

**Editorial – Thema der Woche****Montag, 11. Dezember 2017**

Heute aus gegebenem Anlass mal ein **Gast-Editorial** aus dem aktuellen „Kongress-Brief GenderGesundheit“ (Autorin **Martina Kloepfer**):

*Was assoziieren Sie, liebe Leserin, lieber Leser, wenn Sie an "Werbung" denken? Wahrscheinlich: bunt, laut, aufdringlich, um in der Flut der Angebote überhaupt zum Konsumenten, zur Konsumentin durchzudringen?! Das Amtsgericht Gießen verurteilte nun Kristina Hänel, Fachärztin für Allgemeinmedizin, zu 6.000,- € Strafe, auf Grundlage von Paragraph 219a StGB, der die Werbung für Schwangerschaftsabbrüche ausdrücklich verbietet. Die Internetseite Hänels, die Auskunft über das Leistungsspektrum gibt, führt unter der Rubrik "Frauenmedizin" u.a. "Schwangerschaftsabbruch" auf. Diese Zeile ist verlinkt und leitet weiter zu einem recht unspektakulären Formular für den Eintrag der eigenen eMail-Adresse, um eine Informationsbroschüre zugeschickt zu bekommen. Zusätzlich lässt sich ein Häkchen bei der Wahl der Sprachen anbringen: deutsch, englisch oder türkisch. Schließlich weist noch ein Satz darauf hin, dass die eMail-Adresse nur zum einmaligen Versand der Broschüre verwendet und nicht gespeichert wird. Werbung geht anders!*

*Googelt man "Abtreibung", öffnet sich eine Liste: zuerst ein Wikipedia-Eintrag, mit der Definition des Begriffs, gefolgt von der Webseite baby-und-familie.de, betrieben von der Apotheken Umschau. Versetzen wir uns in die Lage einer (jungen) Frau, die ungewollt schwanger ist und sich psychisch nicht im stabilsten Zustand befindet, vielleicht (je nach familiärem bzw. kulturellem Hintergrund oder sozialer Lage) sogar verzweifelt ist. Sie möchte also möglichst anonym und v.a. schnell Informationen über eine kompetente Anlaufstelle, die drängendste Fragen rasch beantwortet und einen Weg aufzeigt – und später vielleicht sogar Perspektiven für das Austragen des Kindes. Sie möchte sich gewiss nicht durch die komplex formulierte Prosa von baby-und-familie fädeln, die ihr den moralischen Zeigefinger in Wort und Bild auf die Brust setzt. Die in der Google-Liste weiter unten aufgeführte Seite abtreibung.de bietet wenigstens das direkte Gespräch an, ohne Drohkulisse der gesetzlichen Regelung und der impliziten Unterstellung, sich schon beim googeln des "Mordes" schuldig zu machen. Hänels Angebot, sich zu informieren, wirkt sachlich kühl, aber eben nicht unbeeiligt, da sie als Medizinerin persönlich für Erfahrung steht. Dennoch: der Paragraph 219a ist eindeutig.*

*Pikant, dass Günter Annen die Allgemeinmedizinerin angezeigt hat. Als aggressiver Abtreibungsgegner ist er v.a. durch seine Webseite babycaust.de berühmt berüchtigt. Die Assoziation zu Holocaust ist Programm und die recht dilettantisch gestaltete Seite nur etwas für starke Nerven bzw. Geübte; denn neben einer schwarzen Liste, die Ärzte führt, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, werden entsprechende Fotos für den moralisierenden Appell missbraucht.*

*Die Welle der Empörung, die sich nun analog und digital Bahn bricht, zeigt, dass augenscheinlich dringender Diskussionsbedarf wenigstens zum Paragraphen 219a besteht. Ein Schwangerschaftsabbruch darf Verhütung nicht ersetzen und sollte nur allerletzte Option bleiben. Das ist wohl den meisten Frauen bewusst. Das Internet ist für diejenigen, die sich noch niemandem offenbaren wollen oder können erste Informationsquelle. Hier aber gilt es, sich zu den Hilfsangeboten erst einmal robust durchwühlen. (Unter dem Begriff "Geschlechtskrankheiten" geht das schneller). Wie wäre es denn mit einem zentralen Angebot der Beratungsstellen oder gar der BZgA, das stets als erster Google-Eintrag auftaucht? Es wäre konsequent, um die nun als Straftat verurteilte "Werbung" überflüssig zu machen.*

## ***Justitia***

---

- (aerztezeitung.de 7.12.17) – Der mittelständische Arzneimittelhersteller **InfectoPharm** hat am Dienstag **Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht gegen das Preismoratorium** für nicht-festbetragsgeregelte Arzneimittel **eingereicht**. Das teilt der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) mit, dessen Mitglied InfectoPharm ist. Der gesetzliche Preisstopp gilt nahezu ununterbrochen seit 2009; im Mai dieses Jahres wurde er bis Dezember 2022 verlängert. InfectoPharm stützt seine Beschwerde auf die in Artikel 12 Grundgesetz geschützte Freiheit der Berufsausübung. Wiederholt hatten in der Vergangenheit Pharmavverbände das Moratorium kritisiert, angekündigte Klage-Vorhaben dann jedoch nicht weiter verfolgt.

## ***Europa und die Welt***

---

- (bibliomed.de 8.12.17) – Die **Zahl der an Demenz erkrankten Menschen wird sich** in den nächsten Jahren **verdreifachen**. Von weltweit derzeit 50 Millionen Patienten werde die Zahl bis zum Jahr 2050 auf 152 Millionen steigen. Davon geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus. Grund sei die alternde Bevölkerung, wie die UN-Behörde am Donnerstag in Genf mitteilte. „Dies ist ein Hilferuf, wir müssen dieser wachsenden Gefahr mehr Aufmerksamkeit widmen“, sagte WHO-Chef Tedros Adhanom Ghebreyesus. Das mit Demenz verbundene Leiden sei gewaltig. Die WHO startete am Donnerstag mit einer Internetplattform, um globale Informationen über Maßnahmen, Einrichtungen für Betroffene und andere Daten über Demenz zu sammeln (<http://apps.who.int/gho/data/node.dementia>). Es müsse sichergestellt werden, dass an Demenz erkrankte die Pflege bekämen, die sie brauchten — unabhängig vom Land, in dem sie leben, forderte Tedros.

## ***Ministerium und Regierung***

---

- (gpb 8.12.17) – Wie das Bundesministerium für Gesundheit am Freitag mitteilte, haben die gesetzlichen **Krankenkassen im 1. bis 3. Quartal des Jahres 2017 einen Überschuss von rund 2,52 Mrd. Euro** erzielt. Die Überschussentwicklung hat sich damit im Vergleich zum 1. Halbjahr (1,41 Mrd. Euro) weiter beschleunigt. Damit steigen die **Finanzreserven** der Krankenkassen bis Ende September 2017 auf rund **18,6 Mrd. Euro**. Die durchschnittliche Finanzreserve sämtlicher Krankenkassen beträgt knapp eine Monatsausgabe und liegt damit fast viermal so hoch wie die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve. Einnahmen in Höhe von rund 174,7 Mrd. Euro standen Ausgaben von rund 172,2 Mrd. Euro gegenüber. Damit sind die Einnahmen der Krankenkassen um 4,2% und die Ausgaben insgesamt um 3,7% gestiegen. 2016 hatten die Krankenkassen im 1. bis 3. Quartal einen Überschuss von rund 1,55 Mrd. Euro und im Gesamtjahr von 1,62 Mrd. Euro ausgewiesen.
- (aend.de/gpb 6.12.17) – Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe sieht Spielräume für eine Senkung des Zusatzbeitrags**. Es sei richtig gewesen, „den Experten im Schätzerkreis zu folgen und den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abzusenken“. Viele Kassen hätten nun „gute Spielräume für hochwertige Leistungen bei attraktiven Beiträgen“. Gröhe: „Es liegt nun in der Hand der einzelnen Krankenkassen, diese Spielräume im Sinne ihrer Versicherten auszuschöpfen.“ Alle Kassenarten konnten ihr Finanzergebnis im Jahresverlauf 2017 Quartal für Quartal verbessern, betont das BMG. Der Ausgabenzuwachs sei – trotz der vielfach als zu teuer gescholtenen Reformen – „erheblich abgeflacht“ (2017: 3,7%; 2014: 5,7%). Bei deutlich steigenden Versichertenzahlen von rund 1,2% im Vergleich zum Vorjahreszeitraum lagen die Ausgabenzuwächse je Versicherten im 1. bis 3. Quartal bei rund 2,4%.

