

11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 1 von 18

## **1. Pflege: Interview des Schütze-Briefes mit dem CDU-Abgeordneten Erwin Rüdell über wesentliche Positionierungen und die Pflegereform**

Die Mitglieder der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ werden am 12. November ausführlich über den Bereich der „Pflege“ beraten. Der CDU-Abgeordnete Erwin Rüdell hat sich intensiv mit der Thematik befasst (siehe Schütze-Brief Nr. 85/2013 vom 7. November 2013). Nachfolgend benennt er wesentliche Positionierungen zur Pflegepolitik und mögliche Eckpfeiler einer Pflegereform mit überraschenden neuen Aspekten.

S. 5

## **2. Ärztliche Selbstverwaltung: Heftige Auseinandersetzungen in der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Auf der Sonder-Vertreterversammlung (Sonder-VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 8. November in Berlin ist es offenbar zu einer heftigen Auseinandersetzung gekommen. Augenscheinlich ging es auch um die Kompetenzen der hausärztlichen Vertretung innerhalb der KBV sowie um eigenständige Antrags- und Abstimmungsrechte.

S. 7

## **3. Koalitionsverhandlungen: „Sektionierung“ der KVen und der KBV**

Die Koalitionsarbeitsgruppe (AG) „Gesundheit und Pflege“ hat sich für eine grundlegende Änderung der Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgesprochen. Sie zieht damit die Konsequenzen aus den langwährenden Auseinandersetzungen zwischen den hausärztlichen und den fachärztlichen Vertretern in der ärztlichen Selbstverwaltung.

S. 8

#### **4. Koalitionsverhandlungen: Einigungen im Krankenhausbereich**

Die Mitglieder der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ haben das Thema Krankenhäuser noch nicht abschließend beraten. Am 12. November soll weiterverhandelt werden. In einigen Punkten haben die möglichen Koalitionäre aber schon eine Einigung erzielt.

S. 9

#### **5. PKV: Mehr Menschen und mehr Leistungen kapitalgedeckt privat absichern**

„Die Private Krankenversicherung trägt mit ihrer kapitalgedeckten Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des Gesundheitswesens bei. Sie steht für den Ausbau dieser wichtigen Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung.“ Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) hat sich in einer Stellungnahme zu den Koalitionsverhandlungen mit konkreten Vorschlägen zu Wort gemeldet.

S. 10

#### **6. Pharma: Bundesrat fordert Entlassung aus der Verschreibungspflicht der „Pille danach“**

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 8. November 2013 der Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) nur mit Auflagen zugestimmt. Die Länder fordern, in Apotheken zukünftig die Abgabe der „Pille danach“ ohne ärztliche Verschreibung zu ermöglichen. Hiermit will der Bundesrat einen niedrighschwelligen und schnellen Zugang – insbesondere für junge Frauen – zu Medikamenten eröffnen, die eine ungewollte Schwangerschaft verhindern. Die Vorlage geht nun an die Bundesregierung zurück. Diese muss entscheiden, ob sie die Verordnung in der vom Bundesrat vorgegebenen Form in Kraft setzt.

S. 11

#### **7. Ärztliche Versorgung: Gesamtvergütung muss tatsächlicher Krankheitslast entsprechen**

„Das zurzeit praktizierte System für die regionale Zuweisung der finanziellen Mittel für Leistungen in der ambulanten Medizin entbehrt jeder nachvollziehbaren Grundlage“, erklärt die Arbeitsgemeinschaft LAVA (Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch), ein Zusammenschluss der Kassenärztli-

chen Vereinigungen (KVen) Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe. S. 11

#### **8. Telematik: Leistungserbringer wenden sich gegen „Durchführung sachfremder Aufgaben“ bei der eGK**

Das auszugsweise wiedergegebene politische Statement der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer dokumentiert die Grundsätze der Zusammenarbeit beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur (TI). S. 12

#### **9. Medizinische Versorgung: Die „Unstatistik“ des „Brustkrebsmonats“**

Im Brustkrebsmonat Oktober 2013 sei über viele Statistiken zum Brustkrebs-Screening berichtet worden, wie beispielsweise den Anteil der Frauen, die am Screening teilnahmen. Nicht berichtet worden sei über Nutzen und Schaden des Brustkrebs-Screenings, obwohl diese aus randomisierten Studien mit etwa 500.000 Frauen bestens bekannt seien, kritisiert Prof. Dr. G. Gigerenzer, Geschäftsführender Direktor am Max-Planck-Institut (MPI) für Bildungsforschung, in einer Mitteilung zur „Unstatistik des Monats“. S. 13

#### **10. GKV: Auswahlverfahren zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bei der Techniker Krankenkasse**

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat mit einer Ausschreibung das „Auswahlverfahren zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Krampfadererkrankungen (Varizen) durch innovative Behandlungsmethoden und einem implementierten Zweitmeinungs- bzw. Indikationsqualitätssicherungsverfahren gemäß § 73c SGB V für Versicherte der TK in ausgewählten Gebieten“ eröffnet. S. 14

