

# AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de)

Politik

06/15

 @AOK\_Politik



ANTIBIOTIKA-RESISTENZEN	
■ „SO WENIG WIE MÖGLICH UND SO GEZIelt WIE NÖTIG“	2
DISKUSSION UM DEN MORBI-RSA	
■ VON ANFANG AN EIN LERNENDES SYSTEM	5
AMS-STICHWORT I: MORBI-RSA	
■ DAS FUNKTIONSPRINZIP	7
AMS-GRAFIK: WIDOMONITOR	
■ FRAUEN BEI IGEL STÄRKER IM VISIER DER ÄRZTE	8
GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ	
■ WENIG DURCHSCHLAGSKRAFT – KNACKPUNKTE UNGELÖST	9
ERSTER PFLEGE-REPORT DES WIDO	
■ ZUKUNFT DER PFLEGE IN BEDARFSGERECHTEN ANGEBOTEN	12
ZAHL DES MONATS	
■ 1.932.610 MENSCHEN ...	14
AMS-STICHWORT II: BERLINER GESUNDHEITSPREIS	
■ IDEENSCHMIEDE FÜR INNOVATIVE VERSORGUNG	15
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	16
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	18
KURZMELDUNGEN	28

Antibiotika-Resistenzen

## „So wenig wie möglich und so gezielt wie nötig“

11.06.15 (ams). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt: Antibiotika verlieren durch ihren massenhaften Einsatz immer stärker an Wirkung. Schon ein Zehntel gesundheitsgefährdender Keime gilt inzwischen als resistent gegen die Medikamente. Beim G7-Gipfel in Deutschland haben sich deshalb die beteiligten Staats- und Regierungschefs für eine weltweite Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen ausgesprochen. Helmut Schröder vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) begrüßt diese Initiative. Der stellvertretende Geschäftsführer des Instituts kritisiert jedoch, dass viel zu viel Zeit ungenutzt verstrichen ist. Das WIdO hat bereits 2003 eine Studie zum übermäßigen Antibiotika-Einsatz in Deutschland veröffentlicht.

„So wenig wie nötig und so gezielt wie möglich“ – mit diesem Appell für einen zurückhaltenden Einsatz von Antibiotika hat das WIdO im Jahr 2003 gemeinsam mit Arzneimittelexperten der Universität Freiburg die Diskussion in Deutschland mit angestoßen. Nur so könne verhindert werden, „dass die hohe Wirksamkeit eines antibiotischen Wirkstoffs für die Zukunft leichtfertig aufs Spiel gesetzt wird“. Die Warnungen kamen nicht von ungefähr. Inzwischen zählen die Experten die weltweite Zunahme von antibiotika-resistenten Keimen zu den größten Gefahren für die menschliche Gesundheit.

„2050 werden weltweit zehn Millionen Menschen an Infektionen durch multi-resistente Erreger sterben, davon 390.000 in Europa“, heißt es in einer aktuellen Studie der Berliner Universitätsklinik Charité. Schröder sieht durch die neuen Daten die WIdO-Warnungen klar bestätigt: „Danach werden 85 Prozent der Antibiotika nicht in Krankenhäusern verschrieben, sondern im ambulanten ärztlichen Bereich. Leider werden auch immer häufiger Reserveantibiotika verordnet. Das ist eines der größten Probleme.“

### Jede dritte Antibiotika-Verschreibung nicht notwendig

Laut Charité-Analyse wird hierzulande jährlich einem Drittel aller Krankenversicherten ein Antibiotikum verschrieben. Die Zahl basiert auf den Arzneimittelmark-Analysen des WIdO. Die Autorin der Studie, Dr. Elisabeth Meyer, geht davon aus, dass etwa 30 Prozent aller Antibiotika in der Humanmedizin nicht notwendig sind. Bei den Verschreibungen gebe es zudem große regionale Unterschiede: So werden in Brandenburg, Sachsen und Bayern weniger Antibiotika verordnet als in anderen Bundesländern. 2011 hat das WIdO eine Analyse veröffentlicht, wonach fast 70 Prozent aller bei der AOK versicherten Kindern unter fünf Jahren eine Antibiotikatherapie verschrieben werden. Sie

dauerte im Durchschnitt rund neun Tage. Auch etwa 30 Prozent aller erwachsenen Versicherten bekamen im Schnitt bis zu 15 Tagesdosen Antibiotika. Die Ursachen-Analyse des WIdO hat nichts an Aussagekraft eingebüßt. Danach werden in Deutschland Antibiotika von vielen Ärzten noch immer nicht leitliniengerecht verordnet. Schröder: „Obwohl sie nur gegen Bakterien wirken, werden sie vielfach noch bei von Viren verursachten Erkältungen oder Mittelohrentzündungen verschrieben. Falsche Auswahl und unsachgemäße Anwendung eines Antibiotikums tragen zur Ausbreitung von Resistenzen bei.“

## WIdO liefert aktuelle Zahlen

Das WIdO hat die Gefahr zunehmender Resistenzen nach der Auftakt-Studie 2003 immer wieder thematisiert und Lösungswege aufgezeigt. So sind die Arzneimittelexperten des Instituts etwa an den regelmäßigen Berichten zu Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch (GERMAP) beteiligt, die das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, die Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie und die Uniklinik Freiburg herausgeben. Über Fachmedien und die AOK-Beratungapotheke informiert das WIdO die Ärzte fortlaufend über Antibiotikaverbrauch und Resistenzentwicklung. Auch im jährlichen Arzneiverordnungs-Report werden aktuelle Zahlen veröffentlicht.

Schröder begrüßt, dass jetzt auf nationaler und internationaler Ebene Bewegung in die Sache kommt: „Dass die Bundeskanzlerin das Thema auf die Tagesordnung des G7-Gipfels gesetzt hat, macht die Dringlichkeit deutlich. Bleibt zu hoffen, dass die bereits 2008 von der Bundesregierung vorgelegten Planungen für eine Antibiotika-Strategie nunmehr auch Ergebnisse zeitigen.“

## Unterschiedliche Zahlen zu Todesfällen in Deutschland

Die Bundesregierung geht von 400.000 bis 600.000 Infektionen mit Keimen bei einer medizinischen Behandlung jährlich in Deutschland aus. Bei der Zahl der dadurch verursachten Todesfälle streiten sich die Experten jedoch. Während die Bundesregierung von bis zu 15.000 ausgeht, spricht das Nationale Referenzzentrum (NRZ) an der Berliner Charité von maximal 6.000 Todesfällen pro Jahr. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene schätzt die Zahl der jährlichen Todesfälle sogar auf bis zu 30.000. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wiederum spricht von 2.000 bis 4.500 Patienten, die durch Krankenhauskeime sterben.

## „Postantibiotisches Zeitalter“

Die WHO spricht bereits vom „postantibiotischen Zeitalter“. Die Mitgliedstaaten haben sich am Pfingstmontag (25. Mai) nach langen Debatten auf ein globales Aktionsprogramm gegen Antibiotika-Resistenzen verständigt. Mitte Mai hat die Bundesregierung die „Deutsche Antibiotika-Resistenz-Strategie“ (DART)

auf den Weg gebracht. Zur Strategie gehören neue Meldepflichten, eine stärkere Überwachung und schärfere Hygieneregeln für Kliniken. Die EU-Kommission hat 2011 einen Aktionsplan zur Abwehr der steigenden Gefahr der Antibiotikaresistenz verabschiedet.

