

AOK-Medienservice

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

Politik

02/15

 @AOK_Politik



KONVERGENZ, INNOVATIONSFONDS, WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG	
■ KNACKPUNKTE IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	2
DEUTSCHER PFLEGETAG 2015 IM MÄRZ	
■ BREITE BASIS FÜR DIE SICHERUNG DER PFLEGE	5
AMS-GRAFIK	
■ ORGANSPENDEN STAGNIEREN AUF NIEDRIGEM NIVEAU	7
AMS-HINTERGRUND: ORGANSPENDE	
■ SPENDEBEREITSCHAFT GERING – EINBRUCH GESTOPPT	8
ZAHL DES MONATS	
■ 625.542.049 ÄRZTLICHE LEISTUNGEN ...	10
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	11
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	13
KURZMELDUNGEN	18

GKV-VSG: Konvergenz, Innovationsfonds, Wirtschaftlichkeitsprüfung

Knackpunkte in der ambulanten Versorgung bleiben ungelöst

17.02.15 (ams). Über den Kabinettsentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird weiter heftig gestritten. Mit einer Anzeigenkampagne will die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gegen die geplanten Terminservicestellen für Facharzttermine und die Soll-Regelung zum Aufkauf von Arztpraxen in überversorgten Gebieten mobil machen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe spricht von „Panikmache“. Für den AOK-Bundesverband liegen die Knackpunkte ganz woanders, etwa in der umstrittenen Konvergenzregel zur ärztlichen Vergütung. „An dieser Regelung wird im Prinzip festgehalten, obwohl sie zu keiner Verbesserung der Versorgungssituation führt. Die Versicherten werden lediglich mehr zahlen müssen“, kritisiert Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Weitere Punkte seien die Pläne zum Innovationsfonds und der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Zum Abbau angeblich unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen sollen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) regional eine einmalige Erhöhung vereinbaren können, wodurch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung insgesamt und dauerhaft steigt. Der AOK-Bundesverband sieht diese pauschale Anhebung der ärztlichen Vergütungen weiterhin kritisch. „Regionale Vergütungsunterschiede sind in der Regel nicht unbegründet. Ihre Ursachen liegen in den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen vor Ort und im tatsächlichen Versorgungsgeschehen“, erläutert Graalman. Im Übrigen könne nicht darüber „verhandelt“ werden, ob Vergütungsunterschiede begründet seien oder nicht. Das müsse auf Basis von Fakten entschieden werden, bevor gesetzgeberisch einem von einigen Akteuren gefühlten Unterschied nachgegeben werde. Das Finanzvolumen dieser Maßnahme liegt bei bis zu 500 Millionen Euro.

Innovationsfonds: Mehr Mitsprache für die Kassen

Mit 300 Millionen Euro jährlich will die Bundesregierung künftig innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte fördern. 75 Millionen Euro davon sollen in die Versorgungsforschung fließen, um konkrete Erkenntnisse über bestehende Versorgungsstrukturen zu gewinnen und die Versorgungseffektivität und -effizienz zu steigern. Beides wird gespeist aus einem Innovationsfonds, dessen Mittel je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen kommen sollen. Bei der Beantragung von Fördermitteln ist die Beteiligung der Krankenkassen jedoch nur „in der Regel“ vorgesehen. Graalman bewertet das äußerst kritisch: „Wenn die Politik gewährleisten will, dass nicht die Umsatzinteressen von Anbietern, sondern Qualitäts- und

Wirtschaftlichkeitsinteressen der Patienten im Vordergrund stehen, müssen Krankenkassen immer zu den beteiligten Antragsstellern gehören.“

Pläne verfestigen sektorale Strukturen

Auch das vorgesehene zentrale Vergabeverfahren schafft aus Sicht der AOK mehr Probleme, als es löst. Die Entscheidung über die Verteilung der Fördermittel trifft nämlich ein neu einzurichtender Innovationsausschuss, angesiedelt beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Als Mitglieder sind neben dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der KBV und der KZBV der unparteiische Vorsitzende des GBA, das Bundesgesundheitsministerium (BMG) und das Bundesforschungsministerium (BMBF) vorgesehen. Patientenorganisationen erhalten ein Mitberatungsrecht. „Hier werden Entscheidungen auf eine zentrale Institution wie den GBA verlagert, deren Entscheidungsträger gerade das repräsentieren, was überwunden werden soll, nämlich das nach Sektoren unterteilte Gesundheitswesen. Die eigentliche Verantwortung tragen aber die handelnden Akteure vor Ort, nämlich Krankenkassen und ihre Vertragspartner“, moniert Graalman das Ungleichgewicht im Gesetzentwurf.

