

INHALT

- **Bayern kritisiert Reformpapier zur Notfallversorgung**
- **Runder Tisch zu Ärzteliste für Abtreibungen**
- **Gemeinsamer Vorstoß für besseres Pflege-Angebot in Kliniken**
- **Apothekenreform: DocMorris droht mit Klage**
- **Gericht schränkt Wahltarife ein**
- **Neue Organspende-Regeln: Gegenwind von Amtsvorgängern**
- **Private Pflege-Anbieter für bessere Bezahlung über Mindestlöhne**
- **Mehrheit findet Masernimpfpflicht richtig**
- **Hintergrund: Gesetzgebung Gesundheitspolitik – Bundestag und Bundesrat unter Zeitdruck**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
22. August 2019

■ Freie Wahl bei der Reha und bessere Behandlung von Beatmungspatienten

Das Bundesgesundheitsministerium hat den Entwurf für ein Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG) verabschiedet. Bei einer Rehabilitation (Reha) soll es für Versicherte unter anderem leichter werden, sich eine bestimmte Einrichtung auszuwählen. Wollen sie in eine andere Einrichtung als von der Krankenkasse vorgesehen, sollen sie die Mehrkosten künftig nur noch zur Hälfte tragen müssen. Gestärkt werden soll auch der Grundsatz „Reha vor Pflege“. Wenn ein Arzt eine Reha verordnet, soll die Krankenkasse nicht mehr überprüfen, ob sie medizinisch erforderlich ist. Bei einer geriatrischen Rehabilitation soll zudem die bisherige Höchstdauer zur Regeldauer erklärt werden: 20 Tage bei ambulanter und drei Wochen bei stationärer Behandlung. Auch Beatmungspatienten sollen künftig besser betreut werden. Krankenhäuser sollen für den Aufwand einer längeren Beatmungsentwöhnung besser vergütet werden. Kliniken, die die entsprechenden Möglichkeiten zur Entwöhnung nicht ausschöpfen, müssen mit Abschlägen rechnen. Damit reagiert die Bundesregierung unter anderem auf die stark gestiegene Zahl von Beatmungspatienten, die ambulant versorgt werden. In den vergangenen Jahren waren mehrfach Fälle aufgedeckt worden, bei denen Patienten mangelhaft betreut und Abrechnungen gefälscht wurden.

Infos: www.aok-bv.de

■ Entlastung für pflegende Angehörige

Kinder von Pflegebedürftigen werden künftig weit seltener als bisher zur Kasse gebeten. Nur wer mehr als 100.000 Euro brutto im Jahr verdient, soll noch finanziell für den Unterhalt der Eltern herangezogen werden. Das Kabinett beschloss dazu das Angehörigen-Entlastungsgesetz. Bundestag und Bundesrat müssen noch zustimmen. Die Kosten werden auf bis zu 319 Millionen Euro für Länder und Kommunen sowie 79 Millionen Euro für den Bund im Jahr 2023 geschätzt. Die neue Einkommensgrenze soll auch für die Eltern von Kindern gelten, die gepflegt werden müssen. Bisher gilt die 100.000-Euro-Grenze nur bei der Grundsicherung im Alter und Erwerbsminderung. Heute springt zunächst das Sozialamt ein, wenn Pflegebedürftige etwa die Heimkosten nicht zahlen können. Aber in vielen Fällen holt sich die Behörde das Geld zumindest teilweise von den Angehörigen zurück. Wer von den Plänen profitiert, lässt sich laut Gesetzentwurf nur grob schätzen. Das Bundessozialministerium geht von rund 275.000 Menschen aus, davon in mehreren zehntausend Fällen Kinder von Eltern im Pflegeheim, in den meisten Fällen aber Eltern erwachsener behinderter Kinder.

