



# AOK-MEDIENSERVICE

INFORMATIONEN DES AOK-BUNDESVERBANDES [WWW.AOK-PRESSE.DE](http://WWW.AOK-PRESSE.DE)

12/18

POLITIK

 @AOK\_Politik

- Deutscher Pfllegetag
- **Aufwertung der Pflege organisieren** ..... 2
- Mehrkostenregelung für Kieferorthopäden: Drei Fragen an Annett Neukampf
- **Kieferorthopädie überprüfen – Sachleistungsprinzip stärken** ..... 4
- ams-Hintergrund: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
- **Überfrachtetes Reformgesetz ohne nennenswertes Profil** ..... 6
- Versorgungs-Report Früherkennung
- **Krebsvorsorge: Aufklärung könnte besser sein** ..... 8
- ams-Grafik 1: Früherkennungs-Untersuchungen
- **Wie es um die Aufklärung der Patienten steht** ..... 11
- EU-Ticker
- **Generika-Wettbewerb soll schneller kommen** ..... 12
- ams-Grafik 2: GKV-Finanzergebnisse
- **Ausgaben in ausgewählten Bereichen** ..... 14
- Zahl des Monats
- **45 Prozent ...** ..... 15
- 
- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** ..... 16
  - **Gesetzgebungskalender** ..... 17
  - **Kurzmeldungen** ..... 25



Deutscher Pfllegetag 2019

## Die Aufwertung der Pflege organisieren

**15.03.19 (ams). Bis zum Sommer 2019 will die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) Konzepte und Empfehlungen entwickeln, um den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften spürbar zu verbessern. Anlässlich des Deutschen Pfllegetages 2019 zeigte sich der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, zuversichtlich, dass dies gelingt. „Mancher mag dieses Pferd längst für tot halten. Die drei Bundesministerien und die KAP sind da optimistischer. Sie satteln das Pferd gerade für den nächsten Ausritt.“**

Nicht weniger als die Neuordnung der Pflege hat sich die KAP zum Ziel gesetzt. Unter Federführung der drei Bundesministerien für Familie, Arbeit und Gesundheit arbeiten die führenden Köpfe des Sozialsystems sowie die relevanten Akteure und Verbände daran, Versorgungsdefizite abzubauen, Kooperationen zu verbessern und die Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsberufe zu steigern. Martin Litsch hob die Schlüsselrolle der Pflege in der medizinischen Versorgung hervor. „Die Pflege versorgt und betreut eigenverantwortlich Menschen aller Altersgruppen. Sie sichert heute schon die kontinuierliche Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen über Sektorengrenzen hinweg.“ Um die Attraktivität der professionellen Pflege zu erhöhen, gelte es, dieses Rollenverständnis in den Blick nehmen und weiterzuentwickeln.

### Pflegebedürftige sowie Pflegende im Fokus

Zum sechsten Mal traf sich die Pflegebranche zum Deutschen Pfllegetag. Als größte Pflegekasse ist die AOK Gründungspartner und von Anfang an dabei. Mit insgesamt sechs verschiedenen Veranstaltungen ist die AOK auf dem Kongress präsent. Zwei Programmpunkte hob Martin Litsch besonders hervor: zum einen eine hochkarätig besetzte Podiumsdiskussion mit Vertretern aus Politik und der Sozialpartner. Dabei geht es um die Weiterentwicklung der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. Zum anderen eine Podiumsdiskussion unter dem Titel „Pflege trifft Medizin – Der Nachwuchs gibt den Ton an“ mit Stimmen aus der Praxis zur Frage der Neuordnung der Pflegeberufe.

Die AOK und die Pflegeberufe eine das gemeinsame Bestreben, eine qualitativ gute Pflege unter vernünftigen ökonomischen Rahmenbedingungen sicherzustellen, betonte der Verbandchef. Die angestoßene Modernisierung der Pflegeausbildung und Entwicklung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur Personalbemessung in der Langzeitpflege müssten deshalb konsequent weiter verfolgt werden. Litsch verwies in diesem Zusammenhang auf die hohe Belastung in den Pflegeberufen. Laut AOK-Arbeitsfähigkeitsdaten lag der Krankenstand 2018 in dieser Berufsgruppe bei 7,0 Prozent, der Bundesdurchschnitt nur bei 5,5 Prozent.

Litsch bezeichnete eine angemessene Bezahlung als weiteren „Schlüsselfaktor für die Wahl des Pflegeberufs“. Das sei auch ein Signal der gesellschaftlichen Wertschätzung. „Genau deshalb setzt die AOK bundesweit die Vorgabe um, dass die Bezahlung nach Tariflohn von den Pflegekassen im Rahmen von Vergütungsverhandlungen auch anerkannt wird.“ Die



AOK-Gemeinschaft habe sich immer dafür stark gemacht, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen die vereinbarte Bezahlung jederzeit einhalten. Entsprechende Regelungen hat die Vorgängerregierung der jetzigen Großen Koalition mit den Pflegestärkungsgesetzen gegen erheblichen Widerstand der privaten Pflegeanbieter verbindlich verankert. Um die teilweise erheblichen Widerstände gegen transparente Nachweispflichten seitens der Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu brechen, fordert der AOK-Bundesverband eine bundesweit einheitliche Rechtsverordnung. Einen Vorschlag zur Rechtsverordnung hat die AOK bereits in die KAP eingebracht.

### Durchlässige Bildungsangebote und Akademisierung

Die KAP hat darüber hinaus Selbstverpflichtungen der beteiligten Akteure zur Umsetzung des Pflegeberufgesetzes ab dem nächsten Jahr verabschiedet. „Genauso wichtig wie eine gute Bezahlung sind gestufte und durchlässige Bildungsangebote für unterschiedlich qualifizierte Pflegeberufe, um damit auch Karrierechancen zu ermöglichen“, betonte der AOK-Vorstandschef. Er bedauerte, dass in der Diskussion um die generalistische Ausbildung der mit dem Pflegeberufgesetz eröffnete Weg einer pflegerischen Hochschulausbildung „etwas untergegangen ist“. Der Ausbau entsprechender Kapazitäten im Hochschulbereich startet erst 2020. Deutschland hinkt damit im Vergleich zu anderen Ländern deutlich hinterher. Konkrete Zielmarken zum Anteil der akademisierten Pflegefachpersonen beinhaltet die Selbstverpflichtung der KAP nicht. Der Wissenschaftsrat hatte eine Quote von zehn bis 20 Prozent empfohlen.

