

INHALT

- **Organspende:**
AOK begrüßt
Bahr-Vorschlag
- **Pflegereform:**
Eckpunkte lassen
auf sich warten
- **Morbi-RSA:**
Gutachten
veröffentlicht
- **Arzneimittel-**
versorgung: Modell
von KBV und ABDA
stößt auf Kritik
- **Hintergrund:**
Positionen der
Krankenkassen
zum Patienten-
rechtesgesetz

■ AOK-Bundesverband: Graalman und Deh übernehmen Geschäftsführenden Vorstand

Staffelübergabe im AOK-Bundesverband in Berlin: Am 1. Oktober haben Jürgen Graalman und Uwe Deh als Geschäftsführender Vorstand die Leitung des Verbandes übernommen. Der bisherige Vorstandsvorsitzende Dr. Herbert Reichelt ging in den Ruhestand. Das neue Führungsduo kündigte an, den AOK-Bundesverband weiter als „Dienstleistungsorientierten Interessenvertreter“ zu positionieren. „Zentrale Säule ist und bleibt die politische Vertretung der AOKs auf Bundesebene“, so Graalman und Deh im ersten gemeinsamen Interview mit dem Magazin „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G 10/11). Eine weitere Säule der Arbeit des Verbandes seien Pflege und Ausbau der Dachmarke „AOK – die Gesundheitskasse“. Bei der AOK sind derzeit rund 24 Millionen Menschen versichert – fast ein Drittel der Bevölkerung. Jürgen Graalman kam im März 2006 zum AOK-Bundesverband. Dort leitete er unter anderem den Stabsbereich Politik. Im Januar 2009 rückte er zum Geschäftsführenden Vorstand auf. Uwe Deh wurde 2005 Bevollmächtigter des Vorstands der AOK Sachsen-Anhalt und war dann neben dem Bereich Gesundheit und Medizin auch für Finanzen und Controlling zuständig. In dieser Funktion steuerte er den gesamten Sanierungs- und Entschuldungsprozess der Gesundheitskasse. 2008 wurde Deh alleiniger Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. Im Bundesverband zeichnet er künftig für die Geschäftsbereiche Versorgung/Verträge, Finanzen, das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiO), Medizin sowie die EDV-Steuerung verantwortlich. Die Zuständigkeiten von Jürgen Graalman umfassen die Bereiche Politik, Kommunikation, Markt und Produkte, Recht sowie Services.

Infos: www.aok-bv.de

■ Erste Versicherte erhalten eGK

„Die Krankenkassen geben jetzt die **elektronische Gesundheitskarte** (eGK) aus“, gab Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, bei einer Veranstaltung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) Ende September bekannt. Die eGK löst nach und nach die bisherige **Krankenversichertenkarte** ab und enthält im Unterschied zu dieser ein Passbild des Versicherten sowie einen Mikroprozessorchip statt des bisherigen Speicherchips. Dieser wird künftig auch Online-Anwendungen ermöglichen. Bestückt werden müssen von den 153 Krankenkassen rund 69,5 Millionen Versicherte. Mindestens zehn Prozent von ihnen sollen die eGK bis Ende dieses Jahres erhalten haben.

Infos: www.gematik.de



■ **Jürgen Graalman,**
*neuer Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes,
will Lösungen liefern, nicht
Kritik üben.*



■ **Uwe Deh,**
*seit 1. Oktober stellvertreten-
der Vorstandsvorsitzender des
AOK-Bundesverbandes, bringt
aus seiner Arbeit als Vorstand
der AOK Sachsen-Anhalt die
Erfahrung mit, dass sich auch
gute Versorgung noch ver-
bessern lässt.*

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
5. Oktober 2011

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Kassen wollen Sperrfrist für IGeL

