



HIGHLIGHTS

Gesundheitspolitischer Wochenrückblick
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung

49 KW

2018

Inhalt

Montag, 10. Dezember 2018

INHALT	2
EDITORIAL	3
NEWS	4
Europa und die Welt	4
Regierung, Ministerien und Bundesbehörden	4
Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit	7
Länder und Regionen	8
Gremien der Selbstverwaltung	9
Aus der Kassenlandschaft	11
Neue Versorgung	12
Krankenhäuser	14
Industrie und Arzneimittel	15
Verbände	15
Pflege	16
Aus- und Weiterbildung	17
FREIGEIST	18
Endlich Klarheit!	18
MONDPHASE	19
Nein zum Systemumbau durch versorgungsfremde Investoren!	19
<i>Von Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)</i>	19
FÜR LESEJUNKIES	21
Aktuelle Newsletter	21
Neuerscheinungen	21
TERMINE	22



Editorial

Montag, 10. Dezember 2018

Gegen die niedergelassenen Ärzte wird gerade ein Zweifrontenkrieg geführt: Zum einen schickt sich die Politik an, die ärztliche Berufsausübung immer kleinteiliger zu regeln (das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist hier nur vorläufiger Höhepunkt), zum anderen droht dem freiberuflichen Stand der Ärzteschaft durch potente Investoren ein unrühmliches Ende. Beide Entwicklungen sind seit mindestens zehn

Dr. Albrecht Kloepfer
Herausgeber

Jahren erkennbar, und beiden Entwicklungen hätte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schon damals entschlossen und mit eigenen, weiterführenden Konzepten entgegenstellen müssen. Stattdessen hat sie sich – getrieben von ihrer Vertreterversammlung und ihren regionalen Strukturen – in eine Art „Lobbyarbeit der Dinosaurier gegen die Eiszeit“ geflüchtet, deren Scheitern Kennern von Anfang an klar sein musste (aber mancher Doc und mancher Funktionär konnte sich mit dieser Vogel-Strauß-Taktik tatsächlich noch in die Rente retten).

Dass es mit dieser Verweigerungshaltung ein Ende hat, scheint nun auch der KBV-Führung klar geworden zu sein. Bereits vor einigen Wochen betrat sie mit einem Konzept für Intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) die Bühne, jetzt fordert Stefan Hofmeister im Rahmen der KBV-Vertreterversammlung von der Politik Instrumente zur Versorgungssteuerung, die vor Jahren noch mit Abscheu und Empörung als Einmischung in innerärztliche Angelegenheiten zurückgewiesen worden wären.

Die neue Linie ist erkennbar, und sie wurde auch von Dirk Heinrich bei der Hauptversammlung des NAV-Virchowbundes bereits vorgezeichnet (man darf eine „Hamburg-Connection“ vermuten): Die niedergelassenen Ärzte stemmen sich nicht länger gegen unaufhaltsame Erneuerungsprozesse in der Berufsausübung, sondern sie gestalten sie selbst! Das wurde höchste Zeit – denn diverse Ansätze, neue Führung zu übernehmen, hatte man zuvor zerschlagen und damit dem „Gegner“ (Politik, Krankenhäusern, Investoren, anderen Ärzteverbänden) in die Hand gegeben.

Zu den Herausforderungen, die von den Körperschaften nun *endlich* angegangen werden müssen, wenn diese noch eine Existenzberechtigung behalten wollen, gehören tatsächlich die Mega-Themen der ambulanten Versorgung des 21. Jahrhunderts. Und es ist noch längst nicht ausgemacht, dass es der KBV gelingt, sich hier wieder vom Bremser- ins Treiberhäuschen zu setzen:

- Digitalisierung – und zwar weiter gedacht als das KV-Safenet
- abgestufte, kooperative Konzepte für die Chronikerversorgung
- nachwuchsorientierte ärztliche Anstellungsverhältnisse
- Investorenzugang, Überwindung der Versorgungskleinteiligkeit

Hier liegen die Hausaufgaben, und es ist erkennbar, dass die vertragsärztliche Führungsriege auf allen diesen Feldern (tatkräftig unterstützt vom NAV-Virchowbund) um neue Konzepte und neue Mehrheiten ringt. Spannend und noch unentschieden bleibt allerdings die Frage, ob dieses konstruktive Aufbäumen nicht bereits zu spät kommt. On verra...

Dr. Albrecht Kloepfer

News

Europa und die Welt

ärztederwelt 5.12.18

Ärzte der Welt und fünf weitere Organisationen haben Berufung gegen die Entscheidung des Europäischen Patentamts (EPA) eingelegt, ein Patent von Gilead auf Sofosbuvir aufrechtzuerhalten. Das teilte „Ärzte der Welt“ am Mittwoch mit. Das Patent auf den Wirkstoff erfülle nicht die notwendigen juristischen und wissenschaftlichen Voraussetzungen, seien die Organisationen Ärzte der Welt, Ärzte ohne Grenzen, AIDES (Frankreich), Access to Medicines Ireland, Praxis (Griechenland) und Salud por Derecho (Spanien) überzeugt.

Regierung, Ministerien und Bundesbehörden

bmg 5.12.18

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn stellte am Montag ein Gesetzspaket vor, um die Versorgung der Patienten mit Heilmitteln zu stärken und die Arbeitsbedingungen von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen und Diätassistenten zu verbessern. Das teilte das Ministerium am Montag mit. Die geplanten gesetzlichen Neuregelungen sollen als Änderungsanträge in ein laufendes Gesetzgebungsverfahren einfließen, damit sie zum 1. April 2019 in Kraft treten könnten. Zentrale Anliegen des Gesetzes sind dauerhaft angemessene Preise für Heilmittelleistungen, eine Ausgangsbasis für ein neues Vertragssystem, bundesweit gleiche Preise für gleiche Leistungen, gleiche und vereinfachte Zulassungsbedingungen für alle und mehr Versorgungsverantwortung für Heilmittelerbringer.

hib 5.12.18

Die Nutzung telemedizinischer Anwendungen in der Gesundheitsversorgung ist offenbar noch nicht so weit fortgeschritten. Das geht aus dem Bericht des Bewertungsausschusses zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung hervor, der als Unterrichtung der Bundesregierung vorliegt. Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und telemedizinische Videosprechstunden seien im Zeitraum zwischen dem 1. April und dem 31. Dezember 2017 "noch nicht in nennenswertem Umfang erbracht" worden. Die technischen Voraussetzungen für eine telemedizinische Leistungserbringung seien zum 1. April 2017 nur in geringem Umfang vorhanden gewesen. Die weitere Entwicklung bleibe abzuwarten.

bmg 5.12.18

Die Krankenkassen haben im 1. bis 3. Quartal 2018 einen Einnahmenüberschuss von rund 1,86 Mrd. Euro erzielt. Das teilte das Bundesgesundheitsministerium am Mittwoch mit. Damit habe sich der Überschuss im Vergleich zum 1. Halbjahr, in dem die Krankenkassen ein Plus von 720 Mio. Euro verbuchten, mehr als verdoppelt. Die Betriebsmittel und Rücklagen der Krankenkassen seien bis Ende September auf einen Wert von rund 21 Mrd. Euro gestiegen. Im Durchschnitt entspreche das etwa 1,1 Monatsausgaben und damit mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kommentierte, die Kassen sollten im kommenden Jahr alle Spielräume konsequent nutzen, um ihre Zusatzbeiträge zu senken.

ix 7.12.18

Bundesgesundheitsminister **Jens Spahn** (CDU) will sich **am 18. Januar** im Rahmen eines **Diskussionsforums der KBV zum** Terminservice- und Versorgungsgesetz (**TSVG**) **äußern**. Das berichtet der Ärztenachrichtendienst am Freitag. Spahn hatte ursprünglich geplant, bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Freitag in Berlin das TSVG zu verteidigen. Der Termin musste aufgrund des gleichzeitig stattfindenden CDU-Parteitags in Hamburg.

bmg 7.12.18

Am Freitag wurde der aktuelle **Jahresbericht der deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht** (DBDD), ehemals bekannt unter dem Namen „REITOX-Bericht“, **veröffentlicht**. Sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen nimmt Cannabis unter den illegalen Drogen weiterhin die prominenteste Rolle ein. Im Vergleich zu anderen Drogen dominiert Cannabis mit einer 12-Monats-Prävalenz von 7,3% unter 12- bis 17-Jährigen und 6,1% unter 18- bis 64-Jährigen deutlich. Der Anteil der Jugendlichen und Erwachsenen, die im gleichen Zeitraum irgendeine andere illegale Droge konsumiert haben, liegt bei 1,2% bzw. 2,3%. Basierend auf den aktuellsten Bevölkerungsumfragen des Jahres 2015 haben in Deutschland etwa 14,4 Mio. Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren sowie 479.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren zumindest einmal in ihrem Leben eine illegale Droge konsumiert.