Die G7-Staaten wollen das Problem der Antibiotika-Resistenzen auf zwei Wegen angehen, heißt es in der entsprechenden Erklärung: „Durch die Erhaltung der Wirksamkeit bestehender und künftiger Antibiotika und durch Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika, Impfstoffe, von Behandlungsalternativen und Schnelltests.“ Um eine „fachgerechte Verwendung von Antibiotika“ zu fördern, sollen Antibiotika weltweit verschreibungspflichtig werden.

(toro)

**GERMAP-Bericht 2012 und weitere Materialien des WIdO zum Thema:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Themenbereiche > Arzneimittel > Arzneimittelverbrauch > Antibiotika



**Das Thema „Antibiotika-Resistenzen“ beim G7-Gipfel:**  
[www.g7germany.de](http://www.g7germany.de) > Aktuelles

**Infos zur „Deutschen Antibiotika-Resistenz-Strategie“ der Bundesregierung:**  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themen > Prävention > Krankenhausinfektionen > Antibiotika-Resistenzstrategie



Diskussion um Morbi-RSA

## Von Anfang an als lernendes System angelegt

11.06.15 (ams). Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, plädiert für eine Gesamtevaluation des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf Basis der Daten von 2013. Damit reagierte er auf die jüngste Kritik des BKK-Dachverbands, der Interessenvertretung der Betriebskrankenkassen. Bislang, so Graalman, würden Argumente am Ausgleichssystem zwischen den Krankenkassen immer auf Basis des Jahres 2009 vorgetragen. Das erschwere die Debatte. In den vergangenen Jahren wurden mehrfach Änderungen vorgenommen. Ab 2013 wurde etwa nach höchst-richterlichen Entscheidungen der Berechnungsfehler korrigiert, wodurch die Zuweisungen für im Jahresverlauf verstorbene Versicherte zu niedrig angesetzt worden waren.

Die feinen, zum Teil hochkomplexen Mechanismen des Morbi-RSA sind seit jeher eher etwas für gesundheitspolitische Feinschmecker. Umso einfacher ist es, mit holzschnittartigen Argumenten Stimmung gegen den Solidarausgleich zu machen. Dem AOK-Bundesverband geht es darum, die Kritik aus dem BKK-System und seitens des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) sachlich zu widerlegen. Graalman machte deutlich, dass der Morbi-RSA für einen fairen GKV-Wettbewerb unverzichtbar ist. „Der Risikostrukturausgleich RSA ist das zentrale Regelwerk für den sinnvollen Kassenwettbewerb um Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Das ist Konsens unter den Kassen.“

### „Gesamtevaluation Grundlage für mögliche Änderungen“

Der Morbi-RSA war seit seinem Start 2009 als lernendes System konzipiert. „Der Mechanismus wurde über Jahre hinweg weiter entwickelt und dabei immer zielgenauer. Gesunde Versicherte bleiben trotzdem das beste Risiko“, betonte der AOK-Verbandschef. Mit Blick auf mögliche Änderungen beim Morbi-RSA warnte er vor Schnellschüssen des Gesetzgebers. „Stattdessen rate ich zu einer neuen Gesamtevaluation von unabhängiger wissenschaftlicher Seite. Nur so erhält man eine verlässliche Grundlage für politische Entscheidungen.“

Die Betriebskrankenkassen fordern insbesondere Änderungen bei den Zuweisungen für Krankengeld-Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds und eine Regional-Komponente. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) sind zum 1. August 2014 Übergangsregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte in Kraft getreten. Danach werden zurzeit weitgehend die tatsächlichen Ausgaben für Krankengeld ausgeglichen – auf Basis der Zuweisungskriterien

Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus. Ein vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenes Gutachten von Prof. Jürgen Wasem soll bis Ende 2015 klären, welche dauerhaften Regelungen sinnvoll sind. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes wird die Einführung von Regionalvariablen die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA kaum verbessern. Dazu seien Über- und Unterdeckung bei den Leistungsbereichen zu unterschiedlich ausgeprägt. So steht zum Beispiel im Bereich der Großstädte der Unterdeckung im Bereich ärztlicher Leistungen eine Überdeckung bei Arzneimitteln gegenüber.

## „Politisch motivierte Begrenzung aufheben“

Kommt es zu Änderungen bei den Zuweiskriterien für das Krankengeld, muss nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes nicht nur Höhe, sondern auch um die Dauer des Leistungsbezugs gehen. Zum Änderungsbedarf zählt nach Darstellung Jürgen Graalmanns auch die Liste der beim Risikoausgleich berücksichtigten Krankheiten. Sie müsse sinnvoll erweitert werden. Die Begrenzung auf maximal 80 Krankheiten sei eine politische Entscheidung gewesen und habe mit der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA nichts zu tun. „Wenn eine Krankheit keine Folgekosten verursacht, gibt es dafür auch keine Zuweisungen aus dem Fonds“, erläuterte Graalman. Zur Gesamtbetrachtung gehöre ferner eine stärkere Berücksichtigung der Morbidität der Versicherten bei den Verwaltungskosten, die Einrichtung eines Hochrisikopools und die Berücksichtigung weiterer Aspekte wie etwa soziodemografische Merkmale oder Zuzahlungsbefreiungen.

(toro/rbr)

**Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:**  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) › Themen › Krankenversicherung ›  
Finanzierung › Gesundheitsfonds

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) › Themen › Krankenversicherung ›  
Finanzierung › Risikostrukturausgleich (RSA)

**Informationen des Bundesversicherungsamtes:**  
[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) › Gesundheitsfonds

[www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) › Risikostrukturausgleich



ams-Stichwort I

## Das Funktionsprinzip des Morbi-RSA

27.05.15 (ams). Mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sollen die Gelder aus dem Gesundheitsfonds dort ankommen, wo sie zur Versorgung der Versicherten benötigt werden. Dazu erhält jede Krankenkasse zunächst für jeden Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese Grundpauschale wird durch ein System von Zu- und Abschlägen angepasst mit dem Ziel, Kassen mit vielen schwerkranken Versicherten gegenüber Kassen mit vielen Gesunden nicht zu benachteiligen. Merkmale für die Anpassung sind Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsminderungsrente sowie die Krankheitslast anhand von 80 ausgewählten Krankheiten. Für einen Gesunden erhalten die Kassen einen geringeren Betrag als die Grundpauschale, für Kranke gibt es Zuschläge. So gibt es im Wesentlichen Alters-Geschlechtsgruppen, Erwerbsminderungsgruppen und Morbiditätsgruppen.

