



AOK-MEDIENSERVICE

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

05/19

POLITIK

 @AOK_Politik

ams-Interview mit WIdO-Geschäftsführer Prof. Dr. Klaus Jacobs

- **„Regionale Zusatzbeiträge wären die bessere Lösung“** 2

ams-Stichwort: Morbi-RSA

- **GKV-Finanzausgleich: Die Mär von der Bevorzugung der AOK** 4

Präzisionsmedizin

- **Lungenkrebs: Im Netzwerk besser versorgt** 5

ams-Grafik: Pflegeversicherung 2018

- **Verteilung der Pflegegrade in der AOK** 7

EU-Ticker

- **Arzneimittel-Versandhandel: Spahn setzt auf die nationale Karte** 8

Zahl des Monats

- **515.640 Ärztinnen und Ärzte ...** 10

- **Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss** 11
- **Gesetzgebungskalender** 13
- **Kurzmeldungen** 23



ams-Interview mit WIdO-Geschäftsführer Prof. Dr. Klaus Jacobs

„Regionale Zusatzbeiträge wären die bessere Lösung“

10.05.19 (ams). Mit dem Entwurf für ein „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG) sieht sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ganz in der Linie mit den Reformbeschlüssen von Lahnstein. Dort fiel 1992 mit Einführung der freien Kassenwahl und des GKV-weiten Risikostrukturausgleichs (RSA) eine zentrale Richtungsentscheidung zugunsten von mehr Krankenkassenwettbewerb. Diesen Wettbewerb will Spahn nun weiterentwickeln, unter anderem mit einer Regionalkomponente im RSA sowie der bundesweiten Zwangsöffnung aller Regionalkassen, also vor allem auch der AOKs. Statt regionale Player zu zentralisieren, sollten besser die bundesweiten Kassen regionale Zusatzbeiträge nehmen dürfen, um regionalen Versorgungsbedürfnissen zu entsprechen“, argumentiert der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Prof. Dr. Klaus Jacobs. Das sei konsequent im Sinne von Lahnstein.



Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Herr Professor Jacobs, was ist so falsch an einer Regionalkomponente im Morbi-RSA? Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen sind ja kaum von der Hand zu weisen.

Jacobs: Unabhängig davon, dass der Morbi-RSA schon jetzt regionale Unterschiede in der Krankheitslast der Versicherten berücksichtigt, ist es der ordnungspolitisch falsche Weg, und zwar allokatons- und verteilungspolitisch. Die Krankenkassen und in der Folge die Versicherten aus Regionen mit effizienten Strukturen müssten ineffiziente und damit oft teurere Versorgungsstrukturen anderer Regionen mitfinanzieren, die sie selbst ja gar nicht nutzen. Und das möglicherweise noch über höhere Zusatzbeiträge. Gleichzeitig hätten Regionen mit ineffizienten Strukturen keinen Grund, etwas daran zu ändern, weil ja am Ende andere dafür mitbezahlen müssten.

Warum sind regional differenzierte Zusatzbeiträge die bessere Lösung? Auch sie sind ja per se kein Garant für Beitragsstabilität.

Jacobs: Das ist richtig. Es wäre aber sichergestellt, dass die Versicherten das bezahlen, was sie bekommen, und nicht etwas mitfinanzieren müssen, was sie nicht nutzen können. Ökonomen nennen das „fiskalische Äquivalenz“. Versorgung ist überwiegend von regionalen Bedingungen abhängig. Das beginnt beim Gesundheitszustand der Bevölkerung, der Anzahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Patienten, setzt sich fort bei der Anzahl und Verteilung der Ärzte und endet bei der Struktur der Krankenhauslandschaft. Eine Ausnahme bilden lediglich die Arzneimittelpreise, die bundesweit einheitlich sind. Aber schon auf die Frage, welche Arzneimittel im welchem Umfang verordnet werden, fällt die Antwort regional zum Teil höchst unterschiedlich aus, und zwar auch bei Versicherten mit dem gleichen Krankheitsspektrum. Dabei ist oft kaum zu trennen, inwieweit die Unterschiede angebots-



oder nachfragebedingt sind. Es gibt sie aber in großer Zahl – bei der Häufigkeit von Krankenhausleistungen und deren Qualität, bei der Inanspruchnahme von ambulanten Haus- und Fachärzten und deren Behandlungsstilen, bei der Gesundheitsversorgung von Pflegebedürftigen.

Kritiker sagen, regionale Zusatzbeiträge seien zum einen nicht praktikabel, weil zu kompliziert, und würden zum anderen der Tatsache nicht gerecht, dass in Ballungszentren auch Angebote zur Versorgung der Umlandbevölkerung vorgehalten würden.

Jacobs: Das Gutachten des Wissenschaftlichen RSA-Beirats hat gezeigt, dass man es sich zu leicht machen würde, wenn man Großstädte – unter anderem wegen ihrer Versorgungsfunktion für das Umland – generell als teuer und ländliche Regionen als günstig einstuft. Der ausgabenseitig ungünstigste Kreis in ganz Deutschland ist Vorpommern-Greifswald im äußersten Nordosten Deutschlands. Umgekehrt gibt es Großstädte wie Bremen oder Frankfurt am Main, die günstiger sind als der Bundesdurchschnitt, obwohl sie eine hohe Krankenhaus- und Arztdichte sowie eine partiell ungünstige Sozialstruktur aufweisen. Es ist also kein Naturgesetz, dass Großstädte zwangsläufig teurer sind.

Was die Praktikabilität regional differenzierter Zusatzbeiträge angeht: Warum sollte in der deutschen GKV nicht möglich sein, was woanders auch funktioniert? Das Krankenversicherungssystem der Schweiz kennt regional differenzierte Prämien nicht nur auf der Ebene der 26 Kantone, sondern erlaubt auch innerhalb der Kantone bis zu drei Differenzierungen. Und die Kfz-Versicherung in Deutschland ermittelt Jahr für Jahr Tarifklassen für 413 Zulassungsbezirke. Am Ende gilt auch hier, dass der erforderliche Aufwand naturgemäß entscheidend von der konkreten Ausgestaltung abhängt. Was letztlich fehlt, ist der politische Wille.

Jens Spahn sieht sich mit seinem Gesetzentwurf in der Traditionslinie von Lahnstein. Hat er da Recht?

Jacobs: Lahnstein war ein Meilenstein in der Entwicklung der GKV. Ich glaube nicht, dass man das vom „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ jemals sagen wird. In Lahnstein haben die damalige schwarz-gelbe Bundesregierung, die SPD als größte Oppositionspartei im Bund und die Bundesländer gemeinsam ein Reformkonzept erarbeitet. Jetzt legt Jens Spahn im Alleingang etwas vor, bei dem – das zeigen bereits die ersten Reaktionen allzu deutlich – sich nicht nur die eigenen Koalitionspartner überfahren, sondern auch die Länder gehörig vor den Kopf gestoßen fühlen.