- (bmfjsj 4.12.17) – Wie hoch der **Aufklärungsbedarf** in der Bevölkerung **zum Schütteltrauma** ist, zeigt eine aktuelle **Repräsentativbefragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen** (NZFH) „Bekanntheit und Wissen zu Schütteltrauma und Babyschreien in Deutschland 2017“. Hierzu wurden 1.009 Personen im Alter zwischen 16 und 49 Jahren im Mai 2017 befragt. Nur 79% der Befragten stimmen der Aussage zu, dass man Babys niemals schütteln darf. 24% der Befragten meinen irrtümlicherweise, dass Schütteln einem Baby nicht schade. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat es sich zusammen mit dem „Bündnis gegen Schütteltrauma“ zur Aufgabe gemacht, über die Folgen des Schüttelns von Säuglingen und Kleinkindern aufzuklären – im Auftrag des Bundesfamilienministeriums (BMFSFJ). „Leider kommt es immer wieder vor, dass Babys durch Schütteln schwer verletzt werden, manche sogar sterben. Deshalb ist Aufklärung für Eltern notwendig. Sie müssen wissen, wo sie Hilfe bekommen, wenn sie sich überfordert fühlen“, erklärte Katarina Barley, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 23 Verbände, Vereine und Institutionen aus dem Gesundheitswesen, dem Kinderschutz und der Kinder- und Jugendhilfe haben sich dem „Bündnis gegen Schütteltrauma“ angeschlossen.

### **Bundestag, BT-Ausschuss Gesundheit – und GroKo**

- (apotheker-adhoc.de 4.12.17) – Das Bundeswirtschaftsministerium (**BMWi**) hat immer **noch keinen Termin** für die **Veröffentlichung** des in Auftrag gegebenen **Gutachtens zum Apothekenhonorar** festgesetzt. „Es gibt dazu nichts Neues“, sagte eine Sprecherin der geschäftsführenden Ministerin Brigitte Zypries (SPD). Inzwischen sorgt das Versteckspiel auch bei Bundestagsabgeordneten für Ärger. In einem Brief fordert die **grüne Gesundheitspolitikerin Kordula Schulz-Asche**, die **Karten auf den Tisch zu legen**: „Die Veröffentlichung ist längst überfällig.“ Seit Oktober vergangenen Jahres werde darüber diskutiert, „wie wir die Apotheke Vor-Ort erhalten können“, so Schulz-Asche. Das Gutachten, das für Herbst dieses Jahres angekündigt gewesen sei, könne Sachlichkeit in die Debatte bringen. Seit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zur Rx-Preisbindung sei die Frage der Sicherstellung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung und damit auch der künftigen Gestaltung der Arzneimittelpreisverordnung von zentraler Bedeutung. Das vom BMWi in Auftrag gegebene Gutachten untersuche erstmalig die Auswirkung der bestehenden Arzneimittelpreisverordnung (AMPPreisV) auf die Einkommen der Apotheken.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – Die **SPD** legt die Latte für eine Neuauflage der Großen Koalition hoch. Nach dem Votum für Gespräche über eine mögliche Große Koalition **pocht** die SPD trotz des Widerstands der Union **auf eine einheitliche Krankenversicherung** in Deutschland. „Es muss klar sein, dass es eine Bürgerversicherung und ein Gesundheitssystem für alle gibt“, sagte der Chef des einflussreichen Seeheimer Kreises in der SPD, Johannes Kahrs. Der Seeheimer Kreis ist die konservative Strömung in der SPD und hatte sich beim Parteitag gegen einen von den Jusos geforderten Ausschluss einer Großen Koalition gestellt. Die SPD kritisiert eine Zwei-Klassen-Medizin und will durchsetzen, dass das derzeitige System privater und gesetzlicher Krankenversicherungen abgelöst wird. Zum Beispiel sollen auch Beamte in die „Bürgerversicherung“ einzahlen und die Bevorzugung privater Kassenpatienten beendet werden. Ziel ist es, dadurch die Abgaben für untere Einkommensschichten zu senken, weil es mehr Einzahler in das einheitliche Kassensystem gäbe.

### **Länder und Regionen**

- (aerztezeitung.de 8.12.17) – Für einen **einheitlichen Mindestlohn in der Pflege** haben sich die **Arbeits- und Sozialminister der Länder** am Donnerstag auf ihrer Konferenz in Potsdam ausgesprochen. "30 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung ist es den

Pflegekräften in Ostdeutschland nicht mehr vermittelbar, dass sie weniger verdienen sollen als ihre westdeutschen Kolleginnen und Kollegen", heißt es in der Begründung zum Beschluss der Ministerkonferenz. Ab dem 1. Januar 2018 gilt in den westdeutschen Bundesländern ein Mindestlohn in der Pflege von 10,55 Euro pro Stunde, in den ostdeutschen Bundesländern werden 10,05 Euro gezahlt. Diese Mindestentgelte sind bis 2020 festgeschrieben.

- (aend.de 7.12.17) – Die **CDU-Oppositionschefin im rheinland-pfälzischen Landtag, Julia Klöckner**, hat **vor einem Engpass in der ärztlichen Versorgung gewarnt**. Die Landesregierung indes sieht die Versorgung trotz einer Überalterung der Ärzteschaft sichergestellt. Hausärzte sind im Vergleich in Rheinland-Pfalz unter Medizinern am ältesten. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 56 Jahren, geht aus der Antwort von Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) auf eine Anfrage der CDU im Landtag hervor. Nicht besser sieht es bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Chirurgen aus. Am unteren Ende rangieren Strahlentherapeuten mit 50 Jahren im Schnitt, gefolgt von Pathologen und Nervenärzten mit 51. CDU-Oppositionschefin Julia Klöckner warnte am Donnerstag: „Die ärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz ist gefährdet.“ Über die Hälfte aller Vertragsarztpraxen müsse altersbedingt bis 2022 nachbesetzt werden.
- (aend.de 6.12.17) – **Rund 30 Mio. Euro will Bayern jährlich in die Geburtshilfe investieren**. Anfang Januar soll ein flächendeckendes Hilfsprogramm starten, das finanzielle Zuschüsse für Landkreise und kreisfreie Städte vorsieht, sagt Gesundheitsministerin Melanie Huml (CSU). „Die beiden Schwerpunkte sind die Unterstützung der Kommunen bei der Sicherstellung der Hebammenhilfe und ein Strukturförderprogramm für Geburtshilfeabteilungen im ländlichen Raum“, erklärte Huml. Der Landtag muss den geplanten Ausgaben noch zustimmen. Landkreise und kreisfreie Städte sollen im kommenden Jahr für jedes neugeborene Kind pauschal 40 Euro bekommen, die sie in die Hebammenhilfe investieren können, wie Huml erklärte. 25 Mio. Euro und damit der Großteil der Förderung soll über Kommunen an defizitäre Geburtshilfestationen von Krankenhäusern gehen, die als Hauptversorger in ihren Regionen etabliert sind.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – Die Vertreter der **gesetzlichen Krankenkassen und der KV Westfalen-Lippe (KWVL)** haben sich **auf einen neuen Honorarvertrag für die Jahre 2017 und 2018 geeinigt**. Dieser sieht für das laufende Jahr und das Folgejahr eine Erhöhung der ambulanten Finanzmittel in Höhe von 165,8 Mio. Euro für vertragsärztliche- und psychotherapeutische Leistungen in Westfalen-Lippe vor. „Mit dem Abschluss honorieren wir die engagierte Arbeit der Haus- und Fachärzte im Interesse einer guten Patientenversorgung“, sagte Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest. Wichtig sei, dass ein Teil des Honorars für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich eingesetzt wird.
- (aerztezeitung.de 8.12.17) – Die Bundesärztekammer sollte in der neuen **Muster-Weiterbildungsordnung die psychosomatische Grundversorgung bei Pädiatern** zu einem obligaten Bestandteil machen. Dafür hat sich die **Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein** ausgesprochen. Die Berücksichtigung von psychosomatischen Aspekten sei eine grundlegende Aufgabe gerade in der Hausarztversorgung und schon lange in der Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und Gynäkologen verankert, heißt es in dem einstimmig verabschiedeten Antrag. Der 80-Stunden-Kurs müsse auch für Kinder- und Jugendärzte verpflichtend werden. "Die psychosomatische Grundversorgung ist ein großer Teil unserer Arbeit", so Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte.
- (kvno 6.12.17) – Die Vertreterversammlung (VV) der **KV Nordrhein** hat in ihrer Sitzung am 24. November den **Haushalt für das Jahr 2018 beschlossen** – inklusive einer **Erhöhung des Verwaltungskostensatzes** für die Mitglieder der KVNO. Für Mitglieder der KV Nordrhein, die IT-gestützt abrechnen – und das sind inzwischen fast alle in der KVNO –, steigt der Verwaltungskostensatz 2018 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,8% des