ix/bmbf 6.12.18

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (**BMBF**) hat eine **Richtlinie** zur Förderung von Forschung zur Stärkung der **Evidenzbasierung und des Transfers in der Präventionsforschung** veröffentlicht. Um die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von verhaltens- sowie verhältnisorientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung bemessen zu können, bedürfe es der Erforschung insbesondere von Langzeiteffekten bereits implementierter Maßnahmen. Zudem sei es erforderlich, genau zu analysieren, wie Präventionsmaßnahmen unter verschiedenen Rahmenbedingungen wirken. Dies sei entscheidend für den erfolgreichen Transfer wirksamer Maßnahmen in die Breite.

hib 5.12.18

Luftrettung mittels Rettungshubschraubern (RTH) fällt in die Gesetzgebungszuständigkeit und **Organisationshoheit der Länder**. Das geht aus der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion** hervor. Der Bund habe laut Vorlage die verfassungsrechtliche Kompetenz über die Verteidigung und den Zivilschutz, sei also für den Schutz der zivilen Bevölkerung vor kriegsbedingten Gefahren zuständig. Für diese Aufgabe habe er den Angaben zufolge an zwölf Luftrettungszentren (LRZ) Zivilschutzhubschrauber (ZSH) im Einsatz. Sie seien Bestandteil der sogenannten ergänzenden Ausstattung nach Paragraph 13 des Gesetzes über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes, wie die Bundesregierung weiter ausführt.

hib 5.12.18

Die Bundesregierung arbeitet derzeit an einem **Gesetzentwurf** für mehr **Sicherheit in der Arzneimittelversorgung**. In dem vorliegenden Referentenentwurf würden auch Konsequenzen als Reaktion auf jüngst bekannt gewordene Vorkommnisse in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen, heißt es in der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion**.

hib 6.12.18

In **Deutschland** kommt es nach Hochrechnungen des Nationalen Referenzzentrums (NRZ) jedes Jahr zu **400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen**. Das geht aus der **Antwort der Bundesregierung auf eine**

Kleine Anfrage der FDP-Fraktion hervor. Die Zahl der durch die sogenannten nosokomialen Infektionen verursachten Todesfälle lägen bei 6.000 bis 15.000 pro Jahr. Die häufigsten nosokomialen Infektionen beträfen den Angaben zufolge untere Atemwegsinfektionen (24%), postoperative Wundinfektionen (22,4%) und Harnwegsinfektionen (21,6%). Bei der Bewertung der Todesfälle sei zu berücksichtigen, dass viele Betroffene an schweren Grunderkrankungen litten, die auch ohne Krankenhausinfektion häufig zum Tod führten.

hib 6.12.18

Die Bundesregierung geht langfristig von einem **weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen** aus. Zusammen mit der gesetzlich vorgeschriebenen Dynamisierung der Leistungen führe dies zu einer auf lange Sicht "schwer kalkulierbaren Beitragssatzsteigerung", heißt es in der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion**. Die Beitragssteigerung hänge von zahlreichen Faktoren ab. Durch den Einsatz der Mittel aus den Pflegevorsorgefonds werde ab 2035 eine Stabilisierung erreicht. Da die Pflegeversicherung ein Teilleistungssystem sei, könne eine private kapitalgedeckte Eigenvorsorge sinnvoll sein, um ein höheres Leistungsniveau zu erreichen, heißt es in der Antwort weiter. Über die bestehende Förderung der privaten Vorsorge hinaus seien keine weiteren Initiativen vorgesehen.

hib 6.12.18

Von **freiberuflichen Hebammen** verursachte **Geburtsschäden sind selten**. Nach Angaben des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) wurden bei einer Kalkulation für die Jahre 2002 bis 2014 im Mittel **rund 20 Geburtsschäden pro Jahr** zur Berufshaftpflicht gemeldet. Das geht aus der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen** hervor. Die Fallzahlen schwankten demnach in den untersuchten Jahren zwischen sechs und 31 Fällen. Für den Bereich der angestellten Hebammen in Kliniken liegen keine Angaben vor. Zu den Risiken gehören einem Gutachten zufolge unter anderem schwere Vorerkrankungen der Mutter, mangelhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen sowie mangelhafte Qualifikation.

hib 7.12.18

Mit dem "**Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung**" will die Bundesregierung Gesundheit und Lebensqualität der Menschen verbessern und den **Standort Deutschland in der Gesundheitsforschung an die internationale Spitze führen**. Das schreibt die **Bundesregierung in einer Unterrichtung**. Die Medizin stehe vor Herausforderungen wie Krebs, Diabetes und Demenz. Menschen seien aufgrund der globalen Mobilität mit neuen Krankheitserregern konfrontiert und Umwelteinflüssen wie Feinstaub oder Lärm ausgesetzt. Das Programm gliedere sich in zwei Leitlinien und drei Handlungsfelder. Die Leitlinien lauteten "Der Mensch im Mittelpunkt" und "Personalisierung und Digitalisierung als Schlüssel". Die drei Handlungsfelder heißen "Forschungsförderung - Krankheiten vorbeugen und heilen", "Innovationsförderung" und "Strukturförderung - Forschungsstandort stärken".

hib 7.12.18

Durch europaweit **einheitliche Regularien** sollen **Medizinprodukte besser kontrolliert** und damit sicherer werden. So seien 2017 EU-Verordnungen über Medizinprodukte (MDR) und In-vitro-Diagnostika (IVDR) in Kraft getreten, die ab 2020 beziehungsweise 2022 gelten sollen, heißt es in der **Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke**. Als Reaktion auf den Skandal um minderwertige Brustimplantate sei bereits ein deutlich verbesserter

Rechtsrahmen in Bezug auf Qualität und Arbeitsweise der Benannten Stellen erreicht worden. In der Folge sei die Zahl der Benannten Stellen von etwa 80 auf 55 gesunken. Mit der EU-Verordnung über Medizinprodukte sollten weitere Verbesserungen erreicht werden, indem die Anforderungen an die Organisation, Ausstattung und qualitätsgesicherte Arbeitsweise der Benannten Stellen detaillierter und strenger geregelt würden.

Bundestag und BT-Ausschuss Gesundheit

ix/fraktiongrüne 5.12.18

Als „**reines Ablenkungsmanöver**“, hat **Maria Klein-Schmeink**, Sprecherin der Fraktion der Grünen für Gesundheitspolitik den Vorwurf **Jens Spahns** bezeichnet, die **Kassen würden ihre Beiträge horten**. „Minister Spahn sollte als erstes endlich die versprochenen Vorschläge zur Reform des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen auf den Tisch legen, statt die Kassen aufgrund ihrer gestiegenen Rücklagen an den Pranger zu stellen“, so Klein-Schmeink. Die Rücklagen seien je nach Kassenart und Kasse sehr unterschiedlich und seien zudem aufgrund der geplanten Mehrausgaben durch diverse neue Gesetze schnell aufgebraucht.

ix 6.12.18

Der CDU-Gesundheitspolitiker **Alexander Krauß unterstützt** die Forderung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) nach **Terminsperrn für säumige Patienten**. „Wer das Gesundheitswesen missbraucht, muss auch die Konsequenzen tragen“, sagte Krauß, der innerhalb der Unionsfraktion Berichterstatter für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist. Werde mutwillig ein Termin versäumt, dann könne ein anderer Patient nicht behandelt werden. Deswegen bedürfe es im TSVG einer Regelung, die den wirklich Kranken nutzt. „Das Ziel des Gesetzes ist nicht nur eine schnellere Terminvermittlung, sondern auch eine effiziente Nutzung der vermittelten Termine“, so Krauß.

hib 3.12.18

Die **Fraktion Die Linke fordert Nachbesserungen** an dem Gesetz, das den **Zugang zu Cannabis als Medizin** regelt. Laut Gesetz sei eine Ablehnung des Kostenerstattungsantrags durch die Krankenkassen nur in Ausnahmefällen möglich. Die Zahlen zeigten jedoch, dass die Krankenkassen das Ausnahme/Regelfallprinzip nicht befolgten und etliche Anträge abgelehnt würden. Die Abgeordneten fordern nun in einem Gesetzentwurf, den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen zu streichen. Damit würde Medizinalcannabis wie andere vom Arzt verschriebene Medikamente behandelt.

hib 5.12.18

Mit der **Aufklärung der Bevölkerung über Organ- und Gewebespenden** befasst sich die **Fraktion Bündnis 90/Die Grünen** in einer **Kleinen Anfrage**. Seit Einführung der sogenannten Entscheidungslösung 2012 seien die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten regelmäßig über Organspenden zu informieren. Dennoch hätten viele Bürger in einer Umfrage erklärt, sie wollten mehr Informationen zu dem Thema. Die Abgeordneten fragen die Bundesregierung nun konkret nach Art und Umfang der Informationskampagnen.

hib 6.12.18

Die **Fraktion Bündnis 90/Die Grünen** möchte über **Einrichtungen** informiert werden, die **Schwangerschaftsabbrüche vornehmen**. In einer **Kleinen Anfrage** möchte sie wissen, welche Bundesländer Auf-

stellungen mit solchen Einrichtungen veröffentlichen und welche Länder eine Veröffentlichung planen. Zudem fragt sie, wie viele Einrichtungen derzeit existieren und wie sich ihre Zahl seit 2004 entwickelt hat.

dptv 6.12.18.