(Interview rbr)

DER REFERENTENENTWURF ZUM GKV-FKG:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Gesetze

DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen

DIE RESOLUTION DES AUFSICHTSRAT DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de > Presse > Pressemitteilung





ams-Stichwort: Morbi-RSA

GKV-Finanzausgleich: Die Mär von der Bevorzugung der AOK

10.05.19 (ams). Immer wieder wird behauptet, die AOK bekäme ungerechtfertigt mehr Geld aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als andere Krankenkassen. So klagte zuletzt der Chef der Techniker Krankenkasse (TK), Jens Baas, im Berliner Tagesspiegel: „Die AOKen schlagen hier mit einer Überdeckung von mehr als 1,3 Milliarden Euro im Ausgleichsjahr 2017 zu Buche. Der Wettbewerb ist somit eindeutig verzerrt. Die Ersatzkassen sind in Summe mit 931 Millionen Euro unterdeckt.“ Was Baas nicht verrät: Die TK hat im selben Jahr ein Rechnungsergebnis von plus 632 Millionen Euro erwirtschaftet und ist GKV-weit die Kasse mit den meisten Betriebsmitteln und höchsten Rücklagen. Profitiert die TK damit auch von Wettbewerbsverzerrung? Außerdem erhält die AOK für die berücksichtigten Erkrankungen wie etwa Diabetes nicht mehr Geld aus dem Finanzausgleich als jeder andere Mitbewerber.

Szenario A: Frau Müller ist 55 Jahre alt, wohnt im bayerischen Deggendorf und hat Diabetes. Sie ist bei der AOK Bayern versichert. Für die Abdeckung der Leistungsausgaben von Frau Müller bekommt die AOK Bayern über den Morbi-RSA für 2018 eine Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds in Höhe von 1703 Euro. Szenario B: Frau Maier ist auch 55 Jahre alt und diabeteskrank, wohnt ebenfalls in Deggendorf, ist aber bei der überregionalen TK versichert. Die TK erhält über den Morbi-RSA für 2018 die gleiche Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds in Höhe von 1703 Euro. Die Pauschalen für den Diabetes sind nämlich bei allen Krankenkassen gleich. Die Zuweisungen variieren je nach Schweregrad der Krankheit, Alter und Geschlecht, aber eben nicht nach Kassenzugehörigkeit und Wohnort.

Auf der Einnahmeseite der Krankenkassen, also bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, gelten einheitliche Beträge. „Auf der Ausgabenseite gibt es hingegen auffällige Unterschiede zwischen den Kassen, die aber nichts mit dem Morbi-RSA zu tun haben“, stellt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes Martin Litsch klar. Hier liege die Veränderungsrate der AOK seit Jahren unter dem Durchschnitt, andere Kassen liegen regelmäßig darüber. Die Ursache besserer Finanzergebnisse bestehe vor allem im effizienteren Versorgungsmanagement, weil dadurch krankheitsspezifische Kosten gesenkt werden könnten. Als Beispiele nennt der Verbandschef die seit nunmehr 17 Jahren laufenden Disease-Management-Programme (DMP). DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Viele andere regionale Versorgungsprogramme steigern ebenfalls die Versorgungseffizienz. So hat die AOK im Rahmen der Initiative „Stadt. Land. Gesund“ über 100 Projekte in ganz Deutschland identifiziert, 30 Projekte davon fördert sie im Rahmen der Initiative.

(tst)

DAS DOSSIER ZUM MORBI-RSA:

www.aok-bv.de > Hintergrund > Dossiers > Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich





Präzisionsmedizin

Lungenkrebs: Im Netzwerk besser versorgt

10.05.19 (ams). In Deutschland erkranken jährlich rund 56.000 Menschen an einem Lungenkarzinom. Die Diagnose wird in den meisten Fällen erst spät gestellt, eine komplette Tumorentfernung ist dann oft nicht mehr möglich. Für diese Patienten war die Chemotherapie über Jahrzehnte die einzig mögliche medikamentöse Therapie – allerdings mit eher unbefriedigender Wirksamkeit. Doch es gibt seit einigen Jahren einen echten Fortschritt. Präzisionsmedizin kann bei einem Teil der Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs das Leben verlängern.

Aber Diagnostik und Therapieentscheidungen sind komplex. Die AOK unterstützt die Vernetzung von onkologischen Spitzenzentren mit den behandelnden Ärzten und Kliniken. So bekommen Patienten heimatnah die bestmögliche Versorgung. „Bei einigen der Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs haben die Tumoren Veränderungen im Erbgut, die das Wachstum des Tumors anfeuern, sogenannte Treibermutationen“, erläutert Dr. Gerhard Schillinger, Arzt im AOK-Bundesverband. „Für die Hemmung dieser Treibermutationen gibt es seit einigen Jahren bei 15 bis 20 Prozent der Patienten mit nichtkleinzelligem Lungenkrebs zugelassene Medikamente, weitere zehn Prozent können in Studien behandelt werden.“ Schillinger weiter: „Für die betroffenen Patienten mit solchen Treibermutationen hat die sogenannte personalisierte Medizin eine deutliche Verbesserung des Überlebens gebracht. So haben zum Beispiel Patienten mit Mutationen im Rezeptor für einen Wachstumsfaktor, dem EGF-Rezeptor einen Überlebensvorteil von ein bis zwei und in einigen Fällen bis zu fünf Jahren, wenn sie die zielgerichteten Medikamente erhalten.“

Noch profitieren zu wenige Patienten

Anhand von Daten der Krankenkassen ist allerdings erkennbar, dass dieses stetig wachsende Wissen noch immer viel zu langsam bei den Patienten ankommt. Und von Patienten mit neu aufgetretenem mit Chemotherapie behandeltem Lungenkrebs erhalten demnach nur etwa 50 bis 70 Prozent die personalisierten Medikamente gegen EGF-Rezeptor-Mutationen, die zu erwarten wären – und dies zehn Jahre nach Zulassung dieser Medikamente. Bei den später hinzugekommenen Medikamenten gegen Lungenkrebs mit ALK-Fusionen und ROS1-Mutationen ist dieser Anteil noch deutlich schlechter. Auch bei der Auswertung der vertragsärztlich durchgeführten molekulargenetischen Tests auf die Treibermutationen zeigt sich, dass nur ein sehr kleiner Teil der Patienten auf alle Mutationen untersucht wird, für die Medikamente zugelassen sind und zur Verfügung stehen.