Im Herbst startet ein neues Qualitätssicherungssystem in der stationären Langzeitpflege. Es verbindet internes Qualitätsmanagement mit externer Qualitätsprüfung. Auch hiervon erhofft sich die AOK einen Schub für Pflege. „Die Arbeit mit wissenschaftlichen Instrumenten motiviert die Pflegefachkräfte, weil sie deren fachliche Kompetenz einfordert und ihre Rolle sowie ihr Wissen ernst nimmt“, unterstrich Litsch. Allein aus dem internen Qualitätsmanagement werden künftig zehn Ergebnisindikatoren in der Qualitätsdarstellung abgebildet. Hinzu kommen die Ergebnisse aus externen Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Das neue Qualitätssicherungssystem ist nicht zuletzt auch eine Lehre aus dem heutigen Pflege-TÜV, der insbesondere durch die Gesamtbewertung in der Schulnotensystematik nur zu Einsen geführt hat. „Die Darstellung kommt dem entgegen, was Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung interessiert. Eine Studie des AOK-Bundesverbandes mit dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) aus dem Jahr 2017 hat gezeigt, dass sich die Betroffenen möglichst vielfältige und umfassende Informationen über eine Einrichtung wünschen.

(rbr)

[DAS ENGAGEMENT DER AOK IN DER PFLEGE UND AUF DEM PFLEGETAG:](http://www.aok-pflegetag.de)

[www.aok-pflegetag.de](http://www.aok-pflegetag.de)

[INFORMATIONEN ZUR „KONZERTIERTEN AKTION PFLEGE“](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Themen > Pflege > Konzertierte Aktion Pflege





Drei Fragen an Annett Neukampf, AOK-Bundesverband

## Kieferorthopädie überprüfen – Sachleistungsprinzip stärken

**15.03.19 (ams).** Auch Kieferorthopäden dürfen künftig die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat mit dem Versicherten abrechnen. So sieht es ein Passus im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vor. Der AOK-Bundesverband hatte die ersatzlose Streichung gefordert. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) investiere schon jetzt über eine Milliarde Euro pro Jahr in die kieferorthopädische Behandlung, rechnet Annett Neukampf aus der Abteilung ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband vor. Darüber hinaus fehle es an medizinischer Evidenz. „Das medizinisch Notwendige ist kaum mehr vom kosmetisch Wünschenswerten zu unterscheiden“, so Neukampf.

### Frau Neukampf, was konkret kritisieren Sie?

**Neukampf:** Mit der Einführung der Mehrkostenregelung wird das Sachleistungsprinzip in der GKV weiter ausgehöhlt. Das lehnen wir ab, weil zum einen Eltern finanziell überlastet werden und zum anderen damit qualitätsgesicherte Versorgung der Kinder so nicht mehr gewährleistet werden kann. Wir fordern dagegen, dass der umfangreiche GKV-Leistungskatalog und damit das Sachleistungsprinzip auch zukünftig die Grundlage der zahnmedizinischen Versorgung und damit auch für die Kieferorthopädie bleiben.

### Aber führt diese gesetzliche Anpassung nicht einfach nur dazu, dass endlich eine längst gängige Praxis rechtlich verbindlich geregelt wird?

**Neukampf:** Mehr als eine Milliarde Euro pro Jahr investiert die GKV in die kieferorthopädische Behandlung. Diese Summe ist sicherlich mehr als ausreichend, um eine gute Behandlung zu gewährleisten. Die Kieferorthopädie müsste allerdings – und da nehmen wir die Kritik des Bundesrechnungshofes ernst – überprüft werden. Der Bundesrechnungshof hat konkrete Fragen aufgeworfen: Weshalb dauert zum Beispiel eine kieferorthopädische Versorgung in Deutschland im europäischen Vergleich viel länger? Warum muss in Deutschland überhaupt mittlerweile jedes zweite Kind behandelt werden, also eine viel höhere Rate als in vergleichbaren anderen europäischen Ländern? Schaut man sich das neue Gesetz an, so wird zwar gesetzlich geregelt, was unter Mehr- und Zusatzleistungen zu verstehen ist und wie man diese gegenüber der Regelversorgung abgrenzen möchte. Die sogenannte Regelversorgung bleibt jedoch weiter undefiniert. Zuerst hätte daher in mehreren Schritten eine Überprüfung kieferorthopädischer Leistungen im Rahmen der GKV erfolgen sollen. Das betrifft zunächst die Richtlinien im Gemeinsamen Bundesausschuss. So sollte die vertragszahnärztliche Versorgung entsprechend der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und aktuellen wissenschaftlichen Literatur überarbeitet werden.

### Was schlagen Sie also alternativ im Sinne der Versicherten und Patienten vor?

**Neukampf:** Bevor einfach noch mehr Geld ausgegeben wird, wäre es wichtig, eine längst notwendige Nutzenbewertung vorzunehmen. Zweitens sollte damit im Gemeinsamen



Bundesausschuss eine Überprüfung der Richtlinien einhergehen. Danach lässt sich einschätzen, ob und gegebenenfalls welcher gesetzlicher Anpassungsbedarf tatsächlich besteht. Aber nicht vorher! Dabei gibt es dringenden Nachholbedarf zur Umsetzung wissenschaftlicher Studien und Schaffung medizinischer Evidenz. Dies hat schon der HTA-Bericht im Jahr 2008 angemahnt. Und das Ende 2018 veröffentlichte IGES-Institut für das Bundesgesundheitsministerium kommt zum gleichen Schluss. Nur so kann die Versorgungsqualität im Sinne der Eltern und behandelten Kinder gesichert werden.

**DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES  
ZU DIESEM UND ANDEREN PUNKTEN DES TSVG:**

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen





ams-Hintergrund: Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

## Überfrachtetes Reformgesetz ohne nennenswertes Profil

**15.03.19 (ams).** Selten hat der Bundestag ein umfangreicheres Gesundheitsgesetz verabschiedet als das TSVG. Insbesondere Gesundheitsminister Jens Spahn hat darin immer wieder Regelungen untergebracht oder unterbringen wollen, die mit besserer Terminvergabe beim Arzt und Versorgung im engeren Sinn nichts zu tun haben. Über 50 fachfremde Änderungsanträge hatte der Gesundheitsausschuss alles in allem zu beraten. Das Vorgehen des Bundesgesundheitsministers sorgte für Erstaunen und deutliche Kritik. Das Wort von der „Dehnung des Rechtsstaats“ macht die Runde. „Minister Spahn überzieht“, titelte unlängst die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“.

Die Kritik zielt unter anderem darauf, dass Jens Spahn ein eigentlich praktikables, effizientes und bewährtes Instrument der Gesetzgebung überfrachte. Parlamentarier sprechen gerne von einem „Omnibusgesetz“. Die offiziellere Bezeichnung für diese Form von Gesetzen lautet „Artikel- oder Mantelgesetz“. Damit werden Änderungsgesetze bezeichnet, die eine ganze Reihe von Fachgesetzen ändern. Sozialreformen sind dafür nicht das einzige, aber ein klassisches Beispiel, in denen dieses Verfahren zum Einsatz kommt. Der „Omnibus“ eignet sich in der Gesundheitspolitik besonders gut, weil im Zuge von Reformen meistens mehrere Gesetzeswerke parallel geändert werden.