Mit **mehr als 64.000 Zeichnungen** hat die **Petition der Psychotherapeutenverbände** an den Deutschen Bundestag gegen die Verschlechterung des freien Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung das **notwendige Quorum erreicht**. Das teilte die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung am Donnerstag mit. Ab 50.000 Stimmen werde eine Petition öffentlich beraten. Weitere 4.300 Unterschriften lägen von ausgelegten Listen vor. Die Petition wende sich gegen die Schaffung von neuen Hürden im Zugang zur Psychotherapie. Das im Kabinettsentwurf des TSVG vorgesehene Modell der „gestuften und gesteuerten Versorgung“ in der Psychotherapie sehe vor, dass besonders qualifizierte Ärzte und psychologische Psychotherapeuten – und nicht etwa der spätere Behandler – in Voruntersuchungen festlegten, zu welchem Hilfe- oder Therapieangebot die Betroffenen gehen dürften.

Länder und Regionen

msagd-rlp 7.12.18

Die rheinland-pfälzische Arbeits- und Sozialministerin Sabine **Bätzing-Lichtenthäler fordert eine zeitnahe Umsetzung Präventiver Hausbesuche**. Die Bundesregierung müsse zeitnah die Förderung des Auf- und Ausbaus Präventiver Hausbesuche in enger Abstimmung mit den Ländern und den Kommunalen Spitzenverbänden auf den Weg bringen, Bätzing-Lichtenthäler am Freitag. Einen entsprechenden Beschluss habe die Arbeits- und Sozialministerkonferenz am Donnerstag auf Initiative von Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz gefasst. Mit dem Konzept der präventiven Hausbesuche, wie es im Koalitionsvertrag auf Bundesebene vorgesehen sei, habe Rheinland-Pfalz über das Modellprojekt der Gemeindeschwester^{plus} bereits sehr gute Erfahrungen gemacht. Das belege auch der Mitte des Jahres vorgelegte Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation“, so Bätzing-Lichtenthäler.

ix 4.12.18

Die **Berliner Gesundheitssenatorin Dilek Kolat** (SPD) hat sich am Dienstag **überraschend von ihrem Staatssekretär Boris Velter** (SPD) **getrennt**. Velter sei in den einstweiligen Ruhestand versetzt worden, teilte die Verwaltung mit. „Die in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode anstehenden Herausforderungen haben diesen Wechsel erforderlich gemacht“, hieß es zur Begründung. Der 51-Jährige war seit 2016 Staatssekretär der Senatorin. Neuer Staatssekretär der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung wird der 53-jährige Martin Matz. Der gebürtige Bremer arbeitete von 2006 bis 2011 als Gesundheitsstadtrat im Bezirk Spandau. Seit 2011 war er Vorstandsmitglied im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz.

kvn 3.12.18

Die **KV Niedersachsen** hat in der vergangenen Woche eine **Klage gegen das Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben**. Das teilte die KVN am Montag mit. Die Klage richte sich gegen den BVA-Bescheid vom 13. September 2018 für die Krankenkassen. Aus Sicht des Vorstandes der KVN schränke der Bescheid in unzulässiger Weise die Vertragsfreiheit der Ärzte und Krankenkassen in Niedersachsen ein. Das BVA nenne konkrete Anforderungen an Honorarverträge, die weit über die gesetzlichen Vorgaben hinausgingen. Das betreffe zum Beispiel die sogenannten förderungswürdigen Leistungen, für die nach dem Gesetzestext

Vergütungszuschläge mit den Krankenkassen vereinbart werden könnten. Mit solchen Leistungen würden besondere Versorgungsangebote für Patienten gesichert und Versorgungslücken vermieden. Das BVA wolle förderungswürdige Leistungen in Bereichen ermöglichen, in denen bereits Versorgungslücken bestünden. Ein solches Vorgehen nannte Barjenbruch „unrealistisch“. Es sei absurd, dass man das Kind erst in den Brunnen fallen lassen müsse und erst dann über seine Rettung verhandele.

bläk 6.12.18

Die **Leichenschau** sei **in der gültigen Gebührenordnung** für Ärzte (GOÄ) **gnadenlos unterbewertet**, erinnerte Gerald Quitterer, Präsident der **Bayerischen Landesärztekammer** (BLÄK) am Donnerstag. Er plädierte für eine Herausnahme der Vergütung aus der GOÄ für Ärzte und für die Schaffung eines eigenen Rechtsrahmens. Werde der Arzt beispielsweise durch die Polizei zu einer Leichenschau gerufen, könne er dabei lediglich den einfachen Satz der Gebührenordnung in Höhe von 14,52 Euro (Nr. 100 GOÄ) plus Wegegebühren ansetzen. Zuschläge für eine Durchführung am Wochenende oder nachts könnten nicht berechnet werden. Dies werde der Bedeutung einer qualifizierten Leichenschau, die nicht nur den Tod, sondern auch die Begleitumstände und die Ursachen feststellt, nicht gerecht.

kvh 6.12.18

Der **Vorstand der KV Hessen** und der **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Hessen** fordern die hessischen Krankenkassen auf, **Finanzmittel zur Ansiedlung von mindestens 15 zusätzlichen Kinderarztsitzen** zur Verfügung zu stellen. Mithilfe detaillierter Versorgungsanalysen hätten die Regionen Hessens identifiziert werden können, in denen derzeit besonderer Bedarf an zusätzlichen Kinderärzten bestehe. Vor Beginn der Honorarverhandlungen für das Jahr 2019 sei es für KV und Berufsverband wichtig, die hessischen Krankenkassen an dieser Stelle an ihre gesamtgesellschaftliche Verantwortung zu erinnern. Es könne nicht sein, dass dieser zusätzliche Bedarf aus dem Honorartopf der Kinder- und Jugendärzte bedient werde. Dies würde die Honorarsituation der derzeit noch aktiven Kinderärzte deutlich verschlechtern und eine Niederlassung noch zusätzlich unattraktiv machen.

Gremien der Selbstverwaltung

kbv 7.12.18

Die die **Vertreterversammlung der KBV** hat am Freitag die **Resolution** „Gesetzentwurf für ein **TSVG** (Terminservice- und Versorgungsgesetz) **in der vorliegenden Form zurückweisen**“ verabschiedet. Das Gesetz gehe von einer mangelnden Einsatzbereitschaft der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten aus, greife in die Abläufe der Praxen ein und beraube die ärztliche Selbstverwaltung ihrer Gestaltungsbefugnisse. Nachhaltig genügende Arztzeit brauche ausreichenden beruflichen Nachwuchs. Budgetdeckel auf den Honoraren, Regressdrohungen und zunehmender staatlicher Dirigismus im ärztlichen Alltag seien fatale Leistungsbremsen. Sie schreckten potenzielle Einsteiger ab und verschärfen so den Ärztemangel in der Zukunft.

kbv 6.12.18

Die KBV fordert, die **Finanzpolster der gesetzlichen Krankenversicherung in die medizinische Versorgung zu investieren**. Die Versicherten in Deutschland zahlten nicht Monat für Monat einen hohen Beitrag, um die Kassen reicher zu machen, kritisierte **KBV-Chef Andreas Gassen**. Die Kassen horteten Milliardensummen, kämen aber für die

Behandlung ihrer Versicherten in den Arztpraxen nicht in voller Höhe auf. Damit müsse jetzt Schluss sein. Gassen forderte die Aufhebung der Honorarbudgets. Wenn die Krankenkassen im ersten Schritt zumindest die Grund- und Versichertenpauschalen in voller Höhe bezahlen würden, wären viele der scheinbaren Probleme vom Tisch, die Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit seinem kleinteiligen und bürokratischen Terminservice- und Versorgungsgesetz lösen wolle, so Gassen.

