aufgenommen, aber nicht zur Beratung angesetzt (Bundestags-Drucksache 18/1581). Wegen des Grundsatzes der Diskontinuität hat die Länderkammer den Antrag unverändert gegenüber den in den vergangenen Wahlperioden des Deutschen Bundestages beratenen Vorlagen erneut eingebracht. Kern des Vorhabens ist es, dass die dreijährige Ausbildung von den Krankenkassen finanziert wird. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenkassen sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

DER GESETZENTWURF:

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



Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Das Vorhaben der Bundesländer, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen (Bundestags-Drucksache 18/1289), ist zum zweiten Mal gescheitert. Der Gesetzentwurf des Bundesrats, der gleichlautend schon in der vorherigen Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/13969) in den Bundestag eingebracht, aber dort nicht beraten worden war, zielt darauf ab, den Rettungsdienst als eigenständigen medizinischen Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern. Das soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge.



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. Bereits vor der 1. Lesung im Bundestag am 13. Dezember 2018 ist der Gesetzentwurf gegenüber Referenten- und Kabinettsentwurf allerdings um zahlreiche weitere Inhalte ergänzt worden. Dazu zählen insbesondere Vorschläge zur bundesweit einheitlichen Vergütung, vereinfachter Praxiszulassung und mehr Therapieverantwortung von Heilmittelerbringern. Im Hilfsmittelbereich will die Bundesregierung die Möglichkeit zur Ausschreibung von Versorgungsverträgen durch einzelne Krankenkassen abschaffen. Die Bundesregierung will zudem die Bundesländer in die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss einbinden. Die Länder sollen dort den gleichen beratenden Status erhalten wie die Patientenvertreter. Die Bundesregierung wünscht zudem mehr Einfluss der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Sie sollen bei den GBA-Beratungen den gleichen Status erhalten wie derzeit die Patientenvertreter.

Ein weiterer Änderungsantrag sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt wird, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden per Rechtsverordnung in die GKV-Versorgung aufzunehmen und dabei auch von GBA-Entscheidungen abzuweichen. Bisher entscheiden im GBA Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen auf Basis wissenschaftlicher Studien und medizinischen Nutzenbewertungen darüber, ob und welche Therapien erstattet werden. Das Ministerium soll in seine Abwägung die Expertise medizinischer Fachgesellschaften und Patientengruppen einbeziehen sowie künftig eigene Daten erheben und Sachverständigengutachten in Auftrag geben können.

Ein weiterer Antrag sieht das Verschärfen der Regeln vor, nach denen Vorstände der Kassenärzte ihre Einkommen berechnen und veröffentlichen müssen. Zudem will die Bundesregierung die Kostenübernahme der Präimplantationsdiagnostik (PID) neu regeln und die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen zentralisieren. Ab 2020 sollen die Kassen Selbsthilfegruppen und ihre Organisationen nur noch gemeinsam finanziell unterstützen.

Über einen weiteren Änderungsantrag wird auch die ursprünglich als gesondertes Gesetz geplante Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit einer kontaktlosen Schnittstelle in das TSVG-Verfahren übernommen. Der Bundesrat hat das zustimmungspflichtige Gesetz am 23. November 2018 erstmals beraten und verlangt in seiner Stellungnahme zahlreiche Änderungen.

Dazu sollen die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erweitert werden. Bisher sollen 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 Notdienst-



nummer 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 die 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 frei gehalten werden. Facharztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung wie konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, 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 einer 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 (EBM) für technische Leistungen zur Förderung der „sprechenden Medizin“ soll überprüft und aktualisiert, 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 künftig 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 sowie medizinischer Versorgungszentren soll erleichtert werden, die Bedarfsplanung in diesen Bereichen angepasst.

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 –, und mit Neuerungen hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) der Einführung einer elektronischen Patientenakte.

DER GESETZENTWURF:

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/6337





Kurzmeldungen

Kindergesundheit: Informationen richtig einordnen

17.01.19 (ams). Etwas mehr als 40 Prozent der Eltern tun sich schwer damit, die Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zur Gesundheit ihres Kindes einzuschätzen – und dies unabhängig vom Bildungsniveau. Das zeigen noch unveröffentlichte Befragungsergebnisse der AOK-Familienstudie 2018. Jeder Fünfte hat Probleme, überhaupt Informationen zur Kindergesundheit zu finden. Liegen die entsprechenden Gesundheitsinformationen allerdings erst einmal vor, so können Eltern auch Entscheidungen treffen. Vor allem, wenn der Arzt medizinische Anweisungen gibt, sind diese für 93 Prozent der Eltern verständlich

[WEITERE ERGEBNISSE ZUR AOK-FAMILIENSUDIE:](#)

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilungen > 2018



Heilmittelbericht 2018: Leicht rückläufige Zahlen

17.01.19 (ams). Der Anteil der Kinder mit einer Logo- oder Ergotherapie geht seit 2015 zurück. Diese und weitere Zahlen hat das Wissenschaftliche Institut der AOK im Heilmittelbericht 2018 zusammengefasst. Über 82 Prozent der diagnostizierten Entwicklungsstörungen betreffen die Sprech- und Sprachentwicklung, Störungen der motorischen Entwicklung liegen mit gut 22 Prozent auf dem zweiten Platz. Für den Heilmittelbericht hat das WIdO die über 37,2 Millionen Heilmittelrezepte analysiert, die im Jahr 2017 für gesetzlich Versicherte ausgestellt wurden. Heilmittel umfassen ergotherapeutische, sprachtherapeutische, podologische und physiotherapeutische Leistungen.

[DER HEILMITTELBERICHT DES WIDO:](#)

www.wido.de > Themenbereiche > Heilmittel > Heilmittel-Analysen > Heilmittelbericht 2018



Pflege: Telemedizinische Versorgung im Test

17.01.19 (ams). Die AOK PLUS hat gemeinsam mit zwei Hausarztpraxen und drei Pflegeeinrichtungen in Leipzig das Projekt Telekonsil gestartet. Befristet auf zunächst drei Monate testen die Projektpartner konkrete Möglichkeiten der Telemedizin im Bereich der stationären und ambulanten Pflege. Dafür hat die AOK ihre Partner mit Technik-Paketen ausgestattet. Sie beinhalten Tablets mit Software zur Videokommunikation sowie verschiedene Medizinprodukte zur Vitaldatenerhebung. Einbezogen sind in der Pilotphase außerdem Fachärzte aus den Bereichen Gastroenterologie, Chirurgie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohren, Dermatologie und für Gynäkologie. Ziel ist es, die haus- und fachärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen unter den Bedingungen des Fachkräftemangels zu sichern.

[WEITERE INFORMATIONEN:](#)

www.aok.de/pk/plus > Presse > Pressemitteilungen





**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:
