

INHALT

- **WIdO-Studie:**
Rabattarzneimittel sorgen für mehr Therapiesicherheit
- **Organspende:**
Gesundheitsminister unterstützen Kauder und Steinmeier
- **AOK schafft**
IT-Standards für Selektivverträge
- **Qualitätsberichte der**
Krankenhäuser sollen informativer werden
- **Blickpunkt**
Hintergrund: Was das Hygienegesetz alles regelt

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
15. Juli 2011

■ Bundeskabinett beschließt Senkung von Steuern und Sozialabgaben

Das Bundeskabinett hat den Beschluss der drei Parteivorsitzenden Dr. Angela Merkel (CDU), Horst Seehofer (CSU) und Dr. Philipp Rösler (FDP) gebilligt, zum 1. Januar 2013 Steuern und Sozialabgaben zu senken. Die Details sollen nach der parlamentarischen Sommerpause geklärt werden. Rösler geht sogar davon aus, dass „eine Entlastung bei den Sozialabgaben schon ab 2012 möglich“ ist. In welchem Bereich der **Sozialversicherung** es Entlastungen geben soll, ist noch nicht klar. Die gesetzliche Krankenversicherung ist zwar derzeit im Plus, jedoch ist Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr „froh, einen kleinen Puffer zu haben“, auch weil das geplante **Versorgungsgesetz** mit Mehrbelastungen verbunden ist. Bei den Abgaben für Arbeitslosenversicherung und Pflege gibt es kaum Spielräume. Bei der Rente gehen Experten seit geraumer Zeit von einer Beitragssenkung um 0,1 Prozentpunkte im Jahr 2012 oder 2013 aus. Mehr dazu auf Seite 5.

■ Grünes Licht für Hygienegesetz

Der Bundesrat hat das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Gesetze“ gebilligt. Es soll die Hygienequalität in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen verbessern und verpflichtet die Bundesländer, bis zum 31. März 2012 Verordnungen zur Infektionshygiene und zur Prävention von resistenten Krankheitserregern zu erlassen. Vorgehen ist auch die Einrichtung einer Kommission am Robert-Koch-Institut sowie die Verpflichtung der Leiter von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, Präventionsmaßnahmen zur Infektionsvermeidung zu ergreifen. Das Gesetz enthält darüber hinaus Maßnahmen in Zusammenhang mit Pflegeberichten und mit der insolventen City BKK. Mehr dazu auf Seite 7.

Infos: www.bmg.bund.de

■ PID: Bundestag beschließt Zulassung

Der Bundestag hat die begrenzte Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) beschlossen. 326 Abgeordnete votierten für den fraktionsübergreifenden Antrag der stellvertretenden FDP-Fraktionsvorsitzenden Ulrike Flach (FDP) und des Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundeswirtschaftsministerium, Peter Hintze (CDU). Paare, die Träger einer Erbkrankheit sind und schwere Schädigungen des Embryos befürchten, dürfen sich künftig einer entsprechenden Behandlung unterziehen.

Infos: www.bundestag.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Simone Heinemann-Meerz** ist neue Präsidentin der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt. Die Kardiologin löst Dr. Henning Friebe ab, dessen Stellvertreterin sie zuvor war. Neuer Vize ist nun **Dr. Lutz Lindemann-Sperfeld**.



■ **Rainer Striebel** wurde zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der AOK PLUS gewählt. Bislang leitete der Betriebswirt die Unternehmenseinheit Versorgung in der AOK PLUS.

■ **Christian Lipicki** übernimmt im Bundesministerium für Gesundheit eine Projektgruppe zum Thema Krisenkommunikation. Bislang war der Journalist Pressesprecher des Hauses.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Bundesweit größte Studie zur Wirksamkeit moderner Wundtherapie startet

Der Verband der Ersatzkassen e. V., der AOK-Bundesverband und die Knappschaft haben gemeinsam eine nationale Studie zur Unterdruck-Wundtherapie bei unterschiedlichen Wunden initiiert. Ab dem 1. Oktober 2011 können nun bis zu 7.000 Versicherte mit dieser neuen Methode im Rahmen der klinischen Studie beziehungsweise im Rahmen eines Vertrages zur **Integrierten Versorgung** behandelt werden. Nach Abschluss der zweijährigen Untersuchung 2014 wird der Gemeinsame Bundesausschuss darüber entscheiden, ob die Krankenkassen künftig die Kosten für diese Therapie übernehmen.

