

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Politik

01/16

 @AOK_Politik



| | |
|---|---|
| REFORMAGENDA 2016 | |
| ■ STRUKTUREN VERBESSERN – AUSGABEN IM BLICK HALTEN | 2 |
| DEUTSCHER PFLEGETAG 2016 | |
| ■ INFORMATIONSBÖRSE NICHT NUR FÜR PFLEGE-VOLLPROFIS | 4 |
| AMS-GRAFIK: VERSORGUNGS-REPORT 2015 | |
| ■ WARUM PATIENTEN ZUM ARZT MÜSSEN | 7 |
| AMS-NACHGEFRAGT: | |
| ■ WAS SAGEN VERWALTUNGSKOSTEN ÜBERS MANAGEMENT? | 8 |
| ZAHL DES MONATS: | |
| ■ 37 MILLIONEN HEILMITTELREZEPTE ... | 9 |

| | |
|--|----|
| NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS | 10 |
| GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK | 12 |
| KURZMELDUNGEN | 16 |

Reformagenda 2016

Strukturen verbessern – Ausgaben im Blick halten

18.01.16 (ams). An Warnungen hat es nicht gemangelt. Schon während der Gesetzgebungsverfahren haben die gesetzlichen Krankenkassen vor den finanziellen Folgen der Reformpakete von Union und SPD gewarnt. In seinem Ausblick für 2016 hat der neue Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, die Mahnungen bekräftigt. Nötig sei eine Trendwende hin zu echten Strukturreformen, sagt Litsch. „Bis zur nächsten Bundestagswahl 2017 muss Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zeigen, ob echte Strukturreformen angestoßen worden sind oder ob es sich am Ende um Rundum-Sorglos-Pakete für Ärzte und Kliniken handelt.“

40 Milliarden Euro kosten die anstehenden Gesundheitsreformen bis 2020, hat das Rheinisch-Westfälische Wirtschaftsinstituts (RWI) ausgerechnet. Allein im Zuge des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) fließen über zehn Milliarden Euro extra in die Klinikassen. Gröhe sei zwar mit dem Vorsatz angetreten, überflüssige Krankenhausbetten abzubauen, so Litsch. Doch durch das Nachgeben der Großen Koalition vor der Krankenhauslobby habe man es jetzt erneut mit einer Reform zu tun, die auch Kliniken am Leben halte, „die seit Jahren am Rand der Pleite segeln, weil sie eigentlich überflüssig sind“. Gleichzeitig steigt das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) trotz steigender Einnahmen in den vergangenen beiden Jahren wieder an.

Die Illusion prall gefüllter Kassen

Erwirtschafteten die Krankenkassen 2013 noch einen Überschuss von 1,2 Milliarden Euro, machten sie im darauf folgenden Jahr ein Minus in gleicher Höhe. Und auch die Zahlen für 2015 verheißen wenig Gutes. Nach den ersten neun Monaten lag das Defizit bereits bei knapp 400 Millionen Euro. Gleichzeitig hat Schwarz-Rot den Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds für versicherungsfremde Leistungen in Milliardenhöhe gekürzt. 2014 waren es 3,5 Milliarden, 2015 dann 2,5 Milliarden Euro weniger im Vergleich zu den eigentlich gesetzlich vorgesehenen 14 Milliarden Euro.

Durch die Anhebung des Krankenkassenbeitrags auf 15,5 Prozent hat die Bundesregierung 2011 den Gesundheitsfonds zunächst mit Geld geflutet. So hätten die Krankenkassen drei Jahre lang künstlich Überschüsse produziert, bringt Litsch seine Kritik auf den Punkt. Den dadurch geweckten Begehrlichkeiten der Leistungsanbieter habe die Politik jetzt nachgegeben. „Angesichts der Strukturdefizite kann ich das nur fahrlässig nennen“, so der Verbandchef wörtlich.

Litsch würdigt durchaus den Reformwillen des Ministers. Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich die stärkere gesetzliche Verankerung der Qualitätsorientierung im KHSG. Nun müssten beweisen, dass das Geld auch tatsächlich zum Wohl der Patienten für eine bessere Versorgung verwendet werde und nicht nur veraltete Strukturen am Leben erhalte. „Ein Patient hat das Recht, von den Ärzten und Pflegekräften gut versorgt zu werden. Das ist die Qualitätshürde. Kliniken, die diese Hürde reißen, müssen entweder vom Netz oder brauchen zumindest ein neues Management“, fordert Litsch.