Dennoch gilt die Einrichtung des Innovationsfonds grundsätzlich als „politisch gesetzt“. Und der AOK-Bundesverband sieht durchaus positive Aspekte, die im Zuge des laufenden Gesetzgebungsverfahrens aufgegriffen wurden. Zum einen sei klargestellt worden, dass erfolgreiche Projekte nicht nur in die Regelversorgung übernommen werden müssten, sondern selektivvertragliche Regelungen möglich seien, so Graalman. Zum anderen sei die Begrenzung der Finanzierung des Innovationsfonds bis zum Jahr 2019 oder die Absicht, nicht abgerufene Mittel in den Gesundheitsfonds beziehungsweise an die Krankenkassen zurückzuführen. Darüber hinaus würden verbindliche Vorgaben für die wissenschaftliche Auswertung gemacht. So muss zum 31. März 2019 ein Zwischenbericht sowie ein Endbericht zum 31. März 2021 vorliegen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen droht faktische Abschaffung

Nicht minder problematisch ist aus AOK-Sicht eine entscheidende Änderung bei Arznei- und Heilmitteln. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen werden in ihrer jetzigen Form aufgehoben. Künftig sollen Krankenkassen und KVen regionale Vereinbarungen aushandeln. Sollte es zu keiner Einigung kommen, würde eine Schiedsstelle entscheiden. Die Vertragspartner sollen so den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen können. Die gesetzlich zwingende Vereinbarung von Richtgrößenvolumina auf Bundesebene entfällt. Dort vereinbaren die Vertragspartner der Selbstverwaltung – so sie Pläne der Großen Koalition – künftig nur noch einheitliche Mindestanforderungen für das Prüfungswesen. Für den Übergang werden die bisherigen Regelungen als regionale Vertragsinhalte fortgeführt.

Graalman und der AOK-Bundesverband warnen vor einer Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Hintertür. „Die KVen haben gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung und möglichen Strafen bei Verstößen eher eine ablehnende Haltung eingenommen“, verweist der Verbandschef auf bisherige Erfahrungen. Dass sich durch die Neuregelung daran grundsätzlich etwas ändert, bezweifelt er. Umso wichtiger sei es, die bundeseinheitlichen Mindeststandards für den regionalen Verhandlungsrahmen so zu konkretisieren, dass auch künftig das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten und gegebenenfalls sanktioniert werde. „Wir dürfen die Vertragsärzte nicht aus ihrer Verantwortung für die verordneten Leistungen entlassen“, bekräftigt Graalman.

Erweiterter Verbotsvorbehalt gefährdet Patientensicherheit

Künftig soll auch eine wichtige Einschränkung des sogenannten Verbotsvorbehalts in der stationären Versorgung entfallen. Krankenhäuser können bisher auch eine Behandlung über die GKV abrechnen, deren Nutzen zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Auf Antrag musste sich der GBA mit dieser Behandlungsmethode beschäftigen und zumindest eine Richtlinie zur Erprobung dieser Methode beschließen haben. So sieht es Paragraph 137c des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) vor. Ob eine Krankenkasse eine solche Behandlungsmethode ohne einen solchen Antrag und damit ohne Wirksamkeitsnachweis zahlen muss, war bisher strittig. Eine Ergänzung soll nun Klarheit bringen. Demnach muss eine Kasse künftig eine nicht erprobte Behandlung auch dann bezahlen, wenn kein Antrag beim GBA vorliegt. Was die Bundesregierung eine Konkretisierung des Verbotsvorbehaltes nennt, bezeichnet der AOK-Bundesverband als Gefährdung der Patientensicherheit. „Diese Regelung ist strikt abzulehnen“, fordert Graalman. „Sie würde die allgemein gültigen Qualitätskriterien bei stationären Behandlungsmethoden außer Kraft setzen.“ Er bezieht sich dabei auf Paragraph zwei des SGB V. Demnach müssen „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen“. Das sei ohne Einbindung des GBA nicht gewährleistet. Der bisherigen, durch höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes bestätigten Praxis würde die fachliche Grundlage entzogen.

Ende Februar will sich die Bundesregierung mit der Stellungnahme beschäftigen. Die erste Lesung im Deutschen Bundestag ist für Anfang März vorgesehen.

(rbr)

Weitere Informationen im AOK-Gesetzgebungskalender:
www.aok-presse.de > Politik > Gesetze



Deutscher Pfl egetag 2015 im M ärz

Breite gesellschaftliche Basis für die Sicherung der Pflege

17.02.15 (ams). Ob die Einführung des geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, eine Reform des Prüfsystems mit den Pflegenoten oder die Vergütung von Pflegekräften – 2015 steht die soziale Pflegeversicherung vor grundlegenden Veränderungen. Wie können, wie sollten diese Reformen gestaltet werden? Darum geht es auch auf dem Deutschen Pfl egetag 2015 vom 12. bis 14. M ärz in Berlin, der vom Deutschen Pfl egerat veranstaltet wird. „Ohne eine breite gesellschaftliche Basis wird es nicht gelingen, die Pflege von morgen zu sichern“, sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman n, anlässlich einer Tagung zur Vorbereitung des dreitägigen Kongresses. Der AOK-Bundesverband ist Gründungspartner des Deutschen Pfl egetags.

Am Gedankenaustausch zur Pflege im Haus des AOK-Bundesverbandes nahmen unter anderem der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, die ehemalige Bundestagspräsidentin Prof. Rita Süsmuth, der stellvertretende Generalsekretär der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Stefan Kapferer, und der Medizinkabarettist Eckart von Hirschhausen teil. Als entscheidend für die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung bezeichnete Graalman n die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: „Dieses Projekt muss absoluten Vorrang haben.“ Wenn die reformierte Einstufung nach den fünf Pflegegraden reibungslos funktionieren und entsprechende Pflegeleistungen fließen sollten, müsse das neue Begutachtungsverfahren noch vor der Bundestagswahl 2017 eingeführt sein, so der AOK-Chef.