Infos: www.bmas.de



jetzt **auch** als
digitales Magazin

Kostenfrei alle Inhalte
der G+G lesen.
Jetzt anmelden
und keine Ausgabe mehr
verpassen.
Newsletter inklusive

www.gg-digital.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Bayern kritisiert Reformpapier zur Notfallversorgung

Der Freistaat Bayern lehnt Teile der geplanten Neuordnung der Notfallversorgung ab, ebenso eine mögliche Grundgesetzänderung. „Für die Rettungsdienste sind die Länder und nicht der Bund zuständig“, sagte Bayerns Innenminister Joachim Herrmann. „Mit einer Änderung würde unverhältnismäßig in die bewährten Rettungsstrukturen eingegriffen – ohne konkret erkennbare Vorteile für alle Beteiligten.“ Er sehe keinen Mehrwert für Patienten. Die Bundesregierung will mit der Reform vor allem die Rettungsstellen der Kliniken entlasten. „Gemeinsame Notfallleitstellen“ (GNL) sollen künftig vorab klären, ob ein Patient ins Krankenhaus kommt, ob der Bereitschaftsdienst zuständig ist oder auch eine normale Sprechstunde reicht. Erwogen wird auch eine Grundgesetzänderung, wonach in Zukunft nicht mehr die Länder alleine für den Rettungsdienst zuständig wären. Der AOK-Bundesverband spricht von einem „guten Ansatz, die Notfallversorgung sektorenübergreifend zu reformieren“. Dem von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgelegten Diskussionspapier fehle es jedoch insgesamt noch an Stringenz. Zudem warnt der Verband vor „erheblichen Finanzrisiken“.

Infos: www.aok-bv.de

■ Reform von Paragraph 219a: Runder Tisch zu Ärzteliste für Abtreibungen

Nach Kritik an der neuen offiziellen Liste mit Ärzten, die Abtreibungen vornehmen, will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn über Verbesserungen reden. Dazu will er die Bundesärztekammer (BÄK) und weitere Verbände erneut zu einem Runden Tisch einladen. Ohne Zweifel gebe es bei Aufbereitung und Erstellung der gesetzlich vorgesehenen Liste noch Verbesserungsbedarf, sagte ein Ministeriumssprecher in Berlin. Das Treffen solle dazu dienen, Vorschläge zu erarbeiten. Ziel bleibe es, dass Frauen in einer schwierigen Konfliktsituation notwendige Informationen einfach finden könnten. Die BÄK hatte Ende Juli eine Liste online gestellt, die Teil der umstrittenen Reform des Paragraphen 219a des Strafgesetzbuches ist. Er verbietet – auch nach der Reform – die Werbung für Abtreibungen. Die Übersicht umfasst vorerst 87 Einträge von Arztpraxen und anderen Einrichtungen. Die Liste soll schrittweise weiter aufgebaut und monatlich aktualisiert werden. An der geringen Zahl der Einträge war Kritik laut geworden. „Die Neuregelung des Strafgesetzbuches 219a schafft die für alle Beteiligten dringend notwendige Rechtssicherheit bei der Information zum Schwangerschaftsabbruch“, sagte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt. Die Bundesärztekammer nehme die ihr vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe sehr ernst. „Diese Liste hilft Frauen in Notlagen bei der Suche nach ärztlicher Hilfe in ihrer Nähe“, so Reinhardt.

Infos: www.bundesaerztekammer.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Christoph Vauth** ist neu im Vorstand der AOK NORDWEST. Der Verwaltungsrat wählte ihn einstimmig zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden. Der 43-jährige Gesundheitsökonom tritt sein Amt am 1. November 2019 an. Vauth kommt von der Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg. Davor liegen Stationen bei der Handelskrankenkasse (HKK) und der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH).



■ **Thomas Eisenreich** übernimmt ab dem 1. September 2019 die Position des Vice President of Business Development bei Home Instead. Der 51-jährige leitete zuletzt als stellvertretender Geschäftsführer den Bereich Ökonomie des Verbands diakonischer Dienstgeber in Deutschland (VdDD).