So ist beim TSVG nicht nur das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) betroffen, das die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) regelt, sondern beispielsweise auch das SGB VII für die gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), das SGB XI über die Soziale Pflegeversicherung (SPV) oder auch das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Arzneimittelgesetz samt Arzneimittelpreisverordnung oder etwa auch die Schiedsstellenverordnung, um nur einige Beispiele zu nennen. Deshalb nutzt die Politik oft die Chance, weitere Entscheidungen über zusätzliche Änderungsanträge (Passagiere) zu treffen, die nicht die eigentliche Reform berühren. Der gesamte Reformentwurf (Omnibus) ist also eine Sammlung verschiedener Gesetzesänderungen.

### Gratwanderung zwischen Effizienz und Disziplinierung

Das Omnibusverfahren ist auf der einen Seite effizient und ermöglicht flexible Reaktionen auf aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen. Ein Klassiker in diesem Zusammenhang sind die regelmäßig wiederkehrenden Jahressteuergesetze. So wurden im Jahressteuergesetz für 2011 nicht nur steuerrechtliche Belange geregelt, sondern auch der Führerschein mit 17 Jahren sowie Regelungen zur Winterreifenpflicht und Auslands-Bußgeldern.

Das Omnibusgesetz ist andererseits auch ein Instrument der politischen Disziplinierung von Abgeordneten. Denn auf diese Art und Weise können auch Gesetzesänderungen durchgeführt werden, welche in einer Einzelentscheidung durchfallen würden, im Paket aber angenommen werden, um das gesamte Gesetzesprojekt nicht zu gefährden. Die sogenannten Hartz-Reformen Anfang der 2000-er Jahre sind dafür in gutes Beispiel. Nicht jede der



neuen Regelungen war in der rot-grünen Koalition unumstritten. Omnibusgesetze wirken daher mitunter ähnlich wie die Vertrauensfrage als Instrument, Mehrheiten im Parlament auch gegen die Überzeugung der Mehrheit der Abgeordneten zu organisieren. Typischerweise wird das Omnibusverfahren von der jeweiligen Opposition abgelehnt und kritisiert.

Artikelgesetze sind jedoch stets eine Gratwanderung. Schnell wird's unübersichtlich. Umfasste der Referentenentwurf zum TSVG vom 23. Juli 2018 noch 15 Artikel auf 144 Seiten inklusive Begründung, so kam der Kabinettsbeschluss bereits auf 17 Artikel und 191 Seiten. Und allein die bereits erwähnten 51 Änderungs- und Ergänzungsanträge umfassen 178 Seiten. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hatte sogar eine zweite öffentliche Anhörung nur für die fachfremden Änderungsanträge ansetzen müssen, um den Inhalten die notwendige Aufmerksamkeit schenken und den Berg an unterschiedlichen Themen angemessen abarbeiten zu können.

### Staatliche Reglementierung und Eingriffe in die Selbstverwaltung

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes verliert so das im Kern gute Gesetzesprojekt an Profil. Statt gesetzliche Grundlagen für eine innovative, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung auf den Weg zu bringen, beschränke sich der TSVG-Entwurf darauf, durch ineffiziente Strukturen entstandenen Probleme über weitere kleinteilige Regelungen, Eingriffe in die Selbstverwaltung und zusätzliche Finanzmittel immer weiter staatlich zu reglementieren, heißt es in der Stellungnahme des Verbandes. Dazu zählt etwa die Zentralisierung der Selbsthilfe-Förderung. Ab 2020 sollen die Kassen entsprechende Aktivitäten nur noch gemeinsam finanziell unterstützen. Oder Eingriffe in die Gestaltung von Vorstandsverträgen bis zur Deckelung der Vergütung.

Mit der Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik (gematik) will der Bundesgesundheitsminister mehr Einfluss auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens gewinnen. Sein Ministerium soll künftig 51 Prozent der gematik halten und so Mehrheitsentscheidungen möglich werden. Bislang ist die gematik eine gemeinsame Betriebsorganisation der Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens. Zu den Gesellschaftern gehören die Bundes(zahn)ärztekammer, die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Apothekerverband. Auf Kostenträgerseite sind alle gesetzlichen Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung repräsentiert.

Ein nicht minder bemerkenswerter Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist der Plan, die Bewertung und Zulassung neuer Behandlungsmethoden nicht mehr allein dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) aus Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu überlassen, sondern wiederum das Bundesgesundheitsministerium zu ermächtigen, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch am dafür zuständigen GBA vorbei per Rechtsverordnung in die GKV-Versorgung aufzunehmen. Dieser Änderungsantrag ist zwar im Zuge der TSVG-Beratungen gescheitert. Jens Spahn ließ es sich aber nicht nehmen, eine nahezu identische Formulierung des Passus in den Referentenentwurf zum Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantatregisters (EDIR) zu schreiben.

(rbr)





Versorgungs-Report Früherkennung

## Krebsvorsorge: Aufklärung könnte besser sein

**15.03.19 (ams). Bei bis zu 85 Prozent liegen die Teilnahmequoten an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen. Viele Patienten erhalten jedoch zu wenig Informationen über Nutzen und Risiken solcher Untersuchungen. Das sind zentrale Ergebnisse von Datenauswertungen und einer repräsentativen Befragung für den „Versorgungs-Report Früherkennung“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).**

Insgesamt ist die Teilnahme an der Krebsvorsorge nach Analyse der Abrechnungsdaten von AOK-Versicherten durch das WiDO recht hoch. Beim Screening auf Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs liegt sie am höchsten: Nur 15 beziehungsweise 22 Prozent der Versicherten werden sehr unregelmäßig oder gar nicht von diesen Angeboten erreicht. 78 Prozent der Versicherten über 60 nahmen zwischen 2007 und 2016 entweder den Stuhltest, die Darmspiegelung (Koloskopie) oder die Beratung zur Darmkrebs-Früherkennung in Anspruch. An der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs nahmen im gleichen Zeitraum 85 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen zwischen 30 und 49 Jahren regelmäßig teil.

### Mammografie: Jede fünfte Frau hat grundsätzliche Vorbehalte

Bei der Brustkrebs-Früherkennung per Mammografie wurden die Zeiträume von 2007 bis 2009 und 2014 bis 2016 verglichen, um ein realistisches Bild der Teilnahme im Zeitverlauf zu zeichnen. In diesem Zeitraum stieg der Anteil der Frauen, die eine Mammografie erhielten, um fünf Prozentpunkte auf 61 Prozent an. Gleichzeitig belegt die Auswertung, dass 22 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen von 60 bis 69 Jahren zwischen 2007 und 2016 gar nicht an der Mammografie teilnahmen. „Die Versichertenbefragung zeigt, dass dies oft mit grundsätzlicher Ablehnung zu tun hat, sagt Christian Günster, Leiter des Bereichs Qualitäts- und Versorgungsforschung beim WiDO. Bei der Mammografie ist dies öfter der Fall als bei den anderen betrachteten Untersuchungen. So sagt jede fünfte Frau, die nach eigenen Angaben nicht zur Mammografie gegangen ist, dass sie die Untersuchung grundsätzlich ablehnt.

Bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs führen nur für sechs Prozent der Frauen, die das Angebot nicht nutzen, grundsätzliche Bedenken an. Bei der Darmkrebs-Vorsorge sind es nur fünf Prozent der Nicht-Teilnehmer. Bei den letzten beiden Untersuchungen begründen die Befragten ihr Fernbleiben sehr viel häufiger damit, dass sie keine Beschwerden hätten (45 Prozent bei Gebärmutterhalskrebs und 44 Prozent bei Darmkrebs). Beschwerdefreiheit wird bei der Mammografie deutlich seltener als Begründung gegeben. „Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Informationen rund um das Mammografie-Screening zu einer bewussteren Auseinandersetzung und Entscheidung der Frauen führen“, so Günster. Für die repräsentative Befragung waren 2.012 gesetzlich Krankenversicherte ab 18 Jahren befragt worden.





Aus dem Gespräch mit dem behandelnden Arzt über das Früherkennungsangebot berichtet die Mehrheit der Befragten, dass mit ihnen zwar über den Nutzen der Früherkennungs-Untersuchungen gesprochen worden sei. Von möglichen Nachteilen der Untersuchung, wie etwa falsch positive Befunde, haben hingegen deutlich weniger Versicherte erfahren. Beim Gebärmutterhalskrebscreening beispielsweise waren es 25 Prozent, bei der Darmspiegelung 36 Prozent. Eine Ausnahme bildet auch hier das Mammografie-Screening: Jeweils die Hälfte der teilnehmenden Frauen berichtete, dass sie über Nutzen beziehungsweise Nachteile aufgeklärt worden sei.

### Ärzte müssen Bedenken der Patienten ernst nehmen

„Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Voraussetzungen für eine informierte Entscheidung der Versicherten oft fehlen“, sagt Professor Norbert Schmacke vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Mitherausgeber des Reports. Ärzte dürften Fragen oder Bedenken ihrer Patienten, etwa zu möglichen Fehlalarmen durch falsche Befunde, nicht einfach wegwischen. Der Nationale Krebsplan habe schon 2010 das Ziel formuliert, die Versicherten zu einer Entscheidung unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile zu befähigen.

51 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer nutzen laut Befragung vor allem das Internet als Informationsquelle über Früherkennungs-Untersuchungen. 40 Prozent der Frauen und 50 Prozent der Männer sprechen mit dem Hausarzt über das Thema. „Bei der Förderung der informierten Entscheidung sind die Ärztinnen und Ärzte besonders gefragt“, sagt Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Sie sollten sich noch stärker als bisher mit dem Nutzen, aber auch den möglichen Risiken und Nachteilen der Früherkennung auseinandersetzen und diese ihren Patienten vermitteln.“ Auch die AOK wolle ihren Beitrag zur Verbreitung entsprechender Aufklärungsmaterialien leisten, die zum Beispiel vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereitgestellt würden.

### Neues Einladungswesen zu Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs

Der AOK-Verbandschef begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Einführung eines organisierten Einladungswesens für die Darmkrebs-Vorsorge ab Juli 2019 und für die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs ab 2020. „So werden alle Männer und Frauen im entsprechenden Alter mit dem Thema konfrontiert und erhalten auch eine schriftliche Information zur Abwägung der Vor- und Nachteile“, betont Litsch. Sowohl den Nutzen als auch mögliche Nachteile der Früherkennung in der Kommunikation angemessen zur berücksichtigen, sei eine echte Herausforderung. Hier müssten auch die Krankenkassen besser werden.

Als Vorbild für eine gute Patienteninformation nennt Professor Schmacke die Entscheidungshilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Mammografie: „Sie hat das Pro und Contra auf dem Boden vorhandener Studien mit modernen Kommunikationsmethoden aufgearbeitet.“ Schmacke betont, dass bei Früherkennungs-Untersuchungen kein unmittelbarer Zeitdruck bestehe: „Ratsuchende sollten sich Zeit lassen und in Ruhe entscheiden, wenn sie sich unsicher sind, ob ihnen eine Untersuchung nutzt.“

Neben den Ergebnissen der Versichertenbefragung und den Auswertungen zur Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen umfasst der Versorgungs-Report weitere



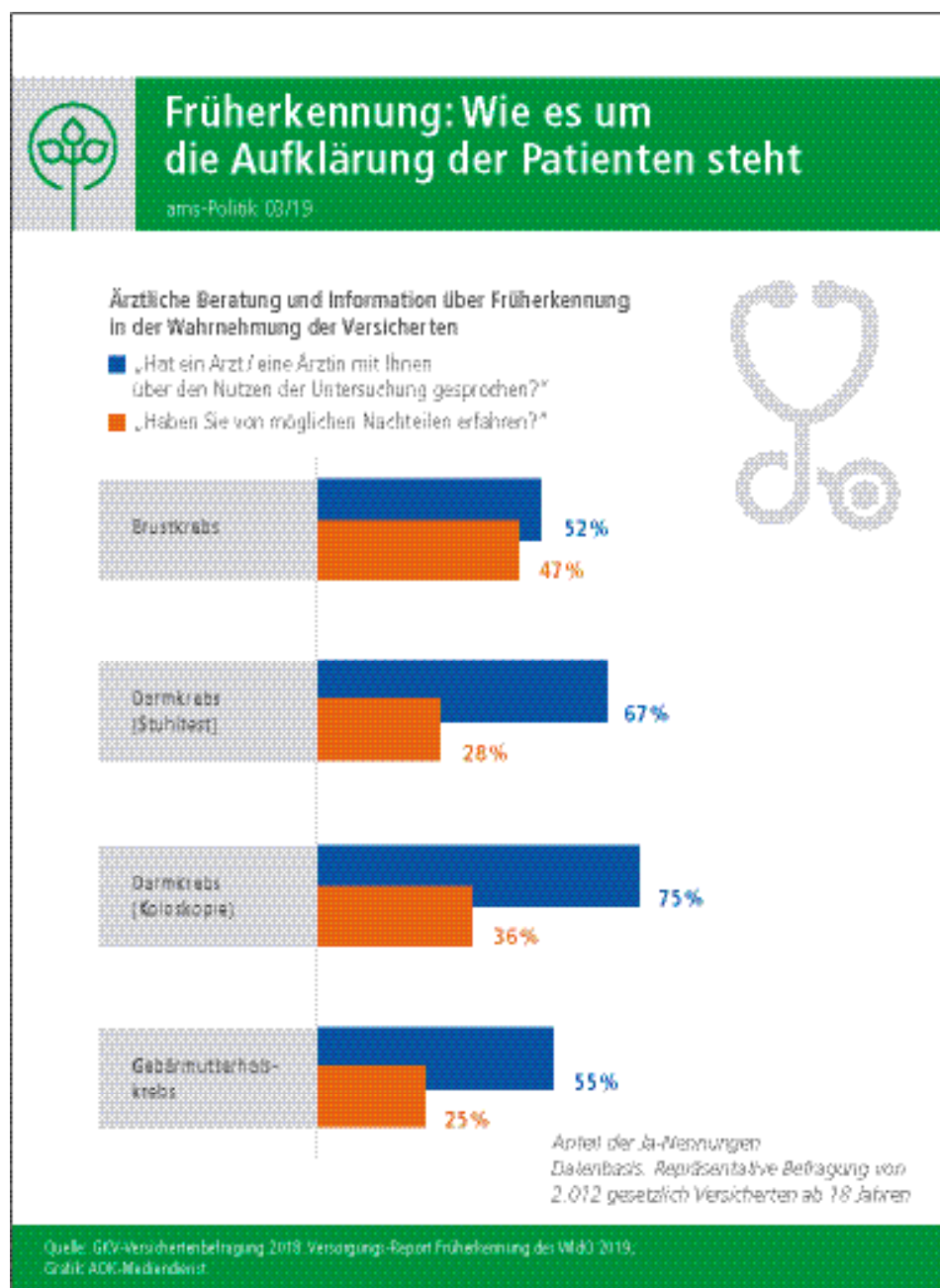
Beiträge zu Prinzipien und Methoden sowie zur Evidenzlage verschiedener Früherkennungsuntersuchungen. Themen sind auch die Anforderungen an evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Patienten sowie die Diskussion um den Nutzen und die Risiken des Mammografie-Screenings. Ein Daten- und Analyseteil beleuchtet die Diagnosehäufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den vier ausgabenwirksamsten Sektoren des deutschen Gesundheitswesens.