Arztumsatzes (wer seine Abrechnung auf Papier oder CD einreicht, zahlt wie bisher 3,5%. Für die rund 1500 nordrheinischen Praxen, die bisher mit KV Connect und elektronischem Heilberufeausweis (eHBA) abgerechnet haben, steigt der Beitrag um 0,3 Prozentpunkte, da diese Abrechnungsvariante bislang durch einen ermäßigten Verwaltungskostensatz von 2,5% gefördert wurde.

## **Gremien & Institutionen**

- (bäk 6.12.17) – Die für die **Prüfung der Transplantationszentren** zuständigen Kontrollgremien haben eine **positive Zwischenbilanz** ihrer **zweiten Prüfperiode** gezogen. Für die allermeisten Kliniken sei es selbstverständlich, sich an die Richtlinien für die Organvergabe zu halten, betonten die Vorsitzenden von Prüfungskommission und Überwachungskommission in gemeinsamer Trägerschaft von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband bei der Vorstellung ihres Jahresberichts 2016/2017 in Berlin. Seit dem Jahr 2012 nehmen Prüfungskommission und Überwachungskommission in 3-Jahres-Abständen verdachtsunabhängige Prüfungen aller Transplantationsprogramme vor. In diesem Jahr haben die Kommissionen 59 Transplantationsprogramme auf der Basis der Krankenakten von mehr als 1.900 Empfängern postmortal gespendeter Organe aus den Jahren 2013 bis 2015 überprüft.
- (bäk 6.12.17) – Bundesärztekammer-Präsident **Frank Ulrich Montgomery** hat seine **Kritik an den Plänen für eine Bürgerversicherung bekräftigt**. „Wir glauben, dass aus dem Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Kassen sehr viel positiver Innovationsdruck entsteht“, sagte Montgomery in einem Interview mit dem Berliner Tagesspiegel. In einem Land, in dem man zusätzliche Leistungen nicht verbieten könne, würde es bei einer Bürgerversicherung sofort einen zusätzlichen, teuer bezahlten Gesundheitsmarkt geben. Dann hätten wir wirklich die Zwei-Klassen-Medizin, von der Herr Lauterbach behauptet, dass wir sie heute schon hätten.“ Jenseits der Frage nach der Krankenkassenfinanzierung gebe es genügend Reformbedarf im Gesundheitswesen. Die neue Bundesregierung sollte sich unter anderem der Digitalisierung und der Überwindung der Sektorengrenzen widmen, forderte Montgomery. Notwendig seien aber auch vernünftige Regelungen für die Notfallversorgung. Die Herausforderungen in diesem Bereich könnten nur von Kliniken und Praxen gemeinsam bewältigt werden.
- (aerzteblatt.de 6.12.17) – Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) hat sich in die laufende **Debatte um** das bestehende **Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche** (Paragraf 219a Strafgesetzbuch) eingeschaltet. „Aus meiner Sicht haben **Frauen** in Notlagen ein **Recht darauf zu erfahren, welche Ärztin, welcher Arzt ihnen helfen kann**“, sagte **Frank Ulrich Montgomery** am Mittwoch dem *Deutschen Ärzteblatt*. Ärzte müssten darauf vertrauen dürfen, wegen sachlicher Informationen über einen Schwangerschaftsabbruch nicht strafrechtlich belangt zu werden. Montgomery betonte zudem, dass es widersinnig wäre, Ärzten zu verbieten, was Behörden ohne Einschränkungen erlaubt sei. Er verwies darauf, dass Behörden und Informationsstellen wie pro familia Listen mit Namen und Tätigkeitsorten von Ärzten führten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen.
- (aend.de 4.12.17) – Der **Bundesärztekammer-Präsident** will den **Handlungsspielraum von Heilpraktikern so weit wie möglich beschränken**. Der Beruf dürfe durch die geplanten neuen Richtlinien für die Heilpraktikerprüfung nicht noch aufgewertet werden. „Zur Gefahrenabwehr für die Bevölkerung sollte man den Heilpraktikerberuf eigentlich ganz abschaffen“ sagte Montgomery dem Berliner „Tagesspiegel“. Da sich dies nicht durchsetzen lasse, müsse man zumindest ihren Tätigkeitsbereich begrenzen. „Man sollte ihnen alle invasiven Eingriffe verbieten“, fordert Prof. Frank Ulrich Montgomery. Dazu gehörten auch Krebsbehandlungen. Da die Ausbildung der Heilpraktiker bislang Ländersache ist und überall unterschiedlich geregelt ist, ist geplant, die Richtlinien für die

Heilpraktikerprüfung zu vereinheitlichen. Der BÄK-Präsident warnt davor, den Beruf durch die neuen Regeln aufzuwerten.

- (kbv 7.12.17) – Die **KBV-Vertreterversammlung** kam am Freitag zu ihrer letzten Tagung in diesem Jahr zusammen. Zwar steht eine Regierungsbildung noch aus, trotzdem zeichneten sich Themen wie eine veränderte Organisation der Notfallversorgung oder die Diskussion um eine Bürgerversicherung am gesundheitspolitischen Horizont ab. Dabei ging es um Herausforderungen wie die **Neustrukturierung der Notfallversorgung und des Bereitschaftsdienstes** sowie um die zunehmende Ambulantisierung. Grundlegende Positionen dazu hatte die Vertreterversammlung (VV) bereits in ihrem Papier „KBV 2020“ entwickelt. Die Entwicklungen im E-Health-Gesetz sowie die ambulante Versorgungsqualität rundeten das Themenspektrum ab.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – **Gegen die Einführung einer Bürgerversicherung** hat sich heute in Berlin der **KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Gassen** ausgesprochen. Das Gesundheitssystem sei bei den Sondierungen zu einer Regierungskoalition von Union, FDP und Grünen kein zentrales Thema gewesen, sagte Gassen bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Aber jetzt, da über eine Neuaufgabe der Großen Koalition von Union und SPD diskutiert werde, hätten einige die Frage der Bürgerversicherung plötzlich zur entscheidenden Frage stilisiert und als Bedingung formuliert. „Das wundert schon ein wenig, gibt doch die Bürgerversicherung nicht eine einzige Antwort auf die für das Gesundheitswesen wirklich wichtigen Fragen“, kritisierte der KBV-Chef.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – **Für den ärztlichen Schulterschluss bei der Diskussion um die Notfallversorgung** hat am Freitag der **stellvertretende Vorstandsvorsitzende** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), **Stephan Hofmeister**, in Berlin geworben. „Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet uns, unsere Versorgungsmodelle den Gegebenheiten stets neu anzupassen“, sagte Hofmeister vor den Mitgliedern der KBV-Vertreterversammlung. „Das muss mit einer auskömmlichen Vergütung einhergehen, denn die Risiken der Morbidität und der zunehmenden Fehlanspruchnahme der Notfalleistungen können nicht einfach bei uns Vertragsärzten abgeladen werden.“ Er warb dafür, dass das gemeinsam entwickelte Konzept der ärztlichen Verbände fortgeführt wird. Er betonte, dass sich Ärzte bei der Debatte um die Notfallversorgung einig seien – die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Berufsverbände und auch der Marburger Bund hätten sich auf gemeinsame Positionen verständigt.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – Ein **verbindliches Abbauziel für den Bürokratieaufwand** im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der vertragsärztlichen Versorgung von 25% innerhalb der kommenden fünf Jahre hat heute in Berlin **Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), gefordert. Für den ambulanten Bereich würde das einen Gewinn von 13 Millionen Stunden jährlich bedeuten, die dann für die Patientenversorgung zur Verfügung stünden, erklärte Kriedel vor den rund 60 Delegierten der KBV-Vertreterversammlung. „Das entspricht etwa 5.000 Arztstellen“, sagte der KBV-Vorstand, der sich zuvor bereits jahrelang im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe für den Bürokratieabbau engagiert hatte. Kriedel räumte zugleich ein, dass die Bürokratiebelastung in den Praxen nach einem Rückgang um fünf Prozent im Jahr 2016 im Jahr 2017 wieder leicht gestiegen sei.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und ihr ehemaliger Vorstandsvorsitzender **Andreas Köhler** haben ihre zivilrechtlichen Streitigkeiten beigelegt und sich **auf einen Vergleich verständigt**. Den hat am Donnerstag die Vertreterversammlung der KBV in nicht öffentlicher Sitzung abgesegnet, wie die Vorsitzende der Vertreterversammlung, Petra Reis-Berkowitz, am Freitag bestätigte. Dies sei auf Anraten der betreuenden Rechtsanwaltskanzlei Luther und dem zuständigen Juristen Große-Vorhold zustande gekommen, sagte sie. Wie die FAZ am Freitag berichtete, gibt es seit Mittwoch eine schriftliche Einigung. Demnach hat sich **Köhler bereiterklärt, über zwölf Jahre 1,34 Mio. Euro an die KBV zurückzubezahlen**. Im Gegenzug erhält er die Ruhegeldsbezüge, die er für gerechtfertigt hält, die KBV aber