Der GKV-Spitzenverband hat die Politik dazu aufgefordert, sich für mehr Verbraucherschutz bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) einzusetzen. „Es kann nicht sein, dass es bei jedem Haustürengeschäft eine Widerspruchsfrist gibt, aber bei medizinischen Behandlungen nicht“, erklärte Gernot Kiefer, Vorstand des Verbandes. Er plädiert, wie auch der Verwaltungsrat seiner Organisation in einem Papier zum geplanten Patientenrechtegesetz, für eine Einwilligungssperrfrist von 24 Stunden für die von den Krankenkassen als nutzlos bezeichneten Selbstzahlerleistungen. Kiefer erntete für seinen Vorstoß Zustimmung aus unterschiedlichen politischen Lagern. Der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach begrüßte eine Sperrfrist als „Schritt in die richtige Richtung“ und kündigte Vorschläge der Sozialdemokraten für Einschränkungen der IGeL-Angebote an. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung Wolfgang Zöllner (CSU) sagte, ihn erreichten immer wieder Beschwerden von Patienten wegen der Selbstzahlerleistungen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat kürzlich in einer **Meta-Analyse** Zahlen des **Wissenschaftlichen Instituts der AOK** (WIDO) von 2010 bestätigt, wonach die Bundesbürger jährlich 1,5 Milliarden Euro für IGeL-Angebote ausgeben. (Siehe auch Seite 6–8.)

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

■ Honorarplus für Zahnärzte

Auf die Bundesbürger kommen höhere Kosten bei Zahnbehandlungen zu. Das Bundeskabinett hat eine Änderung der **Gebührenordnung für Zahnärzte** (GOZ) beschlossen. Sie ist nicht nur für Privatversicherte maßgebend, sondern auch für gesetzlich Versicherte, da Kassenpatienten bei zahnärztlichen Leistungen oft eine Eigenbeteiligung leisten müssen. Die Honoraranhebung soll 345 Millionen Euro betragen (sechs Prozent) und die entsprechende Verordnung ab 2012 gelten. Der Bundeszahnärztekammer ist das Honorarplus nicht groß genug. Private Versicherungsunternehmen beklagen, dass ihnen nicht ermöglicht wurde, Ausnahmen von der GOZ zu verhandeln.

Infos: www.bundesgesundheitsministerium.de/GOZ

■ Organspende: AOK begrüßt Bahr-Vorschlag

Der AOK-Bundesverband hat den Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr begrüßt, die Entscheidung der Bürger über eine mögliche Organspende auf der elektronischen Gesundheitskarte zu dokumentieren. Die AOK sei unter Wahrung des Datenschutzes bereit, an einer entsprechenden Lösung mitzuarbeiten, so die Gesundheitskasse. Die Entscheidung für eine Organspende müsse freiwillig sein, jeder Bürger solle einmal aktiv gefragt werden.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



■ **Dr. Christopher Herrmann**
(l.) ist seit dem 1. Oktober neuer Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Er war bisher stellvertretender Vorstandsvorsitzender und folgt Dr. Rolf Hoberg nach, der in den Ruhestand trat.



■ **Ralf Dralle**
ist neuer Vorstand der AOK Sachsen-Anhalt. Er folgt Uwe Deh nach, der in den Vorstand des AOK-Bundesverbandes wechselte. Dralle ist seit 2001 für die AOK Sachsen-Anhalt tätig, zuletzt als Geschäftsführer Gesundheit und Medizin.



■ **Thomas Isenberg**
hat bei der Landtagswahl in Berlin ein Direktmandat erhalten. Er war bisher gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion und früher beim Verbraucherzentrale Bundesverband für Gesundheit zuständig. Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer scheiterte dagegen bei ihrem Versuch, Bezirksbürgermeisterin in Berlin-Mitte zu werden.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Eckpunkte für eine Pflegereform lassen weiter auf sich warten