Deshalb kooperieren AOKs nun mit onkologischen Spitzenzentren, die sich zum „nationalen Netzwerk Genomische Medizin“ (nNGM) zusammengeschlossen haben. In diesem bundesweiten Netzwerk arbeiten diese Spitzenzentren mit Krankenhäusern und onkologischen Praxen zusammen. Im Kern geht es in den Versorgungsverträgen der AOKs darum, dass Tumorproben von Patienten mittels hochmoderner molekularer Diagnostik von Experten an



einem der onkologischen Spitzenzentren untersucht werden. Dabei ist, so Schillinger, die besonders hohe Qualität der molekulargenetischen Diagnostik entscheidend dafür, ob Patienten die optimale Therapie erhalten. Moderne Verfahren ermöglichen es zudem, mit einer einzigen Probe auf alle relevanten Mutationen zu untersuchen. Das erspart den Patienten dann oft eine weitere Probenentnahme und das damit verbundene Risiko. Anschließend beraten die Spezialisten für die personalisierte Lungenkrebsbehandlung aufgrund der molekularpathologischen Befunde die behandelnden Ärzte zur bestmöglichen Therapie. Dass eine solche Netzwerkbildung funktioniert, hat das nationale Netzwerk Genomische Medizin an der Universität zu Köln in Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg und weiteren Krankenkassen bereits bewiesen. Nun wird dieses Netzwerk bundesweit ausgerollt. Den Aufbau der hierfür notwendigen Strukturen hat die Deutsche Krebshilfe durch die Förderung des Projekts ermöglicht.

Patienten nahe ihres Zuhauses behandeln

Mit dem Projekt wird erreicht, „dass die Patienten dort behandelt werden können, wo ihre Familien und Freunde sind“, so Schillinger weiter. Durch die Vernetzung ihrer Ärzte mit den Spitzenzentren ist nach seinen Worten auch in ländlichen Regionen eine optimale Therapie gewährleistet: „Patienten bekommen eine bestmögliche molekulare Diagnostik und eine Therapie gemäß der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.“ Außerhalb von Zentren sei es für Ärzte, ein breites Spektrum der Medizin abdecken müssen, oft kaum zu schaffen, „bei der rasanten Forschungsentwicklung im Bereich der Präzisionsmedizin von Lungenkrebs, immer alle aktuellen relevanten Publikationen zu überblicken“.

Für die Patienten bedeutet solch eine verbesserte Versorgung gewonnene Lebensjahre. Da die Behandlungsdaten erfasst werden, wird zudem dafür gesorgt, dass das Wissen für die beste mögliche Behandlung weiter zunimmt.

Für die Patienten bedeutet solch eine verbesserte Versorgung gewonnene Lebensjahre. Da die Behandlungsdaten erfasst werden, wird zudem dafür gesorgt, dass das Wissen für die beste mögliche Behandlung weiter zunimmt.

Bisher haben die AOKs Bayern, Bremen, Hessen, Niedersachsen, NORDWEST und Rheinland/Hamburg mit dem Netzwerk Genomische Medizin einen Vertrag geschlossen, weitere AOKs wollen dem Vertrag demnächst beitreten.

(ter)

KLINIKEN UND VERTRAGSÄRZTE DES NATIONALEN NETZWERKS GENOMISCHE MEDIZIN:

www.ngm-cancer.com





Gut 70 Prozent der Pflegebedürftigen, die 2018 bei der AOK versichert waren, haben Pflegegrad 2 oder 3. Etwa jeder siebte Pflegebedürftige ist in Pflegegrad 4 eingestuft, rund jeder zehnte in Pflegegrad 1. Dabei zeigen sich regional nur leichte Abweichungen. Der neue Begriff von Pflegebedürftigkeit orientiert sich seit 2017 insbesondere an den noch vorhandenen Fähigkeiten zur Erledigung alltäglicher Aufgaben und dem Grad der Selbstständigkeit. Außerdem werden Aspekte wie kommunikative Fähigkeiten oder soziale Kontakte in die Beurteilung einbezogen.

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



EU-Ticker

Arzneimittel-Versandhandel: Spahn setzt auf die nationale Karte

10.05.19 (ams). „Gelbe Karte“ aus Brüssel: Die EU-Kommission hat die Bundesregierung aufgefordert, innerhalb von zwei Monaten eine Vorgabe des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zum Arzneimittel-Versandhandel umzusetzen. „Es geht um den einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Medikamente. Danach sind auch Versandapotheken außerhalb Deutschlands an die einheitlichen Preise bei uns gebunden“, erläutert AOK-Europaexperte Jan van Lente. Der EuGH hat bereits 2016 rechtlich klargestellt, dass es ausländischen Versandapotheken grundsätzlich erlaubt sei, Patienten Rabatte zu gewähren, weil es für Versandhändler nur über den Preis Möglichkeiten zum effektiven Wettbewerb gebe. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will die Apotheker jedoch weiter vor Preiskonkurrenz schützen. Deshalb ist in seinem Referentenentwurf für das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken vorgesehen, die Arzneimittelpreisverordnung aus dem Zuständigkeitsbereich des Wirtschaftsministeriums zu lösen und im Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verankern, für das der Gesundheitsminister zuständig ist. „Damit würde nicht mehr die Binnenmarkt-Kompetenz der EU-Kommission greifen“, so van Lente. „Ob diese Umgehungstaktik vor EU-Recht Bestand haben wird, ist aber sehr fraglich.“

Deutschland reißt Starttermin für elektronischen Datenaustausch

10.05.19 (ams). Bei der jüngsten Sitzung des Rates der EU-Sozial- und Gesundheitsminister am 14./15. April in Bukarest ging es unter anderem um den elektronischen Austausch von Informationen der sozialen Sicherheit (EESI). Nach einem Bericht für den Rat halten 60 Prozent der teilnehmenden Staaten die vorgesehene Startfrist zum 1. Juli 2019 ein. 40 Prozent, darunter Deutschland, schaffen es nicht bis zu diesem Termin. Über die digitale Plattform für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sollen künftig alle gegenseitigen Forderungen im Bereich der sozialen Sicherheit elektronisch abgewickelt werden. Neben deutlich mehr Effizienz erhofft sich die EU-Kommission davon auch eine geringere Fehlerquote.