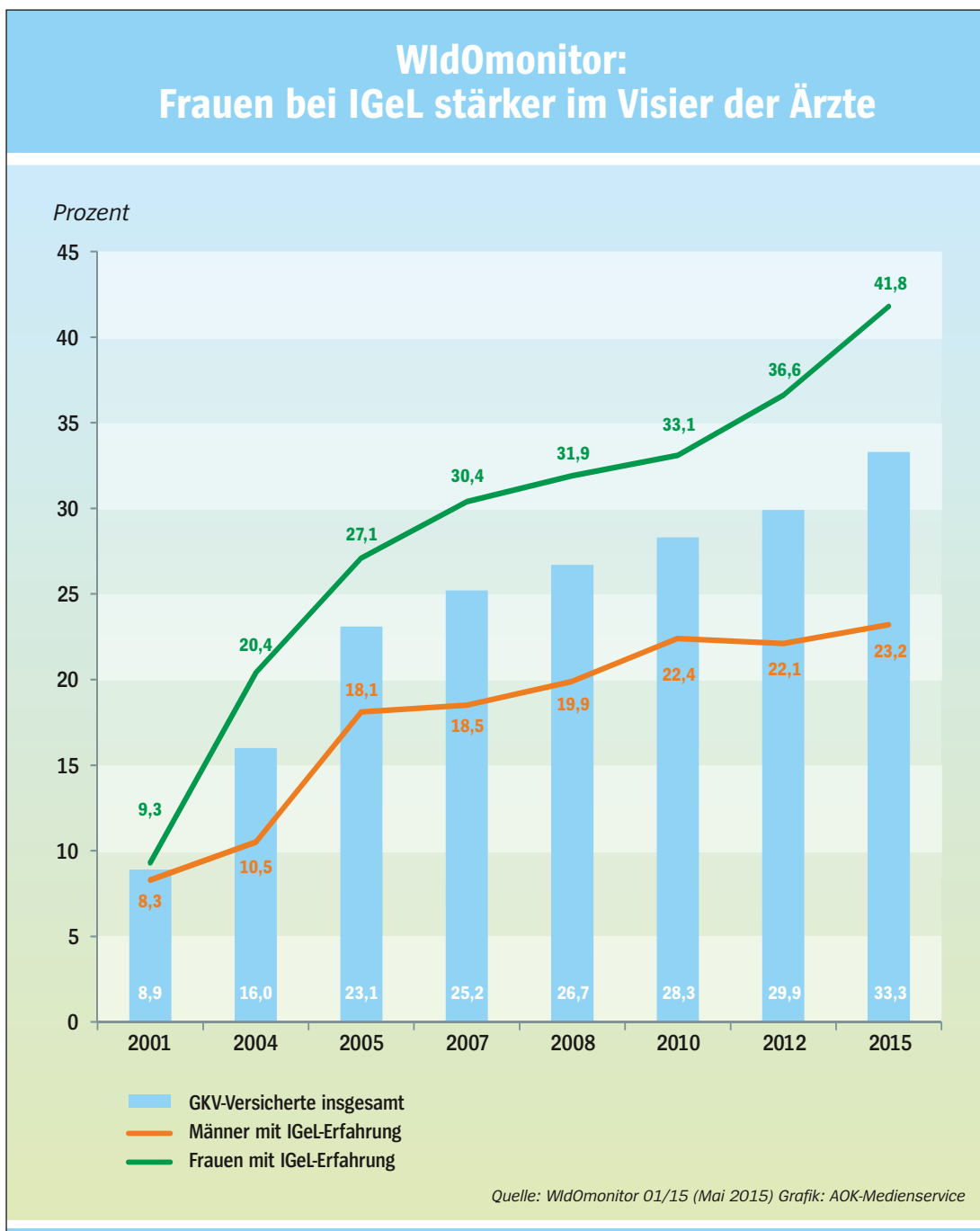
### 4.000 ICD-10-Codes und 80 Krankheiten

Ansatzpunkt dafür, ob eine Kasse für einen Versicherten einen Morbiditätszuschlag erhält, sind die ärztlichen Diagnosen. In der ambulanten und stationären Versorgung verschlüsseln die Ärzte jede Diagnose nach einem international gültigen Klassifikationssystem, dem ICD-10. Von den mehr als 15.000 ICD-10-Codes stehen etwa 4.000 mit einer der 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung. Bei den niedergelassenen Ärzten ist eine Zweitdiagnose derselben Krankheit in mindestens einem anderen Abrechnungsquartal erforderlich, damit ein Versicherter in die entsprechende Morbiditätsgruppe eingestuft wird. Für einige Krankheiten ist außerdem ein entsprechender Therapienachweis notwendig, etwa dann, wenn ein Klinikaufenthalt oder eine bestimmte Arzneimitteltherapie medizinisch zwingend erforderlich sind. Die Zuschläge sollen nicht die laufenden Behandlungskosten decken, sondern die mit dieser Krankheit verbundenen Folgekosten (prospektive Berechnung). Daher wird für jede Morbiditätsgruppe, die für den Morbi-RSA ausschlaggebend ist, geprüft, welche Ausgaben GKV-durchschnittlich für Versicherte mit entsprechender Diagnose im Jahr nach der Diagnosestellung entstanden sind.

(bho)

Das Dossier „Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“:  
[www.gesundheitsfonds.de](http://www.gesundheitsfonds.de)





Die Zahl gesetzlich Versicherter, die von einem Arzt eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten bekommen haben, hat sich den vergangenen 15 Jahren fast vervierfacht. 2015 ist jedem dritten GKV-Versicherten ein IGeL-Angebot gemacht worden. 2001 war es nicht einmal jeder zehnte. Frauen werden Selbstzahlerleistungen wesentlich häufiger angeboten als Männern. Bei Männern ist der Anteil gerade einmal etwas mehr als halb so hoch.

**Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) (AOK-Bilderservice: Ärzte)**



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

## Wenig Durchschlagskraft – Knackpunkte nicht vom Tisch

11.06.15 (ams). Trotz guter Ansätze bleibt die Bundesregierung mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hinter den Erwartungen des eigenen Koalitionsvertrages zurück. „Das Gesetz wird kaum erfolgreicher sein als seine Vorgänger“, prognostiziert der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, anlässlich der Verabschiedung des GKV-VSG im Deutschen Bundestag. Auch die letzten Knackpunkte blieben akut: ein zentralistisch strukturierter Innovationsfonds, die faktische Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Arzneimitteln sowie die wenig durchschlagskräftige Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen. „Das GKV-VSG wird die Ausgaben der GKV erneut erhöhen, ohne die Versorgung der Patienten spürbar zu verbessern“, so Graalman's ernüchternde Bilanz.

Zum dritten Mal seit 2007 unternimmt eine Bundesregierung den Versuch, die flächendeckende ambulante Versorgung in Deutschland auf hohem Niveau zu sichern. Weder an der Überversorgung in Ballungszentren noch an den Problemen der Nachbesetzung insbesondere bei Hausärzten auf dem Land hat sich bisher Entscheidendes verbessert. Und wenig spricht dafür, dass sich daran etwas ändert.