gerichtlich anzweifelte. Dabei soll es sich laut *FAZ* um rund 20.000 Euro pro Monat handeln.

- (zi 7.12.17) – Im Jahr **2015** wurden bundesweit **über 223.000** (223.748) gesetzlich krankenversicherte **Patienten ambulant wegen Multipler Sklerose (MS) behandelt**, 2009 waren es lediglich etwas über 172.000 (172.497) Patienten. Dies entspricht einem Zuwachs von 29% in sechs Jahren. Zu diesem Ergebnis kommen die Wissenschaftler des **Zi-Versorgungsatlas** in einer neu erschienen Untersuchung, für die Abrechnungsdaten aus dem vertragsärztlichen Bereich ausgewertet wurden. Auffallend sind die unterschiedlichen regionalen Verteilungen der Erkrankungshäufigkeit und der Neuerkrankungen. Hier zeigt sich, dass die MS in Westdeutschland häufiger auftritt und jährlich mehr Menschen daran neu erkranken, als in Ostdeutschland. Eine Ausnahme bildet dabei Berlin, das sich auf Westniveau befindet. Während im Osten statistisch betrachtet lediglich 15 von 100.000 gesetzlich Versicherten jährlich neu an MS erkranken, sind es in Westdeutschland durchschnittlich 19 Patienten, somit ca. 25% mehr. Ähnlich sehen die Behandlungszahlen von MS-Patienten aus. Im Westen wurden im Jahr 2015 rund 27% mehr Patienten wegen MS behandelt als im Osten.
- (kbv 7.12.17) – Die **Verhandlungen zur Laborreform zwischen KBV und GKV-Spitzenverband** sind **abgeschlossen**. Die neuen Vergütungsregelungen treten zum 1. April 2018 in Kraft. Haus- und Fachärzte haben sich zudem über die zukünftige Finanzierung der Laboruntersuchungen verständigt. Ziel der Reform ist es, die überproportional wachsenden Ausgaben im Labor in den Griff zu bekommen. Nach Berechnungen der KBV steigen diese jedes Jahr um rund fünf Prozent und damit deutlich stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Dies führt dazu, dass immer mehr Geld in Laboruntersuchungen fließt, was für andere ärztliche Leistungen fehlt. Basis für die jetzt beschlossenen Maßnahmen bildet das Konzept zur Weiterentwicklung der Vergütung von Laboruntersuchungen, das die Vertreterversammlung der KBV vor einem Jahr verabschiedet hat.
- (kbv 7.12.17) – Die **Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf wird erweitert**. Ab 1. Januar 2018 enthält sie auch die Indikationen für Ernährungstherapie bei Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose. Bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und zystischer Fibrose (Mukoviszidose) kann eine lebenslange Ernährungstherapie unerlässlich sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im März beschlossen, sie zum 1. Januar 2018 als neues Heilmittel für solche Erkrankungen einzuführen. Im September hat er zudem festgelegt, dass die entsprechende Verordnung als langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt wird. Damit wird der Langfristigkeit und Schwere der funktionellen/strukturellen Schädigungen des Verdauungs- und Stoffwechselsystems bei diesen Erkrankungen Rechnung getragen. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Kosten für diese Verordnungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes herausgerechnet werden.
- (kbv 7.12.17) – Einen **Überblick zum idiopathischen Parkinson-Syndrom** gibt eine neue **Patienteninformation der KBV**. Auf zwei Seiten erfahren Patienten und ihre Angehörigen in verständlicher Form etwas über Anzeichen und Behandlungsmöglichkeiten dieser Krankheit. Die Publikation mit dem Titel „Parkinson-Krankheit – wenn sich Bewegungen verändern“ enthält darüber hinaus Tipps im Umgang mit der nicht heilbaren Erkrankung, zum Beispiel zu Krankengymnastik, Hilfen bei beruflichen oder rechtlichen Schwierigkeiten oder beim Führen von Kraftfahrzeugen. Die Parkinson-Krankheit zählt zu den häufigen Erkrankungen des Nervensystems und äußert sich durch eine zunehmende Einschränkung der Bewegungen. In Deutschland sind etwa 220.000 Menschen betroffen.
- (destatis 7.12.17) – **Im dritten Quartal 2017** wurden **rund 24.700 Schwangerschaftsabbrüche** in Deutschland gemeldet. Wie das **Statistische Bundesamt** (Destatis) weiter mitteilt, waren das 2,0% mehr als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Knapp drei Viertel (72%) der Frauen, die im dritten Quartal 2017

einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 17% zwischen 35 und 39 Jahre. Knapp 8% der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von 3%. Rund 40% der Frauen hatten vor dem Schwangerschaftsabbruch noch keine Lebendgeburt. Die Eingriffe erfolgten überwiegend ambulant, 79% in gynäkologischen Praxen und 18% ambulant im Krankenhaus. 7% der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnten. In den ersten neun Monaten dieses Jahres ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche um 2,0% auf 76 900 gegenüber den ersten drei Quartalen 2016 gestiegen.

- (aerztezeitung.de 7.12.17) – Ein durchwachsendes Bild zeigt **der neue Bericht "Krebs in Deutschland"**, den **Robert Koch-Institut und Krebsregister** gemeinsam herausgegeben haben. Im Jahr **2014** sind bei uns danach **249.200 Männer und 227.000 Frauen an Krebs erkrankt** und damit sechs Prozent mehr Männer und neun Prozent mehr Frauen als zehn Jahre davor. Allerdings: Die Zunahme ist vor allem auf die alternde Bevölkerung zurückzuführen. Altersbereinigt hat die Zahl der Krebserkrankungen bei Frauen nur um drei Prozent zu- und bei Männern sogar um zehn Prozent abgenommen. Am häufigsten waren Brust- (69.900), Darm- (61.000), Prostata- (57.400) und Lungenkrebs (53.800). Die Prognose Betroffener hat sich im letzten Jahrzehnt verbessert, wobei es noch große Unterschiede zwischen den Krebsarten gibt. Die Broschüre "Krebs in Deutschland" wird alle zwei Jahre als gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut herausgegeben. Die Ergebnisse der am 6. Dezember 2017 veröffentlichten 11. Ausgabe beruhen auf Daten der epidemiologischen Krebsregistrierung bis zum Jahr 2014.