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ **Gemeinsamer Vorstoß für besseres Pflege-Angebot in Kliniken**

In der Debatte um die künftige Finanzierung der Pflege machen sich die Kliniken und Vertreter der Beschäftigten für eine bessere Personalausstattung stark. Die Festlegung des Bedarfs müsse sich an einer hochwertigen Pflege orientieren und nicht nur an Untergrenzen und Mindestvorgaben, sagte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Gerald Gaß, kürzlich in Berlin. Bessere Arbeitsbedingungen seien das beste Mittel gegen den Fachkräftemangel, ergänzte Sylvia Bühler, Vorstandsmitglied der Gewerkschaft Verdi. Zusammen mit dem Deutschen Pflegerat wollen beide Organisationen bis Jahresende ein „Instrument“ vorschlagen, mit dem der Personalbedarf an Pflegekräften künftig besser zu ermitteln sein soll. Dies solle sich am jeweiligen Pflegebedarf orientieren – also nicht überall unbedingt das gleiche Verhältnis von Patienten

zu Pflegekräften vorsehen. So sei der Pflegebedarf in einer Station, in der Sportler nach Knie-Operationen liegen, geringer als in einer Geriatrie-Station mit vielen älteren Patienten mit Demenz, argumentiert Gaß. Hintergrund ist auch, dass die Finanzierung der Pflege im Krankenhaus nach Plänen der Großen Koalition aus den üblichen Pauschalen pro Patientenfall herausgelöst werden soll. Als Basis der Finanzierung nach anfallenden Kosten soll daher auch der Personalbedarf genauer ermittelt werden.

Infos: www.dkgev.de

■ **Apothekenreform DocMorris droht mit Klage**

Der Arzneimittel-Versandhändler DocMorris will wegen der geplanten Apotheken-Reform notfalls vor Gericht ziehen. „Wir würden alle unsere rechtlichen Möglichkeiten ausschöpfen“, sagte DocMorris-Chef Olaf Heinrich der Deutschen Presse Agentur (dpa). Er rechnet aber ohnehin damit, dass die Bundesregierung die Bewertung durch die EU-Kommission abwartet und noch einlenkt. „Das Gesetz wird so nicht kommen, denn es ist offensichtlich, dass es europarechtswidrig ist.“ Das Bundeskabinett hatte Mitte Juli das „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“ auf den Weg gebracht, mit dem Apotheken besser gegen die Internet-Konkurrenz geschützt und insgesamt gestärkt werden sollen. Apotheken aus dem EU-Ausland dürfen dem Gesetzentwurf zufolge keine Rabatte mehr für verschreibungspflichtige Medikamente anbieten. DocMorris gewährt seinen Kunden in Deutschland bisher einen Bonus von 2,50 Euro pro Arzneimittel auf dem Rezept. Das Unternehmen hat seinen Firmensitz in den Niederlanden.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Seit Jahren fließen Milliarden von Euro über Pflegezuschläge oder diverse Pflegeförderungsprogramme zusätzlich in die Personalausstattung deutscher Kliniken. Und jetzt auf einmal kümmert sich die DKG um ein „Instrument“, das misst, wie viel Personal man wirklich braucht. Da stellt sich die Frage, wie fundiert bisherige Berechnungen waren. Allein schon deshalb, weil es um das hart verdiente Geld der Beitragszahler geht. Sie haben ein Recht, dass damit umsichtig umgegangen wird. Nicht weniger als ein Drittel der GKV-Ausgaben fließt Jahr für Jahr in die stationäre Versorgung. 2018 waren das 77,2 Milliarden Euro. (rbr)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Gericht schränkt Wahltarife ein

Das Bundessozialgericht (BSG) hat den wettbewerblichen Spielraum der Krankenkassen beschränkt. Sie dürfen keine Einzelleistungen mehr wie Auslandsbehandlung oder Zahnersatz gegen zusätzliche Prämien anbieten. Der Gesetzgeber sehe nicht vor, dass Kassen mit Einzelleistungen in Wettbewerb zu privaten Krankenversicherungen träten, urteilten die Kasseler Richter. Zulässig seien solche **Wahltarife** nur für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder für einzelne Segmente, etwa die gesamte Zahnbehandlung oder Krankenhausbehandlungen. Um den Wettbewerb zwischen den Kassen zu erhöhen, hatte der Gesetzgeber ihnen im Jahr 2007 sogenannte Wahltarife auf Kostenerstattungsbasis erlaubt. Dabei treten die Patienten wie Privatversicherte in Vorleistung und bekommen später Geld von ihrer Kasse erstattet. Ärzte können diese Leistungen dann auch in Anlehnung an die private Krankenversicherung abrechnen. Auslöser des Rechtsstreits war eine Klage der privaten Continental Krankenversicherung gegen Wahlangebote der AOK Rheinland/Hamburg. Nach einem weiteren Urteil dürfen Krankenkassen auch nicht mit Vergünstigungen bei privaten sogenannten Vorteilspartnern werben.