Ursprünglich wollte die Bundesregierung die Vergabe von Arztsitzen in Deutschland umfassend neu regeln. Dazu gehörte, dass Nachbesetzungsanträge in überversorgten Regionen künftig abgelehnt werden sollen. Der Plan war, die bisherige Kann-Bestimmung vollends in eine Sollbestimmung ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent umzuwandeln. Diese Regelung wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens Stück für Stück geschliffen. Die Sollbestimmung greift jetzt erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent, gepaart mit einer ganzen Reihe zusätzlicher Ausnahmen. „Praktisch ändert sich also nichts“, bedauert Graalman. „Das ist vor allem ein Rückschlag für Patienten, die sich Hoffnung auf eine bessere ärztliche Versorgung gemacht haben.“

### Innovationsfonds verfestigt sektorale Strukturen

Mit 300 Millionen Euro jährlich will die Bundesregierung künftig innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte fördern. 75 Millionen Euro davon sollen in die Versorgungsforschung fließen. Beides wird gespeist aus einem Innovationsfonds, dessen Mittel je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen kommen sollen. Bei der Beantragung von Fördermitteln ist die Beteiligung der Krankenkassen jedoch nur „in der Regel“ vorgesehen. Graalman bewertet das kritisch: „Wenn die Politik gewährleisten will, dass

nicht die Umsatzinteressen von Anbietern, sondern Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsinteressen der Patienten im Vordergrund stehen, müssen Krankenkassen immer zu den beteiligten Antragsstellern gehören.“

Auch das vorgesehene zentrale Vergabeverfahren schafft aus Sicht der AOK mehr Probleme, als es löst. Die Entscheidung über die Verteilung der Fördermittel trifft nämlich ein neu einzurichtender Innovationsausschuss, angesiedelt beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). „Hier werden Entscheidungen auf eine zentrale Institution verlagert, deren Entscheidungsträger gerade das repräsentieren, was überwunden werden soll, nämlich das nach Sektoren unterteilte Gesundheitswesen. Die eigentliche Verantwortung tragen aber die handelnden Akteure vor Ort, nämlich Krankenkassen und ihre Vertragspartner“, moniert Graalman das Ungleichgewicht im Gesetz.

Allerdings sieht der AOK-Bundesverband hier auch positive Aspekte. Zum einen stelle das Gesetz klar, dass erfolgreiche Projekte nicht nur in die Regelversorgung übernommen werden müssten, sondern selektivvertragliche Regelungen möglich seien, so Graalman.

Zum anderen sei die Begrenzung der Finanzierung des Innovationsfonds bis zum Jahr 2019 oder die Absicht, nicht abgerufene Mittel in den Gesundheitsfonds beziehungsweise an die Krankenkassen zurückzuführen. Darüber hinaus würden verbindliche Vorgaben für die wissenschaftliche Auswertung gemacht. So muss zum 31. März 2019 ein Zwischenbericht sowie ein Endbericht zum 31. März 2021 vorliegen.

## **Wirtschaftlichkeit: Ärzte nicht aus Verantwortung entlassen**

Nicht minder problematisch ist aus AOK-Sicht eine entscheidende Änderung bei Arznei- und Heilmitteln. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen werden in ihrer jetzigen Form aufgehoben. Künftig sollen Krankenkassen und KVen regionale Vereinbarungen aushandeln. Sollte es zu keiner Einigung kommen, entscheidet eine Schiedsstelle. Die Vertragspartner sollen so den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen können. Die gesetzlich zwingende Vereinbarung von Richtgrößenvolumina auf Bundesebene entfällt. Dort vereinbaren die Vertragspartner der Selbstverwaltung künftig nur noch einheitliche Mindestanforderungen für das Prüfungswesen. Für den Übergang werden die bisherigen Regelungen als regionale Vertragsinhalte fortgeführt.

Graalman und der AOK-Bundesverband warnen vor einer Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Hintertür. „Die KVen haben gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung und möglichen Strafen bei Verstößen eher eine ablehnende Haltung eingenommen“, verweist der Verbandschef auf bisherige Erfahrungen.

Dass sich durch die Neuregelung daran grundsätzlich etwas ändert, bezweifelt er. Umso wichtiger sei es, die bundeseinheitlichen Mindeststandards für den regionalen Verhandlungsrahmen so zu konkretisieren, dass auch künftig

das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten und gegebenenfalls sanktioniert werde. „Wir dürfen die Vertragsärzte nicht aus ihrer Verantwortung für die verordneten Leistungen entlassen“, bekräftigt Graalmann.

(rbr)

Dazu das Dossier „Ärztliche Versorgung“;  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Arzt



Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:  
[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Der Bundestag > Ausschüsse > Gesundheit > Anhörungen



Erster Pflege-Report des WIdO

## Zukunft der Pflege liegt in bedarfsgerechten Angeboten

11.06.15 (ams). Bund und Länder wollen die Rolle der Kommunen in der Pflege stärken. Unter anderem soll deren Einfluss auf die Kooperations- und Koordinationsstrukturen verbessert werden. Eine Bund-Länder Arbeitsgruppe hat jetzt ein ganzes Bündel an Empfehlungen ausgesprochen. Die Politik will damit dem Wunsch fast aller Pflegebedürftigen Rechnung tragen, so lange wie möglich zu Hause zu leben und gepflegt zu werden. Neue Wohn- und Versorgungsformen stoßen dabei auf wachsendes Interesse. Jeder zweite 50- bis 80-Jährige findet Modelle wie „Betreutes Wohnen“ oder das Leben in einem Mehrgenerationenhaus ansprechend. Das zeigt eine repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für seinen ersten Pflege-Report.

Der inhaltliche Schwerpunkt der ersten Ausgabe liegt auf neuen Wohn- und Versorgungsformen in der Pflege außerhalb der bisherigen Häuslichkeit. In zwölf Beiträgen namhafter Autoren werden die Potenziale von Pflegeformen zwischen Heim und Häuslichkeit analysiert, etwa in Bezug auf die Sicherung der Pflegequalität, die gezielte Gesundheitsförderung oder die soziale Teilhabe von Pflegebedürftigen. Beleuchtet werden auch die Einbindung der Angehörigen, die Rolle der Kommunen bei der Sicherung der örtlichen Pflegeinfrastruktur sowie Wege zur Sicherung des erforderlichen Personalbedarfs. Ein Blick in die Niederlande und nach Skandinavien sowie fünf Praxisbeispiele, von Senioren-Wohngemeinschaften über Wohngruppen für Demenzerkrankte bis hin zu nachbarschaftlichen Quartiersprojekten, ergänzen das breite Spektrum der Analysen.

### Bemerkenswerte Offenheit für Alternativen

„Eine differenzierte Versorgungslandschaft, die sich an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert, ist immer mehr gefragt“, fasst der Mitherausgeber und WIdO-Geschäftsführer Professor Klaus Jacobs die Ergebnisse des Reports zusammen. Mit der Publikation erweitert das WIdO seine Report-Reihe. „Die mit Abstand bevorzugte Versorgungsform bleibt weiterhin die häusliche Pflege in der angestammten Wohnumgebung durch vertraute Angehörige“, ergänzt Professor Adelheid Kuhlmeier von der Charité Berlin und ebenfalls Mitherausgeberin des Pflege-Reports. Umso bemerkenswerter ist die wachsende Offenheit, die insbesondere die Jüngeren der Generation „50 plus“ den neuen Formen von Pflegearrangements entgegenbringen. So erreichen etwa das Mehrgenerationenhaus und die Senioren-WG bei den 50- bis 60-Jährigen die Attraktivitätswerte von 58 beziehungsweise 48 Prozent.