#### **11. Terminhinweis: 97. Aachener Hospizgespräch**

Bei den 1995 gegründeten Aachener Hospizgesprächen handelt es sich um ein Forum „für alle professionellen und ehrenamtlichen MultiplikatorInnen im Gebiet der StädteRegion Aachen, die sich für die Hospizarbeit und Palliativmedizin engagieren“. S. 15

---

**11. November 2013**

Nr. 86/2013/ Seite 4 von 18

## **12. Kurznachrichten**

+++ Forderung der Diabetesverbände +++ Einigung im Streit um den Rezept-  
datenhandel +++ GOÄ-Entwurf noch in diesem Jahr +++ BZÄK plädiert für  
maßvolle Reformen +++ Termine +++

S. 16

---

11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 5 von 18

### **1. Pflege: Interview des Schütze-Briefes mit dem CDU-Abgeordneten Erwin Rüdgel über wesentliche Positionierungen und die Pflegereform**

Die Mitglieder der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ werden am 12. November ausführlich über den Bereich der „Pflege“ beraten. Der CDU-Abgeordnete Erwin Rüdgel hat sich intensiv mit der Thematik befasst (siehe Schütze-Brief Nr. 85/2013 vom 7. November 2013). Nachfolgend benennt er wesentliche Positionierungen zur Pflegepolitik und mögliche Eckpfeiler einer Pflegereform mit überraschenden neuen Aspekten.

Nach Rüdgel's Auffassung ist eine zügige Pflegereform entscheidend. Die Betroffenen müssten nach so vielen Jahren der Diskussion schnellstmöglichst Verbesserungen erfahren. Das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) aus 2012 sei ein guter Anfang gewesen, reiche aber bei weitem nicht aus. Eine maßvolle Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung sei geboten – darüber gebe es einen Konsens bei allen Experten. Dadurch bestehe die Möglichkeit, in einer Pflegereform insbesondere die Problemlagen demenziell erkrankter Menschen angemessen einzubeziehen.

Auf dem verminten Terrain der Finanzierung der Pflegeversicherung positioniert Rüdgel sich eindeutig: Die Pflegeversicherung solle eine Teilkasko-Versicherung bleiben, deshalb müsse es einen Ausbau der privaten Vorsorge geben. Hier müsse man die Voraussetzungen schaffen, damit künftig auch die so genannten Baby-Boomer auf gesicherte Pflegeleistungen vertrauen könnten.

Es gibt aber noch einen weiteren wichtigen Aspekt der Finanzierung, den Rüdgel anspricht. Und der werde in der Finanzierungsdiskussion noch nicht ausreichend berücksichtigt: „Wir brauchen eine Dynamisierung der Pflegesätze“, so Rüdgel. Die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen dürften nicht ausufern. „Unser Ziel ist es, ein hohes Niveau der Pflegeleistungen sicherzustellen. Unser Ziel ist es aber auch, einen steigenden Zuzahlungsbedarf zu Lasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger zu verhindern“, erörtert Rüdgel.

Auch die Übergänge von ambulanter und stationärer Versorgung stünden im Fokus einer Pflegereform. Zusätzlich müssten, gerade mit Blick auf die derzeitige Praxis in den Pflegeeinrichtungen, bessere Versorgungsnetzwerke entstehen. Dem „Krankenhaus-Hopping“, dem krank werdende Pflegebedürftige oft in den Zeiten ausgesetzt seien, wenn in der herkömmlichen Versorgung keine Arztkontakte möglich seien (z.B. nachts oder am Wochenende), müsse ein Ende gesetzt werden.

Zentrale Themen seien der nach wie vor eherne Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ sowie „Teilhabe“. Dieser Herausforderung müsse man sich stellen: „Wir wollen, dass

---

**11. November 2013**

Nr. 86/2013/ Seite 6 von 18

ältere und pflegebedürftige Menschen selbstständig und selbst bestimmt leben. Sie sollen ihren Alltag in der eigenen Wohnung weitgehend ohne fremde Hilfe bewältigen können. Die Entwicklung von Angeboten altersgerechter Begleitung wollen wir daher fördern.“

Die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige zu verbessern, sei ein weiteres großes Thema in diesem Bereich. Neben der Möglichkeit, Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen leichter in Anspruch nehmen zu können, müssten pflegende Angehörige für ihr eigenes Alter noch besser abgesichert werden: Bei gleichzeitiger Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen sollten die rentenrechtlich wirksamen Zeiten zusammengezählt werden, so Rüdell.