EuGH bestätigt Schiedsgerichtsverfahren

10.05.19 (ams). Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 30. April 2019 das reformierte System der Investitionsgerichtsbarkeit als vereinbar mit den EU-Verträgen bestätigt. Um die Investitionsgerichtsbarkeit hatte es bei den derzeit auf Eis liegenden Handelsgesprächen mit den USA (TTIP) und bei den erfolgreich abgeschlossenen Verhandlungen mit Kanada (CETA) Streit gegeben. Der EuGH bezieht sich auf die modernisierte Form der Investitionsgerichtsbarkeit im Handels- und Wirtschaftsabkommen CETA. „In dem Abkommen mit Kanada wird ausdrücklich das Recht öffentlicher Stellen auf Regulierung im öffentlichen Interesse gewährleistet“, betont die EU-Kommission in ihrem Statement



zur EuGH-Position. CETA enthalte eindeutigere und genauere Investitionsschutzstandards als zuvor, sagte Kommissionschef Jean-Claude Juncker. Die unabhängige Investitionsgerichtsbarkeit - bestehend aus einem ständigen Gericht und einem Berufungsgericht zur Überprüfung der Entscheidungen - gewährleiste transparente und unparteiische Verfahren.

MEHR INFORMATIONEN:

www.ec.europa.eu/germany > Presse > Meldung vom 30.04.19



Europäische Bürgerinitiative „PRO-NUTRISCORE“

10.05.19 (ams). Die EU-Kommission hat Ende April 2019 vier neue Europäische Bürgerinitiativen rechtlich zugelassen. Darunter ist auch die Initiative „Pro Nutriscore“. Sie fordert eine EU-einheitliche lesbare und verständliche Kennzeichnung von Lebensmitteln nach dem Vorbild des in Frankreich seit zwei Jahren geltenden Nutri-Score mit fünf Farben von Rot bis Grün. Die EU-Kommission hat die Initiative am 8. Mai 2019 registriert. Jetzt haben die Organisatoren ein Jahr lang Zeit, Unterschriften zur Unterstützung ihres Vorschlags zu sammeln. Damit die Kommission sich mit den Zielen der Initiative beschäftigt und gegebenenfalls politisch reagiert, sind mindestens eine Million Unterschriften aus sieben EU-Staaten nötig.

INFOS ZUR ZULASSUNG EUROPÄISCHER BÜRGERINITIATIVEN

www.ec.europa.eu/germany > Presse > Meldung vom 30.04.19



INFOS ZUM INSTRUMENTARIUM EUROPÄISCHER BÜRGERINITIATIVEN

www.ec.europa.eu > Europäische Bürgerinitiative

G+G-Spezial zur Europawahl

10.05.19 (ams). Gesundheitspolitik ist in erster Linie Sache der Einzelstaaten. Doch auch im Bereich Gesundheit wächst Europa immer weiter zusammen. Wo, wie und warum das sinnvoll ist, beleuchtet das G+G-Spezial „Votum für Europa“ mit Interviews, Reportagen und Kommentaren. EU-Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis hat das Vorwort beigezeichnet. Ergänzt wird die Beilage des AOK-Magazin „Gesundheit + Gesellschaft“ durch Positionen von Parteien und Nichtregierungsorganisationen zur Wahl sowie Infos zum Zusammenspiel der EU-Institutionen.

DAS G+G-SPEZIAL ZUM KOSTENLOSEN DOWNLOAD:

www.gg-digital.de





Zahl des Monats

515.640 Ärztinnen und Ärzte ...

... gab es laut Statistik der Bundesärztekammer (BÄK) zum 31. Dezember 2018 in Deutschland. 1,9 Prozent mehr als 2017. Davon waren 392.402 berufstätig, auch das ein Plus von 1,9 Prozent im Jahresvergleich. 157.288 (40,1 Prozent) der berufstätigen Ärzte waren ambulant tätig. 201.811 arbeiteten im stationären Bereich. 123.238 Ärzte üben keine ärztliche Tätigkeit aus. Mit 85.338 sind die meisten davon im Ruhestand.

Die Statistik der BÄK weist zum Stichtag 31. Dezember 2018 insgesamt 37.597 ambulant tätige Allgemeinmediziner aus. Ihre Zahl blieb bei einem leichten Plus von 90 im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant.

Immer stärker wächst die Zahl der weiblichen Mediziner. Sie hat sich in den vergangenen zehn Jahren um fast 40 Prozent von 132.613 auf 185.310 erhöht. Auch die Zahl angestellter Ärzte stieg kontinuierlich und hat sich zwischen 2008 und 2018 von 12.576 auf 39.816 mehr als verdreifacht. Ähnliches gilt für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Ihre Zahl stieg binnen des vergangenen Jahrzehnts von 18.105 auf 48.672.

Statistisch gesehen versorgt aktuell ein Arzt 211 Patienten. Im Jahr 2017 kamen auf einen Arzt 214,3 Patienten. 1990, im Jahr der Wiedervereinigung, kamen auf einen berufstätigen Arzt in Deutschland im Schnitt 335,4 Patienten. Die Zahl der Ärzte insgesamt hat sich seitdem mehr als verdoppelt. Damals gab es 237.750 Ärztinnen und Ärzte.

[ALLE RELEVANTEN ÄRZTESTATISTIKEN DER VERGANGENEN JAHRE:](#)

www.baek.de > [Über uns](#) > [Ärzttestatistik](#)





Neues aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss

Rückenschmerz: Neues Behandlungsprogramm

Gesetzlich Versicherte mit chronischem Rückenschmerz können künftig von einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) profitieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die inhaltlichen Anforderungen jetzt an das neue DMP festgelegt. Hierbei geht es beispielsweise um die Teilnahmekriterien, um die individuelle Therapieplanung sowie die Koordination der verschiedenen, am Behandlungsprozess beteiligten medizinischen Fachrichtungen. Die Krankenkassen können nach Inkrafttreten des Beschlusses mit Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Krankenhäusern Verträge zur praktischen Umsetzung des DMP abschließen. In das Programm einschreiben kann sich, wer unter chronischen – das heißt länger als zwölf Wochen andauernden – Schmerzen im Kreuzbereich des Rückens und deutlichen Aktivitätseinschränkungen leidet sowie einen fortbestehenden Therapiebedarf hat. Liegen dem Schmerz spezifische Ursachen wie etwa Wirbelkörperfrakturen, rheumatische Erkrankungen oder ein Tumor in der Wirbelsäule zugrunde, ist die Einschreibung nicht möglich, da hier die Behandlung der ursächlichen Erkrankung im Vordergrund steht. Der behandelnde Arzt prüft, ob die Voraussetzungen zur Aufnahme ins DMP chronischer Rückenschmerz erfüllt sind.