Kliniklandschaft braucht Kooperation und Spezialisierung

Der AOK-Vorstand verkennt nicht die Herausforderungen für Regionen mit einer sehr viel dünneren Krankenhausstruktur. Für ihn ist das aber ein zusätzliches Argument für umfassende Reformen. „Nicht jedes Krankenhaus muss alles machen. Das schafft mehr Qualität in der Versorgung, macht die Bereitstellung der Leistungen preisgünstiger und erhöht auch die Wirtschaftlichkeit der Häuser.“

Einen nicht minder hohen Reformdruck sieht Litsch trotz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) weiterhin auch im Bereich der ambulanten Versorgung. Das ebenfalls 2015 verabschiedete Gesetz überzeuge durch gute Ansätze, bringe aber zunächst einmal nur den niedergelassenen Ärzten mehr Geld. Litsch verweist auf die sogenannte Konvergenzregelung: „Ab 2017 werden orientiert am Bundesdurchschnitt Preise angehoben, ohne dass sich etwas in der Leistungserbringerstruktur oder bei der Qualität der Leistungen ändert. Vieles wird nur teurer gemacht.“

Arzneimittel: Verlängerung des Preismoratoriums

Angesichts dieser Herausforderungen plädiert Litsch für eine gesetzgeberische Atempause. All die 2015 angestoßenen Reformen müssten zunächst einmal mit Leben gefüllt werden. Am allerwenigsten dürften die finanziellen Belastungen für die Krankenkassen weiter in Höhe getrieben, warnt Litsch. Unabhängig von den Ergebnissen des aktuell laufenden sogenannten „Pharmadialogs“ zwischen Bundesregierung und Arzneimittelindustrie fordert er eine Verlängerung des Preismoratoriums für patentfreie und für festbetragsfreie Medikamente. Eine Modellrechnung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) für das Bundesgesundheitsministerium bestätigt Litschs Befürchtung. Laut WiDO würde allein der Wegfall des Preismoratoriums Mehrkosten von rund drei Milliarden Euro pro Jahr nach sich ziehen. Das entspräche einem Beitragsplus von etwa 0,2 Prozentpunkten jährlich. Es braucht keine hellseherischen Fähigkeiten, um die nächste Beitragsdiskussion vorherzusehen.

(rbr)

Weitere Informationen auch in den Dossiers:
www.aok-presse.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche



Deutscher Pfl egetag 2016: 10. bis 12. März

Informationsbör se nicht nur für Pflege-Vollprofis

18.01.16 (ams). Seit 2015 haben pflegende Angehörige das Recht auf eine berufliche Auszeit von bis zu zwei Jahren. Tritt ein unerwarteter Pflegefall in der Familie ein, können Angehörige kurzfristig eine zehntägige Auszeit vom Job nehmen. Kassengelder und staatliche Darlehen sollen den Lohnausfall abfedern. Doch das Angebot wird nur zögerlich angenommen. 84 Prozent der Erwerbstätigen fühlen sich laut einer repräsentativen Erhebung der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ informiert. Das Gesetz sei noch nicht in der Erwerbsbevölkerung angekommen, so das Fazit des ZQP. Der Deutsche Pfl egetag will das ändern und richtet sich deshalb auch an pflegende Angehörige.

Nicht nur das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II), sondern auch das Hospiz- und Palliativgesetz sowie das Präventionsgesetz beinhalten Änderungen im Bereich Pflege. Beide Gesetze sind seit Jahresbeginn 2016 in Kraft. Mit dem PSG II wird die Pflegeberatung ausgebaut. Hierzu zählt nun auch, dass die Betroffenen über Entlastungsangebote für pflegende Angehörige informiert werden. Jeder Pflegebedürftige erhält einen festen Ansprechpartner. Der GKV-Spitzenverband wird per Richtlinie die Pflegeberatung bei Pflegekassen und in Pflegestützpunkten einheitlich regeln.