Dazu haben Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe und der Pflegebevollmächtigte Laumann inzwischen erste Ergebnisse aus den beiden Modellprojekten zur Erprobung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgestellt. Die Erprobungsstudien sollen die Grundlage für die notwendigen Reformschritte liefern. Im Sommer will Gröhe den entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen.

Ergebnisqualität sollte größere Rolle bei Pflegenoten spielen

Zugleich steht das Pflegenotensystem verstärkt in der Kritik. Seit 2009 werden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Mal jährlich in den Pflegeheimen und -diensten vornimmt, in einem Notensystem veröffentlicht. Dabei erhält das Gros der Pflegeeinrichtungen gute bis sehr gute Bewertungen. Die Kritik daran hält AOK-Chef Graalman n für berechtigt: „Ein Bewertungssystem, in dem nur die



Bestnote eins vergeben wird, kann niemandem weiterhelfen, der ein Pflegeheim sucht.“ Deshalb plädiert er für einen Neustart. „Künftig muss die Note sehr viel stärker durch die Ergebnisqualität bestimmt werden. Denn diese ist letztlich ausschlaggebend.“ Als eine gute Vorlage bezeichnet Graalman das sogenannte Verknüpfungsmodell, ein Modellprojekt des Kölner Caritasverbandes und der Universität Bielefeld. Es basiert auf einem Zusammenspiel von internem Qualitätsmanagement und externer Qualitätsprüfung. Graalman: „Das Modell findet eine breite Akzeptanz und würde sich deshalb für einen Neuanfang eignen.“

Auf dem Deutschen Pflageetag 2015 bietet der AOK-Bundesverband Veranstaltungen zusätzlich zum Kongressprogramm. Hierzu gehören unter anderem eine Podiumsdiskussion zur Rolle der Kommunen in der Pflege und ein Workshop zum neuen Begutachtungsassessment. Höhepunkt ist ein Abend für pflegende Angehörige und professionell Pflegende unter dem Motto „Pflege leben – zwischen Alltagssorgen, Herausforderungen und menschlicher Nähe“. Moderiert wird der Abend von Thomas Hegemann, ehemals Moderator und Korrespondent bei ARD und ZDF.

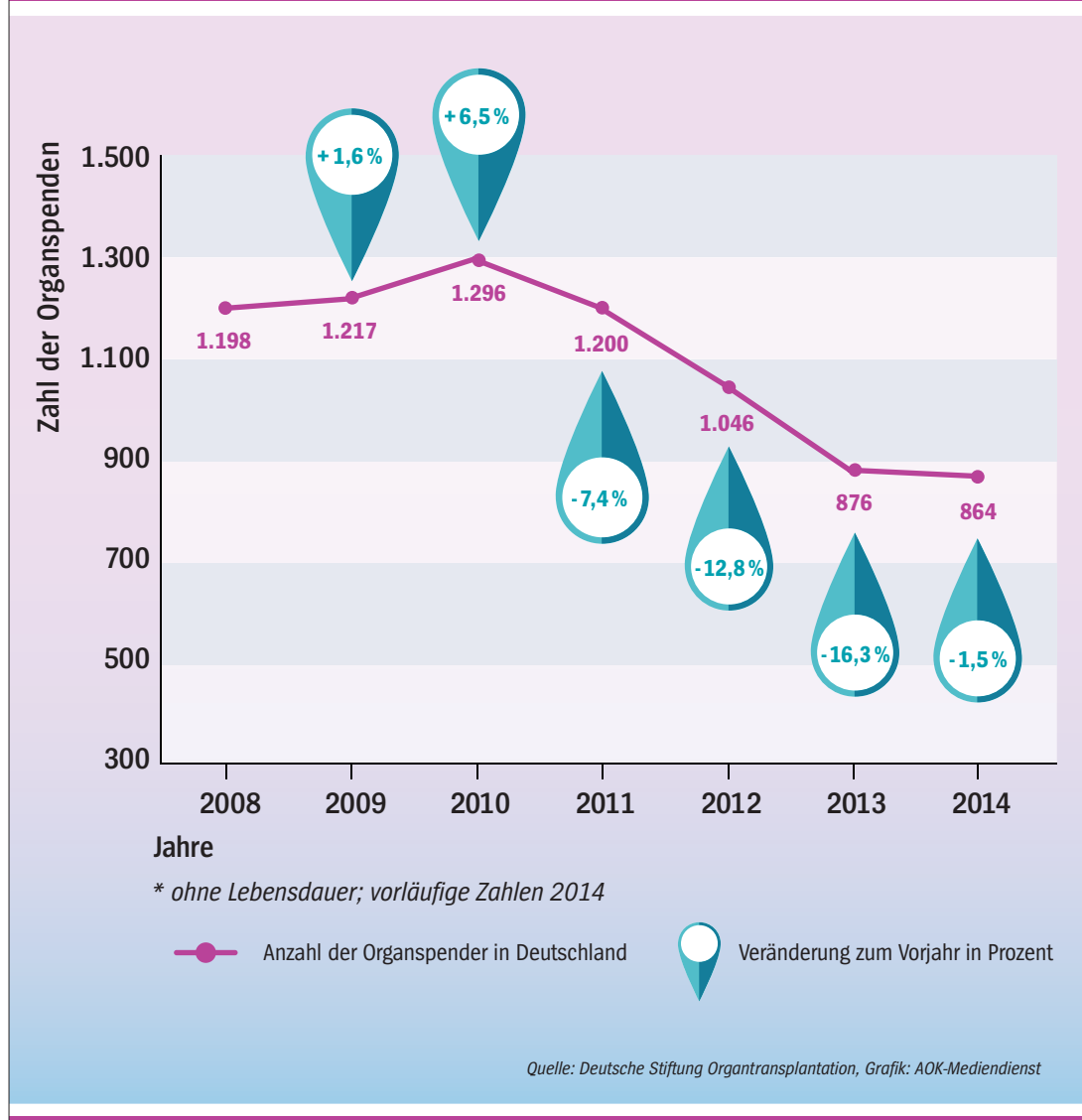
Weitere Infos zum Deutschen Pflageetag 2015:
www.deutscher-pflageetag.de