kbv 6.12.18

Mangelnde Wertschätzung für die Arbeit der Ärzte und Psychotherapeuten, stattdessen **Kontrolle, Bevormundung und Misstrauen** – das sei „der Geist“, den das für das kommende Jahr angekündigte **Terminservice- und Versorgungsgesetz** (TSVG) atme, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), **Stephan Hofmeister**, am Freitag auf der Vertreterversammlung seiner Organisation in Berlin formuliert. Ärzte würden einfach nur vernünftig ihre Arbeit machen wollen, doch die kleinteiligen und dirigistischen Regelungen der Politik würden sie daran hindern, so Hofmeister. „Für die Leistungsträger des Gesundheitssystems, welche die Versorgungslast tatsächlich schultern, für die sind viele Regelungen des Gesetzes, ja schon die grundsätzliche Stoßrichtung ein purer Zynismus“, kritisierte der KBV-Vize.

kbv 3.12.18

Die **KBV** möchte ihre Informationsangebote konzentrieren und **stellt ihren Patienten-Newsletter ein**. Sie verweist auf weitere Angebote, die weiterhin Themen aufgreifen, die bisher im Patienten-Newsletter abgebildet gewesen seien. Hierzu gehörten Veranstaltungshinweise, Broschüren und Flyer der KBV oder die Kurzinformationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Das Patientenmagazin „Zimmer eins“ läuft weiter, sowohl als barrierefreies PDF-Magazin als auch bundesweit in den Wartezimmern der Arztpraxen: www.kbv.de/html/zimmer-eins.php

kzbv 3.12.18

Rund **919.000 Besuche von Zahnärztinnen und Zahnärzten** wurden im Jahr **2017** in der aufsuchenden Versorgung geleistet. Das teilte die KZBV am Montag mit. Dies sei im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um rund 2,4%. Die Abrechnungsdaten der aufsuchenden Betreuung verdeutlichten, dass die neuen Leistungen im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes hohe Akzeptanz erführen und die Angebote schwerpunktmäßig bei den Patienten ankämen, die im zahnärztlichen Konzept der Alters- und Behindertenzahnheilkunde Zielgruppe der Bemühungen seien.

bäk 6.12.18

Die für die **Prüfung der Transplantationszentren** in Deutschland zuständigen Kontrollgremien von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband haben bei der Vorstellung ihres **Jahresberichtes 2017/2018** eine positive Bilanz ihrer Arbeit gezogen. In den Transplantationszentren habe in den vergangenen Jahren ein wahrer Struktur- und Kulturwandel stattgefunden, sagte der Vorsitzende der Überwachungskommission, Hans Lippert. Grund für die positive Entwicklung sei nicht nur, dass jedes Zentrum bei Richtlinienverstößen mit dienstrechtlichen und/oder strafrechtlichen Konsequenzen rechnen müsse.

Aus der Kassenlandschaft

[ix/dfg 5.12.18](#)

Zwischen den Verwaltungskosten der Krankenkassen pro Versichertem gibt es **große Unterschiede**: Bei gleicher Leistung reichen sie von **69,66 EUR bis zu 252,70 EUR jährlich**. Das geht aus dem neuesten **dfg-GKV-Bilanz-Ranking 2017** des "dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik" hervor. Demnach seien die Leistungen für die Versicherten fast identisch, aber bei den "Verwaltungskosten" für die Kundenbetreuung klafften im Jahr 2017 bei den 112 noch existierenden Krankenkassen recht gewaltige Unterschiede. Trotz aller Sparbemühungen habe die GKV für die "Verwaltung" der über 72 Millionen Versicherten im vergangenen Jahr fast 10,9 Mrd. EUR aufgewendet. In den ersten neun Monaten des Jahres 2018 seien die GKV-Verwaltungskosten um 5,2% bzw. 405 Mill. EUR auf über 8,2 Mrd. EUR gestiegen.

[gkv 5.12.18](#)

Der **GKV-Spitzenverband begrüßt** das Vorhaben des Bundesgesundheitsministers, die **Rahmenbedingungen für die Heilmittelerbringer**, wie beispielsweise Physio- und Ergotherapeuten, zu **verbessern**. Das vorgeschlagene Modell einer Einheitsvergütung vom Bodensee bis an die Müritz lehnt der Verband jedoch ab, wie er am Mittwoch mitteilte. Um auch künftig für eine leistungsgerechte Vergütung zu sorgen, sei erstens auf Bundesebene eine einheitliche Definition notwendig, welche Leistungen mit welchem Aufwand erbracht würden. In einem zweiten Schritt sollte es dann regionale Preisverhandlungen mit den Krankenkassen geben, um regionale Versorgungsbedarfe und Kostenstrukturen abbilden zu können. Überdies wirke es wie aus der Zeit gefallen, dass angehende Physiotherapeuten und ähnliche Berufe heutzutage teilweise noch Schulgeld bezahlen müssten. Hier seien die Länder gefordert, endlich für kostenlose Schulangebote zu sorgen und diese auch zu finanzieren.

[vdek 7.12.18](#)

Der **vdek fordert** die Politik auf, **Konsequenzen aus den aktuellen Medienrecherchen zu fehlerhaften Medizinprodukten** zu ziehen. Auf der Mitgliederversammlung des Verbandes erklärte der ehrenamtliche Verbandsvorsitzende Uwe Klemens, man brauche rasch gesetzliche Regeln, die dafür sorgten, dass schädliche Produkte wie selbstauflösende Stents oder defekte Brustimplantate erst gar nicht in die Versorgung gelangten. Rasch aufgebaut werden sollte nach Auffassung der Ersatzkassen auch das von der Politik bereits geplante Deutsche Implantateregister, das selbstverständlich auch für sämtliche Hochrisikomedizinprodukte verpflichtend sein sollte.

[aok-bv 5.12.18](#)

Der **AOK-Bundesverband** unterstützt grundsätzlich die Bemühungen des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), mit der Lebensmittelindustrie zu Vereinbarungen über eine **Reduktion von Zucker, Fetten und Salz** in Fertigprodukten zu kommen. **Skeptisch** bewertet der Verband allerdings den Ansatz, dies **auf freiwilliger Basis** anzustreben und keine genauen Zielquoten verbindlich festzulegen. Dementsprechend fordert der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme zum Entwurf der "Nationaler Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten" des BMEL die konkrete Reduktion des Zuckergehalts in zuckergesüßten Erfrischungsgetränken, Milchprodukten und Frühstückscerealien um 50%. Außerdem solle der Zeitrahmen, innerhalb dessen die Ziele erreicht werden sollten, auf das Jahr 2025 verkürzt werden.

wido 6.12.18

Die Qualitätsvorgaben des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) werden viel zu langsam und halbherzig umgesetzt. Darauf hat der **AOK-Bundesverband** aus Anlass der Veröffentlichung des "**Qualitätsmonitor 2019**" hingewiesen. "Der feste Wille zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität ist in der aktuellen Krankenhaus-Gesetzgebung der Großen Koalition, aber auch in der Krankenhausplanung der Bundesländer nicht mehr erkennbar", kritisierte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Er verwies insbesondere auf die schleppende Umsetzung von Mindestmengen und Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung. "Die Fristen für die Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollten mit einem KHSG II deutlich verkürzt und die Prozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss Dossier zum finden. Link zum Qualitätsmonitor 2019: <https://tinyurl.com/yd9r4r56>.

securvita 7.12.18

Die **Securvita Krankenkasse** wird ihren **Zusatzbeitrag zum 1. Januar 2019 um 0,6 Prozentpunkte auf 1,1% senken**, wie die Kasse am Freitag mitteilte. Das habe der Verwaltungsrat der Krankenkasse auf seiner letzten Sitzung beschlossen. Zusätzlich zur Beitragssenkung baue die Securvita aktuell ihre Leistungen für Familien wie auch bei Zahnbehandlungen, Gesundheitsförderung und Prävention weiter aus. Die SECURVITA Krankenkasse ist eine gesetzliche Krankenkasse und hat rund 225.000 Versicherte.

bkk firmus 4.12.18

Die **Krankenkasse "BKK firmus"** senkt im neuen Jahr den **Zusatzbeitrag** für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer **auf 0,44%**. Dies hat der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 29.11.2018 einstimmig beschlossen, wie die Kasse am Montag mitteilte. Statt bisher 0,6% zahlten Beschäftigte und Rentner zukünftig noch 0,22% zusätzlich. Im Durchschnitt liege der Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung 2019 bei 0,9%. Die BKK firmus ist entstanden durch den Zusammenschluss mehrerer Betriebskrankenkassen in Nord-West-Deutschland. Sie betreut rund 90.000 Kunden und über 17.500 Arbeitgeber.