Die Leistungs- und Preisvergleichslisten, die die Landesverbände der Pflegekassen erstellen, enthalten künftig neben den Angaben zu Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch Informationen zu Angeboten und Kosten von niedrighschwelligem Betreuungs- und Entlastungsangeboten. Die Listen werden im Internet veröffentlicht.

Spezielles AOK-Angebot auf dem Deutschen Pfl egetag

„Mehr Zeit, mehr Beratung, mehr Entlastung?! – Was ändern die Pflegereformen für pflegende Angehörige?“ Unter diesem Motto bietet der AOK-Bundesverband auf dem Deutschen Pfl egetag 2016 am 11. März 2016 eine Veranstaltung für pflegende Angehörige. Es ist nach 2014 und 2015 die dritte dieser Art. Der AOK-Bundesverband ist Gründungspartner des Deutschen Pfl egetages.

Für den dreitägigen Kongress meldet der Deutsche Pfl egerat als Ausrichter bereits knapp zwei Monate vor Beginn der ersten Veranstaltung rund 2.000 Anmeldungen. Das sind jetzt schon so viele wie bei der Premiere 2014 Besucher insgesamt und bereits halb so viele wie 2015. „Pfleger bewegen sich, Pfleger reden und bestimmen mit. Pfleger artikulieren Ziele für ein

Gesundheitssystem von morgen!“, hat Pflegerats-Präsident Andreas Westerfellhaus als Motto ausgegeben.

Insgesamt bietet das Programm 40 Vorträge, Workshops und Podiumsdiskussionen. Sechs davon gestaltet die AOK. Die Gesundheitskasse ist mit insgesamt elf Referenten aktiv beteiligt. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat die Schirmherrschaft übernommen und wird den Kongress zusammen mit Westerfellhaus am Donnerstag, den 10. März, vormittags eröffnen. Der Pflergetag endet am Samstag, den 12. März, nachmittags.

Nächster Reformschritt bereits beschlossene Sache

Zentraler Bestandteil des PSG II ist die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ab 2017 soll nicht mehr zwischen körperlichen Einschränkungen einerseits sowie kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen andererseits unterschieden werden. Vielmehr ist dann der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen ausschlaggebend. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden.

Die neue Pflegeeinstufung beinhaltet fünf Pflegegrade statt der bisherigen drei Pflegestufen. Maßgeblich für die Einstufung ist künftig der Grad der Selbstständigkeit einer Person in allen pflegerelevanten Bereichen. Der GKV-Spitzenverband hat den Auftrag, die Begutachtungs-Richtlinie entsprechend anzupassen. Für die Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, gilt eine Überleitungsregelung: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen kommen automatisch von ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad, Pflegebedürftige mit dauerhaften erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz in den übernächsten Pflegegrad. Eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist nicht nötig.

Zur Finanzierung des PSG II steigen die Beiträge zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um weitere 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 beziehungsweise 2,8 Prozent für Kinderlose. Damit fließen in die Pflege weitere 1,2 Milliarden Euro. Insgesamt stehen ab 2017 jährlich rund fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung.

Weitere Verbesserungen in der Pflege

Nicht nur das PSG II, sondern auch das Hospiz- und Palliativgesetz sowie das Präventionsgesetz beinhalten Änderungen im Bereich Pflege. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz steigt der Mindestzuschuss der Krankenkassen für stationäre Kinder- und Erwachsenen-Hospize. Der Tagessatz je betreutem Versicherten liegt seit dem 1. Januar bei 261,45 Euro. Die Kassen tragen nun auch bei stationärer Hospizversorgung von Erwachsenen 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Bislang galt dieser Zuschussanteil nur für die Versorgung von Kindern.

Das Präventionsgesetz sieht vor, dass die Pflegekassen unter Beteiligung der Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen primärpräventive Leistungen in Pflegeheimen erbringen sollen. Ziel ist es, die gesundheitliche Situation der Bewohner zu verbessern und ihre Fähigkeiten zu stärken.