Infos: www.aok-bv.de

■ WlDO-Studie: Rabattarzneimittel sorgen für mehr Therapiesicherheit

Durch die bundesweiten **Arzneimittelrabattverträge** der AOK wird vielen Patienten, die dauerhaft Arzneimittel benötigen, ein häufiger Medikamentenwechsel erspart. Das belegt eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WlDO). Diese analysierte den Austausch von Generika in der Apotheke vor und nach der Einführung der Rabattverträge. Danach waren 2010, also nach Einführung der AOK-Verträge mit nur einem Hersteller pro Wirkstoff und Gebietslos, knapp 80 Prozent der chronisch Kranken dauerhaft auf ein Produkt eingestellt, weil ein Medikamentenwechsel nur noch dann erfolgte, wenn Arzt und Patient dies für notwendig erachteten. „2006, also vor der Einführung der AOK-Verträge, musste noch nahezu jeder dritte chronisch kranke Patient mindestens einmal im Jahr das Medikament wechseln“, erläutert Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WlDO. Gleichzeitig zeigt sich, dass der Anteil der Patienten, die mehr als drei verschiedene Arzneimittelprodukte von einem Wirkstoff erhalten haben, um mehr als die Hälfte reduziert werden konnte: Hatte unter den 32 Millionen untersuchten Patientenprofilen im Jahr 2006 jeder Sechzehnte (6,1 Prozent) mehr als drei verschiedene Produkte erhalten, traf dies 2010 nur noch jeden Vierzigsten (2,5 Prozent). AOK-Rabattverträge haben damit 2010 im Vergleich zu 2006 geholfen, dass 1,4 Millionen Patienten dauerhaft für ein Jahr auf ein Produkt eingestellt wurden und darüber hinaus ein Medikamentenhopping zwischen drei und mehr verschiedenen Arzneimitteln eines Wirkstoffs vermieden wurde. Nach Aussagen von Dr. Christopher Hermann, stellvertretender AOK-Vorstandsvorsitzender in Baden-Württemberg und Chefunterhändler für die Rabattverträge des AOK-Systems, tragen die Verträge maßgeblich zur **stabilen Finanzsituation** der AOK-Gemeinschaft bei. „Nicht zuletzt dank der bundesweiten Rabattverträge erheben die AOKs auch 2011 keinen Zusatzbeitrag“, so Hermann. Bis Jahresende werden sich die Einsparungen der AOKs bei den Ausgaben für Generika aller Voraussicht nach auf rund 1,4 Milliarden Euro summieren.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Daniel Wosnitzka**, bisher Pressesprecher der Deutschen Krankenhausgesellschaft, hat sich neuen Aufgaben zugewandt. Künftig leitet er die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Deutschen Vereins des Gas- und Wasserfaches.



■ **Ulla Schmidt**, von 2001 bis 2009 Bundesgesundheitsministerin, ist in den Aufsichtsrat der Berliner Charité berufen worden. Sie soll mithelfen, das hoch verschuldete Universitätsklinikum zu sanieren.



■ **Annette Düring** (Versichertenvertreterin) und **Wolfgang Söller** (Arbeitgebervertreter) sind die neuen Vorsitzenden des Verwaltungsrates der AOK Bremen. Sie lösen Hans-Jürgen Söffing und Heiner Bögemann ab.