Wegen Meinungsverschiedenheiten in der Koalition über die geplante Pflegereform kann Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr vorerst keine Eckpunkte liefern. Ursprünglich wollte Bahr erste Details der Reform am 23. September vorstellen. Der FDP-Politiker warf CDU und CSU vor, „ihre Grundsatzfragen in der Pflege“ bislang nicht geklärt zu haben. Deshalb sei ein Kompromiss nicht möglich. Verbände und Opposition reagierten empört. Der Sozialverband VdK bezeichnete es als skandalös, dass „sich im von der Regierung ausgerufenen Jahr der Pflege 2011 die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nicht im Geringsten verbessert hat“. SPD-Pflegeexpertin Hilde Mattheis erklärte, die Regierung sei „ergebnislos im Sand ihrer eigenen Widersprüche gestrandet“. Die CSU will zusätzliche Pflegeleistungen ausgliedern und über ein Bundesleistungsgesetz aus Steuermitteln finanzieren. Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion, Jens Spahn, plädiert hingegen für einen „Zukunftsführer“, den jeder Beitragszahler zusätzlich zu den anderen Sozialabgaben jeden Monat entrichten soll. Niedersachsens Gesundheitsministerin Aygül Özkan (CDU), schlägt vor, die geplante Beitragssenkung in der Rentenversicherung für die Pflege zu nutzen. Die von Bahr favorisierte individuelle Zusatz-Pflegeversicherung lehnt die Union ab.

KOMMENTAR

Daniel Bahr ist nicht gerade zu beneiden. Kaum im Amt, musste sich der liberale Bundesgesundheitsminister zunächst mit EHEC, dann mit dem Versorgungsstrukturgesetz herumschlagen. Jetzt droht die angekündigte Pflegereform zur Nullnummer zu werden. Aus einem „Jahr der Pflege“ ist ein Jahr der Selbstblockade der Koalition geworden. Freilich: Die Frage der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist komplex und kann nicht im Schweinsgalopp entschieden werden. Aber sie muss beantwortet werden. Je früher, desto besser. Dass Union und FDP dies gelingt, muss bezweifelt werden. Für Bahr wäre es klüger, dies offen einzugestehen, als ständig weitere Termine zu nennen, an denen er Konkreteres zur Pflege liefern will. (hom)

■ KBV-ABDA-Modell stößt auf Kritik

Krankenkassen und Pharmaunternehmen haben Pläne kritisiert, nach denen Ärzte und Apotheker künftig daran verdienen sollen, wenn Patienten Medikamente erhalten, die auf einer speziellen auf Landesebene zu verhandelnden Liste vermerkt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hatten sich bereits im Frühjahr für ein entsprechendes Modell stark gemacht, das nun Teil des Versorgungsstrukturgesetzes werden soll. Es handele sich um ein „Geschenk für Ärzte und Apotheker, das nur darauf abstellt, die Einnahmen beider Berufsgruppen zu maximieren“, so Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsvize des GKV-Spitzenverbandes. Cosima Bauer vom Bundesverband der Arzneimittelhersteller erklärte, es sei schwer verständlich, warum Ärzte und Apotheker Geld dafür erhalten sollen, „dass sie ihren ohnehin gut bezahlten Job machen“. Auf bis zu 2,8 Milliarden Euro beziffern KBV und ABDA das Einsparpotenzial des Modells.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Beitragsbemessungsgrenzen sollen angehoben werden

Besserverdienende und deren Arbeitgeber sollen im kommenden Jahr mehr in die Sozialkassen einzahlen. Das geht aus einem Regierungsentwurf für die Anpassung der **Bemessungsgrenzen** in der Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung hervor. Geplant ist, die Einkommensgrenzen anzuheben: in der Renten- und Arbeitslosenversicherung um 100 Euro auf monatlich 5.600 Euro, in der Kranken- und Pflegeversicherung um 112,50 Euro auf 3.825 Euro. Den Sozialkassen kann die Anhebung pro Besserverdienenden bis zu 43 Euro bringen, die zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgeber zu entrichten sind. Davon entfallen 23 Euro auf die Renten- und Arbeitslosenversicherung, deren Beitragssätze derzeit bei 19,9 beziehungsweise drei Prozent liegen. 20 Euro gehen in die Kranken- und Pflegeversicherung. Deren Beitragssätze betragen aktuell 15,5 Prozent (Krankenversicherung) und 1,95 beziehungsweise 2,2 Prozent in der Pflegeversicherung. Für Versicherte in Ostdeutschland bleibt es bei den bisherigen Obergrenzen für die Renten- und die Arbeitslosenversicherung. Kabinett und Bundesrat müssen der Verordnung noch zustimmen. Die Neuberechnung der Beitragsbemessungsgrenzen fußt auf Angaben des Statistischen Bundesamtes. Demnach sind die Löhne zwischen 2010 und 2011 um 1,9 Prozent gestiegen.