Das Thema Pflege sei ausgesprochen komplex, führt Rüdell aus. Ein weiterer Fokus müsse auf den Belangen der Pflegeberufe liegen. Das Image der Pflegeberufe müsse konsequent aufgewertet werden, der Ausbau der technischen Assistenz zur Entlastung der Pflegemitarbeiter sei unerlässlich. Unbedingt müsse für die Pflegemitarbeiter eine Entbürokratisierung erfolgen. Pflegeforschung müsse stärker mit der Pflegepraxis harmonisiert werden.

Ergebnisqualität müsse vor Strukturqualität stehen. Rüdell scheut sich nicht, hier ein besonders heikles Thema anzusprechen: Die Ergebnisbewertung einer Pflegeeinrichtung müsse an der Pflege-Qualität orientiert sein. Fast alle Heime erhielten die Note „sehr gut“, obwohl es gewaltige Unterschiede gebe. Für die Pflege nachrangige Sachverhalte, beispielsweise besonders exquisit angerichtete Nachspeisen, dürften in der Bewertung einer Einrichtung nicht gegen Pflegefehler wie einen Dekubitus aufgerechnet werden. Hier müsse man dringend etwas ändern.

Die Interessen der Betroffenen in Fragen der Begutachtung, der Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen müssten noch stärker berücksichtigt werden, auch wenn man hier schon mit Verbesserungen begonnen habe. „Es muss geprüft werden, ob eine rechtliche Trennung von Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) und Krankenkassen zu lebensnäheren Entscheidungen führt“, sagt Rüdell mit kritischem Blick.

Es reiche aber nicht aus, das Augenmerk allein auf den großen Bereich einer Pflege-reform zu legen. Die Pflege-Ausbildung sei ebenfalls reformbedürftig. Die Erfahrungen aus Krankenpflege und Altenpflege könne man in einem Ausbildungsberuf konzentrieren, der sich erst gegen Ende der Ausbildung differenziere. Entsprechende Eckpunkte lägen bereits vor. Vor allem müsse darüber nachgedacht werden, wie man verhindern könne, dass Hemmnisse zu Beginn oder in der Ausbildung „ausbildungs-verhindernd“ wirken würden. Beispielsweise gelte es zu prüfen, ob die pflegeausbil-

---

11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 7 von 18

denden Schulen aus der organisatorischen und wirtschaftlichen Verantwortung der Träger von Gesundheitseinrichtungen herausgelöst werden müssten, um eine Steigerung der Pflegeausbildung zu erreichen. „Nur wenn Pflege auch mit gesellschaftlicher Anerkennung verbunden ist, werden junge Menschen sich vermehrt für diesen Beruf interessieren“, erläutert Rüdell. Ebenso wichtig sei eine Überarbeitung der „Kompetenzen für die Pflegeberufe“. Rüdell regt in diesem Zusammenhang Modellvorhaben an.

Daneben gebe es ein weiteres Thema, dass oftmals noch viel zu wenig Beachtung finde: Zahngesundheit und Mundhygiene müssten als zentrale Bestandteile der Lebensqualität im Alter gestärkt werden. Hier müssten insbesondere mobile Behandlungsmöglichkeiten ausgebaut werden. Diese Ansicht Rüdells dürfte Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sehr freuen: Beide Institutionen unternehmen seit geraumer Zeit große Anstrengungen, hierfür ein Bewusstsein zu schaffen. Der neue Vorstandsvorsitzende der KZBV, Wolfgang Eßer, soll sich mit persönlichem Engagement sehr dafür eingesetzt haben, dieses Thema nach vorne zu bringen.

Gerade mit Hinblick auf die Koalitionsverhandlungen mit der SPD gibt es für Rüdell einen immens wichtigen Punkt: Keinesfalls dürften die notwendigen Verbesserungen der Pflegeleistungen mit der geplanten Entlastung der Kommunen vermengt werden, wie etwa bei den Eingliederungshilfen für behinderte Menschen zu befürchten sei. „Zusätzliches Geld für die Pflegeversicherung muss auch wirklich den Pflegebedürftigen zu Gute kommen und darf nicht mit anderen Sozialleistungen verrechnet werden, bei denen der Bund eventuell die Kommunen entlasten wird. Alle Mehreinnahmen, die sich aus einer Anhebung der Beitragssätze ergeben, müssen ihrem eigentlichen Zweck zu Gute kommen“, mahnt der Experte Rüdell.

## **2. Ärztliche Selbstverwaltung: Heftige Auseinandersetzungen in der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Auf der Sonder-Vertreterversammlung (Sonder-VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 8. November in Berlin ist es offenbar zu einer heftigen Auseinandersetzung gekommen. Augenscheinlich ging es auch um die Kompetenzen der hausärztlichen Vertretung innerhalb der KBV sowie um eigenständige Antrags- und Abstimmungsrechte.