Neue Versorgung

gba 5.12.18

Der **Innovationsausschuss** beim Gemeinsamen Bundesausschuss hat eine **Übersicht über 38 neue Projekte zu neuen Versorgungsformen** veröffentlicht, die zukünftig gefördert werden. Die Projekte verteilen sich auf die sechs Themenfelder Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle (9), Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle (1), Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen (15), Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen (4), Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung (2) und Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen (7). Sobald die Förderempfänger die erforderlichen Auflagen erfüllt haben, können sie in Abhängigkeit des Projektfortschritts jedes Quartal Fördermittel anfordern.

ix/fes 3.12.18

Die **Friedrich-Ebert-Stiftung** hat ein **Positionspapier zur Qualität in der sektorenübergreifenden Versorgung veröffentlicht**. Darin zeigen ausgewiesene Experten des deutschen Gesundheitswesens auf, wie Qualität als ein zentrales Steuerungselement für eine patientenzentrierte, populations- und regionsorientierte Neuausrichtung des Gesundheitswe-

sens eingesetzt werden kann. Im Mittelpunkt steht das Ziel, das Gesundheitssystem weniger auf die Interessen der Institutionen, sondern stärker auf die Interessen der Patientinnen und Patienten auszurichten.

kbv 7.12.18

KBV-Vorstandsmitglied **Thomas Kriedel** betonte am Freitag in seiner Rede vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin die Vorarbeit der KBV in den Bereichen Qualität, Digitalisierung und Telematik-Infrastruktur. Die Akteure im Gesundheitswesen könnten die Digitalisierung am besten gestalten, meinte Kriedel und verwies damit auf einen **Erfolg bei der elektronischen Patientakte** (ePA): In einem Letter of Intent von KBV, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband war am Dienstag der KBV die Verantwortung für die medizinischen Standards in der ePA übertragen worden. Die KBV verfüge über Erfahrung und werde sich an internationalen Standards orientieren. Bei der KBV spielten außerdem wirtschaftliche Interessen keine Rolle. Damit wies Kriedel Kritik an dieser Aufgabenverteilung von sich. Das Vorstandsmitglied bezog auch Stellung zur Bürokratielast, zur Qualitätssicherung und zum ärztlichen Bereitschaftsdienst.

kbv/tk 4.12.18

Die **Techniker Krankenkasse (TK)** und die **KBV** schließen **12.000 Arztpraxen an die elektronische Gesundheitsakte TK-Safe** an. Die Projektpartner haben eine Lösung für einen Datenaustausch zwischen den verschiedenen Computersystemen entwickelt, teilten TK und KBV mit. Dadurch könnten ab dem 1. Halbjahr 2019 die Ärzte direkt aus ihrer Praxissoftware beispielsweise Laborbefunde, Arztbriefe und Röntgenbilder in die digitale Akte des Patienten speichern. Gleichzeitig können Patienten ihren Ärzten die Befunde von früheren Arztbesuchen auf digitalem Weg zur Verfügung stellen. Für den Datenaustausch nutzt das Projekt eine neu entwickelte Verbindung zwischen der elektronischen Gesundheitsakte TK-Safe und den verschiedenen Praxisverwaltungssystemen der Ärzte über den Kommunikationsdienst "KV-Connect" der KVen.

gkv-sv 3.12.18

Ab dem 1. Januar 2019 sind alle Gesundheitskarten der ersten Generation (G1-Karten) nicht mehr gültig, da das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) den Einsatz von Verschlüsselungstechniken in G1 plus-Karten verwendet werden, auf Ende des Jahres 2018 befristet hat. Das teilte der GKV-Spitzenverband am Montag mit. Mit Beginn des neuen Jahres können Versicherte dann nur noch eine G2-Karte benutzen. Kennlich seien diese an dem Kürzel "G2" oder "G2.1", das rechts oben unter dem Schriftzug "Gesundheitskarte" aufgedruckt sei.

dgtelemed 3.11.18

Die **Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed)** hat zusammen mit dem **Forum Telemedizin der ZTG Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH** ein **Positionspapier** erarbeitet, das Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung des Innovationsfonds beinhaltet, wie DGTelemed am Montag mitteilte. Die Handlungsempfehlungen des Positionspapiers lägen den Fokus auf sektorenübergreifende Kooperationen, die Anpassung der Ausschreibungsschwerpunkte, eine Konkretisierung und Differenzierung der Evaluationskriterien sowie auf die Schaffung klarer Vergütungsregelungen und die Implementierung in das GKV-Versorgungssystem.

ix 6.12.18

In **Hessen** wird in den kommenden drei Jahren ein **Telemedizin-System aufgebaut**, mit dem die **Versorgung von Intensivpatienten** verbessert werden soll. Das teilte BibliomedManager am Donnerstag mit. Das Land Hessen habe nach Angaben der Gesundheit Nordhessen Holding (GNH) für das Projekt Fördergelder in Höhe von fast 900.000 Euro bewilligt. Zur GNH gehöre das Klinikum Kassel, das zusammen mit dem Universitätsklinikum Frankfurt das Projekt „Tele-Intensivmedizin Hessen“ ins Leben gerufen habe. Die Tele-Intensivmedizin ermögliche es, die Behandlungspartner in der Region enger miteinander zu vernetzen, so Ralf Muellenbach, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie des Klinikum Kassel.

medi 3.12.18

Trotz Fristverlängerung durch den Gesetzgeber bleibt **MEDI-Chef Werner Baumgärtner** bei seiner **Klage gegen die Telematikinfrastruktur**. „Wir gehen zwei unterschiedliche Wege wegen der nicht erstatteten Kosten durch die KV Baden-Württemberg“, erklärt er in einem Video unter dem Link <https://bit.ly/2FUtRYX>. Dabei handele es sich zum einen um eine Widerspruchsklage gegen die KV und zum anderen um eine Feststellungsklage, wie man sie zurzeit auch vom Dieselskandal kenne. Im Verfahren werde sich zeigen, welcher Klageweg juristisch sinnvoll und möglich sei. Bis Ende des Jahres würden die beiden Klagen stehen.

Krankenhäuser

dkg/gkv 6.12.18

Der **Streit um Krankenhausrechnungen** zwischen Kliniken und Krankenkassen ist **auf Bundesebene beigelegt**. In einer gemeinsamen Pressemitteilung von GKV und DKG vom Donnerstag heißt es, unter **Vermittlung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn** hätten sich die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Spitzenverbandes der Krankenkassen (GKV-SV) sowie der Verbände der Kassenarten auf Bundesebene auf eine gemeinsame Empfehlung für alle Klagefälle und Aufrechnungen geeinigt. Danach sollten die Konfliktparteien prüfen, vor Ort die Klagen und Aufrechnungen fallen zu lassen, sofern die neu definierten Kriterien zur Behandlung von Schlaganfall- und Geriatrie-Patienten erfüllt seien. Im Streit um die Abrechnung der Mehrwertsteuer bei Krebsmedikamenten empfehlen DKG und GKV-SV, die Klagen und Aufrechnungen ruhen zu lassen, bis das Bundessozialgericht dazu Anfang kommenden Jahres eine Entscheidung gefällt hat.

dkg 6.12.18

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** widerspricht einigen Aussagen aus dem **Qualitätsmonitor der AOK**. Der AOK-Bundesverband arbeite mit alten Zahlen, wenn er behaupte, dass etwa 30% der Krankenhäuser, die Herzklappen implantierten, weniger als 100 Eingriffe machten. Zahlen aus dem Jahr 2017 belegten, dass von 92 Krankenhäusern nur elf weniger als 100 Eingriffe hatten. Die Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) des GBA von 2015 habe bereits zu einer erheblichen Zentralisierung geführt.

sengpg 4.12.18

Nach erfolgreicher Modellphase an der **Charité** soll das **Präventionsprogramm Babylotse auf alle Geburtskliniken der Berliner Krankenhäuser ausgeweitet** werden. Das teilte die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung am Dienstag mit. Für die berlinweite Ausweitung stelle die Behörde 1,5 Mio. Euro jährlich zur Verfü-

gung. Berlin sei das erste Bundesland mit einer flächendeckenden Finanzierung des Babylotsenprogramms aus einer Hand. Das Angebot richte sich an Mütter und Väter, bei denen sich rund um die Geburt Anhaltspunkte für Belastungen ergäben.