Anmeldung zur Abendveranstaltung des AOK-Bundesverbandes:
www.aok-pflageetag.de



2014: Zahl der Organspender* stagniert auf niedrigem Niveau



864 Menschen in Deutschland haben 2014 nach dem Tod ihre Organe gespendet, wie aus Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hervorgeht. Gegenüber 2013 bedeutet das einen leichten Rückgang von 1,4 Prozent. Damit hat sich die Zahl der Spender auf niedrigem Niveau stabilisiert. 2012 und 2013 war sie noch um 12,8 und 16,3 Prozent gesunken. Die Summe der nach dem Tod zur Verfügung gestellten Organe verringerte sich im vergangenen Jahr um 46 auf 2.989. Insgesamt wurden hierzulande 3.169 Organe aus dem Eurotransplant-Verbund transplantiert.

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

ams-Hintergrund: Organspende

Spendebereitschaft bleibt gering – Einbruch scheint gestoppt

17.02.15 (ams). 864 Menschen haben im vergangenen Jahr ihre Organe postmortal gespendet, wie die Deutsche Stiftung Organspende (DSO) berichtet. Den Organspendern standen jedoch rund 10.000 Patienten auf den Wartelisten gegenüber, die dringend auf ein neues Organ angewiesen sind. Die Zahl der Organspenden in Deutschland bewegt sich weiter auf niedrigem Niveau.

Gegenüber 2013 war bei den Organspenden damit ein leichter Rückgang von 1,4 Prozent zu verzeichnen (siehe ams-Grafik Seite 7). Die Summe der hierzulande postmortal – also nach dem Tod – gespendeten Organe hat sich in der Folge um 46 auf 2.989 verringert. Ohne die Lebendspende-Organen wurden somit in Deutschland im vergangenen Jahr 3.169 Organe aus dem Eurotransplant-Verbund transplantiert. Der Verbund – bestehend aus den Benelux-Ländern, Österreich, Kroatien, Slowenien, Ungarn und Deutschland – ist für die Zuteilung von Spenderorganen an die Patienten auf den Wartelisten zuständig. Rund 70 Prozent der Betroffenen auf den organspezifischen Wartelisten stammen aus Deutschland.

Um die Organspendebereitschaft zu erhöhen, hatte die Bundesregierung 2012 die sogenannte Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz verankert. Diese sieht vor, dass die Krankenkassen ihre Versicherten regelmäßig über das Thema informieren und zu einer Entscheidung für oder gegen die Organspende auffordern. Die wiederholte Konfrontation mit dieser Entscheidung soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Versicherten für die Bedeutung der Organtransplantationen sensibilisieren. Im Rahmen des vorherigen Verfahrens mussten Organspendewillige aus eigener Initiative die Bereitschaft zur Spende dokumentieren.

Vertrauen durch Manipulationen bei Vergabe erschüttert

Nicht zuletzt mehrere Organspendeskandale – bei denen Ärzte Patientendaten manipuliert hatten, damit diese als Organempfänger bevorzugt werden – haben die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung jedoch weiter sinken lassen. So war die Zahl der Organspenden 2012 und 2013 um 12,8 Prozent und um 16,3 Prozent zurückgegangen. Um das verlorene Vertrauen zurückzugewinnen, hat der Gesetzgeber 2013 in einer Novelle des Transplantationsgesetzes unter anderem Manipulationen an den Wartelisten unter Strafe gestellt und die Kontrollbefugnisse der Prüfungs- und Überwachungskommission gestärkt. Unrechtmäßige Veränderungen können nun mit zwei

Jahren Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe belegt werden. Darüber hinaus stehen die Richtlinien zur Organspende, die von der Ständigen Kommission Organtransplantation erlassen werden, fortan unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums. Die Vorgaben der bei der Bundesärztekammer angesiedelten Kommission legen fest, nach welchen Kriterien Spenderorgane an bedürftige Kranke verteilt werden.