Liposuktion bei Lipödem: Studie soll offene Frage klären

Der GBA hat das Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Universität Köln sowie die Hautklinik des Klinikums Darmstadt beauftragt, die Erprobungsstudie zum Nutzen der Liposuktion bei Lipödem im Vergleich zu einer alleinigen nichtoperativen Behandlung wissenschaftlich zu begleiten und die Ergebnisse auszuwerten. Mit der Studie sollen zudem Erkenntnisse zu Risiken und Komplikationen der Methode gewonnen werden. Beim Lipödem handelt es sich um eine massive Fettverteilungsstörung und Wassereinlagerungen an Armen oder Beinen. Es tritt nahezu ausschließlich bei Frauen auf. Da die Ursache des Lipödems bisher unbekannt ist, zielen die in der Regel lebenslangen konservativen Therapien wie Lymphdrainage, Kompression und Bewegungstherapie auf eine Linderung der Beschwerden ab. Die bestehende Fettvermehrung kann damit nicht beeinflusst werden. Die Liposuktion ist ein chirurgischer Eingriff, bei dem das krankheitsbedingt vermehrte Fettgewebe entfernt wird. In der Regel müssen die Betroffenen für eine Behandlung mehrmals operiert werden. Die Erkrankung war Anfang 2019 in die öffentliche Debatte geraten, weil Bundesgesundheitsminister Jens Spahn das Verfahren am GBA vorbei per Gesetz beschleunigen wollte. Der GBA geht davon aus, dass die ersten Patientinnen zu Beginn des nächsten Jahres in die Studie aufgenommen werden können. Das ZKS Köln und Klinikum Darmstadt werden jetzt in einem ersten Schritt die notwendigen Vorbereitungen für die Studie zu treffen. Dazu zählen unter anderem die Erstellung eines Studienprotokolls und das Einholen behördlicher Genehmigungen.



Organisiertes Darmkrebs-Screening startet

Der GBA hat das bereits bestehende Früherkennungsangebot zu Darmkrebs inhaltlich und organisatorisch weiterentwickelt. Da wissenschaftliche Daten zeigen, dass Männer im Vergleich zu Frauen ein höheres Risiko haben, an Darmkrebs zu erkranken, wird Männern nun ab einem Alter von 50 Jahren, und nicht wie bisher ab 55 Jahren, eine Darmspiegelung angeboten. Wie bisher können auch Tests auf nicht sichtbares Blut im Stuhl in Anspruch genommen werden. Alle Versicherten werden künftig mit Abschluss des 50. Lebensjahres von ihrer Krankenkasse zur Teilnahme am Darmkrebs-Screening eingeladen, weitere Einladungen erfolgen – sofern Versicherte nicht widersprechen – jeweils mit dem Erreichen des Alters von 55, 60 und 65 Jahren. Erster Einladungstichtag ist der 1. Juli 2019. Die mit dem Einladungsschreiben verschickte Versicherteninformation legt ausführlich die Vor- und Nachteile der Teilnahme, die verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten und den Ablauf der Untersuchungen dar. Die Wahrnehmung des neuen Screening-Angebots ist jedoch nicht an den Erhalt eines Einladungsschreibens gekoppelt. Die vom GBA für Frauen und Männer spezifisch entwickelten Versicherteninformationen stehen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Krankenkassen bereits zur Verfügung, weitere Bestellungen sind jederzeit über das Online-Angebot des GBA möglich. Arztpraxen können die Versicherteninformationen zum Darmkrebs-Screening über ihre KV beziehen.

WEITERE INFORMATIONEN ZUR ARBEIT DES GBA:

www.g-ba.de





Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Am 6. Mai hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zur Verbändeanhörung in sein Haus geladen. Im Juni wird der Kabinettsbeschluss zum sogenannten „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG) erwartet. Ganz neu auf der Agenda: Das MDK-Reformgesetz und das Masernschutzgesetz. Das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat inzwischen mit der ersten Lesung im Bundestag Eingang in den parlamentarischen Gesetzgebungsprozess gefunden. Diese und ältere Stichworte (Stand: 9. Mai 2019) gibt es auch im Internet: www.aok-bv.de/hintergrund/gesetze.

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 im 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 > Service > EAMIV



Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Die Bundesregierung verfolgt nach eigener Aussage mit dem Reformgesetz vor allem zwei bereits im Koalitionsvertrag formulierte Ziele: Die Stärkung der Unabhängigkeit der bisherigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung beziehungsweise des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) sowie eine Reduzierung der Prüfverfahren von Krankenhausabrechnungen. Diese haben laut Aussage des GKV-Spitzenverbandes in diesem Jahr ein Rekordhoch erreicht. Jede zweite geprüfte Krankenhausabrechnung sei fehlerhaft, heißt es in einer Mitteilung des Verbandes. Das zeigten neueste Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017.



Organisatorisch sollen die MDK und der MDS auf neue Füße gestellt werden. Die MDK behalten zwar ihre föderale Struktur, der hauptamtliche Einfluss der Krankenkassen wird jedoch zurückgedrängt. Künftig dürfen hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte nicht mehr in den Verwaltungsrat der MDK beziehungsweise des MDS gewählt werden. Stattdessen werden auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Die Umstellung soll innerhalb eines Jahres erfolgen.

Der MDS wird vom GKV-Spitzenverband gelöst und künftig als Körperschaft des öffentlichen Rechts unter der Bezeichnung Medizinischer Dienst Bund (MD Bund) geführt. Die bisherigen MDK werden zu Medizinischen Diensten (MD) und sind Mitglieder des dann neu geschaffenen MD Bund. Dieser Prozess soll nach maximal anderthalb Jahren abgeschlossen sein. Auch die MD firmieren nicht mehr als Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen, sondern ebenso als eigenständige Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der MD Bund legt künftig die Richtlinien der Arbeit fest. Die MD wirken laut Referentenentwurf daran mit.

Um die hohe Zahl an Prüfverfahren zur Korrektheit von Krankenhausabrechnungen zu reduzieren, sollen ab 2021 quartalsbezogene Prüfquoten je Krankenhaus festgelegt werden. Das heißt, dass nicht mehr jede potenziell falsche Krankenhausrechnung überprüft wird. Der Umfang der zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen richtet sich danach, wie gut eine Klinik bisher abgerechnet hat. Je höher der Anteil korrekter Rechnungen war, desto niedriger fällt die Prüfquote aus und umgekehrt. Basis der Prüfquote sind jeweils die Prüfergebnisse des vorangegangenen Quartals. Für das Jahr 2020 gilt eine Prüfquote von 10 Prozent. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch mehr Anreize für eine korrekte Abrechnung. Außerdem soll die Erfüllung struktureller Voraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt werden. Bisher prüft der MDK im Rahmen von Einzelfallprüfungen, ob ein Krankenhaus die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung erfüllt. Künftig soll diese Prüfung in regelmäßigen Abständen, etwa alle ein oder zwei Jahre erfolgen. Krankenhäuser, die nach einer solchen Strukturprüfung die Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die Leistungen dann auch nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

Von einer Prüfung ausgeschlossen wird laut Gesetzentwurf die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte. Die Bundesregierung will so der aus ihrer Sicht bestehenden Gefahr „der Entstehung von unnötigen Prüffeldern im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonal-kostenvergütung“ entgegenwirken.