(rbr)

**Informationen zum Deutschen Pflgetag 2016,
Anmeldung und Ticketpreise unter:
www.deutscher-pflegetag.de**

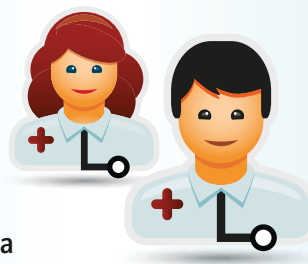
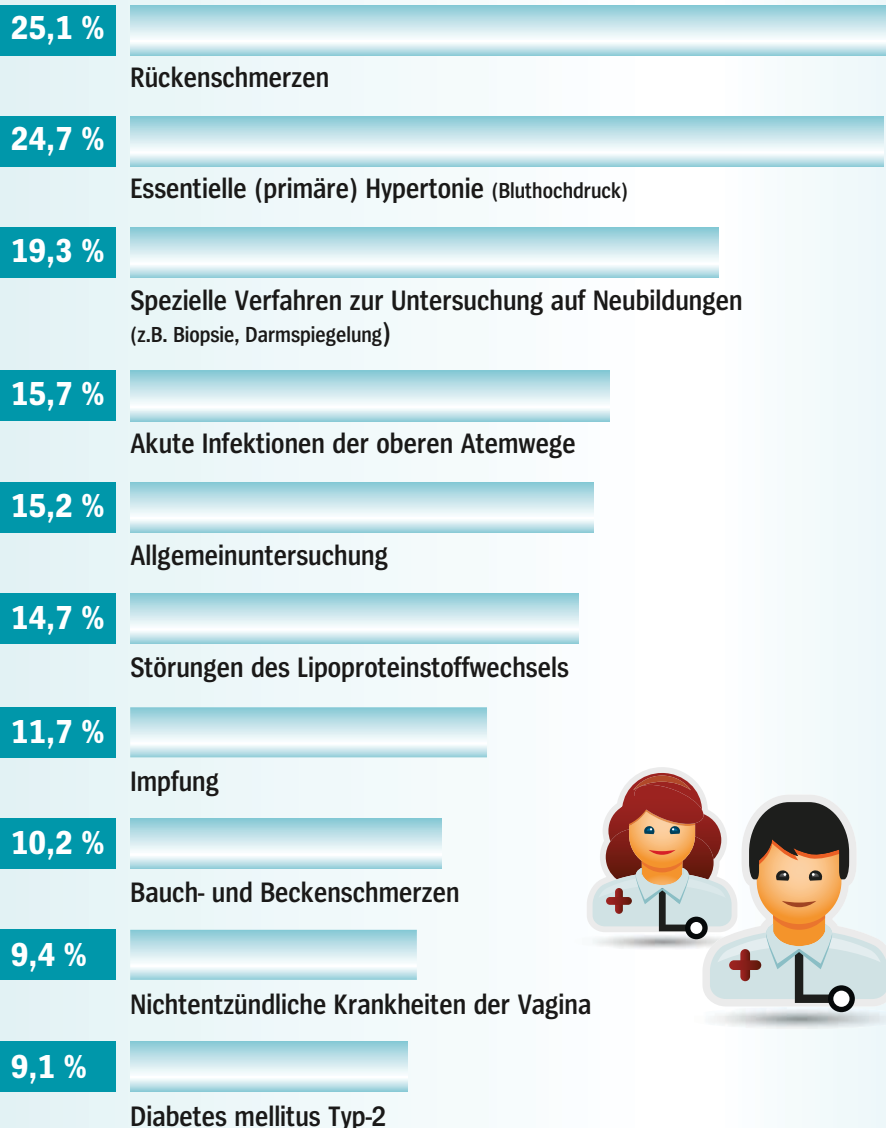


**Anmeldung zur kostenlosen Veranstaltung des AOK-Bundesverbandes
für pflegende Angehörige unter:
www.aok-pflegetag.de**



Warum Patienten zum Arzt müssen

Datenbasis: 25,9 Millionen AOK-Versicherte im Jahr 2012



Quelle: Versorgungs-Report 2015 des WIdO; Grafik: AOK-Medienservice

Rückenschmerzen waren 2012 der häufigste Anlass für einen Besuch beim Arzt oder im Krankenhaus, für rund jede vierte Behandlung. Knapp dahinter folgt Bluthochdruck. Der Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) hat die Daten von 25,9 Millionen AOK-Versicherten analysiert.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden: www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Behandlung)

ams-nachgefragt: Kathrin Hayn, Geschäftsführerin Finanzen

Was sagen Verwaltungskosten übers Kas- sen-Management, Frau Hayn?