■ Organspende: Landesminister unterstützen Steinmeier und Kauder

Künftig soll jeder Bürger mindestens einmal im Leben gegenüber Behörden erklären müssen, ob er im Todesfall zu einer Organspende bereit ist. Dabei wird ihm jedoch die Möglichkeit eingeräumt, sich nicht zu entscheiden. Das jedenfalls sieht ein einstimmiger Beschluss der Gesundheitsminister der Länder vor. Diese folgten mit ihrem Votum einem Vorstoß der Fraktionschefs von SPD und Union im Bundestag, Frank-Walter Steinmeier und Volker Kauder, den auch der **AOK-Bundesverband** unterstützt. Bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr stießen die 16 Landesminister damit jedoch nicht auf Zustimmung. Bahr erklärte, für ihn bedeute die Pflicht zur Antwort, selbst wenn ein „Ich weiß nicht“ erlaubt sei, einen Zwang, den er ablehne. Er selbst setze eher auf verstärkte Aufklärung, die zu einer immer wieder neuen Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende führen solle.

Infos: www.gmkonline.de

KOMMENTAR

Jeden Tag sterben drei Menschen, weil nicht rechtzeitig ein für sie geeignetes Spenderorgan verfügbar ist. Die von Frank-Walter Steinmeier und Volker Kauder vorgeschlagene Entscheidungslösung scheint die sinnvollste Option, um dagegen anzugehen. Die bislang praktizierte Zustimmungslösung bietet dagegen wenig Spielraum dafür, künftig mehr Organspender zu gewinnen. Die Widerspruchslösung, nach der die Bürger explizit Nein sagen müssten, wenn sie keine Organe spenden wollen, ist unter anderem deshalb problematisch, weil eine Widerspruchserklärung auch einmal verloren gehen kann und eine Organentnahme dann faktisch gegen den Willen des Betroffenen erfolgen würde. Bleibt die Entscheidungslösung. Die ist laut Verfassungsrechtsexperten Edzard Schmidt-Jortzig mit dem Grundgesetz vereinbar, wahrt den medizinethischen Grundsatz, dass Eingriffe dann zulässig sind, wenn Patienten ihnen zugestimmt haben, und könnte die Spendenbilanz spürbar verbessern. (ink)

■ Versorgungsgesetz: BMF fordert Berechnungen zu Mehrkosten

Das Bundesfinanzministerium (BMF) hat den Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für das Versorgungsgesetz kritisiert. Er müsse umfassend überarbeitet werden, heißt es in einem zehnteiligen Vermerk des BMF. Laut Ministerium liefert das Bundesgesundheitsministerium keinerlei Berechnungen, wie stark die im Referentenentwurf genannten Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung die Krankenkassen belasten würden. Das BMF geht von Mehrkosten in Milliardenhöhe aus. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatte zuvor Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes, es ginge um drei Milliarden Euro, als „Gespenst“ zurückgewiesen. Das BMF mahnt nun an, es solle „daran festgehalten werden, dass in unterversorgten Gebieten Zuschläge und in überversorgten Gebieten Abschläge vorzusehen sind“. Der Referentenentwurf sieht jedoch keine Abschläge in überversorgten Regionen vor. Der AOK-Bundesverband hatte bei der Fachanhörung zum Versorgungsgesetz auf Bahrs Ankündigung hingewiesen, bei dem Gesetz finanzielle Stabilität zu wahren, und erklärt, er unterstütze dieses Anliegen. Die Entscheidung des Bundeskabinetts über den Gesetzentwurf ist für den 3. August vorgesehen.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ AOK Rheinland-Pfalz, AOK Saarland und IKK Südwest fusionieren