Infos: www.destatis.de

■ Gutachten: Anzahl der Morbi-RSA-Krankheiten sollte erweitert werden

Eine Reduktion der im **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA) berücksichtigten Krankheiten von 80 auf 30 bis 50 ist nicht sinnvoll, weil sie die Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem **Gesundheitsfonds** verschlechtern würde. Das geht aus einem Gutachten einer Gruppe von Wissenschaftlern um die Professoren Jürgen Wasem und Eberhard Wille hervor, das diese im Auftrag der Regierung erstellt hat. Die Regierung hatte überlegt, den komplizierten Ausgleichsmechanismus zu vereinfachen. Die Autoren schlagen nun jedoch vor, die Liste der zu berücksichtigenden Krankheiten um weitere 126 zu erweitern, um die Zielgenauigkeit zu verbessern. Ihnen zufolge führt außerdem die Kostenrechnung für Verstorbene zu Verwerfungen. Darüber hinaus seien im bisherigen System diejenigen Krankenkassen im Vorteil, die gute Risiken, also Menschen mit wenig kostenintensiven Behandlungen, versichern. Teilweise erhielten diese Kassen sogar Zuweisungen über ihrem Bedarf, und zwar sowohl für die Behandlungsausgaben als auch für die Verwaltungsausgaben. Auch würden diejenigen Krankenkassen profitieren, deren Kundschaft vor allem im ländlichen Raum lebe. Der AOK-Bundesverband zeigte sich erfreut über die Publikation des Gutachtens. Dieses zeige, dass die Einführung des Morbi-RSA richtig gewesen sei. Nun sei es notwendig, richtige Wettbewerbsanreize zu setzen.

Infos: www.bmg.bund.de/morbi-rsa

ZUR PERSON II



■ **Dieter Märtens** (l.) ist neuer alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates der Techniker Krankenkasse (Versichertenseite). Auf Arbeitgeberseite bleibt **Dr. Hans-Heinrich Gerth** alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der Techniker Krankenkasse.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Zusatzbeiträge: Kassen dürfen Erhebung gemeinsam ankündigen

Krankenkassen dürfen die Erhebung von Zusatzbeiträgen gemeinsam ankündigen und müssen dem Bundeskartellamt im Vorhinein keine Auskünfte darüber geben. Das hat das Hessische Landessozialgericht (LSG) entschieden. Am 25. Januar 2010 hatten acht Krankenkassen gemeinsam bei einer Pressekonferenz Zusatzbeiträge angekündigt. Das Bundeskartellamt hatte darin einen Verstoß gegen Kartellrecht gesehen und Klage erhoben. Das LSG stellte nun klar: Der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen ist kein unternehmerischer Wettbewerb, da die Kassen keine Gewinnerzielungsabsicht haben. Zuständige Aufsichtsbehörde sei allein das Bundesversicherungsamt. Das LSG hat Revision beim Bundessozialgericht zugelassen.

Infos: www.lsg-darmstadt.justiz.hessen.de

■ AOK-Krankenhausnavigator: Jetzt auch mit Klinikvergleichen für Gallenblasen-OPs

Die AOK hat ihr Internet-Angebot erneut erweitert und bietet ab sofort auch Informationen über die Qualität von Operationen an der Gallenblase an. „Die erfreuliche Nachricht ist, dass Patienten überall in Deutschland Krankenhäuser mit guten Ergebnissen finden können“, so Jürgen Graalman, seit dem 1. Oktober Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Für das neue Angebot wurden die Daten von über 147.000 AOK-Patienten zwischen 2007 und 2010 aus mehr als 1.000 Kliniken ausgewertet. Gallenblasen-Operationen gehören mit 170.000 allein im Jahr 2010 zu den häufigsten Operationen.