Die Umfrage zeigt, dass beim Großteil der Befragten insgesamt alternative Wohn- und Versorgungsformen auf Sympathie stoßen. Mit dem „Betreuten Wohnen“, das für 54 Prozent der Generation „50 plus“ attraktiv ist, werden insbesondere eine professionelle Pflege und gute medizinische Versorgung verbunden. Im „Mehrgenerationenhaus“ (52 Prozent Attraktivität) sieht jeder Zweite einen attraktiven sozialen Rahmen der gegenseitigen Unterstützung von Jung und Alt. Die „24-Stunden-Pflege“ (41 Prozent) steht für die Chance eines professionellen pflegerischen und medizinischen Arrangements im häuslichen Umfeld, allerdings um den Preis des ständigen Zusammenlebens mit wechselnden Fremden. Mit der „Senioren-WG“ (39 Prozent) schließlich verbinden die Befragten den Erhalt sozialer Kontakte und das Zusammenleben von Menschen in ähnlicher Lebenslage, aber auch die Gefahr, dass diese Gemeinschaft mit Alten alt macht.

Das jetzt vorgelegte Maßnahmen-Paket der Bund-Länder AG zur Stärkung der Kommunen in der Pflege umfasst unter anderem ein Initiativrecht der Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die Möglichkeit der Bildung regionaler Pflegeausschüsse sowie die Beteiligung am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote. Des Weiteren sollen die Länder Gremien, an denen die Kommunen maßgeblich beteiligt sind, auf Landes und regionaler Ebene einrichten können oder vorhandene beauftragen, Empfehlungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgung auszusprechen, die die Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbeziehen.

(rbr)

**Die Empfehlungen der Bund-Länder AG im Detail:**  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Presse > Pressemitteilung  
> Pressemitteilung vom 12. Mai 2015



**Weitere Infos zum ersten Pflege-Report des WIdO:**  
[www.wido.de](http://www.wido.de) > Themenbereiche > Versorgungsanalysen > Pflege-Report

**Das Dossier „Soziale Pflegeversicherung“**  
[www.aok-presse.de](http://www.aok-presse.de) > Gesundheit > Pflege



Zahl des Monats

## 1.932.610 Menschen ...

... wurden Stand März 2015 zu Hause in den eigenen vier Wänden oder in speziellen Einrichtungen – etwa zum betreuten Wohnen – ambulant pflegerisch versorgt. Das geht aus der jährlichen Statistik des Bundesgesundheitsministeriums hervor. Der Großteil – rund 1,8 Millionen – bezog die Leistungen dabei aus der sozialen Pflegeversicherung. Im gleichen Zeitraum wurden rund 748.000 Pflegebedürftige (davon rund 47.000 aus der privaten Pflegeversicherung) in stationären Einrichtungen versorgt.

Mit rund 13,1 Milliarden Euro hat die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2014 etwas mehr als die Hälfte der Ausgaben für ambulante Leistungen aufgewendet. Insgesamt betragen die Pflegekosten der Pflegekassen 25,45 Milliarden Euro.

**Weitere Informationen:**

[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) > Themen > Pflege > Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung



ams-Stichwort II: Berliner Gesundheitspreis

## Ideenschmiede für innovative Versorgung

**11.06.15 (ams). Der Berliner Gesundheitspreis feiert Jubiläum: Vor 20 Jahren lobten der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin sowie die damalige AOK Berlin und heutige AOK Nordost erstmals den bundesweiten Ideenwettbewerb aus. Das Motto damals: „Der Mensch ist unser Maß“. An der Jubiläumsfeier am 17. Juni im Haus des AOK-Bundesverbandes werden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und zahlreiche Preisträger und Juroren der vergangenen 20 Jahre teilnehmen.**

Im Mittelpunkt aber steht die Auszeichnung der Preisträger des Wettbewerbs 2015. Dessen Motto lautet: „Zusammenspiel als Chance – interprofessionelle Teams im Krankenhaus“

Alle zwei Jahre widmet sich der Wettbewerb einem ausgewählten Thema mit dem Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dazu werden innovative und praxiserprobte Projekte genauso gesucht wie Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, die alle dazu beitragen, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu verbessern. Dabei hat der Berliner Gesundheitspreis immer wieder wegweisende Projekte ausgezeichnet, die eine besondere Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung haben – vom praxisnahen Medizinstudium über die Hausarztpraxis der Zukunft, eine neue Fehlerkultur für mehr Patientensicherheit, die Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess bis hin zu mehr evidenzbasiertem Wissen im Versorgungsalltag. Die Auswahl der Preisträger obliegt einer Jury mit Vertretern aus Medizin, Wissenschaft, Politik und Krankenkassen. Dabei geht es jeweils um insgesamt 50.000 Euro Preisgelder

Weitere Infos:  
[www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### GBA kann die Medizinprodukte von Positivliste streichen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist berechtigt, einem Medizinprodukt seine Verordnungsfähigkeit wieder abzusprechen, ohne dabei an die Vorgaben von Verwaltungsverfahren gebunden zu sein. Das hat das Bundessozialgericht nun per Richterspruch bestätigt. Nach mehrjährigem Rechtsstreit um die Streichung des Mittels Jacutin® Pedicul Fluid gegen Kopflausbefall aus der Liste der ordnungsfähigen Medizinprodukte war damit die Revision des GBA gegen ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg erfolgreich.

2008 hatte der GBA das Mittel in die Liste der ordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen. Bei einer weiteren Überprüfung im Jahr 2010 kam der Ausschuss jedoch zu dem Schluss, dass mittlerweile andere, zweckmäßigere und wissenschaftlich besser belegte Behandlungsmöglichkeiten auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorhanden seien. Entsprechend hatte der GBA die Streichung des Mittels von der Liste der verschreibungsfähigen Produkte beschlossen, wogegen der Hersteller Almirall Hermal GmbH geklagt hatte.

Zum Hintergrund: Medizinprodukte sind im Rahmen der Arzneimittelversorgung grundsätzlich nicht ordnungsfähig. In einer Positivliste legt der GBA jedoch fest, in welchen Fällen Medizinprodukte in die Arzneimittelversorgung ausnahmsweise einbezogen werden und damit zulasten der GKV verordnet werden können.

**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.**

### KZBV künftig bei Kinder-Richtlinien stimmberechtigt

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) soll nach den Plänen des GBA künftig bei Beschlüssen, die die sogenannten Kinder-Richtlinien betreffen, mit abstimmen können. Dazu hat der Ausschuss Anfang Juni seine Geschäftsordnung geändert. Die Änderung muss noch vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt werden.

In den Kinder-Richtlinien werden Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres geregelt. Bisher – so sah es die Geschäftsordnung vor – waren nur die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bei Beschlüssen zur Richtlinie stimmberechtigt.