„Wenig! Der Zusammenhang zwischen hohen Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse und schlechtem Management ist nicht plausibel und nicht gerechtfertigt. Umgekehrt lassen sich niedrige Verwaltungskosten auch nicht ohne weiteres auf gutes Management zurückführen.“

Die Höhe der Verwaltungskosten ist unmittelbar abhängig von der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Je kränker also die Versicherten, die selbstverständlich eine gute Versorgung erwarten, desto mehr Geld muss eine Krankenkasse auf der Verwaltungsseite aufwenden. Aber Krankenkassen wollen und müssen dem Versorgungsbedarf der Versicherten gerecht werden. Deshalb beschäftigen einige Krankenkassen etwa mehr Pflegeberater, die sich ausschließlich um die Bedürfnisse einzelner betreuungsintensiver Patienten sorgen. Oder Krankenkassen mit einem sehr hohen Betreuungsbedarf älterer und kränkerer Versicherten halten eine Vielzahl von Geschäftsstellen vor. Der Gesetzgeber hat auch erkannt, dass erhebliche Teile des Verwaltungshandelns und des Verwaltungsaufwands der Krankenkassen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stehen. Es gilt also: Je höher die Morbidität der Versicherten, desto höhere Verwaltungskosten entstehen einer Krankenkasse. Für eine effiziente Versorgung der Versicherten schließen Krankenkassen eine Vielzahl von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Viele Krankenkassen haben sich entschieden, konsequent in die Verbesserung der Versorgung und die Betreuung ihrer Versicherten zu investieren. Diese Investitionen gelten in der GKV aber auch als Verwaltungskosten.

Demgegenüber entstehen bei Krankenkassen mit jungen und gesunden Versicherten per se deutlich niedrigere administrative Kosten. Deswegen sollten gute Managementleistungen nicht an niedrigen Verwaltungsausgaben, sondern an der effizienten Versorgung und Betreuung der Versicherten gemessen werden.“

(Interview: rbr)

Weitere Informationen:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 16/9559



Kathrin Hayn ist Leiterin des Geschäftsbereichs Finanzen im AOK-Bundesverband und Mitglied des GKV-Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt.



Zahl des Monats:

37 Millionen Heilmittelrezepte ...

... haben Ärzte 2014 geschrieben. Das Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) hat sie für den Heilmittelbericht 2015 analysiert. Auf Basis der Daten der über 24 Millionen AOK-Versicherten haben die Wissenschaftler den Heilmittelbedarf für ältere Menschen ab 60 Jahre genauer betrachtet.

Der Bericht macht den besonderen Behandlungsbedarf im Alter deutlich: Mehr als die Hälfte aller Heilmittelbehandlungen (52,1 Prozent) werden von einer Versichertengruppe in Anspruch genommen, die weniger als ein Drittel (30 Prozent) aller AOK-Versicherten ausmacht. 28,6 Prozent dieser mehr als 7,7 Millionen AOK-Versicherten ab 60 Jahren haben 2014 mindestens eine Heilmitteltherapie erhalten. Bei Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen bis 20 Jahre sind es gerade einmal gut jeder zehnte (10,3 Prozent) und bei den Erwachsenen zwischen 20 und 59 Jahren knapp jeder sechste (15,8 Prozent).

Dabei erhalten pflegebedürftige Menschen ab 60 Jahren etwa drei Mal so viele Heilmitteltherapien wie Nicht-Pflegebedürftige. Insgesamt hat jeder dritte über 60-jährige AOK-Versicherte eine Heilmitteltherapie in Anspruch genommen. Die Kosten für die Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erreichten 2014 – auf alle Altersgruppen verteilt – einen Gesamtumsatz von 5,77 Milliarden Euro.