Infos: www.aok-gesundheitsnavi.de

■ Bahr kritisiert Prämienanstieg in der PKV

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat die Unternehmen der **privaten Krankenversicherung** (PKV) dazu aufgefordert, das Problem stark steigender Beiträge für ältere Versicherte in den Griff zu bekommen. Es könne nicht sein, dass Beitragsanpassungen von bis zu 30 Prozent die Regel werden. Bei einer Diskussionsveranstaltung in Köln erklärte der Minister, er sehe die Gefahr, dass viele dieser Menschen in die **gesetzliche Krankenversicherung** zurückkehren wollten. Das zwingt die Politik irgendwann zu Reaktionen, wenn die PKV nicht für Abhilfe sorge. Die PKV leidet zurzeit unter diversen Problemen. Dazu gehören teilweise erheblich zu hohe Provisionen für Vermittler und eine steigende Zahl von Versicherten, die ihre Prämien nicht oder nicht pünktlich bezahlen. Nach Angaben des PKV-Verbands gibt es rund 140.000 sogenannte Nichtzahler (mit Beitragsrückständen von drei Monaten) und eine aufgelaufene Beitragsschuld von 450 bis 500 Millionen Euro.

Infos: www.pkvkurier.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Vorschau

G+G Gesundheit und Gesellschaft

Herr Doktor, die Rechnung bitte!

Erfahrungen aus dem In- und Ausland zeigen, dass die Kostenerstattung viele in sie gesetzte Erwartungen nicht erfüllt. Ein Beitrag von Stefan Greß, Ingo Heberlein, Stephanie Heinemann und Dea Niebuhr.

„Auch in fünf Jahren Kassenprimus“

Seit dem 1. Oktober leiten Jürgen Graalman und Uwe Deh als Geschäftsführender Vorstand die Geschicke des AOK-Bundesverbandes in Berlin. Welche Themen auf ihrer Agenda stehen, erzählen sie im ersten gemeinsamen Interview.

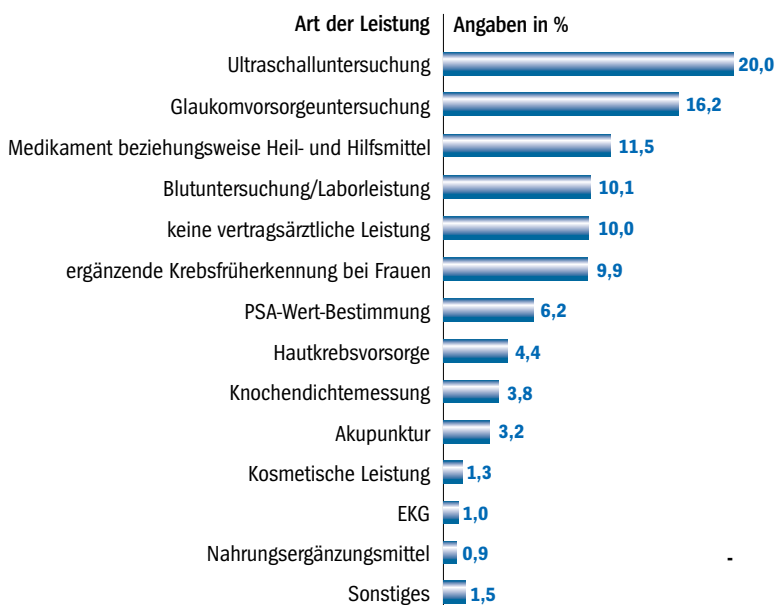
Endlich flüssig

Die wirksame Kasseler Stottertherapie stellen Ulrich P. Schäfer (Text) und Marc-Steffen Unger (Fotos) vor.

G+G Wissenschaft

Versorgung ist der Schwerpunkt der neuen Ausgabe. Dabei geht es auch um Ressourcenorientierung bei der Langzeitbetreuung von Patienten, um Versorgungsforschung und Steuerungsprobleme bei Individuellen Gesundheitsleistungen.

Die häufigsten IGeL-Angebote



Quelle: WidOmonitor 2010

1,5 Milliarden Euro gaben die Bundesbürger 2010 für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Selbstzahlerangebote mit fragwürdigem Nutzen, aus. Das geht aus Daten hervor, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) nach Befragungen hochrechnete. Besonders oft werden Ultraschalluntersuchungen offeriert, gefolgt von Glaukomvorsorgeuntersuchungen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information liefert in einer Meta-Analyse ähnliche Zahlen.