---

[DER VERSORGUNGS-REPORT FRÜHERKENNUNG ALS E-BOOK:](#)

[www.wido > Buchreihen > Versorgungs-Report > Früherkennung](#)





Teilnehmer von Früherkennungs-Untersuchungen werden zu selten oder nicht umfassend genug über den Nutzen und insbesondere über mögliche Nachteile der Untersuchungen aufgeklärt. Das zeigen Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von mehr als 2.000 Versicherten für den „Versorgungs-Report Früherkennung“.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Prävention/Vorsorge



EU-Ticker

## Generika-Wettbewerb kommt voraussichtlich schneller

15.03.19 (ams). EU-Parlament, Rat und Kommission haben sich Mitte Februar auf eine neue Regelung für die Produktion von Generika während der sogenannten erweiterten Schutzfrist geeinigt. Danach wird es Herstellern von Generika und Biosimilars künftig erlaubt sein, innerhalb der EU trotz der hier noch geltenden Schutzfristen für andere Länder zu produzieren, in denen der Patentschutz abgelaufen ist. Außerdem soll es den Herstellern erlaubt werden, mit Blick auf ablaufende Schutzfristen innerhalb der EU bereits mit der Produktion auf Lager zu beginnen. Die Neuregelung entspricht einer Forderung der Kostenträger auf EU-Ebene nach einem schnelleren Markteintritt von Generika und Biosimilars. Das Ergebnis des „Trilogs“ muss jetzt noch formal von Parlament und Rat beschlossen werden.

### Plattform seltene Erkrankungen

15.03.19 (ams). Die EU-Kommission hat zum „Welttag der seltenen Erkrankungen“ am 28. Februar eine neue Online-Plattform freigeschaltet, die den Wissensaustausch zu Diagnose und Behandlung von seltenen Erkrankungen verbessern soll. Derzeit ist nach Angaben von EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis eine große Fülle an Informationen über Patienten mit seltenen Erkrankungen in rund 600 Registern von Krankenhäusern, Forschungseinrichtungen, Pharmaunternehmen oder Patientenorganisationen über ganz Europa verstreut. Auf der neuen „Europäischen Plattform für die Registrierung seltener Krankheiten“ sollen sie jetzt zusammengeführt werden. „Dadurch wird Spitzenforschung gefördert, die die Diagnose und die Behandlungsergebnisse und damit auch die Lebensqualität der Patienten und ihrer Familien verbessern kann“, sagte Andriukaitis in Brüssel. Die Plattform soll insbesondere die Arbeit der Europäischen Referenznetzwerke zur Erforschung und Behandlung seltener Erkrankungen (ERN) unterstützen.

[MEHR INFOS ZUR NEUEN FORSCHUNGSPLATTFORM](#)

[www.europa.eu](http://www.europa.eu) > Pressemitteilungen > 28.02.19





## Bericht zur Wettbewerbssituation im Arzneimittelbereich

15.03.19 (ams). In Zusammenarbeit mit den nationalen Wettbewerbsbehörden der 28 EU-Mitgliedstaaten hat die EU-Kommission einen Bericht zur Durchsetzung des Wettbewerbs im Arzneimittelsektor erstellt. Die Darstellung bezieht sich auf den Zeitraum von 2009 bis 2017. Danach haben die Wettbewerbsbehörden seit 2009 mehr als 100 Fälle untersucht, die wettbewerbswidrige Vereinbarungen und den Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung betrafen. In 29 Fällen wurden rechtswidrige Praktiken geahndet. Dabei ging es um Behinderungen oder Verzögerungen von Generikaeinführungen, Marktaufteilung und Preisabsprachen sowie „Pay-for-delay“. Dabei geht es um Vereinbarungen, mit denen Originalhersteller und Generikaproduzent sich einigen, bestimmte Generika vom Markt fernzuhalten und die dadurch erzielten Gewinne zu teilen. Mehrere Untersuchungen betrafen überhöhte Preise für patentfreie Arzneimittel. Preiserhöhungen für patentfreie Arzneimittel sind in Deutschland durch das Preis moratorium weitgehend ausgeschlossen. Andere EU-Staaten haben aber beträchtliche Probleme mit Preiserhöhungen für Produkte, die zwar nicht mehr unter Patentschutz stehen, aber durch eine faktische Monopolsituation von Herstellern durchgesetzt werden. Insgesamt wurden Geldbußen im Umfang von mehr als einer Milliarde Euro verhängt. Um eine zu starke Marktkonzentration zu verhindern, prüfte die Kommission mehr als 80 Unternehmenszusammenschlüsse. In 19 Fällen wurde die Fusion erst genehmigt, nachdem die Unternehmen zugesagt hatten, Teile ihres Geschäfts zu veräußern, um den bisherigen Preiswettbewerb aufrechtzuerhalten.