Die hausärztlichen Vertreter wollten, nach Auskunft des Deutschen Hausärzteverbandes (DHÄV) „mit einem Änderungsantrag der KBV-Satzung eine gleichberechtigte

---

11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 8 von 18

Stellung der Vorstandmitglieder sowie ein eigenes Antrags- und Abstimmungsrecht der Versorgungsbereiche erreichen. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass beide Vorsitzende künftig in der Ausübung ihres Ressorts die gleichen Rechte haben und niemand in der Ausübung behindert wird.“

Nachdem der Antrag der hausärztlichen Seite gescheitert sein, haben dem Vernehmen nach 21 hausärztliche Vertreter den Sitzungsraum verlassen. Die VV hat 60 Mitglieder. Die verbleibenden 39 Mitglieder sollen danach über einen Antrag des KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Andreas Köhler, abgestimmt haben, der die Vertrauensfrage mit dem Bekenntnis zu einer einheitlichen KV verknüpft haben soll. Köhler soll, bei fünf Enthaltungen, also von 34 der noch anwesenden Mitglieder, das diesbezügliche Vertrauen ausgesprochen worden sein.

Für die nächste KBV-VV soll ein Abwahantrag für beide Vorstände, also den KBV-Vorstandsvorsitzenden Andreas Köhler und seine Stellvertreterin, die Fachärztin für Allgemeinmedizin, Dipl.-med. Regina Feldmann, vorliegen.

Durch die jüngste Vertreterversammlung habe sich gezeigt, dass eine echte Stärkung des hausärztlichen Vorstandes nicht gewünscht sei, äußerte der Vorsitzende des DHÄV, Ulrich Weigeldt, am 11. November verbittert. „Es gibt keine getrennte Versorgung, deshalb setzt eine Trennung des KV-Systems die falschen Signale“, kommentiert hingegen der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt. Darin seien sich auch die in der Allianz Deutscher Ärzteverbände versammelten Verbände einig, betonte Reinhardt, der derzeit der Allianz vorsitzt. Reinhardt bezeichnete es als unerträglich, dass zeitgleich zu Wegweisenden Koalitionsverhandlungen die ärztliche Selbstverwaltung eine desaströse Vorstellung biete. „Wenn sich in diesen Tagen die KBV-Vertreterversammlung – öffentlich vernehmbar – Stück für Stück zerlegt und durch Abwahanträge gegen ihre Vorstände Schlagzeilen macht, statt durch konstruktive Lösungsvorschläge zur Sicherstellung der Versorgung, dann öffnet das politischen Eingriffen Tür und Tor.“

### **3. Koalitionsverhandlungen: „Sektionierung“ der KVen und der KBV**

Die Koalitionsarbeitsgruppe (AG) „Gesundheit und Pflege“ hat sich für eine grundlegende Änderung der Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgesprochen. Sie zieht damit die Konsequenzen aus den langwährenden Auseinandersetzungen zwischen den hausärztlichen und den fachärztlichen Vertretern in der ärztlichen Selbstverwaltung.

---



11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 9 von 18

Das Votum der Arbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ nach der Verhandlungsrunde am 5. November 2013:

„Die Vertretersammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten gebildet. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung.“

Zu der „Sektionierung“ in den Vertreterversammlungen (VV) der KVen und der KBV gibt es in der Selbstverwaltung der Ärzte schon seit Jahren heftige Auseinandersetzungen, die in der „Sonder-Vertreterversammlung“ der KBV am 7. November 2013, die unter striktem Ausschluss der Öffentlichkeit stattfand, eskalierte (siehe hierzu die vorhergehende Meldung).

#### **4. Koalitionsverhandlungen: Einigungen im Krankenhausbereich**

Die Mitglieder der Koalitionsarbeitsgruppe „Gesundheit und Pflege“ haben das Thema Krankenhäuser noch nicht abschließend beraten. Am 12. November soll weiterverhandelt werden. In einigen Punkten haben die möglichen Koalitionäre aber schon eine Einigung erzielt.

Zentrale Punkte auf die sich die möglichen Koalitionäre im Krankenhausbereich schon geeinigt haben sind:

- Die Einführung eines Strukturfonds in der Höhe von 500 Mio. Euro, der aus dem Gesundheitsfonds gespeist werden soll und bis zu 50 Prozent einer Umwandlung eines Krankenhauses in eine andere Versorgungsform, beispielsweise ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder auch eine Altenpflegeeinrichtung finanzieren soll. Die zweite Hälfte könne dann durch Fördergelder des Landes oder Kommunen abgedeckt werden, hieß es seitens der Verhandlungsleiter der Arbeitsgruppe, Jens Spahn (CDU) und Professor Karl Lauterbach (SPD), am 8. November im Anschluss an die Beratungen. Hingegen soll es einen Sicherstellungszuschlag in dünn besiedelten Gegenden zum Erhalt von Krankenhäusern geben. Kriterien soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erarbeiten.
  - Für ausgewählte Operationen soll der Patient künftig einen Anspruch auf eine von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Zweitmeinung erhalten, den er freiwillig wahrnehmen kann. Denkbar sei dies beispielsweise bei Knie-, Hüft- und Rückoperationen, so Jens Spahn. Auch hier soll der G-BA tätig wer-
-