Nach den Verwaltungsräten der AOK Saarland und der AOK Rheinland-Pfalz hat auch der Verwaltungsrat der IKK Südwest einer Fusion der drei Krankenkassen zugestimmt. Sie solle zum 1. Oktober erfolgen und sei der erste Kassenarten übergreifende Zusammenschluss, an dem drei Krankenkassen beteiligt seien, heißt es in der gemeinsamen Presseinfo. Die neue Großkasse für die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland versichere dann rund 1,4 Millionen Mitglieder (1,9 Millionen Versicherte). Mit einem Marktanteil von mehr als 40 Prozent sei die „Gesundheitskasse Südwest“ damit regionaler Marktführer und gehöre zu den größten Krankenkassen in Deutschland, so die drei Kassen. Der Sitz der Hauptverwaltung werde im rheinland-pfälzischen Eisenberg sein, das Saarland erhalte eine eigene Direktion in Saarbrücken. Einen fusionsbedingten Stellenabbau schließen sowohl die Vorstände als auch die Verwaltungsratsvorsitzenden aus. Die neue Gesundheitskasse Südwest werde mit insgesamt rund 4.500 Mitarbeitern zu den zehn größten Arbeitgebern im Südwesten gehören. Ein flächendeckendes Geschäftsstellennetz in Rheinland-Pfalz und im Saarland sichere die wohnortnahe Betreuung der Versicherten und Arbeitgeber in der Region. Als Vorstandschef sei der derzeitige IKK-Südwest-Chef Frank Spaniol vorgesehen.

Infos: www.aok.de

■ AOK schafft IT-Standards für Selektivverträge

Die AOK will die praktische Umsetzung von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen, Ärzten und anderen Leistungserbringern schneller, einfacher und kostengünstiger gestalten. „Wir haben eine IT-Initiative gestartet, die dafür sorgt, dass Einzelverträge besser als bisher Eingang in die Praxissoftware der Ärzte finden“, sagte dazu der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt. Anders als bei Kollektivverträgen gebe es für **Selektivverträge** bislang keinen technischen Standard für eine Schnittstelle zwischen den IT-Systemen der Krankenkassen und denen der Leistungserbringer, erläuterte Reichelt. Für die Softwarehersteller lohne es sich wirtschaftlich nicht, jeden Selektivvertrag einzeln in die Praxissoftware zu integrieren. Bislang gebe es deshalb nur einige Insellösungen. „Dies mindert die Effizienz der Verträge deutlich“, so der Vorstandschef. Zur operativen Umsetzung ihrer Initiative hat die AOK-Gemeinschaft unter dem Dach der AOK Systems GmbH einen eigenen Geschäftsbereich gegründet. Das Team der „gevko – Gesundheit – Versorgung – Kommunikation“ besteht aus Entwicklern, Programmierern und Produktmanagern. Die von der gevko entwickelte Schnittstelle zwischen der Software der Leistungserbringer und den IT-Systemen der Kostenträger soll das Vertragsmanagement durch Standards professionalisieren. Erprobt wird sie nun im Rahmen der AOK-Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Niedersachsen und in Thüringen.

Infos: www.aok-bv.de

■ GBA: Qualitätsberichte der Krankenhäuser künftig noch informativer

In den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden künftig bis zu 182 Indikatoren aus 25 Leistungsbereichen dargestellt. Bislang waren es lediglich bis zu 28 Indikatoren. Das hat der **Gemeinsame Bundesausschuss** (GBA) beschlossen, der damit einer Empfehlung des AQUA-Instituts folgte. Das erweiterte Indikatorenset kommt erstmals bei den Qualitätsberichten für das Jahr 2010 zum Einsatz. Diese sollen spätestens ab Februar 2012 vollständig über Suchmaschinen der Krankenkassenverbände und anderer Organisationen zu finden sein. Zu den neuen Indikatoren gehören die Beweglichkeit nach Erstimplantation von Knie-Endoprothesen und die Zahl der Patienten, die wegen Komplikationen nach einem solchen Eingriff ein weiteres Mal operiert werden mussten. Auch die Anzahl der Wundinfektionen nach dem Einsatz einer neuen Hüfte ist künftig ein Qualitätsindikator im Rahmen der Berichte. Umfassendes Material über die Qualität von Krankenhausoperationen an Knie und Hüfte bietet derzeit ausschließlich der **AOK-Gesundheitsnavigator**. Der GBA hatte im Oktober 2010 das AQUA-Institut beauftragt, Qualitätsindikatoren zusammenzustellen, die sich für eine Veröffentlichung im Rahmen der Berichte eignen.