Infos: www.wido.de

IT-Standards für Selektivverträge: gvko und KV-Telematik-ARGE arbeiten zusammen

Der IT-Standard für Selektivverträge in der gesetzlichen Krankenversicherung kommt. AOK und Kassenärztliche Vereinigungen wollen bei der technischen Umsetzung von entsprechenden Verträgen eng zusammenarbeiten. Der IT-Standard soll eine einfache, wirtschaftliche und flexible Umsetzung ermöglichen. Zusätzliches Gewicht erhält die Kooperation durch die Beteiligung der Ersatzkassen. Mit der technischen Umsetzung sind die Telematik-Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KV-Telematik-ARGE) und der Geschäftsbereich „Gesundheit · Versorgung · Kommunikation“ (gvko) der AOK Systems GmbH betraut. Sie haben sich darauf verständigt, künftig gemeinsam einen technischen Standard zu definieren. Dieser soll allen Herstellern von Software für Ärzte und Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Anfang November werden auf der Basis des gemeinsamen Standards erste Projekt auf den Weg gebracht.

Infos: www.aok-bv.de

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Positionen der Krankenkassen zu einem Patientenrechtegesetz

Noch in diesem Jahr soll er kommen: der Referentenentwurf zu einem Patientenrechtegesetz. Der AOK-Bundesverband, der seit längerem die Rechte der Patienten gestärkt wissen will, hat 2006 seine Positionen veröffentlicht. Viele davon finden sich nun auch in einem Papier wieder, das der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes gemeinsam mit den Selbstverwaltungen der Krankenkassenverbände erarbeitet und jetzt vorgelegt hat.

„Informiert und selbstbestimmt entscheiden“ – so lautet der Titel des Positionspapiers des GKV-Spitzenverbandes, das dessen Verwaltungsrat am 7. September 2011 beschlossen hat. Es geht davon aus, dass das Versorgungsniveau in Deutschland hoch ist, aber Defizite bei der Ausgestaltung und Durchsetzung von Patientenrechten bestehen. Insbesondere müsse im gesamten Rechtssystem die Patientenautonomie sichergestellt werden. Dies soll durch elf Maßnahmen gewährleistet werden:

- **Aufklärung:** Der Patient soll alle notwendigen Informationen vor der Behandlung erhalten. Dazu sind die Aufklärungspflichten des Arztes zu präzisieren. Ein unterzeichnetes Formular soll dokumentieren, wann über die Behandlung, ihre Risiken und Alternativen informiert wurde.
- **Klarheit für Patienten:** Die zersplitterten Rechtsnormen sind in einem Gesetz zusammenzufassen. Arzt und Patient können sich so auf einen Blick informieren. Bei vermuteten Behandlungs- und Pflegefehlern muss der Patient so früh wie möglich an seine Krankenakte und andere relevante Informationen gelangen. Wenn Dokumentationen nicht oder nicht vollständig vorhanden sind, kehrt sich die Beweislast um.
- **Behandlungsvertrag:** Das Dienstvertragsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch soll das Rechte- und Pflichtengefüge präzise kodifizieren. In einem Behandlungsvertrag sind unter anderem vertragstypische Pflichten, Aufklärung, Dokumentation und Beweislast bei Behandlungsfehlern zu regeln. Zu einer gerechteren Verteilung der Beweislast wird vorgeschlagen, dass der Patient wie bisher Behandlungsfehler und Schaden beweist und der Behandler den Ursachenzusammenhang widerlegen muss.
- **Klarheit für Behandler:** Die zu treffenden Regelungen müssen auch den Behandlern Sicherheit geben. Diese haben oft binnen Sekunden Entscheidungen zu fällen. Deswegen brauchen sie klare Regelungen.
- **Fehlervermeidung:** Es sind Anreize zu schaffen, um Medizinschäden zu vermeiden. Klinisches Risikomanagement und Fehlerberichtssysteme sind flächendeckend zu etablieren. Außerdem sollen Krankenhäuser verpflichtet werden, ein Beschwerdemanagement einzuführen.
- **Versorgungsmanagement:** Leistungserbringer sollen künftig sicherstellen müssen, dass standardisierte Informationen, beispielsweise über den individuellen Therapieplan, weitergeleitet werden, wenn ein Patient von einem Versorgungsbereich in einen anderen wechselt.
- **Unterstützung:** Damit Krankenkassen ihre Versicherten bei vermuteten Be-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