Industrie und Arzneimittel

ix 10.12.18

Wie die FAZ in ihrer Ausgabe vom heutigen Montag meldet, spricht sich die **Monopolkommission** beim Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln und für mehr Wettbewerb aus. Ihr Vorsitzender **Achim Wambach** plädiert zudem für eine **Abkehr von der bundesweiten Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel**. Es wäre besser, den Apothekern zu erlauben, auf die festgelegten Preise „Rabatte bis zur Höhe der Zuzahlung gesetzlich Versicherter zu geben“, so Wambach zur FAZ. „Bundesweit feste Preise sind kein geeignetes Instrument, um regional Probleme zu beheben“, sagt er. Wenn auf regionaler Ebene Versorgungsprobleme drohten, dann müssten sie auch mit regional wirkenden Instrumenten gelöst werden. Er bringt dafür eine Förderung von Apotheken ins Spiel. Die müsste ausgeschrieben werden, den Zuschlag bekäme der Bewerber, der die geringste Subvention verlange.

phagro 6.12.18

Bernadette Sickendiek verlässt die Geschäftsführung des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels (**PHAGRO**) zum 31. Dezember 2018 und geht in den Ruhestand. Die Mitgliedsunternehmen verabschiedeten Mehr als 20 Jahre lang führte sie die Geschäfte des PHAGRO: Von 1983 bis 1991 – in dieser Zeit war sie auch Justitiarin des Verbands – und von 2005 bis 2018. Dazwischen lebte sie 14 Jahre in Lateinamerika.

Verbände

nav-virchow-bund 6.12.18

Rund 30% der über die **Terminservicestellen** der KVen vermittelten **Arzttermine werden unentschuldigt von den Patienten versäumt**. Das ergaben Rückmeldungen beim Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV-Virchow-Bund. Bei der jetzt geplanten gesetzlichen Ausweitung der Terminservicestellen müsse eine Sperre für diejenigen Patienten eingeführt werden, die ihren Termin unentschuldigt versäumten. Wer sich über die Vermittlungsstellen der KVen einen Termin besorge und ihn dann ohne rechtzeitige Absage nicht wahrnehme, der solle für vier Wochen für alle weiteren Termine über die Terminservicestellen gesperrt werden, so die Forderung des Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, Dr Dirk Heinrich.

alm 6.12.18

Die **Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM)** haben eine **Resolution verabschiedet**, in der sie Ihre **Kritik** an den im **TSVG** vorgesehenen Einschränkungen der Möglichkeit zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) äußern. Das teilte der Verband am Donnerstag mit. Die Resolution richte sich auch gegen Forderungen einzelner Interessengruppen nach einer regionalen Beschränkung von MVZ. In ihrem Papier mahnen die Labore zur Rückkehr zur Sachlichkeit in der Diskussion.

divi 7.12.18

Uwe Janssens wird zum 1. Januar 2019 **neuer Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)**. Die kommenden zwei Jahre wird der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler die Fachgesellschaft führen.

dank 5.12.18

Die **Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)** und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) **fordern eine Reduktion von Zucker in Softdrinks um 50%** und ein Verbot von Kinderwerbung für ungesunde Produkte. Zum kürzlich bekannt gewordenen Entwurf für eine Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten des Bundesernährungsministeriums erklärt Barbara Bitzer, Sprecherin der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) in einer Pressemitteilung am Mittwoch, bei Softdrinks reiche es nicht, eine deutlich zweistellige Zuckerreduktion zu fordern.

zwp-online 3.12.18

Der **Abrechnungsbetrug** hat allein **im zahnmedizinischen Bereich über eine Million Euro** betragen, wie ZWPonline berichtet. ZWP beruft sich auf den Bericht des GKV-Spitzenverbandes vom 28. November zu den gesicherten Rückforderungen der GKV für die Jahre 2016 und 2017. Von rund 24.000 abgeschlossenen Fällen seien 768 in den Leistungsbereich Zahnmedizin gefallen. Über die Höhe der Dunkelziffer ist nichts bekannt. Der größte Anteil habe mit mehr als 13 Mio. Euro den Bereich Arznei- und Verbandmittel betroffen. Die GKV bewerte den Anstieg der Hinweise als positiv, da dem Thema augenscheinlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werde. Allerdings zeigten die Zahlen zugleich, dass das Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein ernst zu nehmendes Problem sei.

vzbv 7.12.18

Der **Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)** begrüßt grundsätzlich die Erarbeitung einer Nationalen Reduktionsstrategie für verarbeitete Lebensmittel durch das BMEL. Das vorliegende Konzept berücksichtige jedoch nicht ausreichend die relevanten Faktoren, die für das Gelingen einer solchen Strategie notwendig seien. Der vzbv **fordert** unter anderem mehr **Verbindlichkeit für eine Teilnahme an der Reduktionsstrategie**, ein einheitliches und vollumfängliches Produktmonitoring, eine transparente Prozessbegleitung und Kommunikation sowie die Klarstellung, dass eine Verkleinerung der Portionsgröße keine ausreichende Reduktionsmaßnahme sei.

Pflege

bpa 4.12.18

Zum 1. Januar 2019 steigt der Pflegemindestlohn um 50 Cent pro Stunde. Für den Westen und Berlin gilt dann ein Stundenlohn von mindestens 11,05 Euro und für den Osten eine Mindestgrenze von 10,55 Euro pro Stunde. Das teilte der bpa Arbeitgeberverband am Mittwoch mit. Ungelernte Hilfskräfte verdienen damit in der Altenpflege mindestens 1,86 Euro bzw. 20% mehr als in anderen Branchen, für die dann der allgemeine gesetzliche Mindestlohn von 9,19 Euro pro Stunde gelte.

Aus- und Weiterbildung

spd 7.12.18

Die **Kultusminister der Länder** haben sich auf ein **neues Zulassungsverfahren zur Vergabe von Studienplätzen in der Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin sowie in der Pharmazie** geeinigt, wie die SPD am Freitag mitteilte. Im neuen Zulassungsverfahren ab Sommersemester 2020 würden **neben der Abiturnote** nun **weitere Kriterien** eine zentrale Rolle spielen. Unter anderem solle eine Eignungsquote eingeführt werden, nach der zehn Prozent der Studienplätze schulnotenunabhängig vergeben würden. Außerdem müssten im Auswahlverhalten der Hochschulen, das weiterhin sechzig Prozent ausmache, neben der Abiturnote zwei weitere von der Schulnote unabhängige Kriterien herangezogen werden. Eines davon werde ein fachspezifischer Studieneignungstest sein. Die Wartezeitquote, bei der junge Abiturientinnen und Abiturienten bis zu fünfzehn Semester auf einen Studienplatz warten mussten, soll wegfallen. Das habe rund zwanzig Prozent der Medizinstudierenden betroffen.

marburger bund 7.12.18

Der **Marburger Bund** kritisiert das **neue Zulassungsverfahren** zum Fach Medizin **als nutzlos**. Die Kultusministerkonferenz der Länder habe einen Formelkompromiss zustande gebracht, wo einheitliche, strukturierte und transparente Vorgaben notwendig gewesen wären, kommentierte Victor Banas, Vorsitzender des Sprecherrates der Medizinstudierenden im Marburger Bund, den Beschluss der KMK. Besonders enttäuschend sei, dass die Länder keine Bereitschaft erkennen ließen, die Anzahl der Studienplätze im Fach Medizin merklich zu erhöhen.

Freigeist

Endlich Klarheit!

9. Dezember 2018 – Dr. Jutta Visarius

AKK hat Friedrich Merz knapp geschlagen und Jens Spahn mehr als einen bloßen Achtungserfolg erzielt.

Gott sei Dank, denn langsam ging das Personalgerangel *geline gesagt auf die Nerven* – als läge das Zentrum der Welt in Hamburg mitten in der CDU.

Es war schon peinlich, wie diese Wahl mit allen Konsequenzen hochstilisiert wurde und auch jetzt noch arbeitet sich die Presse an der CDU regelrecht ab als wollte sie den letzten Tropfen aus der Zitrone pressen.

Die Welt hat – weiß Gott – andere Probleme.

Für Jens Spahn hat sich die nervige und anstrengende Fahrt auf dem Kandidatenkarussell gelohnt. Mit 157 Stimmen von 999 abgegebenen Stimmen muss sich er nicht verstecken und kann getrost – wie angekündigt – weiterarbeiten und sich *auf Höheres* vorbereiten. Wieder einmal hat sich gezeigt, dass seine Zielplanung kombiniert mit spontanen Entscheidungen und viel Mut zum Risiko erfolgreich ist. Aber er braucht auch Fortune und bis heute war ihm das Glück hold.

Er darf jetzt nur keine groben Fehler machen, weder fachlich noch parteipolitisch.

Fachlich muss er jetzt zeigen, was er kann – Pflege (Hermann Gröhe und seine Vorgänger sind so gut wie vergessen), Digitalisierung des Gesundheitswesens, Krankenhausstrukturreform, Integrierte Versorgung, eine Reform des Morbi-RSA, die Gesundheitsberufe und vieles mehr.