### Aus der Kassenlandschaft

- (aend.de 8.12.17) – Die **gesetzlichen Kassen fürchten hohe Kosten**, wenn tatsächlich die **Bürgerversicherung** kommt. Zwar sei es „grundsätzlich erstrebenswert“, wenn alle Bürger in gesetzlichen Kassen versichert sein könnten, sagt etwa die Chefin des Ersatzkassenverbands Ulrike Elsner. Aber dabei müsste eine Reihe von Bedingungen erfüllt sein. „Finanzielle Auswirkungen lassen sich derzeit nicht seriös qualifizieren“, sagte sie der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (Freitag). Allerdings sei unter anderem zu erwarten, dass die Ärzte eine erhebliche Anpassung der Vergütung fordern würden, um die wegfallenden Honorare durch Privatpatienten zu kompensieren. Steigende Beiträge in den gesetzlichen Kassen wären die Folge. Laut PKV-Berechnungen könnte der Beitragssatz um einen Punkt auf 16,7% steigen. Bei einem freiwilligen Wechsel von jetzt Privatversicherten in die GKV würden zudem vor allem diejenigen wechseln, die sich eine Beitragsentlastung versprechen, meint GKV-Spitzenverbandschefin Doris Pfeiffer. Das aber würde die GKV belasten.
- (aok bv 4.12.17) – **54% der Menschen in Deutschland** haben eine **eingeschränkte Gesundheitskompetenz** – das zeigt eine **Studie der Universität Bielefeld**. Die AOK möchte das ändern und setzt dabei auf die Aktiven in der Selbsthilfe. Was leistet die Selbsthilfe bereits heute im Bereich der Gesundheitskompetenz? Was wäre darüber hinaus noch möglich und notwendig? Mit diesen Fragen setzten sich etwa 140 Experten und Vertreter von Selbsthilfeorganisationen auf der **13. Fachtagung im AOK-Bundesverband** in Berlin auseinander. Das Motto der Veranstaltung: "Selbsthilfe macht schlau". "Es ist der große Vorteil der Selbsthilfe, dass ihre Mitglieder so dicht an den Menschen sind und damit genau wissen, was an Gesundheitskompetenz vorhanden ist und vor allem auch, wie sie vermittelt werden kann", sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, bei der Begrüßung. Die Folien zur Fachtagung können unter [http://aok-bv.de/hintergrund/dossier/selbsthilfe/index\\_19518.html](http://aok-bv.de/hintergrund/dossier/selbsthilfe/index_19518.html) heruntergeladen werden.
- (ikk classic 7.12.17) – Die **IKK classic senkt** ihren **Zusatzbeitragssatz** im kommenden Jahr um 0,2 Prozentpunkte. Das beschloss der Verwaltungsrat der Kasse bei seiner



Sitzung am vergangenen Donnerstag in Dresden. Die Senkung tritt zum 1. Mai 2018 in Kraft, ab dann wird der Zusatzbeitragssatz 1,2% betragen. „Mit dieser spürbaren Beitragsermäßigung geben wir eine solide finanzielle Entwicklung an unsere Versicherten weiter“, sagt Stefan Füll, Vorsitzender des Verwaltungsrates.

- (vdek 7.12.17) – Der **vdek** hat eine **Information über die Neuerungen im Gesundheitswesen 2018 erstellt**. Dazu zählen u. a. zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für mehr Zahngesundheit. Mehr Krankengeld, Entlastungen bei Zuzahlungen z. B. für Medikamente oder Hörgeräte, Anspruch auf die Meinung eines zweiten Arztes. Von dem neuen Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen profitieren Kleinkinder, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung.

### **Innovationsfonds, Selektivverträge, Gesundheitstelematik**

- (kbv 7.12.17) – Die **KBV** hat die **Sektorenzulassung für den elektronischen Praxisausweis** für den vertragsärztlichen Bereich **erteilt**. Für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur steht den Praxen jetzt nichts mehr im Weg. Nach der vom Gesetzgeber beschlossenen Fristverlängerung sollen alle Praxen bis Ende 2018 mit der neuen Technik ausgestattet sein. Ab 1. Januar 2019 ist das Versichertenstammdatenmanagement Pflicht. Für den Anschluss an die TI benötigen Praxen einen Konnektor, ein E-Health-Kartenterminal, einen VPN-Zugangsdienst und einen Praxisausweis. Außerdem muss das Praxisverwaltungssystem angepasst werden.
- (gpb 6.12.17) – Die **Bertelsmann-Stiftung** hat eine **Studie zur Telemedizin vorgelegt**. Für die Studie hat das IGES-Institut vier telemedizinische Prozessinnovationen aus unterschiedlichen Anwendungsfeldern und die Erfahrungen der Projektträger umfassend und systematisch ausgewertet. Die Studie beschreibt den jeweiligen Ansatz und was diese Projekte erfolgreich macht. In der Ableitung ergeben sich 15 verallgemeinerbare Faktoren. Zudem wird deutlich, wie schwierig die Skalierung eines erfolgreichen Ansatzes ist – den analysierten Projekten ist die Überführung in die Fläche nur zum Teil gelungen. „Entgegen aller Bekenntnisse, Telemedizin fördern zu wollen, ist es in Deutschland noch nicht gelungen, sinnvolle technologisch unterstützte Versorgungsansätze angemessen zu verbreiten. Immer noch schaffen es nur wenige Projekte über den Modellstatus hinaus“, so Uwe Schwenk, Programmdirektor bei der Bertelsmann Stiftung. Auch für die derzeit im Innovationsfonds geförderten Projekte sei noch nicht klar, ob und wie diese in die Regelversorgung überführt werden.

### **Pharma & Apotheke**

- (aerzteblatt.de 5.12.17) – Die **Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulant abgegebene Arzneimittel sind im vergangenen Jahr um 4,1% gegenüber dem Vorjahr (+1,43 Mrd. Euro) gestiegen**. Das zeigt der am Dienstag veröffentlichte **Arzneimittelatlas**, den das **IGES-Institut** jährlich im Auftrag des Verbands der forschenden Pharmaunternehmen (vfa) erstellt. „Die moderaten Ausgabenzuwächse sind unter anderem auf verhandelte Erstattungsbeträge, ein höheres Rabattvolumen und wachsende Einsparungen durch Patentabläufe zurückzuführen“, hieß es aus dem Institut. Insgesamt beliefen sich die Arzneimittelausgaben auf 36,27 Mrd. Euro. „Zu den Mehrausgaben trug vor allem der gestiegene Verbrauch von Medikamenten gegen schwerwiegende und lebensbedrohliche Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis, Schuppenflechte und Krebs bei. Der Verbrauch von Mitteln gegen Hepatitis C war 2016 hingegen deutlich geringer als im Vorjahr“, berichteten die IGES-Autoren. Weitere Informationen unter <http://www.arzneimittel-atlas.de/>