Um den Menschen bei der Entscheidung für oder gegen die Organspende beiseite zu stehen, hat die AOK 2012 die „Entscheidungshilfe Organspende“ ins Leben gerufen. In dem Online-Angebot hat die Gesundheitskasse gemeinsam mit Wissenschaftlern der Universität Hamburg umfangreiche Informationen rund um das Thema Organspende zusammengetragen. In Fallbeispielen schildern Betroffene beispielsweise, warum sie sich für oder gegen eine Organspende entschieden haben. Interessierte können sich über Positionen aus mehreren Bereichen wie Recht, Hirndiagnostik oder Menschenwürde informieren und jeweils angeben, wie nützlich ihnen die Informationen sind. Abschließend können die gemachten Angaben übersichtlich gegenübergestellt und miteinander abgewogen werden. Die vom Nutzer gemachten Angaben werden dabei nicht gespeichert.

(tb)

Zur Entscheidungshilfe Organspende:
www.aok-gesundheitsnavi.de > Entscheidungshilfen > Organspende



Zahl des Monats

625.542.049 ärztliche Leistungen ...

... haben Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung für die gesetzlich Versicherte im Jahr 2013 erbracht, wie aus nun veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamts hervorgeht. Die Zahl der mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechneten Leistungen hat damit seit 2008 kontinuierlich um knapp 12 Prozent oder rund 74 Millionen zugenommen. Der Großteil der ärztlichen Maßnahmen – rund 569 Millionen Leistungen – wurde auch 2013 im Rahmen ambulant-kurativer ärztlicher Behandlungen erbracht (2008: 519 Millionen Leistungen).

Wie die Zahl der ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen ist auch die Zahl der Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in den vergangenen Jahren gestiegen. 2008 verzeichnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch rund 135.388 Ärzte. Bis Ende 2013 nahm deren Zahl auf 142.660 zu. Die Zahl der gesetzlich Krankenversicherten hingegen – also der Leistungsempfänger – ist im gleichen Zeitraum leicht zurückgegangen. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums waren 2008 rund 70.200 Millionen Menschen in der GKV versichert. 2013 waren es noch 69.900 Millionen Versicherte.

Weitere Informationen gibt es unter:
www.gbe-bund.de > Suche > ärztliche Leistungen



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Neue Mindeststandards für Kliniken bei minimalinvasiven Herzklappeninterventionen

Krankenhäuser müssen höhere Mindeststandards erfüllen, wollen sie künftig bestimmte Herzklappenimplantationen über einen Katheter durchführen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Demnach müssen die Einrichtungen entsprechende strukturelle, fachliche und personelle Anforderungen erfüllen, um diese Leistungen weiter anbieten zu können. Die Notwendigkeit eines solchen Eingriffs muss künftig von einem interdisziplinären Team aus Kardiologen, Herzchirurgen und Narkoseärzten bestätigt werden. Bei einem dieser Herzklappeneingriffe – genauer gesagt: der kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (TAVI) – erhalten Patienten eine Herzklappen-Prothese, wenn eine Operation am offenen Herzen aufgrund des hohen Alters oder anderer Erkrankungen ein zu großes gesundheitliches Risiko darstellt. Dabei wird die Prothese minimalinvasiv über einen Katheter bis in das Herz geschoben. Dem GBA-Beschluss zufolge müssen die Kliniken fortan über eine kardiologische sowie eine herzchirurgische Fachabteilung verfügen. Kliniken, die diese Leistung angeboten und bisher keine herzchirurgische Abteilung haben, können bis Juli 2016 die nötige Versorgung durch Herzchirurgen über Kooperationsvereinbarungen sicherstellen. Danach muss eine eigene bettenführende herzchirurgische Abteilung vorgehalten werden. Ebenfalls neue qualitätssichernde Mindeststandards hat der GBA für das „Clipverfahren an der Mitralklappe“ entwickelt. Dieses ebenfalls minimalinvasive Verfahren kommt zum Einsatz, wenn die Herzklappe in den linken Herzkammern nicht mehr richtig schließt. Kliniken, die diese Methode anwenden wollen, müssen der Richtlinie zufolge zumindest über eine der beiden Fachabteilungen verfügen. Ergänzend sind Kooperationsvereinbarungen mit externen Fachabteilungen der jeweils anderen Fachrichtung zu schließen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Ambulant-spezialfachärztliche Versorgung ausgebaut

Patienten, die am Marfan-Syndrom leiden – einer seltenen, genetisch bedingten Bindegewebserkrankung, die Organe wie das Herz oder das Skelettsystem betreffen kann, – können künftig nach bestimmten Vorgaben in Kliniken und Praxen ambulant spezialfachärztlich behandelt werden. Dies hat der GBA beschlossen. Gleiches gilt für Patientinnen, die an Tumoren der Unterleibsorgane oder an Brustkrebs mit schwerem Verlauf erkrankt sind. Die Behandlung in der Klinik oder ambulant soll fortan durch ein Ärzteteam erfolgen, das sich

aus einer Teamleitung, einem Kernteam und – falls notwendig: aus Fachärzten verschiedener Disziplinen – zusammensetzt. Mit den Beschlüssen hat der GBA die ambulant spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für bestimmte Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen weiter ausgebaut. In dem neuen Versorgungsbereich, der 2012 mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geschaffen wurde, sollen sowohl Klinikärzte als auch niedergelassene Fachärzte hochspezialisierte Leistungen schwer therapierbarer Krankheiten erbringen. Für die konkrete Umsetzung der ASV ist der GBA zuständig. Im Dezember 2013 hatte der Ausschuss die ersten Indikationen für die ASV festgelegt.