Jens Spahns Mannschaft im BMG ist hochqualifiziert und motiviert, sie muss nachhaltig vielen etwas Gutes zu tun und niemanden verprellen, eine Kunst im stark verminten Gesundheitswesen. Aber sie muss auch auf die Finanzen achten. Nicht jeder wird von jeder Entscheidung begeistert sein wie zur Zeit die niedergelassene Ärzteschaft. Da gilt es abzuwägen, wo die meisten Pfunde liegen. Dies ist aber für die Karriere unbedenklich, denn die Götter in Weiß sind längst entzaubert und übrig geblieben ist in der Bevölkerung ein Bild von geldaffinen Zukunftsverweigerern.

Die Spahntruppe muss also genau ausloten, wem sie wann vor das Schienbein treten kann. Die Industrie darf man nicht allzu sehr beschweren. Das wäre aus mehrerlei Gründen unklug. Man darf sie aber auch nicht außen vor lassen, damit es nicht heißt, Jens Spahn sei



ein Mann der Industrie. Gutes muss man jenen Gruppen tun, die in der Öffentlichkeit als unterprivilegiert gelten, und die sind schon ausersehen. In Wirklichkeit ist alles noch viel komplizierter.

Parteipolitisch wird das Unternehmen Parteivorsitz/Kanzler *ein Ritt über den Bodensee* – Ausgang ungewiss. Er muss sowohl mit AKK als auch mit dem Merzlager gut Freund sein, denn die Wahl auf dem Bundesparteitag war nur des Dramas 1. Akt. Jens Spahn muss in beiden Lagern *mitschwimmen* können, wenn er weiter Karriere machen will, inhaltlich und was persönliche Loyalitäten angeht. Gleichzeitig muss er sich eigene neue Seilschaften aufbauen, denn die alten wie die JU Freundschaften halten nicht mehr, die Zeit der fröhlichen Kinderspiele ist endgültig vorüber.

Er kann und darf sich aus den Parteiintrigen nicht heraushalten, darf sich aber auch nicht so beteiligen, dass es nachweisbar ist.

Einige behaupten, dass Jens Spahn bei der Paul Ziemiak-Nummer seine Finger im Spiel hatte. Sollte auch nur ein Hauch davon wahr sein, würde das Merz-Lager dies als Verrat betrachten.

Es könnte auch sein, dass dieses Gerücht nur gestreut wird, um Jens Spahn zu diskreditieren, wenn behauptet wird, dass Paul Ziemiak die Morgengabe für AKK sei.

Die CDU war immer ein Intrigantenstadel erster Güte und hier sind Künstler in dieser Disziplin am Werk.

Unerschrockenheit und eine Durchsetzungskraft allein reichen nicht, denn man muss klug agieren.

Die Eigenschaften, die man benötigt, um es in dieser Gemengelage bis ganz nach oben zu schaffen, gehören nicht zu den klassischen Tugenden.

Frei nach Erich Kästner: *Die Politik sieht nicht nach Zahlern und nach Kranken. Hinwiederum, man soll sie nicht beklagen, weil im Bezirk der Helden und der Sagen die anderen nicht wichtig sind.*

Mondphase

Nein zum Systemumbau durch versorgungsfremde Investoren!

Von Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)

Seit mehr als 60 Jahren stellt die Vertragszahnärzteschaft in Deutschland eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung sicher. Doch dieses Erfolgsmodell, unser Sicherstellungsauftrag und die freie Zahnarztwahl sind gefährdet durch den ungehinderten Zustrom versorgungsfremder Investoren. Arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren in Gestalt reiner Zahnarzt-MVZ (Z-MVZ) und deren Ketten, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ermöglicht wurden, haben das Interesse von Kapitalgesellschaften und Private Equity-Fonds am Dentalmarkt geweckt. Angesichts der Flaute auf den Finanzmärkten prognostizieren Berater in Hochglanzprospekten hohe, risikoarme Renditen. Gewinne werden dabei teils von Versichertengeldern der GKV finanziert.

Der gesamte Berufsstand sowie der Dachverband der europäischen Zahnärzte (Council of European Dentists – CED) betrachten die Kommerzialisierung und Industrialisierung durch Investoren als Bedrohung für die Patientenversorgung. Die Abwehr dieser Bedrohung war daher auch zentrales Thema des Deutschen Zahnärztetages.

Z-MVZ und versorgungsfremde Investoren – eine Bestandsaufnahme

Aktuell gibt es mehr als 600 Z-MVZ und ihre Zahl nimmt zu. Nach unseren Erkenntnissen befinden sich mindestens 75 Z-MVZ in Investorenhand. Weitere Zukäufe wurden angekündigt. Vor zwei Jahren gab es erst 29 Z-MVZ mit Investorenbeteiligung. Diese bewirkt einen Systemumbau zu Lasten von Patienten und freiberuflicher Versorgung, dem der Gesetzgeber konsequent begegnen muss. Die Versorgung wird erfolgreich durch freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte sichergestellt. Das darf nicht Kapitalinteressen von Investoren geopfert werden. Wir sind dem Gemeinwohl verpflichtet und – anders als Investoren - nicht maximalem Profit.

Alarmierende Konzentrationsprozesse



Unsere Analysen belegen, dass etwa Private Equity-Fonds, Kliniken übernehmen, um diese für den Aufbau von Z-MVZ und ganzer Ketten zu nutzen. Wir beobachten, dass solche Z-MVZ regional stark konzentriert sind und sich vor allem in Großstädten und einkommensstarken ländlichen Regionen ansiedeln. In Kombination mit dem demografischen Wandel können so Engpässe in ländlichen, strukturschwachen Gebieten entstehen. Auch Zahntechnikerhandwerk und Dentalindustrie bewerten die Entwicklung kritisch.

Negativverfahren im ärztlichen Bereich mit Konzernen und Unternehmen

Die Ausbreitung von Konzernstrukturen betrifft nicht nur Zahnärzte, sondern auch Ärzte und Apotheker. Private Geldgeber haben sich großer Leistungssegmente in Kliniken, Laboren, in der Dialyse und der Radiologie bemächtigt. Auch in die Pflege wird Fremdkapital eingebracht. In manchen Regionen sind ein Großteil der Arztsitze einer Fachgruppe in der Hand eines Konzerns. Monopolisierung droht und damit eine Versorgungsverschlechterung. Regional wird die Wahlfreiheit für Patienten eingeschränkt oder geht verloren. Es wird schwerer, wohnortnah Zugang zu einer unabhängigen Zweitmeinung zu finden. Für junge Ärzte wird es in betroffenen Regionen fast unmöglich, sich niederzulassen. Sogar für angestellte Ärzte kann es problematisch werden, wohnortnah den Arbeitgeber zu wechseln. Patienten und Ärzte können von einem Konzern regelrecht abhängig werden. So sind nach Angaben zahnärztlicher und ärztlicher Körperschaften in NRW allein in Nordrhein mehr als 80 Prozent der Sitze von Laborärzten in MVZ angesiedelt. Ein Unternehmen hält fast 14 Prozent der Sitze. Wir fürchten, dass solche Entwicklungen auch die zahnmedizinische Versorgung negativ verändert. Sie droht zum Spielball von Spekulanten zu werden.

Versorgungsfremden Investoren, die momentan in den Dentalmarkt strömen, kommen aus Schweden, Bahrain, der Schweiz, Jersey, den USA und aus Deutschland. Die KZBV konnte mindestens neun Gesellschaften identifizieren, die sich verstärkt einkaufen. Der Businessplan, nach dem Investoren oft vorgehen, ist berechnend: Schnelle Marktdurchdringung, Renditeoptimierung der aufgekauften Einheiten, das Investment dann nach einer Haltezeit mit hohem Gewinn veräußern. Bedarfsorientierte Versorgung und Patientenwohl stehen dabei kaum im Fokus. Hier wird nicht langfristig investiert, sondern kurzfristige Rendite angestrebt! Es verfestigt sich der Eindruck, dass sich Z-MVZ in der Hand von Investoren statt auf umfassende Betreuung besonders auf renditestarke Bereiche wie Implantologie oder aufwändigen Zahnersatz konzentrieren. Investoren verwalten große Summen und stehen erst am Beginn der Marktkonsolidierung. So soll etwa das Portfolio der Firma Colosseum Dental Deutschland nach eigenen Angaben auf mehr als 200 Z-MVZ wachsen (Quelle: Geschäftsführer Thomas Bäumer, änd vom 21. September 2018).