Der GBA begründet seine Entscheidung damit, dass die Zahnärzte von Änderungen der Kinder-Richtlinie direkt betroffen seien. Als Beispiele hierfür führt



der Ausschuss etwa die Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut durch den Zahnarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen U5 und U6 oder die Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen im Zeitraum der U7 an. Darüber hinaus ergebe sich eine wesentliche Betroffenheit aus der Tatsache, dass – im Falle eines Verdachts auf eine Erkrankung beziehungsweise im Falle einer diagnostizierten Krankheit – die Patienten unter Umständen auch vom Zahnarzt eine weiterführende, gezielte Diagnostik und Therapie benötigen.

weitere Informationen:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Das Reformjahr 2015 nimmt Gestalt an. Die Neuregelungen für die ambulante Versorgung hat der Bundestag verabschiedet, die geplante Krankenhausreform bringt die Bundesregierung noch vor der parlamentarischen Sommerpause in den Bundestag ein. Der AOK-Medienservice bietet einen Überblick über die wichtigsten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 11. Juni 2015). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: [www.aok-bv.de/politik/gesetze](http://www.aok-bv.de/politik/gesetze).

### Anti-Korruptionsgesetz

Die Bundesregierung nimmt einen neuen Anlauf zur stärkeren gezielteren strafrechtlichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums vom Februar war kurz nach Ostern Thema einer Fachanhörung. Der ursprünglich für Mai angekündigte Kabinettsentwurf liegt allerdings noch nicht vor. Das Gesetz hat zum Ziel, 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. Beinahe zeitgleich hat Bayern im Bundesrat einen Gesetzesantrag 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 Bundesgerichtshofs (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](http://www.bundesrat.de) > Drucksachen > 16/15



### E-Health-Gesetz

Das Bundeskabinett hat am 27. Mai 2015 den Entwurf des „Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ auf

den parlamentarischen Weg gebracht. Mit dem sogenannten E-Health-Gesetz soll die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorangetrieben werden, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Beispielsweise soll es für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) neue Funktionen geben. So sollen Ärzte Notfalldatensätze ihrer Patienten erstellen und auf der eGK speichern können. Für einen verbesserten Übergang in den ambulanten Bereich ist geplant, dass Kliniken elektronische Entlassbriefe erstellen und diese auf der eGK speichern. Um die elektronische Nutzung der eGK anzukurbeln, sollen Vertragsärzte zwischen Juli 2016 und Juni 2018 für die Erstellung und Aktualisierung des Notfalldatensatzes eine zusätzliche Vergütung erhalten. Auch die Kliniken sollen für jeden ausgestellten elektronischen Entlassbrief eine Pauschale bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Patienten mit mehr als fünf verschiedenen verordneten Arzneimitteln werden demnach spätestens ab Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser wird von Ärzten eingerichtet und Regeln zur Einnahme enthalten, um so die Arzneimitteltherapie-Sicherheit zu verbessern. In einer Übergangsphase sollen Ärzte die Medikationspläne in Papierform aushändigen. Langfristig ist auch die Speicherung auf der eGK geplant. Mit dem E-Health-Gesetz sollen Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Apotheker und Krankenhäuser dazu aufgefordert werden, ihre informationstechnischen Systeme besser miteinander zu verknüpfen. Die Gesellschaft für Telematikinfrastruktur und Gesundheitskarte (gematik) soll dazu ein sogenanntes Interoperabilitätsverzeichnis aufbauen, um die Eigenheiten der digitalen Anwendungen in den Berufsgruppen besser vergleichen zu können. Im Entwurf setzt das BMG Fristen für die Umsetzung. Erfüllen Kassen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Zahnärzte diese nicht, müssen sie mit finanziellen Sanktionen rechnen. Wegen der zweijährigen Anschubfinanzierung für die neuen Funktionen der eGK veranschlagt das Ministerium die jährlichen Mehrausgaben der Krankenkassen auf bis zu 31 Millionen Euro. Der Bundesrat beschäftigt sich am 10. Juli mit dem E-Health-Gesetz. Der Gesetzentwurf ist allerdings zustimmungsfrei formuliert. Die Länderkammer muss deshalb nicht zwingend zustimmen. Die erste Lesung im Bundestag findet am 24. oder 25. September statt.

## GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) will die Bundesregierung insbesondere die ambulante ärztliche Versorgung verbessern. Das Gesetz stand am 11. Juni zur 2./3. Lesung im Bundestag an. In der abschließenden Sitzung des Gesundheitsausschusses am 10. Juni wurden mit den Stimmen von Union und SPD noch 57 Änderungsanträge in den bereits am 17. Dezember 2014 vom Bundeska-

binett verabschiedeten Gesetzentwurf verabschiedet. Die umfangreichen Änderungen gehen nicht zuletzt auf die Sachverständigenanhörung am 25. März zurück.

Durch zahlreiche Regelungen will die Bundesregierung dafür sorgen, dass die ambulante ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten flächendeckend erhalten bleibt. Dazu werden zum Beispiel Ärzte, die sich in entsprechenden Bereichen niederlassen, eine bessere Vergütung. Die hausärztliche Versorgung wird durch mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner gestärkt. Im Gegenzug soll Überversorgung in Ballungszentren reduziert werden. Dazu können die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen frei gewordene Arztsitze aufkaufen.

Die entsprechenden Vorgaben sind allerdings im Gesetzgebungsverfahren deutlich aufgeweicht worden. So „soll“ eine KV erst aktiv werden, wenn für bestimmte Arztgruppen und Planungsbereiche ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist. Ein solcher Wert wird allerdings nur in sehr seltenen Fällen erreicht. Als überversorgt gilt ein Bereich auch weiterhin, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent erreicht hat. Ab diesem Wert „kann“ die KV wie bisher bereits Arztsitze aufkaufen. In der Praxis passiert dies nur in Ausnahmefällen. Gesetzlich Krankenversicherte erhalten durch das Gesetz einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren medizinischen Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation. Die Zweitmeinung sollen aber nur spezialisierte Fachleute oder Einrichtungen äußern. Als Mindeststandard gelten eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet, Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes zu Diagnostik und Therapie in dem betreffenden Gebiet und zu Therapiealternativen. erhalten. Für welche Krankheitsbilder die Zweitmeinung obligatorisch sein soll, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festlegen. Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen Angebote zur Zweitmeinung festlegen.

Weitere Regelungen im GKV-VSG:

- Mit sogenannten Terminservicestellen sollen die KVen künftig dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung muss dem Bundesgesundheitsministerium jährlich Bericht erstatten, ob und wie das in der Praxis funktioniert.
- Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige erhalten durch das Gesetz Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen.
- Um die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern, dürfen Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Für eine lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt soll es ein besseres Entlass-

management geben. Krankenhausärzte dürfen deshalb in begrenztem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verschreiben.