Infos: www.bsg.bund.de

■ Neue Organspende-Regeln: Gegenwind von Amtsvorgängern

Die frühere Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und Hermann Gröhe (CDU), direkter Vorgänger Jens Spahns (CDU), bekräftigten ihr Nein zu Plänen einer Abgeordneten-Gruppe um den aktuellen Amtsinhaber, dass künftig jeder bis auf Widerruf als Organspender gelten solle. Schmidt warnte, das fundamentale Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen anzutasten, wenn es andere Maßnahmen gebe, um das Ziel von mehr Spenden zu erreichen. Gröhe betonte, neben besseren Bedingungen in Krankenhäusern solle dafür auf beherrzte Aufklärung und gezielte Nachfragen gesetzt werden. Gröhe und Schmidt gehören zu den Unterstützern eines Gesetzentwurfs, den eine Abgeordnetengruppe um Grünen-Chefin Annalena Baerbock eingebracht hat. Sie schlägt vor, alle Bürger mindestens alle zehn Jahre bei der Beantragung eines Personalausweises auf das Thema Organspende anzusprechen. Teil des Vorschlags ist auch ein bundesweites Online-Register, in dem man seine Entscheidung für oder gegen eine Spende eintragen und ändern kann. Hausärzte sollen bei Bedarf alle zwei Jahre informieren. Für den 25. September ist eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages angesetzt. Nach einem Plus 2018 ist laut **Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO)** die Zahl der gespendeten Organe im ersten Halbjahr 2019 mit 1.756 wieder rückläufig. In den ersten sechs Monaten 2018 waren es noch 135 mehr.

Infos: www.bundestag.de

ZUR PERSON II



■ **Julia Richter**, bisher Leiterin Kommunikation, Pressesprecherin und Mitglied der Geschäftsleitung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI), will sich beruflich verändern und verlässt den Verband zum 31. August 2019. Der stellvertretende Pressesprecher Andreas Aumann übernimmt kommissarisch..



■ **Franz Schrewe**, bleibt Landesvorsitzender des Sozialverbands SoVD NRW. Die Delegierten haben ihn auf der 20. Landesverbandstagung für weitere vier Jahre an die Spitze des Verbandes gewählt. Der 69-jährige hat das Amt seit 2015 inne. Zuvor war er 15 Jahre Bürgermeister seiner Heimatstadt Brilon im Hochsauerlandkreis.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Private Pflege-Anbieter für bessere Bezahlung über Mindestlöhne

Bei der Suche nach dringend benötigten Fachkräften in der Pflege setzen private Altenpflege-Anbieter auch auf höhere Löhne, aber ohne flächendeckende Tarifvorgaben. Wichtig seien zudem flexiblere Vorgaben für die Personalausstattung, hieß es seitens des Arbeitgeberverbandes Pflege (AGVP). Eine Kommission solle einen Mindestlohn aushandeln, der bei 2500 Euro im Monat liegen könne. Die Kommission wird laut Kabinettsentwurf zum „Gesetz für bessere Löhne in der Pflege“ zu einem ständigen Gremium und jeweils für die Dauer von fünf Jahren berufen. Der Verband schlug außerdem ein „Prioritätenprogramm Altenpflege“ vor. Auch bürokratische Hürden zur Gewinnung ausländischer Fachkräfte gelte es abzubauen. „Es muss Schluss sein damit, dass auf den Philippinen hervorragend ausgebildete Fachkräfte auf gepackten Koffern sitzen, wir hier großen Bedarf haben, aber die Leute wegen bürokratischer Hürden nicht nach Deutschland bekommen“, so der AGVP. Den von der Bundesregierung favorisierten Weg eines Tarifvertrages, der dann für allgemeinverbindlich erklärt wird, lehnt der Verband weiterhin ab.