11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 10 von 18

den und eine entsprechende Operationsliste erarbeiten. Um genügend Bedenkzeit zu haben, soll dem Patienten eine 10-Tage-Frist zwischen dem Operationsgespräch und der Operation zur Verfügung stehen, in der er gegebenenfalls die Zweitmeinung einholen kann. Krankenkassen können ihre Mitglieder in der Einholung der Zweitmeinung unterstützen.

- Außerdem soll es eine Regelung zur „deutlichen Entlastung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern“ geben, wie Karl Lauterbach betonte: Die Krankenhäuser sollen künftig nachweisen, dass das in den Fallpauschalen abgerechnete Personal auch tatsächlich eingesetzt wird und hierüber nicht „ungerechtfertigte Gewinne“ zu Lasten des Personals abgeschöpft werden.

### **5. PKV: Mehr Menschen und mehr Leistungen kapitalgedeckt privat absichern**

„Die Private Krankenversicherung trägt mit ihrer kapitalgedeckten Vorsorge maßgeblich zur nachhaltigen und generationengerechten Finanzierung des Gesundheitswesens bei. Sie steht für den Ausbau dieser wichtigen Säule bereit, und zwar in der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung.“ Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) hat sich in einer Stellungnahme zu den Koalitionsverhandlungen mit konkreten Vorschlägen zu Wort gemeldet.

Damit sich in der Krankenversicherung wieder mehr Menschen demografiefest absichern könnten, sollte eine Große Koalition die außerordentliche Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze für Arbeitnehmer wieder rückgängig machen. Der PKV-Verband fordert nach den Worten seines Vorsitzenden, Uwe Laue, die Rückkehr zur sog. „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), die sich nach seiner Meinung jahrzehntelang bewährt habe.

Die Wahlfreiheit sollte wieder ab der Bemessungsgrenze von 48.600,00 Euro Jahreseinkommen gelten und nicht erst ab der erhöhten Versicherungspflichtgrenze von 53.550,00 Euro. Dadurch würden wieder mehr Menschen in die Lage versetzt, kapitalgedeckt für ihre absehbaren Gesundheitskosten im Alter vorzusorgen.

Zur Stärkung der kapitalgedeckten Vorsorge gehöre auch die klare Trennung zwischen den Grundleistungen einer Sozialversicherung einerseits und individuell gewünschten höherwertigen Leistungen andererseits, so der PKV-Vorsitzende. „Solche Zusatzangebote gehören in eine private und kapitalgedeckt finanzierte Zusatzversicherung, nicht aber in sog. Wahltarife unter dem Dach der Sozialversicherung.“

---

## **6. Pharma: Bundesrat fordert Entlassung aus der Verschreibungspflicht der „Pille danach“**

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 8. November 2013 der Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) nur mit Auflagen zugestimmt. Die Länder fordern, in Apotheken zukünftig die Abgabe der „Pille danach“ ohne ärztliche Verschreibung zu ermöglichen. Hiermit will der Bundesrat einen niedrighschwelligen und schnellen Zugang – insbesondere für junge Frauen – zu Medikamenten eröffnen, die eine ungewollte Schwangerschaft verhindern. Die Vorlage geht nun an die Bundesregierung zurück. Diese muss entscheiden, ob sie die Verordnung in der vom Bundesrat vorgegebenen Form in Kraft setzt.

In der Begründung weist die Länderkammer darauf hin, dass in vielen Ländern, wie in den Vereinigten Staaten von Amerika, Großbritannien, Frankreich, Schweden, Finnland, Portugal, Dänemark und in der Schweiz gute Erfahrungen mit der Aufhebung der Verschreibungspflicht vorliegen. Untersuchungen in diesen Ländern zufolge hat die Freigabe geholfen, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern. Auch habe der erleichterte Zugang zur „Pille danach“ keinen Einfluss auf die Verwendung regulärer Verhütungsmittel und das Sexualverhalten.

Der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht hat bereits im Jahr 2003 die Entlassung entsprechender Arzneimittel aus der Verschreibungspflicht befürwortet.

## **7. Ärztliche Versorgung: Gesamtvergütung muss tatsächlicher Krankheitslast entsprechen**

„Das zurzeit praktizierte System für die regionale Zuweisung der finanziellen Mittel für Leistungen in der ambulanten Medizin entbehrt jeder nachvollziehbaren Grundlage“, erklärt die Arbeitsgemeinschaft LAVA (Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch), ein Zusammenschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe.