- (aend.de 7.12.17) – Die Pharma-Industrie beklagt sich über den wachsenden Spardruck der gesetzlichen Krankenkassen. Man habe die Arzneimittel-Ausgaben im Griff: Im Gegenteil: Es gebe noch Spielraum für eine bessere Versorgung. „Eine **Kostenexplosion durch Arzneimittel gibt** es in der Gesundheitsversorgung nachweislich **nicht**“, sagt **Norbert Gerbsch, stellvertretender Hauptgeschäftsführer** des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (**BPI**). Die Entwicklung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel in Deutschland sei seit Jahren stabil. Das belegten die Pharma Daten 2017, die der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) am Donnerstag vorgelegt hat. Trotz alternder Gesellschaft und neuer Therapieoptionen entfielen nur rund acht Prozent der GKV-Ausgaben auf die pharmazeutische Industrie für die Versorgung mit Arzneimitteln im ambulanten Bereich. Im vergangenen Jahr seien es rund 18 Mrd. Euro gewesen – bei GKV-Gesamtausgaben von 227 Mrd. Euro.
- (aerzteblatt.de 8.12.17) – Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (**AkdÄ**), **Wolf-Dieter Ludwig**, hat dazu aufgerufen, den **Begriff Innovation in der Arzneimitteltherapie kritischer zu verwenden**. „Seit Inkrafttreten des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes wurde bei mehr als der Hälfte der neu auf den Markt gekommenen Arzneimittel kein oder ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen festgestellt“, sagte Ludwig auf der Mitgliederversammlung der AkdÄ vergangene Woche in Berlin. Ein knappes Viertel habe vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) einen geringen Zusatznutzen zugesprochen bekommen. „Ein überzeugender Zusatznutzen ist hingegen eher rar gesät“, sagte Ludwig. „Und das ist natürlich unbefriedigend.“ In jedem Fall handele es sich bei einer „Innovation“ zu selten um einen echten therapeutischen Fortschritt.
- (aerztezeitung.de 11.12.17) – Die **Apotheker wollen ihre Beratungsleistungen ausbauen** und streben dafür sukzessive neue Vergütungsbestandteile ein. Das teilte **Friedemann Schmidt**, Präsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (**ABDA**), nach der Mitgliederversammlung seiner Organisation am Donnerstag in Berlin mit. Mehr Beratungsbedarf für Patienten sehen die Apotheker etwa zur Verbesserung der Therapietreue, bei der Medikationsanalyse und für Unterweisungsleistungen beim Erwerb von Medizinprodukten. Ausdrücklich nicht angestrebt werde, ärztliche Leistungen zu ersetzen oder mit Ärzten zu konkurrieren. Früheren Absichten zum Trotz wollen die Apotheker jetzt auch nicht mehr Impfungen in Apotheken vornehmen. Anders als in anderen Ländern wie beispielsweise Großbritannien gebe es in Deutschland keinen Mangel an Impfstellen, sondern eine mangelnde Impfbereitschaft, heißt es. Hier wolle man Apothekenkunden beraten und zum Arzt schicken, sagte Schmidt der "Ärzte Zeitung".
- (apotheker-adhoc.de 10.12.17) – Das Gutachten des Bundeswirtschaftsministeriums (BMWi) zum Apothekenhonorar ist noch nicht veröffentlicht, doch die Begehrlichkeiten sind geweckt. Für die Kassen steht jedenfalls fest, dass es auf absehbare Zeit keine Honorarerhöhung geben darf. Stattdessen sei eine Umverteilung anzustreben, sagt **Johann-Magnus von Stackelberg**. Der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes wirft der ABDA vor, sich mit ihrer Verweigerungshaltung selbst in diese Lage manövriert zu haben: „Leider hat sich die ABDA stets geweigert, repräsentative Zahlen zu den Einnahmen der Apotheken aus Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung offen zu legen. Selbst der Schiedsstelle hat sie diese Zahlen vorenthalten. Das vom **BMWi** in Auftrag gegebene **Gutachten** ist insofern eine **Reaktion der Politik auf die Intransparenz der ABDA**,“ so Stackelberg gegenüber Apotheke adhoc.
- (gpb 11.12.17) – Die FAZ ist allerdings schon weiter: Annähernd jede zweite der **knapp 20000 deutschen Apotheken ist in ihrem Bestand gefährdet**, weil sie zu wenig Geld abwirft. Das berichtet die Zeitung am heutigen Sonntag aus der ihr vorliegenden „gut 200 Seiten starken **Analyse**“ des **BMWi**. Die Schließung von 7600 Hauptapotheken wird dort als „mittelfristig wahrscheinlich“ bezeichnet, weitere Filialen kämen hinzu. Die meisten von ihnen befänden sich in Städten und nicht auf dem Land. Um die Versorgung der Bevölkerung zu sichern, schlagen die Gutachter daher eine Preisreform vor. An deren

Ende würden gesetzliche Kassen, private Versicherungen und Kunden trotz einiger Verbesserungen für die Apotheker 1,3 Mrd. Euro zu Lasten der Pharmazeuten sparen. Schon vor zwei Jahren seien 5300 Apotheken in Städten sowie 2300 Apotheken in ländlichen Kreisen wirtschaftlich gefährdet gewesen, heißt es in dem Gutachten. Gemessen an der Summe von gut 99000 Euro, die ein angestellter Leiter einer Krankenhausapotheke im Jahr koste, könnten sie kein angemessenes Betriebsergebnis und damit keinen ausreichenden Unternehmerlohn erwirtschaften. Der Befund gelte für 47% aller eigenständigen Apotheken. Für Nachfolger sei eine Übernahme damit nur „eingeschränkt attraktiv“, so die Schlussfolgerung. 2600 Apotheken erzielten sogar ein Brutto-Betriebs-ergebnis von weniger als 30000 Euro. Das entspreche nur der Hälfte des Lohns, den ein angestellter approbierter Apotheker beziehe. Davon befänden sich 1900 Pharmazien in Städten, 700 seien auf dem Land.

## **Rund ums Krankenhaus**

- (aerzteblatt.de 7.12.17) – In **Nordrhein-Westfalen** müssen sich die Krankenhäuser auf Veränderungen einstellen. Ein Gutachten zur bestehenden Versorgungsstruktur soll die Basis für einen weiteren Landeskrankenhausplan sein. Die **Krankenhausplanung soll zudem deutlich beschleunigt werden**. Beides kündigte der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister **Karl-Josef Laumann** (CDU) beim Forum der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) an. „Wir werden im Ministerium externen Verstand dazuholen, um die Krankenhäuser weiterzuentwickeln“, sagte Laumann. Es brauche das Gutachten – und dies solle spätestens in einem halben Jahr vorliegen. „Ich will es schnell haben. Und das Gutachten werden auch nicht alle toll finden“, stellte Laumann klar. Man werde „mit allen darüber reden müssen, mit Krankenhäusern, Ärzten, Krankenkassen und auch mit Kommunen.“ Der Minister machte deutlich, es sei ein Konzept notwendig, wie die Versorgung künftig aussehen solle und wolle die Planung entsprechend anpassen. Diese solle deutlich schneller vorstattengehen als noch unter seiner Vorgängerin Barbara Steffens (Bündnis 90/Die Grünen).
- (bibliomed.de 7.12.17) – Eine **neue Aufstellung der ambulanten Notfallversorgung** mit einer stärkeren Rolle für Kliniken verlangt der Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (**VKD**), **Josef Düllings**. Es gebe Regionen, in denen die Krankenhäuser die ambulante Notfallversorgung schultern müssten, weil die dafür eigentlich zuständigen niedergelassenen Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) keine adäquaten Strukturen vorhielten, sagte Düllings am Donnerstagvormittag in Berlin bei der Präsentation der VKD-Mitgliederbefragung. Den VKD-Daten zufolge gaben 17 bis 48% der 328 an der Umfrage teilnehmenden Klinikdirektoren (Rücklaufquote: 18%) an, dass es in ihrem Einzugsgebiet keine zentrale KV-Notfallambulanz gebe. Dies betreffe beispielsweise fünf Häuser mit weniger als 250 Betten, die sich an der Umfrage beteiligt hätten. Dort übernehme also das Krankenhaus die Aufgaben der KV, ohne dafür eine entsprechende Vergütung zu erhalten. Dies zeige, dass es in Deutschland „weiße Flecken“ in der ambulanten Notfallversorgung gebe. „Wir fordern den Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung“, sagte Düllings und verwies darauf, dass 70% der KV-Ärzte ohnehin nicht an der ambulanten Notfallversorgung teilnähmen.
- (bibliomed.de 8.12.17) – Die Kaufmännische Direktorin des Jüdischen Krankenhauses Berlin, **Brit Ismer**, bleibt **Vorsitzende der Berliner Krankenhausgesellschaft** (BKG). Die Mitgliederversammlung wählte sie gestern für die kommende dreijährige Amtszeit erneut an die Spitze. Auch die Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes, **Andrea Grebe**, wurde in ihrem Amt als **stellvertretende BKG-Vorsitzende** bestätigt. In der BKG sind derzeit 60 Krankenhäuser 38 stationäre Pflegeeinrichtungen vertreten.
- (mb 6.12.17) – Die **Verhandlungskommissionen der BG Kliniken** (Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung) und des **Marburger Bundes** haben sich am Dienstag in der fünften Runde ihrer aktuellen Tarifverhandlungen **auf Eckpunkte einer neuen**

**Tarifeinigung verständigt.** Zugleich vereinbarten beide Seiten, dass die Rechtsfolgen aus der sogenannten Kollisionsnorm des Tarifeinheitsgesetzes (§ 4a Abs. 2 Satz 2 Tarifvertragsgesetz) nicht eintreten. Die Tarifeinigung sieht eine lineare Steigerung der Ärztegehälter in zwei Schritten vor: Rückwirkend zum 1. Juli 2017 werden die Entgelte um 2,45% erhöht, ab 1. Juli 2018 um weitere 2,85%. Der neue Entgelttarifvertrag hat eine Mindestlaufzeit bis zum 30. September 2019. Zusätzlich haben die Tarifvertragsparteien vereinbart, dass mit Zustimmung der Ärzte eine Arbeitnehmerüberlassung nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz auch über die Dauer von 18 Monaten hinaus bis zu einer Höchstüberlassungsdauer von 60 Monaten möglich ist.