[WEITERE INFORMATIONEN](#)

[www.europa.eu](http://www.europa.eu) > [Pressemitteilungen](#) > 28.02.19



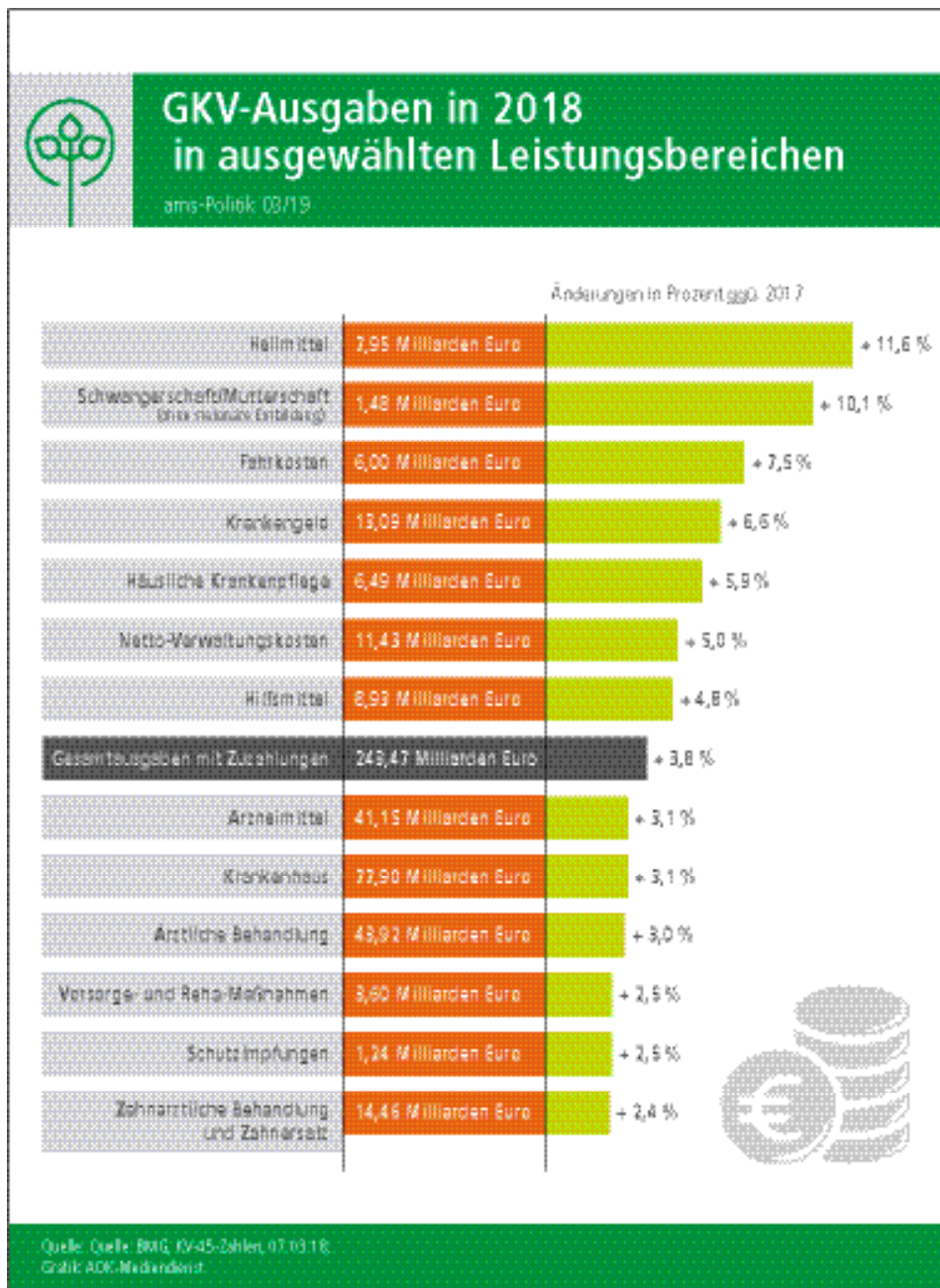
## Arzneimittel und Umweltschutz

15.03.19 (ams). Die EU-Kommission hat ein Strategiepapier vorgelegt, das Vorschläge zur Vermeidung von Human- und Tierarzneimittelrückständen im Wasser und im Boden enthält. Sechs Handlungsfelder decken den „Lebenszyklus“ von Arzneimitteln ab: von der Entwicklung und Herstellung bis hin zur Entsorgung und Abfallwirtschaft. Sie beinhalten laut Kommission Maßnahmen, mit denen die Aufklärung verbessert und eine umsichtige Anwendung gefördert werden soll. Außerdem geht es um eine bessere Risikobewertung und –überwachung und Anreize für eine umweltfreundliche Produktion mit weniger Emissionen bei der Herstellung, weniger Abfall und besserer Abwasseraufbereitung. In Abweichung vom Entwurf aus 2018 ruft die Kommission nicht mehr dazu auf, auf unnötige Arzneimittel zu verzichten. Zudem werden keine verbindliche Maßnahmen beschlossen, sondern die Hersteller dazu aufgerufen, eine Bewertungen bezüglich der Umwelteffekte vorzunehmen und zu übermitteln.

[MEHR INFORMATIONEN](#)

[www.ec.europa.eu/germany](http://www.ec.europa.eu/germany) > [Presse](#) > [Pressemitteilung vom 11.03.19](#)





Der Überschuss der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist 2018 mit zwei Milliarden Euro geringer ausgefallen als 2017. Damals waren es 3,15 Milliarden Euro. 2018 standen Einnahmen von rund 241,4 Milliarden Euro Ausgaben von rund 239,4 (ohne Zuzahlungen) gegenüber.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen



Zahl des Monats

## 45 Prozent ...

... des Marktes für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) entfallen auf Ultraschalluntersuchungen (26,9 Prozent) und Leistungen im Rahmen der Glaukomvorsorge (18,1 Prozent), dem sogenannten Grünen Star. Das ist ein Ergebnis der Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für den WIdOMonitor 1/2019. 2.007 GKV-Versicherte waren im Auftrag des WIdO repräsentativ befragt worden. Da Selbstzahlerleistungen bei den Ärzten nirgendwo einsehbar sind beziehungsweise dokumentiert werden, ist eine Versichertenbefragung die einzige Möglichkeit, zu näheren Informationen über den IGeL-Markt zu gelangen.

Bei den Ultraschalluntersuchungen handelt es sich vor allem um Leistungen für Frauen ab 30 Jahren. 51,1 Prozent dieser Leistungen entfallen auf Untersuchungen des Unterleibs, weitere 23,9 Prozent auf eine entsprechende Untersuchung der Brust. Das Angebot der Glaukomfrüherkennungen richtet sich vor allem an Patienten ab einem Alter von 50 Jahren. Einzelne Facharztgruppen bieten IGeL häufiger als andere an. Augenärzte tun dies im Durchschnitt siebenmal so häufig wie Allgemeinmediziner, Frauenärzte fast fünfmal so oft. Ein weiteres Drittel der IGeL entfällt auf Blutuntersuchungen und Laborleistungen (11,1 Prozent) sowie die Verordnung von Medikamenten beziehungsweise Heil- und Hilfsmitteln (9,9 Prozent), ergänzende Krebsfrüherkennung bei Frauen (7,0 Prozent) und schließlich die Bestimmung des PSA-Wertes in der Prostata (4,5 Prozent)

Bei all diesen Angeboten ist das Einkommen der Patienten offenbar auch relevant. Deutlich mehr als jeder Dritte (35,4 Prozent), dem der Arzt ein IGeL-Angebot gemacht hat, verfügt über ein Haushaltseinkommen von über 4.000 Euro im Monat. Bei einem Verdienst unter 2.000 Euro war es nur gut jeder Fünfte (21,6 Prozent), dem der Arzt eine IGeL-Leistung anbot. Der Durchschnitt aller Befragten lag bei 28,9 Prozent.