- Medizinprodukte der beiden höchsten Risikoklassen (IIb und III) müssen künftig eine Nutzenbewertung durch den GBA durchlaufen, bevor sie als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt werden.
- Im Bereich der Ärztevergütung kommt eine sogenannte Konvergenzregelung zur Anwendung. Danach bekommen diejenigen KVen eine Ausgleichszahlung, die von den Krankenkassen bisher eine – regional bedingt – unter dem Bundesschnitt liegende Gesamtvergütung erhalten.
- Über einen Innovationsfonds werden innovative Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert.
- Der GBA erhält den Auftrag, bis 2016 weitere chronische Erkrankungen zu benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingerichtet werden.
- Bei selektivvertraglichen Versorgungsformen, etwa bei der Integrierten Versorgung (IV), erhalten die Krankenkassen und ihre Vertragspartner mehr Gestaltungsspielraum.
- Die psychotherapeutische Versorgung soll durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses verbessert werden. Die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen werden erweitert. Das betrifft zum Beispiel das Verordnen von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, die Verordnung von Krankentransporten, Krankenhausbehandlung sowie Soziotherapie.
- Versicherte erhalten Anspruch auf „unterstützendes Krankengeldfallmanagement“ durch ihre Krankenkasse. Um häufig auftretende Probleme beim Nachweis fortdauernder Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, reicht es künftig, wenn Beschäftigte, deren Arbeitsunfähigkeit am Freitag endet, am darauffolgenden Montag eine Folgebescheinigung vom Arzt erhalten.
- Der sogenannte Apothekenabschlag, den die Apotheken den Krankenkassen als Großkunden für jedes verordnete Medikament gewähren, wird gesetzlich festgelegt und nicht mehr zwischen Kassen und Apotheken ausgehandelt.
- Die Zahl der hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) wird auf höchstens ein Viertel der Mitglieder begrenzt. Zudem wird den MDK-Verwaltungsräten ein Beirat zur Seite gestellt, der vor jeder Entscheidung anzuhören ist. Im Beirat sitzen je zur Hälfte Vertreter von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen und der Pflegeanbieter. Bestellt werden die bis zu acht Mitglieder durch die Landesregierungen.
- Der Regressanspruch der Krankenkassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird eingeschränkt.

Das Gesetz soll in wesentlichen Teilen zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. Der Bundesrat berät das nicht zustimmungspflichtige Gesetz am 10. Juli im 2. Durchgang.

**Der Regierungsentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/4095

**Die Stellungnahme des Bundesrats:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 641/14 (B)



## Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Ziel des Gesetzes ist ein flächendeckendes Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung in ganz Deutschland. Die Regelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zielen darauf ab, in strukturschwachen und ländlichen Regionen den weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung zu unterstützen. Medizin, Pflege und Hospizarbeit sollen stärker vernetzt und die Finanzierung stationärer Hospize verbessert werden. Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf am 29. April verabschiedet. Die erste Lesung im Bundestag findet am 18. oder 19. Juni statt. Der Bundesrat beschäftigt sich bereits am 12. Juni mit dem Kabinettsentwurf.

## Krankenhaus-Strukturreform (KHSG)

Neben dem GKV-VSG ist die geplante Krankenhaus-Strukturreform das umfangreichste Reformprojekt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) in der laufenden Legislaturperiode. Am 10. Juni 2015 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf für das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)“ verabschiedet. Der Referentenentwurf lag bereits seit dem 28. April vor, eine Verbändeanhörung hat am 18. Mai stattgefunden.

Mit dem KHSG will die Bundesregierung insbesondere den Aspekt Qualität als weiteres maßgebliches Kriterium in der Krankenhausplanung verankern. Mit einem Milliarden-Fonds sollen zudem die stationären Versorgungsstrukturen verbessert werden. Auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) rollen durch die geplanten Maßnahmen allein von 2016 bis 2020 Mehrkosten von rund fünf Milliarden Euro zu.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Dabei wird der GBA vom neuen Institut zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt, das sich bereits im Aufbau befindet. Das Einhalten der vom GBA verabschiedeten Qualitätsvorgaben will die Bundesre-

gierung konsequenter als bisher durchsetzen. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan des Landes zu fallen. Die Bundesländer sollen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen dürfen. Diese sollen die bundesweiten Qualitätsvorgaben aber möglichst nicht unterschreiten.

Auch die Krankenhausvergütung soll sich künftig stärker an der Qualität orientieren. Dazu sieht der Gesetzentwurf Zuschläge und Abschläge für Leistungen vor, „die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden“. Laut Entwurf wird die sogenannte Mindestmengenregelung rechtsicher ausgestaltet. Dabei geht es darum, dass die Abrechnung von Krankenhausleistungen in bestimmten Bereichen an eine Mindestzahl entsprechender Behandlungen gebunden ist. Mindestmengen können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten – zum Beispiel bei der Versorgung von Frühchen.

Mit dem KHSO soll ein Förderprogramm für die Krankenhaus-Pflege auf den Weg gebracht werden. Dazu will die Bundesregierung den Krankenhäusern von 2016 bis 2018 zunächst stufenweise bis zu 660 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stellen. Nach Auslaufen des Programms sollen die Kliniken jährlich zusätzliche Fördermittel von bis zu 330 Millionen Euro erhalten.

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung will die Bundesregierung insbesondere auf eine weitere Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte hinwirken. Um die Krankenhausvergütung insgesamt realistischer planen zu können, wollen Union und SPD die bisher freiwillige Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation der bundesweiten stationären Entgeltsysteme durch ein repräsentatives System ersetzen.

Im KHSO sind zudem Maßnahmen zur besseren Steuerung der Leistungsmengen vorgesehen.

Krankenkassen und Bundesländer sollen jeweils 500 Millionen Euro in einen Fonds einzahlen. Mit dem Geld sollen zum Beispiel Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden. So soll vornehmlich in Ballungszentren stationäre Überversorgung abgebaut werden. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturausbaus ist bislang nicht vorgesehen.

Die gesetzlich bereits vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen laut Gesetzentwurf patientenfreundlicher gestaltet werden. Dazu sollen die Kliniken die besonders wichtigen Informationen über die Qualität der Behandlung künftig verständlich in einem zusätzlichen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten darstellen.

Der Entwurf für das KHSO beruht wesentlich auf Eckpunkten, die eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform im Jahr 2014 erarbeitet hat. Danach haben sich die Länder verpflichtet, für die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern „mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beizubehalten“. Damit würde der finanzielle

Beitrag der Länder allerdings auf niedrigem Niveau festgeschrieben. Denn die Länder haben ihre gesetzlichen finanziellen Verpflichtungen in den vergangenen Jahren immer weiter zurückgefahren.

Aus Sicht der Bundesregierung ist das Gesetz trotz zahlreicher Regelungen zur föderalen Krankenhausplanung zustimmungsfrei formuliert. Das heißt, dass die Bundesländer dem Gesetz nicht zwingend zustimmen müssen. Bundesregierung und Koalitionsfraktionen wollen den Gesetzentwurf parallel einbringen, um das Gesetzgebungsverfahren zu beschleunigen. Die erste Lesung im Bundestag wird deshalb schon am 2. oder 3. Juli stattfinden können. Der erste Durchgang im Bundesrat soll am 10. Juli erfolgen. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss findet voraussichtlich am 9. September 2015 statt.

## Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat erneut einen Gesetzentwurf beschlossen, um die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) zu regeln. So soll die Ausbildung drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ausgebildet. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenträger 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 Entwurf ist wortgleich mit einem Gesetzentwurf der Länder aus der vorherigen Legislaturperiode. Dieser war vom Parlament vor der Bundestagswahl 2013 nicht mehr beraten worden und musste deshalb wegen des Grundsatzes der Diskontinuität erneut eingebracht werden. Grundlage des Länder-Antrags ist ein Beschluss der Gesundheitsminister-Konferenz vom Juni 2006.