Infos: www.g-ba.de

■ Renten- und Pflegeversicherung machen Überschüsse

Die deutsche Rentenversicherung ist besser durch die Wirtschaftskrise gekommen, als sie erwartet hat. Das hat Annelie Buntenbach, Vorsitzende des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund, bekannt gegeben. Laut Buntenbach gab es 2010 ein Einnahmeplus von 2,1 Prozent. Das entspricht 3,8 Milliarden Euro. Die Nachhaltigkeitsrücklage betrug Ende des vergangenen Jahres 18,6 Milliarden Euro. Bei einem Gesamtvolumen von 184,4 Milliarden Euro sind dies rund 1,1 Monatsausgaben. Auch für 2011 rechnet Buntenbach mit einem Überschuss. Rund zwei Milliarden Euro prognostiziert die Vorsitzende. Die Nachhaltigkeitsrücklage werde wohl auf 21,1 Milliarden beziehungsweise 1,25 Monatsausgaben ansteigen. Laut Prognosen der Bundesregierung wird die Nachhaltigkeitsrücklage 2012 mehr als 1,5 Monatsausgaben betragen. Nach geltender Rechtslage könnte der Beitragssatz von aktuell 19,9 auf 19,8 Prozent gesenkt werden. Im Herbst soll der Beitragssatz für das kommende Jahr festgesetzt werden. Schwarze Zahlen schreibt nach einer Prognose der Bundesbank auch die **Pflegeversicherung**. Allerdings sei „spätestens ab dem kommenden Jahr mit Defiziten zu rechnen, weil die Ausgaben infolge steigender Leistungssätze deutlich schneller wachsen dürften als die Einnahmen“. Ab dem 1. Januar 2012 zahlt die Pflegeversicherung wegen der Anhebung der Sätze für die einzelnen Pflegestufen im Durchschnitt zwei Prozent mehr.

Infos: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Vorschau

G+G Gesundheit und Gesellschaft

Antibiotika: Hände weg von der eisernen Reserve

Die Wirkung von Penicillin und seinen Nachfolgern ist in Gefahr, weil Keime Resistenzen entwickeln. Ein Lagebericht von Helmut Schröder.

Suppe oder Sondenkost?

Soll ich meinen pflegebedürftigen Angehörigen künstlich ernähren lassen? Eine wissenschaftlich fundierte Broschüre des AOK-Bundesverbandes stellt Ursula Becker vor.

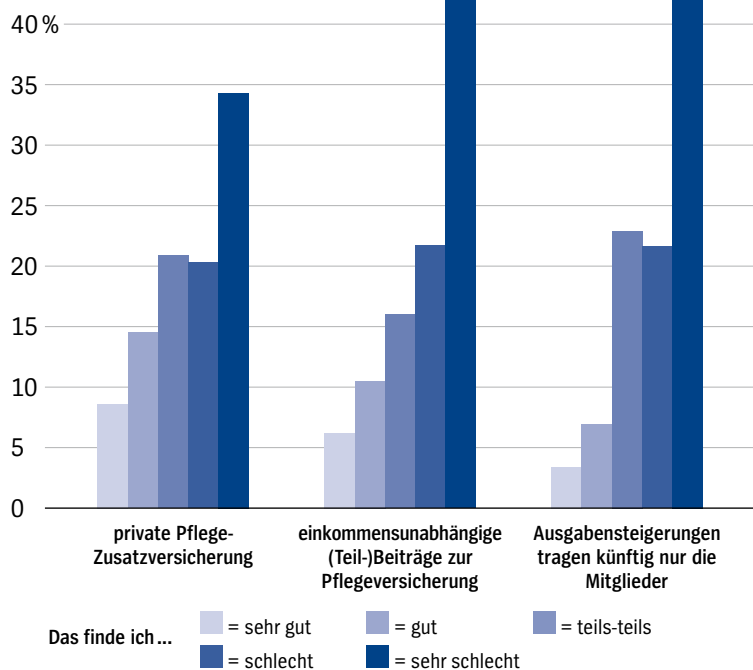
Therapie ohne Umweg

Chronische Krankheiten werden immer häufiger. Heilberufe und Krankenkassen müssen deswegen umdenken. Von Evert Jan van Lente.