„Es ist ungerecht und benachteiligt die gesetzlich Krankenversicherten und insbesondere die Patientinnen und Patienten in vielen Regionen Deutschlands.“ Dieses Fazit ziehen die sieben KVen aus dem Gutachten „Möglichkeiten und Notwendigkeit der Morbiditätsmessung im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung unter besonderer Berücksichtigung des Klassifikationsmodells des Bewertungsausschusses“, das im Auftrag der KV Sachsen-Anhalt von den Professoren Dr. Eberhard Wille (Universität Mannheim) und Volker Ulrich (Universität Bayreuth) sowie Dr. med. Saskia E. Drösler

---

und Dr. med. Benno Neukirch (beide Hochschule Niederrhein in Krefeld) erstellt worden ist.

„Es steht außer Frage, dass der Text des GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes), seine Begründung und der Kontext der Regelung eine umfängliche Berücksichtigung der Morbidität bei der Vereinbarung der ärztlichen Gesamtvergütung fordern“, wird Prof. Wille in der Stellungnahme der LAVA zitiert.

In den Vergütungsverhandlungen wird ganz überwiegend nur die Veränderung der Morbidität bei den KVen berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Morbidität bei der Feststellung der Berechnungsgrundlagen würde eine völlig neue Justierung der Höhe der Gesamtvergütungen bei allen KVen erfordern. „Der Bundesgesetzgeber ist gefordert, den Knoten durchzuschlagen und gerechte Verhältnisse herzustellen“, sagt Dr. Burkhard John, Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen-Anhalt. Der Vorstoß der LAVA ist innerhalb der KVen stark umstritten.

*Das Gutachten kann auf der Homepage der KV Brandenburg ([www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)) heruntergeladen werden.*

## **8. Telematik: Leistungserbringer wenden sich gegen „Durchführung sachfremder Aufgaben“ bei der eGK**

Das auszugsweise wiedergegebene politische Statement der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer dokumentiert die Grundsätze der Zusammenarbeit beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur (TI):

„Die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sowie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nehmen die ihnen vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe durch die gematik wahr. Sie treibt die Schaffung der TI als kompetenter und effizienter Dienstleister ihrer Gesellschafter voran. Aufgabe der Politik ist es, für gesetzliche Rahmenbedingungen zu sorgen, die eine transparente und diskriminierungsfreie Nutzung der TI garantieren. Sie beschränkt sich im Rahmen der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) darauf, sicherzustellen, dass diese gesetzlichen Rahmenbedingungen von der gematik und ihren Gesellschaftern beachtet werden.

Den Gesellschaftern der gematik obliegen die fachliche Verantwortung und die Entscheidungshoheit für Aufbau und Weiterentwicklung der TI sowie für die Implementierung der gesetzlich vorgegebenen sowie darüber hinausgehenden Telematikanwendungen. Nur die starke Rolle der Gesellschafter gewährleistet die Akzeptanz der TI und ihrer Anwendungen bei Leistungserbringern und Patienten.

---

Unabdingbare Voraussetzung für die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer ist die Schaffung eines medizinischen Mehrwerts unmittelbar ab Beginn der bundesweiten Anbindung und der freiwilligen Nutzung der Dienste der TI. Es ist der falsche Weg, wenn Leistungserbringer zur Durchführung sachfremder Aufgaben wie der Aktualisierung von Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte gesetzlich verpflichtet werden, ohne dass die TI zugleich einen spürbaren Mehrwert für Leistungserbringer und Patienten schafft.“

An dem Statement haben sich die Bundesärztekammer (BÄK), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KZBV), der Deutsche Apothekerverband (DAV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beteiligt.

*Das Statement kann heruntergeladen werden unter: [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)*

## **9. Medizinische Versorgung: Die „Unstatistik“ des „Brustkrebsmonats“**

Im Brustkrebsmonat Oktober 2013 sei über viele Statistiken zum Brustkrebs-Screening berichtet worden, wie beispielsweise den Anteil der Frauen, die am Screening teilnahmen. Nicht berichtet worden sei über Nutzen und Schaden des Brustkrebs-Screenings, obwohl diese aus randomisierten Studien mit etwa 500.000 Frauen bestens bekannt seien, kritisiert Prof. Dr. G. Gigerenzer, Geschäftsführender Direktor am Max-Planck-Institut (MPI) für Bildungsforschung, in einer Mitteilung zur „Unstatistik des Monats“.