**Der Gesetzentwurf des Bundesrats:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/1581

**Der Gesetzentwurf aus der 17. Legislaturperiode:**

**Bundestags-Drucksache 17/1223**



## Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) will die Bundesregierung noch in der laufenden 18. Legislaturperiode den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren bei der Pflegeeinstufung einführen. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll dazu beitragen, dass nicht



mehr zwischen körperliche Einschränkungen einerseits und kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits unterschieden wird. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen soll ausschlaggebend sein. Für die Umstellung der Pflegebegutachtung von den bisherigen drei Pflegestufen auf das neue System mit fünf Pflegegraden hat ein Expertenbeirat mindestens 18 Monate veranschlagt. Da bisher noch kein Entwurf für das PSG II vorliegt und das Gesetz frühestens zum 1. Januar 2016 in Kraft treten würde, hat die Bundesregierung am 29. April „Vorschalt-Regelungen“ auf den Weg gebracht. Danach soll der GKV-Spitzenverband bereits beauftragt werden, die Begutachtungsrichtlinie neu formulieren. Dadurch bliebe den Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) ausreichend Zeit zur Vorbereitung auf das neue System. Die Regelungen im Vorgriff auf das PSG II in das Präventionsgesetz integriert, das der Bundestag voraussichtlich am 18. oder 19. Juni verabschiedet wird. Zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen sollen mit dem PSG II die Beiträge zur Pflegeversicherung um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte angehoben werden. Durch das PSG I waren die Beiträge zum 1. Januar 2015 bereits um 0,3 Beitragssatzpunkte gestiegen.

## Präventionsgesetz

Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ soll am 18. oder 19. Juni im Bundestag verabschiedet werden. Die erste Lesung war am 20. März. Mit dem Gesetz sollen die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger – also in Schulen, KiTas oder Betrieben – gestärkt, die Leistungen der Krankenkassen zur Früherkennung von Krankheiten weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsschutz verbessert werden. Das Gesetz soll noch in diesem Jahr in Kraft treten.

Doch auch beim inzwischen vierten Anlauf für ein Präventionsgesetz läuft nicht alles rund: Bei der Sachverständigenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages gab es viel Kritik. Sie gilt insbesondere der mangelnden finanziellen Beteiligung von Ländern, Kommunen und privater Krankenversicherer sowie der geplanten Millionen-Subventionierung der staatlichen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch die Krankenkassen.

Auch der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Kabinettsentwurf vom 17. Dezember 2014 zahlreiche Änderungen vorgeschlagen. So plädierte die Länderkammer dafür, die Ausgaben der Pflegekassen für Leistungen zur Prävention Pflegebedürftiger von bisher 0,30 auf 0,70 Euro pro Versicherten anzuheben. Das wären 49 Millionen Euro im Jahr anstelle von jetzt 21 Millionen Euro. Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch Impfeempfehlungen erteilen. Vor der Aufnahme ihrer Kinder in eine Kindertagesstätte sollen deren

Eltern an einer obligatorischen ärztlichen Beratung zum Thema „Impfschutz“ teilnehmen.

Der Gesetzentwurf sieht zudem die Einrichtung einer nationalen Präventionskonferenz vor. Sie soll neue Strategien zur Gesundheitsförderung erarbeiten. So will die Bundesregierung die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen verbessern.

Die BZgA soll Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen zu erreichen. Zur Finanzierung soll der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf sieben Euro je Versicherter steigen. Vier Euro davon sind

fest gebunden: Der Mindestwert für BGF-Leistungen und für Präventionsleistungen in den Lebenswelten der Versicherten soll künftig jeweils zwei Euro je Versicherter betragen. Mindestens 50 Cent der zwei Euro für nichtbetriebliche Präventionsprojekte sollen die Kassen der BZgA zur Unterstützung von Präventionsmaßnahmen zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen müssen dadurch ab 2016 mit jährlichen Mehrausgaben von 250 bis 300 Millionen pro Jahr rechnen.

Die privaten Krankenversicherungen können sich freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligen. In diesem Fall würden sie jährlich mit 18 Millionen Euro belastet. Private Pflegeversicherungen müssen mit Mehrausgaben von insgesamt 2,7 Millionen Euro rechnen.

Mit dem Präventionsgesetz soll zudem eine Regelung aufgenommen werden, wonach Hebammen künftig maximal zwölf Wochen lang finanziell unterstützt werden, um sie in die Lage zu versetzen, steigende Haftpflichtversicherungsbeiträge finanzieren zu können.

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 640/14



## Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer haben einen erneuten Vorstoß unternommen, den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage zu stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden. Dies soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfalleinsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten. Bereits im März 2013 hatte die Länderkammer einen gleichlautenden Gesetzentwurf eingebracht, der jedoch vor

der Bundestagswahl 2013 vom Parlament nicht mehr abschließend beraten worden war und folglich unter das Prinzip der Diskontinuität fiel.

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



## Kurzmeldungen

### Rabattverträge: Garant für Ausgabenstabilität

11.06.15 (ams). 2014 haben die Einsparungen durch direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen erstmals die Grenze von jährlich drei Milliarden Euro überschritten. Seit dem 1. Juni sind neue Rabattverträge in Kraft. Die inzwischen 14. Tranche umfasst 109 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen mit einem Umsatzvolumen von zuletzt rund zwei Milliarden Euro. „Während die Preise für neue Medikamente teilweise durch die Decke schießen, bleiben die Rabattverträge ein Garant für Ausgabenstabilität“, sagte Dr. Christopher Hermann, Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg und AOK-Chefverhandler.

Weitere Informationen im Dossier „Arzneimittelrabattverträge“:  
[www.aok-presse.de.de](http://www.aok-presse.de.de) > Politik > Wettbewerb



### Leicht verständliches Wissen für Versicherte

11.06.15 (ams). Das neue Informationsformat „Faktenboxen“ der AOK stärkt die Gesundheitskompetenz von Versicherten. Es beantwortet via Internet komplexe Fragen zu Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungen oder Nahrungsergänzungsmitteln. Die aktuell elf Faktenboxen berücksichtigen den aktuellen Stand medizinischer Forschung und wurden unter der Leitung von Prof. Dr. Gerd Gigerenzer im Max-Planck-Institut für Bildungsforschung entwickelt. Bis Ende 2015 will die AOK weitere Faktenboxen veröffentlichen.

Die Faktenboxen Online:  
[www.aok.de/faktenboxen](http://www.aok.de/faktenboxen)



### Brandenburg: Mehr Geld für die professionelle Pflege

11.06.15 (ams). Um 3,5 Prozent ab dem 1. Juni 2015 und nochmals um drei Prozent ab dem 1. Januar 2016 steigen in Brandenburg die Vergütungen für ambulante Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung von Pflegebedürftigen. Darauf haben sich die Verbände der Pflegekassen und die Leistungserbringerverbände im Land verständigt. In den Kalenderjahren 2015 und 2016 steigt dort auch der Lohn um jeweils durchschnittlich 2,5 Prozent. Dass das Geld auch bei den Pflegekräften, werden die Pflegekassen in Stichproben überprüfen.

Weitere Infos unter:  
[www.aok.de/nordost](http://www.aok.de/nordost) > Presse



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

**AOK-Medienservice**

Informationen des AOK-Bundesverbandes [www.aok-presse.de](http://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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_