Die Problematik versorgungsfremder Investoren im europäischen Kontext

Im EU-Ausland ist diese Entwicklung bereits weiter fortgeschritten. Der CED warnt vor zunehmender Kommerzialisierung zahnärztlicher Leistungen durch fremdinvestorengesteuerte Dentalketten. Handfeste Negativbeispiele verdeutlichen das Problem (Quelle: zm 108, Nr. 21 vom 1. November 2018):

In Spanien wurde die Kette „iDental“ von den Behörden geschlossen. Zurück blieben Patienten, deren Behandlung zum Teil nicht begonnen wurde oder nicht beendet war. Dafür hatten sie sich bei Finanzanbietern verschuldet, die iDental vermittelt hatte. In Frankreich hatte die Kette „Dentexia“ Implantate zu Niedrigstpreisen angeboten. Patienten mussten im Voraus zahlen. Nach der Insolvenz der Kette blieben sie mit unvollendeten Behandlungen oder Behandlungsfehlern zurück.

Weitere besorgniserregende Berichte liegen vor, die von unethischen Praktiken und Druck auf Zahnärzte zeugen. Das hat schon Gerichte beschäftigt und Leid bei Betroffenen verursacht, die falsch behandelt und mutwillig getäuscht wurden. Die Hälfte aller Patientenbeschwerden in Spanien wendet sich gegen Ketten (Quelle: zm 108, Nr. 21 vom 1. November 2018). Wollen wir solche Zustände auch hierzulande haben? Die Antwort muss lauten: Nein!

Lösungsansatz: Gründungsberechtigung für Z-MVZ beschränken!

Anknüpfend an den Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes schlagen wir vor, die Grün-

dungsberechtigung von Kliniken für Z-MVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken. Abgesehen von Wirtschaftsinteressen gibt es keinen plausiblen Grund, warum über eine Klinik ohne zahnärztlichen Versorgungsauftrag in Schleswig-Holstein eine Z-MVZ-Kette am Tegernsee gegründet werden soll. Unser Vorschlag würde den Zugriff von Investoren im Dentalmarkt einhegen, ohne Spielraum für Ärzte und Kliniken grundlegend einzuschränken.

Aktive Beiträge für einen faireren Wettbewerb aller Praxisformen

Auch leisten wir aktiv Beiträge, um den faireren Wettbewerb aller Praxisformen zu ermöglichen. So dürfen Z-MVZ beliebig viele angestellte Zahnärzte beschäftigen. In bewährten Praxisformen lässt der Bundesmantelvertrag pro niedergelassenem Zahnarzt nur maximal zwei angestellte Zahnärzte zu. Diese Grenze soll gelockert und den Praxen mehr Flexibilität eingeräumt werden, um Wettbewerbsvorteile der Z-MVZ zu verringern. Diese Regelung greift auch das Argument auf, dass junge Kollegen zunächst gerne angestellt arbeiten. Die Zahl angestellter Zahnärzte je Vertragszahnarzt soll von zwei auf vier Vollzeitbeschäftigte oder entsprechend mehr in Teilzeit erhöht werden. Damit leisten wir als Körperschaften im Rahmen derzeitiger rechtlicher Möglichkeiten einen Beitrag zur patientenorientierten Weiterentwicklung der Versorgung und tragen den Wünschen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte Rechnung. Einer solchen Änderung des Bundesmantelvertrages müssen aber zunächst die Kassen zustimmen.

Fazit: Gemeinwohlorientierte Versorgung oder Rendite von Investoren?

Die Versorgung ist ein schützenswertes Gut, für das wir uns mit aller Kraft einsetzen. Regeln des Kapitalmarktes dürfen im Gesundheitswesen nicht uneingeschränkt gelten. Wenn aber Z-MVZ in strukturschwachen Gebieten Unterversorgung befeuern und in urbanen Regionen Über- und Fehlversorgung verstärken, dann ist das nicht im Sinne einer guten Versorgung. Angesichts negativer Erfahrungen mit versorgungsfremden Investoren fordern wir von der Regierung, unser berechtigtes Anliegen zur Eindämmung der Investorenproblematik aufzugreifen. Der ungebremste Zutritt von Investoren muss beendet werden! Die Politik steht vor Grundsatzentscheidungen von großer Tragweite: Soll gemeinwohlorientierte Versorgung der Rendite von Investoren geopfert und so der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens mit den beschriebenen Kollateralschäden Tür und Tor geöffnet werden? Oder sollen freiberufliche Zahnärzte in bewährten Praxisformen die Versorgung flächendeckend und wohnortnah erhalten? Beide Modelle sind nicht miteinander vereinbar. Das steht fest.

Für Lesejunkies

Aktuelle Newsletter

GBA aktuell Nr. 05 Dezember 2018

<https://www.g-ba.de/institution/service/publikationen/newsletter/158/>

Neuerscheinungen

Werte für die Medizin, Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. 2018, Kösel, 208 Seiten, 22,00 Euro

Eine neue Ethik der Sorge. Der Arztberuf und die Pflege werden immer mehr nach ökonomischen Kriterien bewertet. Das bedroht die Identität der Medizin und stellt ihre ursprünglichen Werte in Frage: Wenn die Behandlung nur noch unter dem Gesichtspunkt einer betrieblichen Investition gesehen wird, fehlt häufig die Zeit, um auf den Patienten einzugehen, im Gespräch richtig zuzuhören und die Menschen umfassend zu behandeln. Der Philosoph und Mediziner Giovanni Maio zeigt auf, wie es zu dieser Entwicklung kommen konnte, und regt eine Wertediskussion an. Er plädiert für eine Rückbesinnung auf Werte wie Geduld, Behutsamkeit und Reflektiertheit, um das Selbstverständnis der Medizin und der Heilberufe zu retten.



Termine

Dezember

11	15. DGIV-Bundeskongress http://dqiv.org/15-dqiv-bundeskongress-am-11-dezember-2018-in-berlin/	Berlin
12	DKI: Krankenhaus-Branchentreff 2018 https://www.dki.de/veranstaltungen/2706/krankenhaus-branchentreff-2018	Berlin
13/14	12. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit https://www.qualitaetskongress-gesundheit.de/kongress.html	Berlin
20	GBA: Öffentliche Sitzung des Plenums https://sitzungsanmeldung.g-ba.de/downloads/898/2_Tagesordnung_Plenum_2018-12-20_%C3%96ffentlichkeit.pdf	Berlin

Januar 2019

16/17	Vernetzte Gesundheit ... für alle! https://www.vernetzte-gesundheit.de	Kiel
NEU 16/17	15. contec forum Pflege und Vernetzung http://contecforum.de/	Berlin
22/23	BMC-Kongress 2019 https://www.bmcev.de/event/bmc-kongress-2019/	Berlin
23	RKI und Zi: 15 Jahre KV-Impfsurveillance https://www.zi.de/veranstaltungen/weitere-tagungen-workshops/gemeinsame-fachtagung-mit-dem-robert-koch-institut/	
23/24	7. Kongress „Gesundheitswirtschaft managen“ http://www.gesundheitswirtschaft-managen.de/	Münster
25/26	Kongress Pflege 2019 http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2019/	Berlin

Februar 2019

8	2. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung www.heidelberger-forum-gesundheitsversorgung.de	Heidelberg
---	--	------------

12/13 **24. Handelsblatt Jahrestagung Pharma 2019** Berlin
<https://veranstaltungen.handelsblatt.com/pharma/>

21/22 **MCC KassenGipfel 2019**
https://www.mcc-seminare.de/mcc_veranstaltung/kg/

März 2019

8 **Pflegepädagogik im Diskurs 2019** Düsseldorf
Pflegeberufegesetz – Chancen für die Pflegebildung
<https://doo.net/veranstaltung/27021/buchung>

14-16 **Deutscher Pflgetag 2019** Berlin
<https://deutscher-pflgetag.de/>

21/22 **8. nationales DRG FORUM / 3. nationales Reha-Forum** Berlin
<https://drg-forum.de/>

26/27 **Gesundheitskongress des Westens 2019 – Zeit für mutige Veränderungen!** Köln
<https://www.gesundheitskongress-des-westens.de/home.html>

April 2019

2/3 **14. Kongress für Gesundheitsnetzwerker** Berlin
<https://www.gesundheitsnetzwerker.de/>

5/6 **7. Interprofessioneller Gesundheitskongress** Dresden
<http://www.gesundheitskongresse.de/dresden/2019/>

Mai 2019

14 **„Länger besser leben.“-Kongress 2019 – Motivation zur Prävention** Hannover
<https://tinyurl.com/y8qtlmo3>

21-23 **Hauptstadtkongress 2019** Berlin
<https://www.hauptstadtkongress.de>

Juni 2019

5/6 **Zi-Congress: Wie werden wir besser – Globales Lernen und regionales Handeln in der Versorgungsforschung** Berlin
www.zi-congress.de

Impressum

© iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung
Herausgeber und verantwortlich:
Dr. Albrecht Kloepfer / iX – Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung
Tel: 030 784 41 92
Fax: 030 5483 6798
E-Mail: dr.kloepfer@gesundheitssystem-entwicklung.de
Internet: www.gesundheitssystem-entwicklung.de