„Von je 1.000 Frauen im Alter 50 +, die am Screening teilnehmen, sterben innerhalb von 10 Jahren etwa 4 an Brustkrebs; bei Frauen, die nicht am Screening teilnehmen, sind es 5. In anderen Worten: 1.000 Frauen müssen 10 Jahre lang am Screening teilnehmen, damit eine weniger an Brustkrebs stirbt. In den wenigen Fällen, wo Frauen quantitative Informationen über den Nutzen überhaupt erhalten, wird ihnen dieser meist als „20-prozentige Reduktion“ dargestellt (von 5 auf 4), da eine relative Risikoreduktion (20 %) beeindruckender als eine absolute Risikoreduktion (1 in 1.000) klinge. Die zuverlässigere Information wäre allerdings die Gesamtsterblichkeit (einschließlich Brustkrebs): Hier hat man keinen Unterschied durch die Teilnahme von Frauen an der Früherkennung gefunden. Diese Statistik wird aber an Frauen kaum je weitergegeben“, so Gigerenzer.

Zudem sollte man Frauen auch über den möglichen Schaden informieren. Etwa 100 je 1.000 Frauen, die 10 Jahre zum Screening gingen, erhielten falsch-positive Testergebnisse und Biopsien (Gewebeentnahmen) – obgleich sie keinen Brustkrebs hätten.

---

Diese falschen verdächtigen Befunde verängstigen viele Frauen, insbesondere, wenn ihnen vorher nichts dazu erklärt werde. Und etwa 5 je 1.000 Frauen unterzögen sich unnötigen Eingriffen wie einer teilweisen oder ganzen Entfernung der Brust – unnötig, da diese Frauen eine nicht-progressive Form von Brustkrebs hätten, die ihnen während ihres weiteren Lebens keine Probleme bereitet hätte. „In Kenntnis dieser Statistiken könnte jede Frau selbst informiert entscheiden, ob sie am Screening teilnehmen möchte oder nicht.“

### **10. GKV: Auswahlverfahren zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bei der Techniker Krankenkasse**

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat mit einer Ausschreibung das „Auswahlverfahren zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Krampfadererkrankungen (Varizen) durch innovative Behandlungsmethoden und einem implementierten Zweitmeinungs- bzw. Indikationsqualitätssicherungsverfahren gemäß § 73c SGB V für Versicherte der TK in ausgewählten Gebieten“ eröffnet.

Die Ausschreibung bezieht sich auf die Erbringung folgender ambulanter Leistungen:

„Der Vertragspartner erbringt die folgenden Leistungen (zum Teil mit Hilfe kooperierender Leistungserbringer, mit denen entsprechende Verträge abzuschließen sind):

- Der Vertragspartner bietet ein Verfahren an, mit Hilfe dessen eine objektive Qualitätssicherung der Diagnose I83 (Varizen der unteren Extremitäten) in Form von einer Überprüfung der Operationsindikation (Bestätigung, dass eine Varikose vorliegt, deren Schweregrad eine Operation aus medizinischer Sicht erfordert) erfolgt. Hierfür liefert der Vertragspartner ein detailliertes Konzept, welche Prozesse dieses Verfahren beinhaltet.
- Die teilnehmenden Vertragspartner führen im Anschluss an eine qualitätsgesicherte Diagnostik der Varikose die Behandlung der Varizen mittels folgender innovativer Behandlungsmethoden durch, sofern eine operative Therapie medizinisch indiziert ist:
  - endovaskuläre thermische Verfahren mittels Radiofrequenzkatheter und/oder
  - endovaskuläre thermische Verfahren mittels Lasertherapie.
- Optional bietet der Vertragspartner die Qualitätssicherung der Indikationsstellung von diagnostizierten Varikosen (Bestätigung, dass eine Varikose vorliegt, deren Schweregrad eine Operation aus medizinischer Sicht erfordert) auf An-

**11. November 2013**

Nr. 86/2013/ Seite 15 von 18

frage der TK (Zweitmeinungsverfahren) auch für Versicherte der TK an, die nicht im Rahmen dieses Angebotes eine ambulante operative Therapie in Form von endovaskulären thermischen Verfahren erhalten. Hierfür liefert der Vertragspartner ebenfalls ein detailliertes Konzept, welche Prozesse dieses Verfahren beinhaltet, sofern er diese Zusatzleistung anbieten will.“

Die TK hat die Ausschreibung im Bundesanzeiger (BAnz) vom 11. Oktober 2013 veröffentlicht.

### **11. Terminhinweis: 97. Aachener Hospizgespräch**

Bei den 1995 gegründeten Aachener Hospizgesprächen handelt es sich um ein Forum „für alle professionellen und ehrenamtlichen MultiplikatorInnen im Gebiet der Städte-Region Aachen, die sich für die Hospizarbeit und Palliativmedizin engagieren“.

Am 15./16. November 2013 findet das 97. Aachener Hospizgespräch in Stolberg (Nordrhein-Westfalen) statt unter dem Titel „Der Gesundheitsmarkt braucht Werte – Hospizliche und Palliative Haltung begegnen Wettbewerb und Kostendruck“.