Außerdem regelt das MDK-Reformgesetz den Umgang mit Solidargemeinschaften, die bereits vor Einführung der Krankenversicherungspflicht in Deutschland ihre Mitglieder im Krankheitsfall abgesichert haben. Sie werden als „anderweitige Absicherung“ im Krankheitsfall gesetzlich anerkannt. Diese Solidargemeinschaften unterschieden sich wesentlich von denjenigen Solidargemeinschaften, die erst nach Einführung der Pflicht zur Absicherung im Krankheitsfall in Deutschland gegründet wurden, so die Begründung. Sie hätten teilweise bereits jahrzehntelang ein Konzept der gemeinschaftlichen Absicherung in Krankheitsfällen gelebt, das im Einklang mit der Rechtslage stand.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > MDK-Reform





Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz)

Ziel des Gesetzes ist eine höhere Masern-Impfrate insbesondere bei Kindern. Um dieses Ziel zu erreichen, plant das Bundesgesundheitsministerium, die Freiwilligkeit der Impfscheidung für bestimmte Personengruppen aufzuheben. So müssen künftig Personen, die in Gemeinschaftseinrichtungen betreut werden oder dort mit Kontakt zu den Betreuten tätig sind, sowie das Personal in bestimmten medizinischen Einrichtungen nachweisen, dass sie geimpft sind oder gegen Masern immun sind, etwa aufgrund der eigenen überstandenen Masernerkrankung. Eine Nichtimpfung bedeute nicht nur eine erhebliche Gefahr für das körperliche Wohlergehen des Nichtgeimpften, sondern auch ein Risiko für andere Personen, die etwa aufgrund ihres Alters oder besonderer gesundheitlicher Einschränkungen nicht geimpft werden könnten, heißt es im Referentenentwurf zur Begründung. Deshalb müsse eine Impfpflicht möglichst früh und da ansetzen, wo Menschen täglich in engen Kontakt miteinander kommen.

Begleitend dazu will die Bundesregierung die Aufklärungsarbeit stärken. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) wird gesetzlich verpflichtet, die Bevölkerung regelmäßig und umfassend über das Thema Impfen zu informieren. Das Gesetz regelt auch die Einführung eines digitalen Impfausweises. Durch entsprechende Funktionalitäten könne somit automatisiert an Termine für Folge- und Auffrischimpfungen erinnert werden, so der Plan.

Außerdem soll künftig gesetzlich klar geregelt sein, dass jeder Arzt in der Lage ist, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit nach der Gebietsdefinition durchführen.

Schließlich soll der Öffentliche Gesundheitsdienst an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden, um so Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz und andere epidemiologische Daten nach gesetzlichen Grundlagen zu erhalten. Mit Zustimmung des Patienten soll es dem ärztlichen sowie Personal des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen seiner Versorgungsaufgaben gestattet werden, auf den Impfausweis der elektronischen Patientenakte Zugriff zu nehmen. Dies sei im Sinne der Patienten, da so fehlende Impfungen angesprochen und Doppelimpfungen vermieden werden könnten, so der Gesetzentwurf.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Impfpflicht-Gesetz



Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV (Faire-Kassenwahl-Gesetz, GKV-FKG)

Mit dem Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfolgt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Wesentlichen zwei Ziele. Der Referentenentwurf beinhaltet nicht nur die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen, des sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), sondern auch eine tiefgreifende Reform des Organisationsrechts. So sollen künftig alle Krankenkassen bundesweit geöffnet werden. Ausnahmen soll es nur für Betriebskrankenkassen geben, die eindeutig einem Trägerunternehmen zugeordnet sind. Das



BMG begründet die bundesweite Öffnung in seinem Referentenentwurf mit dem Ziel, Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, die durch bundesweit einheitliche Zuweisungen bei regional unterschiedlichen Ausgabenstrukturen entstünden.

Gleichzeitig würde die Aufsicht bisher regional begrenzter Kassen von den Landesbehörden auf das Bundesversicherungsamt (BVA) übergehen, was aus Sicht des Ministeriums Wettbewerbsverzerrungen aufgrund unterschiedlichen Handelns der Landesaufsichtsbehörden beseitigen würde. Darüber hinaus werden die Verhaltensregeln für den Wettbewerb und insbesondere für Werbemaßnahmen der Krankenkassen genauer festgelegt sowie die Rechtsschutzmöglichkeiten der Krankenkassen untereinander neu geordnet.

Die vorrangige Haftungsverpflichtung der Krankenkassen selber Kassenart wird abgeschafft. Die Kosten, die aus der Insolvenz einer Krankenkasse entstehen, sollen künftig alle Kassen auf Basis eines fairen Verteilungsschlüssels tragen. Schließlich werden die Strukturen des GKV-Spitzenverbandes neu geordnet, um eine engere Anbindung an das operative Geschäft und die angemessene Repräsentanz von Frauen in den Entscheidungsgremien sicherzustellen. So plant das BMG, dass der Verwaltungsrat künftig nicht mehr aus ehrenamtlichen Vertretern der Verwaltungsräte der Krankenkassen, sondern aus Vorstandsmitgliedern der Mitgliedskassen gebildet wird. Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf eine Frauenquote bei der künftigen Besetzung des dann 40-köpfigen Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes vor. Die 20 größten Mitgliedskassen entsenden je ein Vorstandsmitglied in den Verwaltungsrat. Die weiteren 20 Verwaltungsratsmitglieder werden von der Mitgliederversammlung gewählt. Diese 20 Sitze werden je zur Hälfte mit Männern und Frauen besetzt. In der aktuell bis 2023 laufenden Amtsperiode hat der Verwaltungsrat 52 Mitglieder.

Das Wettbewerbsrecht und die Klagerechte der Krankenkassen untereinander werden ebenfalls neu geregelt und teilweise ausgeweitet. Das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wird als Mindeststandard für verbindlich erklärt. Maßnahmen der Risiko-selektion werden untersagt. Bei Werbung muss die Sachinformation im Vordergrund stehen. Krankenkassen, die sich durch einen Rechtsverstoß eines Konkurrenten benachteiligt sehen, können unabhängig vom Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörde selbst aktiv werden. Dies gilt auch beim Angebot unzulässiger Satzungsleistungen oder beim Verdacht auf RSA-Manipulationen. Für Klagen wird der Rechtsweg zu den mit der Anwendung des UWG erfahrenen Zivilgerichten eröffnet.