G+G Wissenschaft

Wie die Pflege zukunfts-fähig gemacht werden kann, steht im Mittelpunkt der aktuellen Ausgabe. Dabei geht es um die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Finanzierungsfragen.

Pflege: Versicherte für solidarische Finanzierung



Die solidarische Finanzierung der Pflegeversicherung steht bei den Bürgern hoch im Kurs, wie eine Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ergab. Die Deutschen lehnen mehrheitlich private Pflege-Zusatzversicherungen ab und sind für einkommensunabhängige (Teil-)Beiträge zur Pflegeversicherung nicht zu begeistern. Außerdem meinen die meisten von ihnen: Arbeitgeber und Mitglieder der Pflegekassen sollen sich auch künftig Ausgabensteigerungen teilen.

Infos: www.wido.de

■ Prognos-Studie: 12.000 Arztsitze überflüssig

In Deutschland können 12.000 von 138.000 Arztsitzen ohne negative Folgen für die medizinische Versorgung eingespart werden. Das ist das Ergebnis einer Prognos-Studie im Auftrag des **GKV-Spitzenverbandes**. Vor allem bei Fachärzten gebe es einen großen Überhang, beispielsweise in Bayern und Baden-Württemberg. Der GKV-Spitzenverband fordert nun eine Klarstellung im geplanten Versorgungsgesetz, dass **Kassenärztliche Vereinigungen** in überversorgten Gebieten Arztpraxen aufkaufen müssen, wenn Ärzte aus der Versorgung ausscheiden und eine Wiederbesetzung nicht erforderlich ist. Ärzteverbände halten die Studie für wenig zielführend. In der Zukunft gebe es einen steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung, meinte beispielsweise die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Hygienegesetz regelt mehr als nur Infektionsschutzmaßnahmen

Nun hat es auch den Bundesrat passiert: das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Es tritt am 15. Juli in Kraft und sieht schärfere Hygienevorschriften vor, um die Gefahr von Ansteckungen mit gefährlichen Erregern insbesondere in Krankenhäusern zu senken. Als Omnibusgesetz enthält es auch Vorschriften im Zusammenhang mit den Qualitätsberichten über Pflegeheime und mit der Schließung der City BKK.

Wohl wegen der EHEC-Krise gingen diese Nachrichten fast unter: Der Bundestag hat am 9. Juni das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes verabschiedet, der Bundesrat gab sein Placet für das nicht zustimmungspflichtige Gesetz am 9. Juli. Damit ist der Weg frei für eine Reihe von Maßnahmen, die die Ansteckungsgefahr mit gefährlichen Erregern in Gesundheitseinrichtungen senken helfen sollen.

Das Problem ist ernst: Bis zu 700.000 vermeidbare Infektionen mit bis zu 30.000 Todesfällen gibt es in Deutschland jährlich allein in den Krankenhäusern. Dabei spielen vor allem Keime eine Rolle, die gegen Antibiotika resistent geworden sind. Besonders bekannt sind die Bakterienstämme vom Typ Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, auch MRSA genannt. Übertragen werden sie häufig, weil sich Krankenhauspersonal oder Patienten nicht oft und intensiv genug die Hände waschen. Die AOK unterstützt daher schon seit Jahren die „**Aktion Saubere Hände**“.