Weitere Informationen zum Heilmittelbericht beim WIdO:

www.wido.de > Themenbereiche > Heilmittel
> Heilmittel-Analysen > Heilmittelbericht 2015

und im Dossier Hilfs- und Heilmittel:

www.aok-presse.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Heil- und Hilfsmittel



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Entlassmanagement: Nahtlose Versorgung sichern

Krankenhäuser können für ihre Patienten, die einen komplexen Versorgungsbedarf aufweisen bei Entlassung zukünftig häusliche Krankenpflege, Heilmittel, Hilfsmittel und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Ziel dabei, ist ein nahtloser Übergang des Patienten in nachfolgende erforderliche Versorgungsbereiche. Mitte Dezember 2015 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dazu eine Reihe von Richtlinien, um die Regelungen zum sogenannten Entlassmanagement von Krankenhäusern ergänzt, darunter die Arzneimittel-Richtlinie, die Heilmittel-Richtlinie und die häusliche Krankenpflege-Richtlinie. Demnach können Krankenhausärzte ihren Patienten nach der Entlassung unter anderem eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von bis zu sieben Tagen ausstellen, ihnen jeweils die kleinste Packung an erforderlichen Arzneimitteln oder Heil- und Hilfsmitteln verordnen. Diese Aufgaben oblagen bisher lediglich den niedergelassenen Vertragsärzten, so dass der Patient diese unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung aufsuchen musste. Entsprechend habe es zu Versorgungslücken nach der Entlassung aus der Klinik kommen können, wenn die Patienten aufgrund ihrer körperlichen Verfassung, nicht in der Lage gewesen seien, ihren behandelnden Arzt aufzusuchen, begründete der GBA die Entscheidung. Den Auftrag für die Anpassung der Richtlinien hatte der Ausschuss mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erhalten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Regeln zur spezialfachärztlichen Versorgung angepasst

Der GBA hat die Rahmenrichtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV-RL) sowie die Bestimmungen in der ASV-RL zu Tumoren im Magen-Darm-Trakt und Tumoren der Bauchhöhle, gynäkologischen Tumoren und Marfan-Syndrom – einer vererbten Krankheit des Bindegewebes – überarbeitet. Damit reagierte der Ausschuss auf die neuen Vorgaben des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) von 2015. Mit dem Gesetz hat die Große Koalition unter anderem die Beschränkung der spezialfachärztlichen Versorgung auf die schweren Verlaufsformen von onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen aufgehoben. Der Wegfall wirke sich unter anderem auf die Höhe der Mindestmengen und die Definition des Behandlungsumfangs auf, wodurch Anpassungen notwendig geworden seien, heißt es beim GBA. Zugleich hat der Ausschuss die Bestimmungen zur pulmonalen Hypertonie geändert. Die pulmonale Hypertonie ist eine seltene, schwere Erkrankung,

bei der es zu einer abnormen Erhöhung des Blutdrucks in den arteriellen Blutgefäßen der Lunge kommt. Die Druckerhöhung kann Folge einer Erkrankung der Lungengefäße sein oder durch eine Lungen- oder Herzerkrankung verursacht werden. Die körperliche Belastbarkeit, die Lebensqualität und Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten sind erheblich eingeschränkt. Mit der Änderung können beispielsweise nun auch Kinder und Jugendliche im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung betreut werden.

Qualitätsmanagement grundsätzlich vereinheitlicht

Der GBA hat die Erstfassung einer sektorenübergreifend geltenden Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) beschlossen. Darin werden die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Praxen und Kliniken festgeschrieben. Als Methoden zum Qualitätsmanagement nennt der GBA beispielsweise die Einführung von Checklisten, das Schnittstellenmanagement, Teambesprechungen oder Patientenbefragungen. Die bisher geltenden drei Qualitätsmanagement-Richtlinien für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich werden nun durch die neue QM-RL abgelöst.