[ALLE DETAILS ZUM WIDOMONITOR 1/2019 UNTER:](#)

[www.wido.de](http://www.wido.de) > Publikationen & Produkte > WIdOMonitor > Private Zusatzleistungen







## Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

### Innovationsfonds: Ungebrochene Nachfrage

Beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind auf die fünf Förderbekanntmachungen vom Herbst 2018 im Bereich der Versorgungsforschung insgesamt 197 Projektanträge eingegangen.

Der unparteiische Vorsitzende des GBA, Prof. Josef Hecken, gleichzeitig auch Vorsitzender des Innovationsausschusses, sprach von einem wichtigen Signal. „Diese konstant hohe Anzahl der Anträge unterstreicht den anhaltenden Bedarf an Fördermitteln aus dem Innovationsfonds“, so Hecken. Nach wie vor existierten viele Ideen und bestehe ein ungebrochener Bedarf nach Förderung.

Auf die Förderbekanntmachung im Bereich Versorgungsforschung zum themenoffenen Bereich entfallen 120 Anträge. Auf die Förderbekanntmachung zum themenspezifischen Bereich gingen insgesamt 66 Anträge ein. Auf die Förderbekanntmachung zur Evaluation von Selektivverträgen und auf die Förderbekanntmachungen zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie sowie der Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V entfallen insgesamt 11 Anträge.

Im Bereich Versorgungsforschung waren insbesondere das Themenfeld 4 „Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten auf die Versorgung“ (23 Anträge), das Themenfeld 3b „Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Populationsebene“ (17 Anträge) und das Themenfeld 1 „Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Pflege und Transparenz über die pflegerische Versorgungsqualität“ (12 Anträge) waren laut GBA von großem Interesse für die Antragsteller.

Nach Begutachtung der Anträge durch den Innovationsausschuss und den Expertenbeirat entscheidet der Innovationsausschuss voraussichtlich im Herbst 2019, welche Projekte eine finanzielle Förderung aus dem Innovationsfonds erhalten.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT  
DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)





## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Der Bundestag hat das **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** verabschiedet. Das Gesetz hatte insbesondere wegen seiner hohen Zahl fachfremder Änderungs- und Ergänzungsanträge für Aufsehen und Kritik bei vielen gesundheitspolitischen Akteuren gesorgt. Für das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung liegt inzwischen der Kabinettsbeschluss vor. Mit dem Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters will sich die Bundesregierung noch in diesem Monat befassen. (Stand: 15. März 2019) Diese und ältere Stichworte gibt es auch im Internet: [www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze](http://www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze).

### 15. SGB-V-Änderungsgesetz

Mit dem 15. SGB-V-Änderungsgesetz werden 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. Die Neuregelung ist im Laufe der Beratungen als Änderungsantrag in das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aufgenommen worden.

### 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.

DIE VORSCHLÄGE IM EINZELNEN:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > EAMIV



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

Der Bundesrat hat dem Gesetz jetzt abschließend zugestimmt. Der Bundestag hatte das GZSO im Februar in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Es tritt voraussichtlich im April in Kraft. 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. 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.

DAS GESETZ IN DER BESCHLUSSFASSUNG DES BUNDESTAGES

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/6915





### Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Der Bundesrat hat den Entwurf der Bundesregierung für ein „Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)“ vom 30. Januar zum ersten Mal beraten. Mit dem Gesetzesentwurf reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit mutmaßlich gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln. In diesem Zusammenhang sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erweitert werden. Das betrifft zum Beispiel den Rückruf von Medikamenten oder eine schnelle und länderübergreifende Koordinierung im Krisenfall. Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig.

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.

#### DER KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > GSAV



## Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EDIR)

Das Bundesgesundheitsministerium hat am 31. Januar 2019 den Referentenentwurf für das „Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EDIR)“ vorgelegt. Das Kabinett wird den Entwurf voraussichtlich noch im März beraten. Mit dem Gesetz sollen die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung eines verbindlichen bundesweiten Implantateregisters geschaffen werden.

Als erste Schritte sind die Einrichtung eines Implantateregisters und die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme aller Beteiligten vorgesehen. Im zweiten Schritt soll über eine Rechtsverordnung definiert werden, welche Implantate in dem Register erfasst werden sollen. Zudem müssen die rechtlichen Voraussetzungen für Errichtung und Betrieb der Register- und Geschäftsstelle des Deutschen Implantateregisters sowie einer unabhängigen Vertrauensstelle geschaffen werden.

Das Implantateregister soll nach Darstellung von Jens Spahn zunächst alle neu eingesetzten Hüftprothesen und Brustimplantate erfassen. „Wahrscheinlich wird der Aufbau des gesamten Registers drei bis fünf Jahre dauern. Wenn das Gesetz zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt, sollten wir bis spätestens 2025 alle relevanten Produktkategorien erfasst haben“, so der Gesundheitsminister in einem Interview mit der „Rheinischen Post“.

Ferner soll auch ein Zugriff auf Daten in bereits bestehenden medizinischen Registern ermöglicht werden, „um für die Langzeitbeobachtung im Interesse der öffentlichen Gesundheit und zum Wohl der Patienten von Erkenntnisgewinnen der Vergangenheit profitieren zu können“, wie es in der Gesetzesbegründung des BMG heißt.

Zu den erwähnten bestehenden Registern zählt zum Beispiel das 2010 gegründete Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Es geht auf eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) zurück und wurde mit Unterstützung durch den AOK-Bundesverband, den Verband der Ersatzkassen und den Bundesverband Medizintechnologie aufgebaut.

Die Fachanhörung des BMG zum EDIR-Referentenentwurf hat am 25. Februar 2019 stattgefunden. Das Gesetzgebungsverfahren ist zustimmungspflichtig.

#### DER REFERENTENENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > Implantateregister-Errichtungsgesetz





## Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Anfang Januar 2019 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Im Februar hat das Kabinett auf Basis dessen seinen Gesetzentwurf beschlossen. Die Neuregelung soll das Psychotherapeutengesetz von 1998 ablösen. Geplant ist ein Studium auf Masterniveau, das zur Erteilung der Approbation führt. Neben einem berufsrechtlichen Teil umfasst der Referentenentwurf Folgeänderungen, die insbesondere das Sozialversicherungsrecht betreffen. Das BMG will auch eine Approbations-Ordnung erlassen, in der vor allem die Inhalte des Studiums sowie der Psychotherapeutischen Prüfung geregelt wird. Wesentliche Grundvorstellungen hierzu wurden bereits erarbeitet. Der Bundesrat muss dem Gesetz zustimmen. Die beteiligten Verbände und Organisationen hatten bis zum 30. Januar 2019 Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Fachanhörung fand am 4. Februar 2019 statt.