» Alle Akteure werden in die Pflicht genommen

Das Gesetz, das in der Presse oft als Hygienegesetz oder – problematischerweise wegen der Verwechslungsgefahr mit dem eigentlichen „**Gesetz zur Verhütung von Infektionskrankheiten beim Menschen**“ – als Infektionsschutzgesetz bezeichnet wird, sieht nun Maßnahmen vor, bei denen viele Akteure des Gesundheitswesens gefragt sind:

- Die Landesregierungen sollen bis zum 31. März 2012 Hygieneverordnungen zum Infektionsschutz erlassen. Diese sollen unter anderem für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, bestimmte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken gelten und Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und von Erregern mit Resistenzen regeln. Bislang gibt es solche Rechtsverordnungen nur in sieben Bundesländern.
- Die genannten Einrichtungen und auch Entbindungseinrichtungen müssen künftig in speziellen Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Verhütung von Infektionen definieren. Die Gesundheitsämter überprüfen die Bemühungen der Praxen. Die Landesregierungen können festlegen, dass auch Ärzte und Zahnärzte solche Hygienepläne aufstellen.
- Krankenhäuser sollen Hygienebeauftragte einstellen. Der Gesetzgeber räumt den Kliniken hierbei eine Übergangsfrist von fünf Jahren ein. Die

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Zeitspanne ist deswegen so lang, weil entsprechende Experten zum Teil erst noch ausgebildet werden müssen. Ferner haben die Kliniken eine Hygienekommission zu bestellen und bei der Behandlung von MRSA-infizierten Patienten besondere Verfahrensweisen zu berücksichtigen.

- Der **Gemeinsame Bundesausschuss** als oberstes Beschlussgremium von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Kliniken und Krankenkassen hat den Auftrag, Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität in seinen Richtlinien zu verankern. Die Ergebnisse sollen künftig Bestandteil der verpflichtenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser sein.
- Das Robert-Koch-Institut als zentrale Einrichtung der Bundesregierung zur Krankheitsüberwachung und -prävention richtet eine Kommission zu „Antiinfektiva, Resistenz und Therapie“ (ART) ein. Deren Aufgabe wird es sein, den verordnenden Ärzten „klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger“ zu geben. Diese Empfehlungen sind für die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen verpflichtend.
- Der **Bewertungsausschuss**, ein Gremium der Krankenkassen und Kassenärzte, ergänzt die Gebührenordnung der Vertragsärzte, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, um eine neue Abrechnungsziffer zur ambulanten Behandlung von Patienten, die mit MRSA infiziert sind. Die Regelung gilt zunächst für zwei Jahre.

» Pflege: Schiedsstelle soll Probleme der Vertragspartner schlichten

Das Gesetz beschäftigt sich aber nicht nur mit Fragen der Hygiene. Neben den genannten Änderungen enthält das Artikelgesetz (oder Omnibusgesetz) Änderungen bei den Pflege-Transparenzberichten. Mehrfach hatten Pflegeanbieter in jüngster Vergangenheit eine Weiterentwicklung des Systems zur Beurteilung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen blockiert, indem sie Änderungen der sogenannten **Transparenzvereinbarungen** ablehnten. Nun soll für solche Konfliktfälle eine Schiedsstelle eingerichtet werden. Die kann einer der Vertragspartner anrufen, wenn sechs Monate nach einer schriftlichen Aufforderung zu Verhandlungen immer noch keine einvernehmliche Einigung erzielt ist. Die Schiedsstelle soll dann innerhalb von drei Monaten entscheiden.

» Darlehen im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse

Aus aktuellem Anlass ergänzt das Gesetz auch das Verfahren im Fall der Insolvenz einer Krankenkasse. Der **GKV-Spitzenverband** wird nun ermächtigt, sich ein Darlehen zur Zwischenfinanzierung eines Haftungsbetrages zu beschaffen, wenn er von den Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen wird. Allerdings muss das Bundesgesundheitsministerium dessen Aufnahme erst genehmigen. Das darf es nur, wenn der GKV-Spitzenverband die Notwendigkeit des Darlehens belegen kann. Derzeit braucht der GKV-Spitzenverband ein solches Darlehen wegen der Schließung der City BKK und der in diesem Zusammenhang gegründeten Auffangkrankenkasse „City BKK in Abwicklung“.

Infos: www.aok-bv.de