Infos: www.arbeitgeberverband-pflege.de

■ Lunapharm fordert Schadenersatz in Millionenhöhe

Der Pharmahändler Lunapharm fordert vom Land Brandenburg 70 Millionen Euro Schadenersatz. Geschäftsführerin Susanne Krautz-Zeitel erklärte, die Firma habe zu keiner Zeit mit gestohlenen Medikamenten gehandelt. Ein Bericht des ARD-Magazins „Kontraste“ hatte die Angelegenheit im Juli 2018 ins Rollen gebracht. Danach stand der Verdacht im Raum, dass gestohlene Arzneimittel wegen unsachgemäßer Lagerung unwirksam gewesen sein könnten. Dies habe sich nicht bestätigt, betonte Krautz-Zeitel. „Die Analysen der Rückstellproben haben ergeben, dass alle Medikamente wirksam waren.“ Zudem habe die Europäische Arzneimittelbehörde EMA erklärt, dass es keine Anzeige zu in Griechenland gestohlenen Medikamenten gegeben habe. Das Brandenburger Landesgesundheitsamt hatte Lunapharm Anfang 2019 die Herstellung von und den Handel mit Arzneimitteln verboten. Im Zuge des Skandals hatte die damalige Landesgesundheitsministerin Diana Golze (Linke) zurücktreten müssen, weil das Landesgesundheitsamt angeblich trotz frühzeitiger Hinweise auf einen illegalen Handel nicht eingeschritten sei. Die Arzneimittelbehörde wurde inzwischen personell aufgestockt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nahm unter anderem diese Ereignisse zum Anlass für das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), das Bundestag und Bundesrat noch vor der parlamentarischen Sommerpause verabschiedet hatten.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Vorschau

G+G | 07-08/2019

Gesundheit
und Gesellschaft

Wettbewerb an der Leine

Die bundesweite
Öffnung aller Kassen soll
einen fairen Wettbewerb
und eine bessere Gesund-
heitsversorgung bringen.
Doch damit sind diese
Ziele nicht erreichbar,
sagt WidO-Geschäfts-
führer Klaus Jacobs.

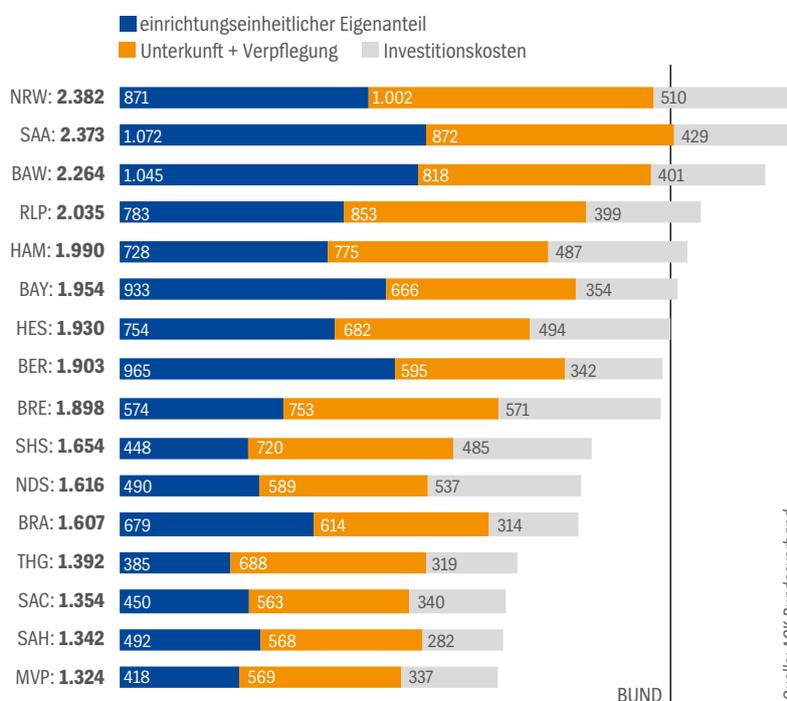
„Größere Transparenz wünschenswert“

Ambitioniert, offensiv,
konfliktbereit –
Jens Spahn hat als
Gesundheitsminister
für viel Furore gesorgt.
Was den Politikstil des
Münsterländers aus-
macht, analysiert der
Politikwissenschaftler
Nils Bandelow.