- (bibliomed.de 6.12.17) – Die **Stadt Mannheim** will die in finanzielle Schwierigkeiten geratene **Universitätsmedizin (UMM)** in den kommenden zwei Jahren mit einer **Finanzspritze von 58 Mio. Euro unterstützen**. Wie der Mannheimer Morgen berichtet, ist die Summe Bestandteil einer Beschlussvorlage, die gestern vorgestellt wurde. Die Stadt will die zusätzlichen Mittel durch Steuermehreinnahmen aufbringen. Ursache für die Geldnöte waren Hygieneprobleme am Universitätsklinikum, durch die die Patientenzahlen sanken und durch die hohe Investitionen in die Sterilgutversorgung nötig waren. Im vergangenen Jahr hatte die Stadt Mannheim dem Universitätsklinikum deshalb eine Bürgschaft in Höhe von 65 Mio. Euro für ein Bankdarlehen zur Verfügung gestellt.

## **Verbände & Unternehmen**

---

- (aend.de 5.12.17) – Die **„unsachliche Debatte“** zur Neuordnung der **Notfallversorgung** müsse **sofort beendet** werden, fordert **BDI-Präsident Hans-Friedrich Spies** und erinnert daran, dass sein Verband bereits im Mai ein entsprechendes Konzept vorgelegt habe. „Gegenseitige polemische Vorwürfe passen in die Vergangenheit“, mahnt Spies. Sie seien „nicht geeignet, gegenüber Versicherten, Patientinnen und Patienten, Bürgern und Bürger und zuletzt der Politik, ein funktionierendes System der Selbstverwaltung abzubilden“. KBV und DKG täten gut daran, die tatsächlichen Gründe für die derzeitige Misere zu nennen: Die Vergütung. Letztlich sei die Budgetierung der Auslöser, warum eine ambulante Notfallversorgung eingeschränkt funktioniert. Spies: „Grund ist die Vergütungssystematik, durch die erbrachte Leistungen nach einer Überschreitung des Budgets nicht mehr bezahlt werden. Viele Vertragsärzte haben ihre Praxisstruktur deshalb zu einer Bestellpraxis umgewandelt. Hier finden Notfallpatienten schlicht und einfach keinen Platz mehr.“
- (dgiv 7.12.17) – Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (**DGIV**) hat am Donnerstag in Berlin ihren 14. Bundeskongress abgehalten. Der DGIV-Vorstandsvorsitzender, Stefan G. Spitzer, forderte die Gesundheitspolitik auf, sich in dieser Legislaturperiode stärker für **verbesserte Rahmenbedingungen in den sektoralen Schnittstellenbereichen** einzusetzen. Es müsse bezweifelt werden, dass hier für die Regelversorgung die erforderlichen Lösungsvorschläge aus der Förderung durch den Innovationsfonds geliefert werden. Es sei an der Zeit, dass die neue Bundesregierung endlich aufzeige, auf welchem Wege der Abbau der sektoralen Hemmnisse erfolgen und wie hierüber ein gesamtgesellschaftlicher Konsens erreicht werden soll. „Dass dieser Prozess sehr komplex ist, wissen wir alle seit Jahren, aber die bisher erreichten Fortschritte sind zu gering angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen, die wir in den nächsten Jahren bewältigen müssen. Daraus sollten wir auch Lehren für den Prozess der Digitalisierung im Gesundheitswesen ziehen. Eine Integrierte Versorgung braucht **einheitliche IT-Grundlagen**,“ sagte der DGIV-Vorsitzende mit Verweis auf ein aktuelles **DGIV-Positionspapier**.
- (aend.de 7.12.17) – **Harsche Kritik am Gesundheitssystem** übt das **Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin**. Treibende Kräfte seien „Partikularinteressen und das rücksichtslose Streben nach Gewinnmaximierung“. Auch über Ärzte, „die zu Unternehmern mutiert sind und vor lauter IGeL-Angeboten kaum noch Zeit für die

Versorgung von Kranken haben“, echauffiert sich der Verein. „Die Politik muss sich ernsthaft mit der offenkundigen Fehlsteuerung der Gesundheitsversorgung und den Fehlanreizen im System beschäftigen“, schreibt das Netzwerk in einem in dieser Woche veröffentlichten Appell an die Gesundheitspolitiker in Berlin. Das zentrale Thema einer neuen Bundesregierung müsse „die Eindämmung von Über-, Unter- und Fehlversorgung“ sein.

- (aerzteblatt.de 4.12.17) – Der **Marburger Bund** (MB) hat Überlegungen **kritisiert**, im Rahmen einer möglichen neuen Großen Koalition eine **Bürgerversicherung** für alle einzuführen. Dies könne Nachteile für Geringverdiener zur Folge haben, sagte der Vorsitzende des Ärzteverbandes und CDU-Bundestagsabgeordnete Rudolf Henke der *Neuen Osnabrücker Zeitung*. Alle Umfragen zeigten, dass die Bürger mit dem aktuellen Gesundheitswesen sehr zufrieden seien, so Henke. Das habe maßgeblich mit dem gegliederten Versicherungssystem zu tun. „Ich glaube, eine Einheitskasse würde dazu führen, dass das Leistungsniveau sinkt“, sagte Henke vor dem Hintergrund entsprechender Forderungen aus der SPD. Wenn der Vergleich verschiedener Systeme weg falle, fehle der Anreiz zur Innovation. „Die Einheitskasse wäre der Einstieg in eine Ausweitung von Zusatzversicherungen, die dann auch nur Besserverdienende bezahlen können. Sozial ist das nicht.“
- (aerztezeitung.de 6.12.17) – Die **Deutsche Gesellschaft für Chirurgie** (DGCH) geht von einer deutlichen **Anhebung der verbindlichen Mindestmengen** als Qualitätssicherungsinstrument im stationären Sektor aus. Im kommenden Jahr werde der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Mindestmengen möglicherweise teilweise verdoppeln, hieß es am Dienstag bei der Jahrespressekonferenz der Fachgesellschaft in Berlin. Die Chirurgen speisen in diese Debatte nun eine Mindestmengenliste ein, die die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) in den vergangenen zehn Jahren entwickelt hat. Sie dient als Grundlage für die Anerkennung von Krankenhäusern als Kompetenzzentren. 321 solcher Kompetenzzentren gebe es bereits, hieß es am Dienstag. Etwa jeder zehnte Antrag werde abgelehnt. Ausnahmeregelungen soll es demnach nicht geben. Wechselt zum Beispiel der verantwortliche Chirurg, erlösche das Zertifikat.
- (asb 4.12.17) – Im Gegensatz zum THW oder der Feuerwehr können Ehrenamtliche von Hilfsorganisationen wie dem ASB im Katastrophenfall nicht von der Arbeit freigestellt werden und haben keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Um Menschen in Not zu helfen, müssen sie Urlaub nehmen oder dies in ihrer Freizeit tun. "Diese **Ungleichbehandlung der freiwilligen Helfer muss dringend beseitigt werden**", fordert **ASB-Bundesgeschäftsführer Ulrich Bauch** im Hinblick auf den internationalen Tag des Ehrenamtes am 5. Dezember. "Wir brauchen Rechtssicherheit für ein allgemeines gesellschaftliches Engagement, das den Staat insbesondere in Notlagen handlungsfähig hält." Man dürfe laut Bauch nicht riskieren, dass den Hilfsorganisationen die Basis wegbreche. Diese Lücke würde der Staat nicht schließen können. Eine Gleichstellung sei ein klares Signal an die Ehrenamtlichen, dass ihre Arbeit von der Politik gewürdigt und unterstützt würde.
- (bdpk 7.12.17) – Der **BDPK-Vorstand** hat auf seiner letzten Sitzung am Donnerstag in Berlin **Thomas Lemke**, Vorstandsvorsitzender der Sana Kliniken AG **zum 1. Vizepräsidenten** und **Marina Martini**, Vorstand AMEOS Gruppe **zur 2. Vizepräsidentin in den BDPK-Vorstand gewählt**. Außerdem wurde Mate Ivančić, Regionalgeschäftsführer Region Mitte und Mitglied der erweiterten Geschäftsführung der Helios Kliniken GmbH einstimmig als neues Vorstandsmitglied gewählt. Anlass für die Neuwahlen waren personelle Veränderungen im BDPK-Vorstand: Michael Philippi, der zum 29.12.2016 die Sana Kliniken AG, München als Vorsitzender des Vorstandes verlassen hatte, stand infolgedessen nicht mehr als 1. BDPK-Vizepräsident zur Verfügung. Auch Francesco De Meo legte sein Amt als 2. Vizepräsident nieder.