Weitere Informationen zur Arbeit und zu den Entscheidungen des GBA unter:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Es ist etwas mehr als zwei Jahre her, dass CDU, CSU und SPD den Koalitionsvertrag unterzeichnet haben. Mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) sowie dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) sind zwei wesentliche Reformprojekte der Großen Koalition in Kraft getreten. Die noch anstehenden Gesetze in der Gesundheits- und Sozialpolitik auf Bundesebene und EU-Ebene dokumentiert der AOK-Medienservice (Stand: 15. Januar 2016). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Anti-Korruptionsgesetz

Die Bundesregierung nimmt einen neuen Anlauf zur gezielteren strafrechtlichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Im Januar 2016 steht das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ zur Verabschiedung im Bundestag an. Bereits im Februar 2015 hatte Bundesjustizminister Heiko Maas den Entwurf für dieses Gesetz vorgelegt, mit dem der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch verankert werden soll. Am 29. Juli 2015 hatte das Bundeskabinett den Gesetzentwurf des Bundesjustizministeriums gebilligt. Der sieht vor, im Strafgesetzbuch den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe zu verankern. Durch den neuen Paragraphen 299a sollen strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ geschlossen werden. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft. Auch die Kranken- und Pflegekassen sollen bei einem Verdacht auf Fehlverhalten Strafantrag stellen dürfen.

In seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf forderte der Bundesrat am 25. September 2015 unter anderem, dass auch die gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung Fehlverhalten im Gesundheitswesen zur Anzeige bringen können. Außerdem solle im Gesetz klargestellt werden, dass ein strafrechtlich besonders schwerer Fall von Fehlverhalten auch dann vorliege, wenn der Täter einen anderen Menschen der Gefahr einer erheblichen Gesundheitsschädigung aussetze.

Bereits Anfang 2015 hat Bayern dem Bundesrat einen Gesetzesantrag (Bundesrats-Drucksache 16/15) vorgelegt, mit dem ebenfalls im Strafgesetzbuch ein Straftatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eingeführt werden soll. Die Länderkammer überwies die Initiative am 6. Februar 2015 in die zuständigen Ausschüsse.

Anlass für die Initiativen ist ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) aus dem Jahr 2012, nach dem es derzeit nicht illegal ist, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Ein ähnlicher Gesetzentwurf der schwarz-gelben Bundesregierung war kurz vor der Bundestagswahl 2013 vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss verwiesen worden und konnte somit nicht weiterverfolgt werden.

Der Antrag Bayerns:
www.bundesrat.de > Drucksachen > 16/15

Der Kabinettsentwurf:
www.bundesrat.de > Drucksachen > Drucksachenummer 360/15



Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat 2014 einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) regelt. So soll die Ausbildung drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden Operationstechnische Assistenten ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die Operationstechnische Assistenz aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrates aufgenommen, ihn aber noch nicht beraten.

Der Gesetzentwurf des Bundesrats:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1581

Der Gesetzentwurf aus der 17. Legislaturperiode:
Bundestags-Drucksache 17/1223



Reform der Pflegeausbildung

Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeausbildung gebilligt und am 13. Januar verabschiedet. Ziel der Reform ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen allgemeinen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderpflege. Die Reform soll dazu beitragen, den Pflegeberuf aufzuwerten und dem Pflegekräftemangel abzuwehren. Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat am 26. November 2015 den Referenten-

entwurf vorgelegt. Am 11. Dezember 2015 hat eine gemeinsame Fachanhörung von BMFSFJ und Bundesgesundheitsministerium (BMG) stattgefunden. Der weitere parlamentarische Zeitplan steht noch nicht fest. In Kraft treten soll die Reform Anfang 2018.

Die künftige Berufsbezeichnung soll „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ lauten. Die Ausbildung soll in Vollzeit drei Jahre dauern und aus theoretischem und praktischem Unterricht an Pflegeschulen sowie einer praktischen Ausbildung bestehen. Der praktische Teil soll für alle Auszubildenden in den Einsatzbereichen der allgemeinen Akut- und Langzeitpflege (ambulant und stationär) sowie in der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung stattfinden.

Mit dem Pflegeberufsgesetz soll auch die Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung bundeseinheitlich geregelt werden. Die Ausbildung soll für die Auszubildenden kostenlos sein und über einen Ausbildungsfonds auf Landesebene finanziert werden. In diese Fonds sollen die Länder, die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegeversicherung einzahlen. Neben der beruflichen Pflegeausbildung an Pflegeschulen sieht der Gesetzentwurf die Einführung eines generalistisch ausgerichteten, primärqualifizierenden Pflegestudiums an Hochschulen vor.