Weitere Verordnungsmöglichkeiten für Soziotherapie

Das Spektrum für die Verordnung einer Soziotherapie wird ausgebaut. Eine entsprechende Neufassung der Soziotherapie-Richtlinie hat der GBA beschlossen. Soziotherapie wird Patienten verordnet, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen sollen psychosoziale Defizite abgebaut und es den Betroffenen möglich gemacht werden, die erforderlichen ärztlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig zu nutzen. Dem Beschluss zufolge können dabei statt der bisher vorgesehenen drei künftig maximal fünf Therapieeinheiten in Anspruch genommen werden. Um eine kontinuierliche Patientenversorgung sicherzustellen, müssen die soziotherapeutischen Leistungserbringer dem verordnenden Arzt unter anderem über den Stand der Behandlung, die durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen und den Behandlungsverlauf informieren. Zudem sollen Fachärzte von psychiatrischen Institutsambulanzen – also von psychiatrischen Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Krankenhausabteilungen – die Möglichkeit bekommen, Soziotherapie zu verordnen.

Weitere Informationen:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

2015 stehen zahlreiche kleinere und große Reformvorhaben in der Gesundheits- und Sozialpolitik auf dem Programm der Großen Koalition von CDU, CSU und SPD. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 16. Februar 2015). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Anti-Korruptionsgesetz

Die Bundesregierung nimmt einen neuen Anlauf zur stärkeren strafrechtlichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Das Bundesjustizministerium hat jetzt einen Referentenentwurf vorgelegt. Er hat zum Ziel, im Strafgesetzbuch den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe zu verankern. Durch den neuen Paragraphen 299a sollen strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ geschlossen werden. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft. Beinahe zeitgleich hat Bayern dem Bundesrat einen Gesetzesantrag vorgelegt, mit dem ebenfalls im Strafgesetzbuch ein Straftatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eingeführt werden soll. Die Länderkammer überwies die Initiative am 6. Februar 2015 in die zuständigen Ausschüsse. Anlass für die Initiativen ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahr 2012, nach dem es derzeit nicht illegal ist, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Ein ähnlicher Gesetzentwurf der schwarz-gelben Bundesregierung war kurz vor der Bundestagswahl 2013 vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss verwiesen worden und konnte somit nicht weiterverfolgt werden.

Der Antrag Bayerns: www.bundesrat.de > Drucksachen > 16/15



E-Health-Gesetz

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 13. Januar 2015 einen Referentenentwurf des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ („E-Health-Gesetz“) vorgelegt. Mit dem Gesetz soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorangetrieben werden, um Qualität und

Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Beispielsweise soll es für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) neue Funktionen geben. So sollen Ärzte Notfalldatensätze ihrer Patienten erstellen und auf der eGK speichern können. Für einen verbesserten Übergang in den ambulanten Bereich ist geplant, dass Kliniken elektronische Entlassbriefe erstellen und diese auf der eGK speichern. Um die elektronische Nutzung der eGK anzukurbeln, sollen Vertragsärzte zwischen Juli 2016 und Juni 2018 für die Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes eine zusätzliche Vergütung erhalten. Auch die Kliniken sollen für jeden ausgestellten elektronischen Entlassbrief eine Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Patienten mit mehr als fünf verschiedenen verordneten Arzneimitteln werden demnach spätestens ab Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser wird von Ärzten eingerichtet und Regeln zur Einnahme enthalten, um so die Arzneimitteltherapie-Sicherheit zu verbessern. In einer Übergangsphase sollen Ärzte die Medikationspläne in Papierform aushändigen. Langfristig ist auch die Speicherung auf der eGK geplant. Mit dem E-Health-Gesetz sollen Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Apotheker und Krankenhäuser dazu aufgefordert werden, ihre informationstechnischen Systeme besser miteinander zu verknüpfen. Die Gesellschaft für Telematikinfrastruktur und Gesundheitskarte (gematik) soll dazu ein sogenanntes „Interoperabilitätsverzeichnis“ aufbauen, um die Eigenheiten der digitalen Anwendungen in den Berufsgruppen besser vergleichen zu können. Im Entwurf setzt das BMG Fristen für die Umsetzung. Erfüllen Kassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Zahnärzte diese nicht, müssen sie mit finanziellen Sanktionen rechnen. Wegen der zweijährigen Anschubfinanzierung für die neuen Funktionen der eGK veranschlagt das Ministerium die jährlichen Mehrausgaben der Krankenkassen auf bis zu 31 Millionen Euro. Der Bundesrat muss laut Entwurf dem E-Health-Gesetz nicht zustimmen. Für den 25. Februar 2015 hat das Bundesgesundheitsministerium die sogenannte Fachanhörung zum Referentenentwurf angesetzt.