Neuer Maßstab für Pflegequalität

Weg von der Gesamt-
note: Um sichtbar zu
machen, wie gut
Pflegebedürftige in
Heimen versorgt sind,
gibt es künftig detaillier-
te Bewertungen.
Antje Schwinger und
Susann Behrendt erklä-
ren, wie's funktioniert.

Belastung eines Pflegebedürftigen



1.930 Euro muss ein Pflegebedürftiger aktuell im Bundesschnitt für seine Heimpflege aus eigener Tasche zahlen. Davon entfallen 755 Euro, also knapp 40 Prozent auf die rein pflegerische Leistung. Dazu kommen 745 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie 430 Euro Investitionskosten, die das Heim in Rechnung stellt. Regional gibt es erhebliche Unterschiede. Von 1.324 Euro in Mecklenburg Vorpommern bis 2.382 Euro in NRW.

Infos: www.aok-bv.de

Mehrheit findet Masernimpfpflicht richtig

Drei von vier der Menschen in Deutschland (73 Prozent) sprechen sich laut Meinungsforschungsinstitut YouGov „voll und ganz“ oder „eher“ für das **Masernschutzgesetz** aus, das das Bundeskabinett Ende Juli auf den Weg gebracht hat. 14 Prozent lehnen eine Impfpflicht ab. Mit 80 Prozent ist die Zustimmung bei den über 55-Jährigen am höchsten. Bei den 18–24-Jährigen sind es 58 Prozent. Männer stehen der Umfrage zufolge der Impfpflicht aufgeschlossener gegenüber als Frauen. Ab März 2020 müssen Eltern vor der Aufnahme ihrer Kinder in eine Kita oder Schule nachweisen, dass diese geimpft sind, so der Plan der Bundesregierung. Die Impfpflicht soll auch für Tagesmütter und das Personal in Kitas, Schulen, der Medizin und in Gemeinschaftseinrichtungen gelten. Bei Verstößen drohen Bußgelder bis zu 2.500 Euro. Bundestag und Bundesrat debattieren im Herbst über den Gesetzentwurf.

Infos: www.yougov.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Gesetzgebung Gesundheitspolitik: Bundestag und Bundesrat unter Zeitdruck

Ein strammes gesundheitspolitisches Programm wartet auf den Gesetzgeber nach der Sommerpause. Etwa ein Dutzend mehr oder weniger umfangreicher Gesetze steht noch auf der Agenda. Dem Bundestag bleiben dafür gerade einmal neun Sitzungswochen bis zur Weihnachtspause. Zwei davon sind in der Regel reserviert für die Debatte und Verabschiedung des Bundeshaushalts. Der Bundesrat kommt in dieser Zeit noch fünf Mal zusammen. „Bei diesem Termindruck müssen alle Beteiligten besonders darauf achten, alle Auswirkungen im Blick zu haben“, sagt Kai Senf, Politikchef im AOK-Bundesverband.

Dem Gesetzgeber läuft die Zeit davon. Da sind zum einen die vier Gesetze, die das Bundeskabinett kurz nach Beginn der parlamentarischen Sommerpause Mitte Juli verabschiedet hat. Alle vier – MDK-Reformgesetz, Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), Masernschutzgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken – müssen noch das komplette parlamentarische Programm durchlaufen: jeweils drei Lesungen im Bundestag, eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages und zwei Durchgänge im Bundesrat. Da ist es nur ein schwacher Trost, dass die zweite und dritte Lesung meist an einem Sitzungstag in direkter Abfolge stattfinden. Zwar angelaufen, aber genauso wenig abgeschlossen, sind die Beratungsprozesse für die Errichtung des Implantateregisters oder die Reform der Ausbildung von Psychotherapeuten einerseits und Hebammen andererseits. Und ganz aktuell kommt ein weiterer Referentenentwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium: das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz (RISG).