Zu Wort kommen unter anderem am 15. November 2013:

Veronika Schönhofer-Nellessen, Leiterin der Servicestelle Hospiz, Geschäftsführerin des Vereins Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.

Prof. Dr. phil. Claus Eurich, Hochschullehrer am Institut für Journalistik der Technischen Universität Dortmund und Leiter der Akademie für Führungskompetenz am Benediktushof Holzkirchen

Prof. Dr. Andreas Wittrahm, Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.

Dr. Andrea Petermann-Meyer, Allgemeinmedizinerin

Rita Gabler, Künstlerin

Prof. Dr. med. Frank Elsner, Kommissarischer Direktor der Klinik für Palliativmedizin des Universitätsklinikums Aachen

sowie am 16. November 2013:

Michael Wirtz, Vorsitzender der Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin

Ulla Schmidt (SPD), ehemalige Bundesgesundheitsministerin und Vorsitzende des Kuratoriums der Hospizstiftung Region Aachen

Dr. Werner Bartens, Leitender Redakteur im Wissenschaftsressort der Süddeutschen Zeitung, Autor und Mediziner

---



11. November 2013

Nr. 86/2013/ Seite 16 von 18

Marlene Rupprecht, Vorstandsvorsitzende des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes e.V.

Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe, Leiter der Palliativmedizinischen Abteilung, Universitätsklinikum Erlangen, und

Rita Gabler.

Partner des 97. Aachener Hospizgespräches sind:

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV)
- Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.
- Deutsche PalliativStiftung
- Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.
- Grüenthal Stiftung für Palliativmedizin und
- Lehrstuhl und Klinik für Palliativmedizin am Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.

Das 97. Aachener Hospizgespräch findet am Freitag, dem 15. November 2013, um 17.30 Uhr, und am Samstag, dem 16. November 2013, um 9.00 Uhr, im Museum für Industrie,- Wirtschafts- und Sozialgeschichte für den Raum Aachen in Stolberg/Zinkhütter Hof e.V., Bernhard-Kuckelkorn-Platz/Cockerillstraße, 52222 Stolberg, statt.

*Anmeldungen sind möglich per Fax: 0241 / 5691020 oder*

*per E-Mail an: [info@servicestellenhospizarbeit.de](mailto:info@servicestellenhospizarbeit.de)*

## **Kurznachrichten**

### **Forderung der Diabetesverbände**

„Der Herausforderung durch die Volkskrankheit Diabetes kann die neue Koalition nur durch ein konzertiertes Vorgehen mit Hilfe eines nationalen Diabetesplanes begegnen“, sagt Prof. Dr. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender der diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. „Neben einer nationalen Diabetesstrategie benötigen wir zur

---



**11. November 2013**

Nr. 86/2013/ Seite 17 von 18

Umsetzung ein Netz von qualifizierten, interdisziplinären und transsektoralen Einrichtungen, die den Patienten durch die gesamte Versorgungskette begleiten und so auch kosteneffizienter arbeiten könnten“, fordert PD Dr. Erhard Siegel, Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).

### **Einigung im Streit um den Rezeptdatenhandel**

Der Streit um die Datenlieferung des Apothekenrechenzentrums Haan an Marktforschungsfirmen ist beigelegt (Schütze-Brief Nr. 85/2013 vom 7. November 2013). Das Rechenzentrum muss seine Datenlieferungen nicht einstellen. Die Landesdaten-schutzbehörde in Nordrhein-Westfalen sieht von einer entsprechenden Anordnung ab.

### **GOÄ-Entwurf noch in diesem Jahr**

Die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sei auf einem „sehr guten Weg“, erklärte Uwe Laue, Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband). Die Rahmenvereinbarung dazu solle noch in diesem Jahr geschlossen werden.

### **BZÄK plädiert für maßvolle Reformen**

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Peter Engel, hat die künftige Bundesregierung aufgefordert, das duale Gesundheitssystem zu stabilisieren und zukunftssicher zu gestalten. Der Ausbau der Präventionsstrategie solle eingebettet sein in eine Garantie der freien Arztwahl, ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Patient und Arzt sowie einen Wettbewerb um hochwertige Versorgung, heißt es in einem Positionspapier.

### **Termine**

+++ Nächste Ausschusssitzung des Gesundheitsausschusses des Bundesrates am 13. November 2013 +++

+++ Nächste Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses am 14. November 2013 (Reguläre Sitzung) +++

+++ Nächste Plenarsitzung des Deutschen Bundestages vom 27. bis 29. November 2013 +++

---

**11. November 2013**

**Nr. 86/2013/ Seite 18 von 18**

+++ Nächste Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses am 5. Dezember 2013  
(Optionale Sitzung) – Unterausschuss Arzneimittel +++

+++ Nächste Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses am 19. Dezember 2013  
(Reguläre Sitzung) +++

---

---