Die Bundesregierung beziffert die jährlich zu erwartenden Mehrkosten mit 322 Millionen Euro. Insgesamt lägen die Gesamtkosten für die Pflegeausbildung dann bei rund 2,72 Milliarden Euro pro Jahr. Hinzu kommen im ersten Ausbildungsjahr rund 81 Millionen Euro als Mehrkosten für den Aufbau der Ausbildungskostenfonds sowie 16,8 Millionen Euro an Verwaltungskosten. Für die Pflegeversicherung entspräche das einer finanziellen Mehrbelastungen von rund 90 Millionen Euro im Jahr. Auf die Krankenversicherung kämen Mehrkosten von rund 180 Millionen Euro pro Jahr und die einmalig Zahlung für den Fondsaufbau im Umfang von 40 Millionen Euro zu.

Das Reformgesetz ist durchaus umstritten. Insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege stößt die generalistische Ausbildung auf Ablehnung. Der AOK-Bundesverband hat in der Fachanhörung am 11. Dezember 2015 das Modell der Finanzierung über Landesausbildungsfonds kritisiert. Durch den Aufbau von Doppelstrukturen entstünde ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand. Positiv beurteilt die AOK die vorgesehene Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege, der Wegfall von Wettbewerbsnachteilen für Ausbildungsbetriebe und die für Pflegeschüler kostenlose Ausbildung.

**Der Regierungsentwurf steht als PDF beim BMG zum Download bereit:
www.bmg.bund.de > Ministerium > Meldungen > 2016 > 160113 Pflegeberufsgesetz**



Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer wollen den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Dadurch hätten die Krankenkassen die Kosten für Notfalleinsätze zu tragen. Bisher ist dies nur der Fall, wenn ein Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das führt nach Ansicht der Länder zu unnötigen Krankenhauseinweisungen. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten.

Der Gesetzesantrag des Bundesrats:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1289



Kurzmeldungen

Doppelwechsel in Hessen und NORDWEST

18.01.16 (ams). Die AOK Hessen und die AOK NORDWEST haben seit dem Jahreswechsel jeweils einen neuen Vorstandsvorsitzenden. Detlef Lamm folgt in Hessen auf Fritz Müller, Tom Ackermann in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein auf Martin Litsch, der als neuer Vorstandschef zum AOK-Bundesverband wechselte. Neuer stellvertretender Vorsitzender in Hessen wurde Dr. Michael Karner. Als stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK NORDWEST wurde Dr. Martina Niemeyer in ihrem Amt bestätigt.

AOK Baden-Württemberg: Ausgezeichnete Entwicklung

18.01.16 (ams). Für ihr neues Kompetenzmodell hat die AOK Baden-Württemberg in Berlin den HR Excellence Award 2015 erhalten. 450 Unternehmen in 21 Kategorien hatten sich um den Preis beworben. Ausgelobt hatte ihn das Fachmagazin „Human Resources Manager“. Prämiert werden Unternehmen, die herausragende Leistungen oder innovative Projekte im Bereich Personalentwicklung vorweisen können. Das neue Modell der AOK Baden-Württemberg stelle die Weichen für eine starke Zukunft, würdigte die Jury. Es schaffe Orientierung für Mitarbeiter und Führungskräfte über die Erwartungen im Unternehmen und fördere Eigeninitiative und Führungskultur.

Weitere Informationen unter:
www.aok.de/baden-wuerttemberg > Presse > Pressemitteilungen



Pflegeausbildung: Minister verteidigen Reform

18.01.16 (ams). Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und Familienministerin Manuela Schwesig (SPD) halten an ihrer Reform der Pflegeausbildung fest. Gröhe sagte in Berlin, die veränderten Anforderungen an die Pflege bedürften einer neuen Berufsausbildung. Viele Pflegebedürftige seien mehrfach erkrankt, daher sei eine gemeinsame Grundausbildung für Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege mit vertiefenden Interessensbereichen nötig. Insgesamt müsse der Pflegeberuf attraktiver werden, um den wachsenden Pflegebedarfen künftig gerecht werden zu können. Zuvor hatte das Bundeskabinett die Ausbildungsreform der beiden Minister gebilligt.

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