Fünftes SGB-IV-Änderungsgesetz

Die Bundesregierung will die Meldeverfahren in der sozialen Sicherung mit dem „Fünften Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ (5. SGB-IV ÄndG) verbessern (Bundestags-Drucksache 18/3699). Das Vorhaben enthält unter anderem Neuregelungen, die die Kommunikation zwischen Arbeitgebern und den gesetzlichen Krankenkassen verbessern soll. Die Krankenkassen sind zuständig für den Beitragseinzug aller Sozialversicherungen. Benötigt beispielsweise eine Kasse zur Erstattung von Krankengeld noch wichtige Informationen zum Beschäftigungsverhältnis, sollen Arbeitgeber und Kasse künftig auch elektronisch in Kontakt treten dürfen. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung

Bund, die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sollen laut Entwurf gemeinsam ein sicheres Übermittlungsverfahren erarbeiten. Auch die Kommunikation zwischen Arbeitgeber und Kassen bei fehlerhaften Meldungen soll vereinfacht werden. 2011 hatte das Bundeskabinett das Bundesarbeitsministerium (BMAS) beauftragt, im Rahmen des Projektes „Optimiertes Meldeverfahren in der sozialen Sicherung“ (OMS) die Datenübermittlung in der sozialen Sicherung unter die Lupe zu nehmen. Im Juni 2014 hatte die Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG) die Ergebnisse präsentiert, auf deren Basis das BMAS einen Gesetzentwurf erarbeitet hat. Das Vorhaben ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. Mit dem Änderungsgesetz soll außerdem klargestellt werden, dass die zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen ausgehandelten Erstattungsbeträge für Arzneimittel auch für die Gesetzliche Unfallversicherung gelten. Die Regierungsfractionen beabsichtigen zusätzlich, über einen Änderungsantrag im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) festzuhalten, dass die Krankenkassen die Kosten für Notfallkontrazeptiva wie die „Pille danach“ für Frauen unter 20 Jahren weiterhin übernehmen sollen; in diesen Fällen bleibt die Rezeptpflicht erhalten. Anfang 2014 hatte die EU-Kommission die „Pille danach“ aus der Verschreibungspflicht entlassen. In Deutschland werden die entsprechenden Präparate voraussichtlich ab März ohne Rezept in der Apotheke erhältlich sein.

Der Regierungsentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/3699



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Der Bundesrat hat am 6. Februar 2015 in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes mehr als 80 Änderungen vorgeschlagen. Sie betreffen unter anderem die geplante Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten. Die Bundesregierung will mit dem GKV-VSG insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung verbessern. So sollen die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen in überversorgten Regionen frei gewordene Arztsitze aufkaufen. Allerdings sind im Kabinettsbeschluss gegenüber dem Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom 13. Oktober 2014 zahlreiche Ausnahmen vorgesehen. Wenn beispielsweise besondere „Versorgungsgründe“ dafür sprächen, dürften auch weiterhin Arztsitze nachbesetzt werden. Mit dem Gesetz sollen Patienten vor planbaren Operationen einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung erhalten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird beauftragt, eine Liste mit den dafür in Frage kommenden Indikati-

onen zu erarbeiten. Laut Kabinettsbeschluss dürfen Krankenkassen darüber hinaus auch in Zukunft zusätzliche ärztliche Zweitmeinungsangebote als Satzungsleistungen anbieten. Unverändert sind sogenannte Terminservicestellen geplant, mit denen die KVen Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin vermitteln sollen. Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige sollen Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen erhalten. Um die Durchlässigkeit von stationärem und ambulatem Sektor zu fördern, ist geplant, dass Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Außerdem will das Gesetz die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt durch ein besseres Entlassmanagement sichern. Innovative Projekte sollen künftig durch finanzielle Mittel aus einem Innovationsfonds unterstützt werden, den die gesetzlichen Krankenkassen und der Gesundheitsfonds mit jährlich 300 Millionen Euro speisen. Der GBA soll bis 2016 weitere chronische Erkrankungen benennen, für die Disease-Management-Programme (DMP) eingerichtet werden. Bei anderen selektivvertraglichen Versorgungsformen, beispielsweise bei der Integrierten Versorgung (IV), sollen die Verhandlungspartner mehr Gestaltungsmöglichkeiten erhalten. Erstmals ist eine Nutzenbewertung von Medizinprodukten der beiden höchsten Risikoklassen durch den GBA vorgesehen, bevor diese grundsätzlich von der GKV übernommen werden. Hier warnt der Bundesrat in seiner Stellungnahme vor negativen Auswirkungen auf den Wirtschaftsstandort Deutschland. Anfang März 2015 soll das GKV-VSG erstmals auf die Tagesordnung des Bundestages. Im Sommer soll das Gesetz in Kraft treten.