» Gegenwind für Bundesgesundheitsminister für Jens Spahn

Erschwerend kommt hinzu, dass die datenschutzrechtlichen Fragen, die auch das DVG betreffen, in einem eigenständigen Gesetz behandelt werden sollen, zu dem es bis jetzt noch nicht einmal einen Referentenentwurf gibt. Und das sicherlich größte noch ausstehende Projekt, das hochumstrittene Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG), ist über den Status des Referentenentwurfs noch nicht hinaus. Mehr noch: Die Verabschiedung im Bundeskabinett ist mehrfach verschoben worden. Dieser Umstand verwundert wenig, da unter anderem alle 16 Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten gegen das GKV-FKG aufgrund der geplanten bundesweiten Öffnung aller Krankenkassen mobil machen.

Auch das MDK-Reformgesetz wird scharf kritisiert. Neben der Reform der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) regelt das Gesetz das Prüfverfahren von Klinikabrechnungen neu. „Die Regeln sind nicht sachgerecht,“ bemängelt nicht nur Kai Senf. Das Quotenmodell bleibe auch im Kabinettsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf im Kern unverändert. „Die Krankenhausabrechnungsprüfung effizienter zu gestalten, kann nicht bedeuten, dass fehlerhafte Abrechnungen gar nicht mehr in die Prüfung

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

kommen“, so Senf weiter. Ebenso wird die Neuorganisation der MDK sowie des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) weitgehend abgelehnt. Vor allem die neuen Regeln für die Besetzung der Verwaltungsräte bezeichnen Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung als „fundamentalen Eingriff“ in ihre Arbeit. Die MDK behalten zwar ihre föderale Struktur, der hauptamtliche Einfluss der Krankenkassen soll jedoch zurückgedrängt werden. Künftig dürfen, wenn es nach den Plänen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geht, hauptamtlich bei Krankenkassen und deren Verbänden Beschäftigte nicht mehr in den Verwaltungsrat der MDK beziehungsweise des MDS gewählt werden. Dazu zählen laut Gesetzentwurf auch aktive Mitglieder der Selbstverwaltung. Stattdessen werden künftig Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein. Die Umstellung soll innerhalb eines Jahres erfolgen.

Der Aufsichtsratsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes für die Arbeitgeberseite und Chef der Abteilung Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Dr. Volker Hansen, nannte den Kabinettsbeschluss „eine Provokation“. Sein Amtskollege für die Versicherungsseite, Knut Lambertin, findet den Entwurf „völlig inakzeptabel“. Lambertin leitet im Hauptberuf das Referat Gesundheitspolitik/Krankenversicherung beim DGB-Bundesvorstand. Hansen ist Chef der Abteilung Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA).

» Knapp 180 Millionen für relativ unkonkrete Leistungen

Etwas zurückhaltender, aber ebenfalls kritisch fällt die Bewertung des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken aus. Vorgesehen ist die Vergütung zusätzlicher, aber noch wenig konkreter, pharmazeutischer Dienstleistungen. „Der gesetzlichen Krankenversicherung drohen allein in diesem Punkt inklusive Umsatzsteuer Mehrkosten von 178,5 Millionen Euro“, rechnet Kai Senf vor. Zudem birgt die Ankündigung einer Klage durch den Versandhändler DocMorris (siehe auch S. 3) zusätzliches Konfliktpotenzial. Es ist auch aus Sicht des AOK-Bundesverbandes fraglich, ob der Plan, Apothekenpreise vollends zu vereinheitlichen, rechtskonform ist.

Das Masernschutzgesetz hingegen bekommt deutlich bessere Noten. Die Bundesregierung beabsichtigt, mit einer gesetzlichen Verpflichtung bestehende Lücken beim Impfschutz in der Bevölkerung gegen Masern zu schließen und das Schutzniveau vulnerabler Gruppen zu erhöhen. Auch das DVG wird in wesentlichen Teilen begrüßt. Gleichzeitig enthält der Gesetzentwurf aber Regelungen zu einer beschleunigten Einführung digitaler Anwendungen, die aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wenig durchdacht und in dieser Form abzulehnen sind. „Es besteht die große Gefahr einer flächendeckenden Einführung wirkungsfreier beziehungsweise nutzloser Anwendungen auf der Grundlage inakzeptabler Finanzierungsregelungen aus Beitragsmitteln“, befürchtet Kai Senf. Eine Nutzenbewertung, wie sie bei neuen Arzneimitteln erfolgt, ist für digitale Gesundheitsanwendungen bisher nicht vorgesehen.

Infos: www.aok-bv.de