## Nachrichten aus der Pflege

- (aerzteblatt.de 7.12.17) – Als Folge der Pflegereform haben **bis Ende Oktober 250.000 Menschen** in Deutschland erstmals **Leistungen der Pflegeversicherung erhalten** – deutlich mehr als erwartet. Das ergibt sich aus einem Vergleich zu den Zahlen der ersten zehn Monate des Jahres 2016, wie der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS) den Zeitungen des *RedaktionsNetzwerk Deutschland* bestätigte. Mit der Reform war zu Jahresbeginn ein neues Begutachtungssystem mit fünf Pflegegraden anstelle der bis dahin geltenden Pflegestufen eingeführt worden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) war im Herbst 2016 von kurzfristig 200.000 Menschen ausgegangen, die als Folge der Reform erstmals Pflegeleistungen erhalten würden. Mittelfristig, so die Prognose damals, könnten es bis zu 500.000 werden.

## Aus- und Weiterbildung

- (aerzteblatt.de 6.12.17) – Der **Markt der Fortbildungen für Pflegeberufe** ist zu **intransparent und heterogen**. Zu diesem Ergebnis kommt eine **neue Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP)** in Köln im Auftrag des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. Landes- und privatrechtliche Regelungen sowie sozialrechtlich verankerte Vorgaben machten es den Pflegenden und den Einrichtungen schwer, einen Überblick über die Angebote, ihre inhaltliche Ausrichtung und ihre Qualität zu gewinnen. „Eine professionelle Pflegepraxis in zunehmend komplexeren Pflegesituationen und Settings erfordert ein transparentes und anschlussfähiges Fort- und Weiterbildungssystem, das vergleichbaren und verbindlichen Standards folgt“, forderte Gertrud Stöcker, Vorsitzende des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe. Das gelte insbesondere wegen der anstehenden Reform bei der Pflegeausbildung.

## Neuerscheinungen

Im dritten Versorgungsreport der DAK-Gesundheit geht es um multimorbide geriatrische Patienten. Derzeit werden multimorbide Patienten mit Teilhabebeeinträchtigungen meist erst nach einem akuten Ereignis, wie Sturz oder Schlaganfall, medizinisch versorgt. Dies erfolgt überwiegend im stationären Umfeld, also in geriatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern oder geriatrischen Rehabilitationskliniken. Häufig wird keine Rekonvaleszenz erreicht. Die Gebrechlichkeit schreitet schneller voran, der Hilfebedarf steigt, es kommt zu mehr Pflegefällen sowie weiteren medizinischen Eingriffen und folglich zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem. Das wirft die grundsätzliche Frage auf, ob ältere multimorbide Patienten bereits vor einem stationär behandlungsbedürftigen „Auslöseereignis“ durch ein spezialisiertes ambulantes Angebot besser versorgt werden können. Lassen sich dadurch eine derartige Multimorbiditätsversorgung mit präventiven Maßnahmen stationäre Behandlungen vermeiden? Und wie stark würde sich dadurch die Lebensqualität der Patienten verbessern? Als Antwort auf diese Fragen entwickelt die DAK-Gesundheit ein präventives Versorgungskonzept mit möglichst niedrigschwelligen Maßnahmen. Es soll den Abbau funktioneller Fähigkeiten verhindern und der Neuentstehung oder Verschlimmerung von Krankheit und Behinderung sowie damit verbundenen Krankenhaus- und Pflegeheimaufenthalten entgegenwirken. „Wie können wir ältere Menschen durch eine gezielte Ergänzung der Versorgung länger gesund erhalten und Multimorbidität hinauszögern? Diese Fragestellung beleuchten wir mit dem aktuellen Versorgungsreport“, so Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.

**Nolting/ Deckenbach/ Tisch:** Versorgungsreport Multimorbidität im Alter. Medhochzwei:Hamburg, 195 Seiten, 19,99 Euro.

## **Termine**

---

- 11./12. Dezember (Berlin) **22. Handelsblatt Jahrestagung: Health 2.0**  
<http://veranstaltungen.handelsblatt.com/health/jahrestagung-2017/>
  - 13. Dezember (Berlin) **Tagesspiegel Fachforum Gesundheit**  
<https://veranstaltungen.tagesspiegel.de/fachforum-gesundheit-lebensqualitaet>
  - 16./17. Januar (Düsseldorf) **Gesundheitskongress Health 4.0**  
<http://www.health3punkt0.com/#&panel1-1>
  - 17./18. Januar (Kiel) **Kongress Vernetzte Gesundheit**  
<http://www.vernetzte-gesundheit.de/grusswort/>
  - 19. Januar (Heidelberg) **Gesundheitspolitische Perspektiven nach der Wahl**  
[www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de](http://www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de)
  - 19./20. Januar (Berlin) **Kongress Pflege 2018**  
<http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2018/>
  - 23./24. Januar (Berlin) **BMC-Kongress**  
<http://www.bmckongress.de/>
  - 7./8. Februar (München) **Kooperationsgipfel des BVDK**  
<http://www.kooperationsgipfel.de/der-kooperationsgipfel.html>
  - 19./20. Februar (Berlin) **23. Handelsblatt Jahrestagung Pharma 2018**  
<http://bit.ly/2jdCN0L>
  - 21.-24. Februar (Berlin) **33. Deutscher Krebskongress 2018**  
<https://www.dkk2018.de/keynotespeakers.html>
  - 22./23. Februar 2018 (Berlin) **KassenGipfel**  
<http://mcc-seminare.de/de/gesundheit/kassengipfel-2018/event.view./>
  - 23. Februar (Berlin) **Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen?**  
<http://www.grpg.de/index.php?id=veranstaltungen0>
- NEU:** 13. und 14. März 2018 (Köln) **Gesundheitskongress des Westens**  
<http://www.gesundheitskongress-des-westens.de/home.html>
- 15.-17. März (Berlin) **Deutscher Pflgeetag 2018**  
<https://deutscher-pflegetag.de/>
- NEU:** 20./21. April 2018 (Dresden) **6. Interprofessioneller Gesundheitskongress**  
<http://www.gesundheitskongresse.de/dresden/2018/>
- NEU:** 20./21. April (Berlin) **13. Kongresse des Berufsverbandes der Rheumatologen**  
<http://www.rheumaakademie.de/85.html>

\*\*\*

© GesundheitsPolitischer Brief (GPB)

Herausgeber und verantwortlich: Dr. Albrecht Kloepfer

Tel/Fax: 030 784 41 92

E-Mail: [info@albrecht-kloepfer.de](mailto:info@albrecht-kloepfer.de)

Internet: [www.albrecht-kloepfer.de](http://www.albrecht-kloepfer.de)