Der Regierungsentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 641/14



Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat erneut einen Gesetzentwurf beschlossen, um die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) zu regeln. So soll die Ausbildung drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhauträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrates aufgenommen, ihn aber noch nicht beraten. Der Entwurf ist wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der vorherigen Legislaturperiode. Dieser war vom Parlament vor der Bundestagswahl 2013 nicht

mehr beraten worden und musste deshalb wegen des Grundsatzes der Diskontinuität erneut eingebracht werden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1581
Der Gesetzentwurf aus der 17. Legislaturperiode: Bundestags-Drucksache 17/1223



Präventionsgesetz

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf eines Präventionsgesetzes am 6. Februar 2015 zahlreiche Änderungen vorgeschlagen. So plädiert die Länderkammer dafür, die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen zur Prävention Pflegebedürftiger von bisher 0,30 auf 0,70 Euro pro Versichertem anheben. Das wären 49 Millionen Euro im Jahr anstelle von jetzt 21 Millionen Euro. Die Dauer des Anspruchs auf Hebammenhilfe sollte auf insgesamt sechs Monate verlängert werden. Der Stellenwert einer gesundheitsförderlichen Ernährung sollte angemessen berücksichtigt werden; daher bitten die Länder die Bundesregierung, im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen. Auch werde das Gesundheitsförderungspotenzial vor und nach einer Geburt bisher zu wenig berücksichtigt. Mit dem Gesetz, sollen die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger – also in Schulen, KiTas oder Betrieben – gestärkt, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz verbessert werden. Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch über Impfeempfehlungen unterrichten. Vor der Aufnahme in eine Kindertagesstätte sollen Eltern an einer obligatorischen, ärztlichen Beratung zum Thema „Impfschutz“ teilnehmen. Weiterhin geplant ist eine nationale Präventionskonferenz, um neue Strategien zur Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Damit soll sich die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessern. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) soll Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen zu erreichen. Zur Finanzierung soll der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf sieben Euro je Versicherten steigen. Vier Euro davon sind fest gebunden: Der Mindestwert für BGF-Leistungen und für Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Versicherten soll künftig jeweils zwei Euro je Versicherten betragen. Mindestens 50 Cent der zwei Euro für nichtbetriebliche Präventionsprojekte sollen die Kassen zur Unterstützung von Präventionsmaßnahmen der BZgA zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen müssen ab 2016 mit jährlichen Mehrausgaben von 250 bis 300 Millionen pro Jahr rechnen. Die privaten Krankenversicherungen

können sich freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligen. In diesem Fall würden sie jährlich mit 18 Millionen Euro belastet. Private Pflegeversicherungen müssen mit Mehrausgaben von insgesamt 2,7 Millionen Euro rechnen. Außerdem sollen Hebammen künftig maximal zwölf Wochen lang finanziell unterstützt werden, um Haftpflichtversicherungsbeiträge tragen zu können. Im Bundestag soll das Vorhaben voraussichtlich im März erstmals beraten werden. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr in Kraft treten.

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 640/14



Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer haben einen erneuten Vorstoß unternommen, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Dies soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten. Bereits im März 2013 hatte die Länderkammer einen gleichlautenden Gesetzentwurf eingebracht, der jedoch vor der Bundestagswahl 2013 vom Parlament nicht mehr abschließend beraten worden war und folglich unter das Prinzip der Diskontinuität fiel.

Der Gesetzesantrag des Bundesrats:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1289



Kurzmeldungen

Behandlungsfehler: Versicherte setzen auf ihre Kasse

17.02.15 (ams). Bei Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler erwarten drei von vier gesetzlich Versicherten (77 Prozent) von ihrer Krankenkasse professionelle Unterstützung. Das hat eine repräsentative Umfrage im Auftrag der AOK NORDWEST ergeben. Dies zeige „eindrucksvoll, dass sich die Menschen eine kompetente Hilfe ihrer Krankenkassen bei der Aufklärung von Behandlungsfehlern wünschen“, so der Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST, Dr. Martin Litsch.

Weitere Infos: www.aok.de/nw > Presse > Pressemitteilungen



AOK Nordost: „Wir wollen die Spiele“

17.02.15 (ams). Die AOK Nordost steht hinter der Idee Olympischer Spiele 2024 oder 2028 in Berlin. „Wir unterstützen die Bewerbung, weil wir überzeugt sind, dass die Spiele für die Entwicklung des Spitzen-, genauso wie des Breiten- und Behindertensports wichtige Impulse in der Stadt geben können“, sagt AOK-Vorstandsvorsitzender Frank Michalak. Die größte Krankenkasse in der Region Berlin/Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern setzt auf enge Kooperationen mit den Sportvereinen. Sie seien wichtige Partner, um gemeinsame Präventionsarbeit vor allem für Kinder und Jugendliche zu leisten, so Michalak.

Weitere Infos: www.aok.de/nordost > Presse > Pressemitteilungen



AOK Sachsen-Anhalt startet Projekt zur Familiengesundheit

17.02.15 (ams). Die AOK Sachsen-Anhalt will die Kompetenz von Familien in Gesundheitsfragen stärken. Das Projekt „Gesundheit beginnt in der Familie“ soll Anregungen für ein gesundheitsbewusstes Leben im Alltag geben und dazu beitragen, Krankheitsrisiken möglichst früh zu erkennen und vorzubeugen. In zunächst fünf Piloteinrichtungen in Magdeburg, Burg, Halle, im Harz und in der Altmark können sich Familien beraten lassen.

Weitere Infos: www.aok.de/sachsen-anhalt > Presse > Pressemitteilungen



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

AOK-Medienservice

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

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