handlungsfehlern besser unterstützen können, sind Vorschriften zu präzisieren, nach denen Leistungserbringer den Krankenkassen unaufgefordert drittverursachte Gesundheitsschäden mitzuteilen haben. Für Arzthaftungsprozesse soll es Spezialekammern geben, die auch für das Arzneimittel- und Medizinproduktehaftungsrecht zuständig sind.

■ **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL):** Damit der Patient die Bedeutung und Konsequenzen einer selbst zu zahlenden medizinischen Leistung einschätzen kann, ist eine grundsätzliche 24-stündige Einwilligungssperrfrist für entsprechende Behandlungen und Diagnostik einzuführen. Notwendig sind dabei ferner die Schriftform sowie die Konkretisierung der Beratungsanforderungen. Die Einwilligungssperrfrist soll nur dann entfallen, wenn der Patient von sich aus ein IGeL-Angebot nachfragt.

■ **Selbstverwaltung:** Die soziale Selbstverwaltung stellt durch die **Sozialwahlen** die Vertretung der Patienteninteressen sicher. Sie garantiert damit auch den Interessenausgleich zur Versichertengemeinschaft. Um die Akzeptanz der Bürger in dieses System weiterhin zu gewährleisten, muss die Politik den Trend, die Aufgaben der Selbstverwaltung einzuschränken, umkehren. Ein zusätzlicher Einfluss von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitswesen ist abzulehnen, weil diese Organisationen keine Finanzverantwortung für das System tragen.

■ **Arzneimittel:** Trotz einer Gesetzesänderung 2002 liegt die Beweislast für die Kausalität zwischen Arzneimittelanwendung und Schaden faktisch immer noch beim Geschädigten. Hier besteht gesetzlicher Nachbesserungsbedarf. Außerdem sollen Arzneimittelhersteller nach der Marktzulassung beziehungsweise nach Inverkehrbringen alle Basisdaten zugänglich machen. Darüber hinaus muss die Öffentlichkeit Zugang zu den Protokollen und Ergebnissen klinischer Studien haben.

■ **Medizinprodukte:** Das **Medizinproduktegesetz** sollte Auskunfts- und Haftungsnormen analog denen für Arzneimittel enthalten. Solche Regelungen sind auch auf europäischer Ebene anzustreben. Die Liste der Produktarten, für die Hersteller und Anwender eine Rückverfolgbarkeit garantieren müssen, ist auf alle implantierbaren Medizinprodukte zu erweitern.

» AOK-Bundesverband plädiert für Grundsätzegesetz

Welche dieser elf Positionen in dem Regierungsentwurf aufgegriffen werden, ist noch nicht bekannt. Einige von ihnen finden sich aber bereits in einem **Eckpunktepapier** des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, vom März dieses Jahres. Dieses gilt als wichtige Vorarbeit für den Referentenentwurf. Dort ist unter anderem von einem verbindlichen Behandlungsvertrag und von spezialisierten Kammern bei Landgerichten für Arzthaftungsfälle die Rede. Die Fehlervermeidungskultur in Krankenhäusern soll aber nur gefördert und nicht verpflichtend eingeführt werden. Der AOK-Bundesverband hat über das Papier von GKV-Spitzenverband und Kassen hinaus noch einen Vorschlag in die Diskussion eingebracht: Das Gesetz solle als Grundsätze-, nicht als Artikelgesetz auf den Weg gebracht werden. So ließe sich erreichen, dass dort verankerte Patientenrechte künftig verpflichtend in Gesetzgebungsverfahren und in der Rechtsprechung zu berücksichtigen sind.

Infos: www.gkv-spitzenverband.de