Die bisherige Begrenzung des Morbi-RSA auf 50 bis 80 Krankheiten soll aufgehoben werden. Stattdessen sieht der Gesetzentwurf ein sogenanntes Vollmodell vor, das das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigt. Das BMG verspricht sich dadurch eine Vereinfachung des Ausgleichsverfahrens, da die jährliche Krankheitsauswahl entfallen könne.

Neu geregelt werden soll das Verhältnis zwischen jüngeren und älteren Versicherten. Bisher erhielten junge Versicherte mit hoher Morbidität tendenziell zu niedrige und ältere, multimorbide Versicherte tendenziell zu hohe Zuweisungen. Bestimmte Rechenmechanismen, sogenannte Altersinteraktionsterme, sollen berücksichtigen, dass Krankheiten je nach Alter zu unterschiedlichen Behandlungskosten führen können. Das Kriterium Erwerbsminderung wird im RSA nicht mehr als Risikomerkmale einbezogen. Die Kostenpauschale für strukturierte Behandlungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme (DMP), wird ebenso gestrichen. Das Verfahren zur Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten wird auf den einzelnen Versicherten individualisiert. Bisher wurden Arzneimittelrabatte pauschal je Krankenkasse angerechnet. Der RSA wird um eine regionale Komponente erweitert. Hierfür



werden Variablen einbezogen, die die regionalen Deckungsbeitragsunterschiede statistisch erklären. Dazu zählt etwa der Anteil der ambulant Pflegebedürftigen. Auch hier erhofft sich das BMG den Abbau von Wettbewerbsverzerrungen. Zudem soll Marktkonzentrationsprozessen vorgebeugt werden, die sich laut Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA in einigen Bundesländern abzeichnen. Angebotsorientierte Faktoren wie Arztdichte und Krankenhausbettzahl werden nicht in den Ausgleich einbezogen.

Ein Risikopool soll künftig finanzielle Belastungen für einzelne Krankenkassen aufgrund von Hochkostenfällen mindern. Der Referentenentwurf hat hier insbesondere hochpreisige Arzneimitteltherapien im Auge, die zur Genesung oder langjährigen Verzögerung einer Krankheit führen und somit keine relevanten Folgekosten für Zuweisungen aus dem RSA verursachen. Krankenkassen erhalten aus dem Risikopool für jeden Versicherten 80 Prozent der Leistungsausgaben, die über 100.000 Euro pro Jahr hinausgehen.

Das BMG will möglichen Manipulationen bei der Kodierung von Diagnosen einen Riegel vorschieben. Insbesondere hohe Steigerungsraten, bei denen anzunehmen sei, dass sie auf Maßnahmen zur Beeinflussung der Kodierung durch die Krankenkassen beruhen, dürften nicht zu einem finanziellen Vorteil für die entsprechende Krankenkasse führen. Daher werden sogenannte hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMGs), die GKV-weit eine bestimmte Steigerungsrate überschreiten, bei der Berechnung der Risikozuschläge im Jahresausgleich ausgeschlossen. In der Folge erhalten alle Krankenkassen für diese HMGs keine Zuweisungen mehr.

Geplant ist auch die Einführung einer HMG speziell für den Hausarzt. Hintergrund: Identische Diagnosen von Haus- und Fachärzten führen derzeit zu gleichen Zuschlägen, obwohl die hausärztliche Versorgung bei vielen Krankheiten in der Regel niedrigere Ausgaben zur Folge hat. Diese Unterschiede könnten somit künftig berücksichtigt werden und Zuschläge in Abhängigkeit davon gezahlt werden, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde. Das BMG sieht darin ein nützliches Instrument, das Verträge zur Beeinflussung der hausärztlichen Kodierung weniger attraktiv macht und die Manipulationsresistenz des RSA stärkt.

Präventionsbemühungen der Krankenkassen sollen im Morbi-RSA stärker berücksichtigt werden als bisher. Krankenkassen erhalten künftig für jeden Versicherten eine Vorsorge-Pauschale, sobald eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- und Früherkennungs-Untersuchung oder eine Schutzimpfung nach Paragraph 20i Absatz 1 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Anspruch genommen wurde.

Der Weiterentwicklungsbedarf des Morbi-RSA wird künftig regelmäßig überprüft. Der Wissenschaftliche Beirat beim BVA wird gesetzlich beauftragt, alle vier Jahre die Wirkungsweise des Finanzausgleichs zwischen den Kassen auszuwerten und zu bewerten. Zusätzlich kann der Beirat auch anlassbezogen mit der Prüfung von Einzelfragen durch BMG und BVA beauftragt werden.

DER REFERENTENENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > RSA-Reform



DIE STELLUNGNAHME DES AOK-BUNDESVERBANDES:

www.aok-bv.de > Positionen > Stellungnahmen





Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)

Für Anfang Juni sind die zweite und dritte Lesung des Gesetzes geplant. Anfang April ist der Kabinettsbeschluss im Zuge der ersten Lesung im Bundestag in die parlamentarische Beratung gegangen. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss war am 10. April. 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 Gesetz reagiert der Bundesgesundheitsminister unter anderem auf die jüngsten Vorkommnisse mit mutmaßlich gefälschten oder verunreinigten Arzneimitteln. Deshalb sollen insbesondere die Kompetenzen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erweitert werden. Das betrifft etwa 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 telemedizinischer Behandlung sowie 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 (GBA) soll es 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 GBA 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. Zur Refinanzierung werden die Landesverbände der Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam und einheitlich Rabatte mit den Pharmaunternehmen für die Arzneimittel-Grundstoffe abzuschließen. Bisher ist das nur eine „Kann“-Regelung. Prognostiziertes Einsparvolumen: 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 > Service > GSAV



Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (EIRD)

Am 17. Mai wird sich der Bundesrat das erste Mal mit dem Kabinettsentwurf für das „Gesetz zur Errichtung eines Deutschen Implantateregisters (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD)“ vom 3. April befassen. Die erste Lesung im Bundesrat folgt voraussichtlich im Juni noch vor der parlamentarischen Sommerpause. 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 Gesetz soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Das Implantateregister soll zunächst alle neu eingesetzten Hüftprothesen und Brustimplantate erfassen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn rechnet mit einer Aufbauphase von drei bis fünf Jahren, so dass 2025 alle relevanten Produktkategorien erfasst wären.