Der AOK-Bundesverband und der GKV-Spitzenverband kritisieren den Entwurf in ihren Stellungnahmen deutlich. Aus Sicht der Kassen orientiert sich die vorgesehene künftige Struktur der Ausbildung zu stark an der der Ärzte. Der Zugang zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten werde bei gleichzeitiger Herabsetzung der Qualifikation erweitert. Insgesamt gehen die Krankenkassen von erheblich höheren Mehrkosten aus als das BMG. Das Ministerium spricht sehr allgemein von einem „unteren bis maximal mittleren dreistelligen Millionenbetrag“ ab 2026. Zusätzlich kommen auf die Bundesländer laut BMG zusätzliche rund 48 Millionen Euro pro Jahr zu.

### DER KABINETTSENTWURF:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) > Service > PsychThGAusbRefG



## Operationstechnische Assistenten

Bereits drei Mal 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](http://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)

Der Bundestag hat das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Der Bundesrat berät am 12. April abschließend über das Gesetz. Das TSVG 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. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kalkuliert der GKV-Spitzenverband die Mehrausgaben allein für die vertragsärztliche Versorgung auf etwa 1,2 Milliarden Euro. 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 um zahlreiche weitere Inhalte ergänzt worden. Im Laufe des Gesetzgebungsprozesses haben über 50 fachfremde Änderungs- und Ergänzungsanträge Eingang in die Beratungen gefunden.

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. Ende Januar hatten CDU/CSU und SPD einen Änderungsantrag zum TSVG eingebracht. Er sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium 51 Prozent der Gesellschafteranteile bei der Gesellschaft für die Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) übernimmt. Das Ministerium kann somit künftig Mehrheitsentscheidungen ohne die anderen Anteilseigner treffen. Bislang sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser Träger der gematik. Der GKV-Spitzenverband hält 50 Prozent der Anteile und finanziert die Arbeit der gematik aus Beitragsgeldern der gesetzlich Krankenversicherten.

Die Bundesländer erhalten mehr Einfluss auf die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss. Sie erhalten dort den gleichen beratenden Status wie die Patientenvertreter. Die Regeln, nach denen Vorstände der Kassenärzte ihre Einkommen berechnen und veröffentlichen müssen, werden verschärft. Zudem wird die Selbsthilfe-Förderung durch die Krankenkassen zentralisiert. Ab 2020 sollen die Kassen Selbsthilfegruppen und ihre Organisationen nur noch gemeinsam finanziell unterstützen.





Über einen weiteren Änderungsantrag wurde auch die ursprünglich als gesondertes Gesetz geplante Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit einer kontaktlosen Schnittstelle in das TSVG-Verfahren übernommen.

Grundsätzlich sieht das TSVG vor, die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu erweitern. Bisher sollen die Stellen bei Vorliegen einer Überweisung einen Termin beim Facharzt vermitteln. Künftig sind sie auch zur Vermittlung von Terminen bei Haus- und Kinderärzten verpflichtet und sollen 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 werden darüber hinaus mit der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer 116117 zusammengelegt. Die Nummer ist dann auch rund um die Uhr erreichbar und in ein künftiges System gemeinsamer Notfalleitstellen integrierbar. Ebenso wird ein Online-Angebot etabliert, über das Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App mit dem Smartphone vereinbart werden können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) regelt durch eine Richtlinie die einheitliche Umsetzung durch die KVen. Das gilt auch für die Zertifizierung der notwendigen Praxissoftware. Eingeführt wurden die TSS mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015.

Niedergelassene Vertragsärzte werden verpflichtet, mehr Sprechstunden anzubieten. Statt bisher 20 Stunden pro Woche müssen 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 wird 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“ wird überprüft und aktualisiert, Hausbesuche auf dem Land werden speziell gefördert. 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 diesem 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, die Bedarfsplanung in diesen Bereichen 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 –, und mit Neuerungen hinsichtlich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) der Einführung einer elektronischen Patientenakte. Außerdem will der Gesetzgeber im Bereich der Kieferorthopädie eine Mehrkostenregelung einführen, wonach künftig Kieferorthopäden Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte privat mit dem Versicherten abrechnen können.

BESCHLUSSEMPFEHLUNG UND BERICHT DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES:

<https://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 19/8351





## Kurzmeldungen

### Angriff auf die medizinische Vernunft

15.03.19 (ams). Der Aufsichtsrat des AOK-Bundesverbandes lehnt die geplante Beschleunigung der Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) per ministerieller Ermächtigung entschieden ab. „Dieser Plan ist ein Angriff auf die medizinische Vernunft und gefährdet die Sicherheit der Patienten“, kritisierte der Aufsichtsratsvorsitzende der Versichertenseite, Knut Lambertin. „Die Schwächung der selbstverwalteten Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen nimmt mittlerweile systematische Züge an“, ergänzte Lambertins Amtskollege von der Arbeitgeberseite, Dr. Volker Hansen.

### Neue WIdO-Homepage mit erweitertem Service

15.03.19 (ams). Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat sein Internetangebot neu gestaltet und bietet zahlreiche Reporte jetzt auch zum kostenlosen Download an. So sind der Versorgungs-Report, der Krankenhaus-Report, der Qualitätsmonitor und der Pflege-Report künftig frei verfügbar. Teilweise können auch ältere dieser Publikationen aus den vergangenen Jahren abgerufen werden. Viele andere regelmäßige Veröffentlichungen aus dem WIdO wie der Heilmittelbericht, die Befragungsergebnisse des WIdO-Monitors oder die quartalsweise erscheinende Zeitschrift „G+G Wissenschaft“ stehen ebenfalls kostenfrei zum Download zur Verfügung. Neben den Publikationen bietet die Homepage auch einen neuen Newsletter, der regelmäßig über Projekte, Veröffentlichungen und Vorträge des Instituts informiert.

[DAS NEUE INTERNETANGEBOT DES WIDO:](http://WWW.WIDO.DE)

[www.wido.de](http://www.wido.de)



### Ausgezeichnete Jugendpresse

15.03.19 (ams). Der AOK-Sonderpreis beim Schülerzeitungswettbewerb der Länder geht 2019 nach Bayern und nach Brandenburg. Geehrt wurden die Schülerzeitung „Denkzettel“ des Erzbischöflichen Maria-Ward-Gymnasiums Nymphenburg in München sowie „Die Schilli-Schote“ des Friedrich-Schiller-Gymnasiums in Königs Wusterhausen. „Der journalistische Nachwuchs im Land ist gut aufgestellt“, lobte der Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Zeitungsverleger (BDZV), Dietmar Wolff. Die Kreativität der Schülerinnen und Schüler sei beeindruckend. Den Schülerzeitungs-Wettbewerb veranstaltet die Jugendpresse Deutschland zusammen mit den Bundesländern. Die Preisgelder betragen bis zu 1.000 Euro. Die Gewinnerredaktionen nehmen zudem am Schülerzeitungskongress 2019 und an der feierlichen Preisverleihung im Bundesrat teil.

[DER SCHÜLERZEITUNGSWETTBEWERB DER LÄNDER:](http://WWW.JUGENDPRESSE.DE)

[www.jugendpresse.de](http://www.jugendpresse.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](http://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:

---

---

---

---