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.

KABINETTSENTWURF UND STELLUNGNAHMEN:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Implantateregister-Errichtungsgesetz





Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

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 > Service > PsychThGAusbRefG



Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Mit dem Gesetzentwurf will die Bundesregierung „die flächendeckende Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch ortsnahe Apotheken stärken“. Dazu heißt es in der Begründung zum Referentenentwurf: „Insbesondere durch die Definition und Vergütung zusätzlicher pharmazeutischer Dienstleistungen sowie durch eine bessere Honorierung von Nacht- und Notdiensten werden die Vor-Ort-Apotheken gezielt gefördert und in ihrer wichtigen Funktion für die qualifizierte Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten gestärkt. (...) Durch die Erhöhung und Neueinführung verschiedener Vergütungsparameter werden die versorgenden Apotheken zu Lasten der Kostenträger in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung um zirka 200 Millionen Euro besser honoriert. Dies ist im Sinne einer guten Versorgung angemessen.“

Die gesetzlichen Krankenkassen würden bei einer Umsetzung mit mindestens 185 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet. Hinzu kommen bis zu 15 Millionen Euro für eine höhere Vergütung von Betäubungsmittel-Abgaben durch Apotheker.

Hebammenreformgesetz (HebRefG)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung“ (Hebammenreformgesetz – HebRefG) leitet die Bundesregierung die vollständige Akademisierung der Hebammenausbildung ein. Die Große Koalition will damit nicht nur die EU-Vorgaben der Richtlinie 2005/36/



EG umsetzen, sondern auch den gewachsenen beruflichen Anforderungen an Hebammen im komplexer werdenden Gesundheitssystem Rechnung tragen. Zusätzlich soll die Attraktivität des Berufes gesteigert werden. Alle Hebammen und Entbindungspfleger müssen künftig ein reguläres Studium absolvieren. Dessen Ausgestaltung orientiert sich an einem dualen Studium mit weiterhin hohem Praxisanteil. Die Akademisierung soll zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen stärken. Die Finanzierung ist durch Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geregelt. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt die Mehrkosten ab dem ersten vollständig akademisierten Jahr für den Bund und die Private Krankenversicherung auf einen nicht mehr als einstelligen Millionenbetrag und für die gesetzlichen Kassen nicht mehr als zweistelligen Millionenbetrag. Den Ländern entsteht für die theoretischen und praktischen Lehrveranstaltungen voraussichtlich ein jährlicher Mehraufwand von nicht mehr als einem zweistelligen Millionenbetrag. Die Kosten für die Länder durch die Einrichtung der Studiengänge kann das Ministerium nicht konkret beziffern. Die Kosten zur unmittelbaren Umsetzung des Gesetzes werden laut Schätzung insgesamt einen zweistelligen Millionenbetrag nicht überschreiten. Der Bundesrat muss dem Gesetz zustimmen. Das aktuell gültige „Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers“ stammt aus den 1980er-Jahren und entspricht nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Hebammenausbildung.

DER KABINETTSENTWURF:

www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > HebRefG



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 Krankenträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Bereits dieser Entwurf war wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der 17. Legislaturperiode (Bundestags-Drucksache 17/1223) und wegen des Grundsatzes der Diskontinuität nach der Bundestagswahl 2013 erneut eingebracht worden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

DER GESETZENTWURF:

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





Rettungsdienst – Notarzteinsätze

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



Kurzmeldungen

Gold und Silber für hochwertige Versorgung

10.05.19 (ams). Die AOK Bayern hat fünf Arztnetze in Bayern für herausragende Versorgungsqualität in der medizinischen Behandlung ausgezeichnet. Insgesamt 15 Qualitätsaspekte bei der Behandlung fließen in die Bewertung ein, darunter etwa die leitliniengerechte Versorgung mit Medikamenten oder die Verhinderung von vermeidbaren Krankenhaus-Aufenthalten. Wegen ihrer exzellenten Ergebnisse erhielten die Arztnetze „MainArzt“ in Ochsenfurt und „Gut betreut im Arberland“ im Landkreis Regen das „Prädikat Gold“. Die Arztnetze „Unternehmung Gesundheit Hochfranken“ in Hof, „Gesundheitsnetz Franken-Jura“ in Altdorf bei Nürnberg sowie das Regensburger Ärztenetz wurden für ihr überdurchschnittliches Abschneiden mit dem „Prädikat Silber“ ausgezeichnet.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.aok.de/bayern > Presse > Aktuelle Pressemitteilungen



Mit „VIDEA bewegt“ zu einem gesünderen Lebensstil

10.05.19 (ams). Ein neues digitales und interaktives Präventionsprogramm soll die Teilnehmer der AOK PLUS und der AOK Rheinland/Hamburg motivieren, sich im Alltag mehr zu bewegen. Entwickelt hat „VIDEA bewegt“ das TUMAINI-Institut für Präventionsmanagement in Dresden. Mehr als 30 HD-Videos liefern Hintergrundwissen, Motivations-techniken und Übungen zum Mitmachen. Die Nutzer erhalten so praxistaugliche Tipps, die ihnen dabei helfen, ihren Alltag aktiver zu gestalten. Versicherte der AOK PLUS und der AOK Rheinland/Hamburg können die App kostenfrei nutzen. Andere Interessierte müssen nach einem zweitägigen Schnuppertraining entscheiden, ob sie für die App bezahlen möchten.

WEITERE INFORMATIONEN:

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





Auf die Räder, fertig, los!

10.05.19 (ams). Knapp die Hälfte aller Autofahrten ist kürzer als fünf Kilometer. In diesem Bereich ist das Fahrrad das schnellste Verkehrsmittel. Außerdem ist Radfahren aber auch gesund. 30 Minuten moderate körperliche Aktivität täglich empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation. Auch deshalb startete jetzt in Dresden zum 19. Mal die bundesweite Mitmach-Aktion „Mit dem Rad zur Arbeit“ (MdRzA) von AOK und Allgemeinem Deutschen Fahrrad-Club (ADFC). Ziel ist es, möglichst viele Berufstätige und Studenten zu motivieren, an mindestens 20 Tagen das Rad für den Weg zur Arbeit oder Uni zu nehmen. 2018 waren 250.000 Teilnehmer dabei und legten zusammen 49,5 Millionen Kilometer zurück. Ein Auto hätte für die gleiche Strecke 9,7 Millionen Kilogramm Kohlendioxid ausgestoßen.

WEITERE INFORMATIONEN:

www.mdrza.de





**Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin**

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

www.aok-bv.de/presse/medienservice

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

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

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

(Ihre Daten werden umgehend gelöscht.)

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
