

AOK-Medienservice

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

Politik

07/15

 @AOK_Politik



ZWEITES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ (PSG II)	
■ DREI GROSSE LINIEN FÜR EINE BESSERE PFLEGE	2
AMS-GRAFIK: KV 45	
■ GKV-AUSGABEN IM ERSTEN QUARTAL 2015	5
AMS-STICHWORT: VERSORGUNGSZUSCHLAG	
■ SOLIDARITÄTSZUSCHLAG FÜR KLAMME KLINIKEN	6
ZAHL DES MONATS	
■ 7,0 GESUNDE LEBENSJAHRE ...	8
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	9
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	10
KURZMELDUNGEN	22

Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Die drei großen Linien für eine bessere Pflege

13.07.15 (ams) Vor allem an Demenz erkrankte Menschen sollen von der zweiten Stufe der Pflegereform (PSG II) profitieren. Kern ist ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit. Der Entwurf des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe war Thema der Fachanhörung des Ministeriums am Donnerstag (9. Juli). Insbesondere die Einführung eines umfassenderen, pflegfachlich fundierten Pflegebegriffs ist eine langjährige Forderung der AOK. Der AOK-Bundesverband spricht in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf von „drei großen Linien“ im PSG II. „Dazu gehört der neue Pflegebegriff sowie die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Pflegeberatung“, erläutert die Abteilungsleiterin für Pflege, Nadine-Michèle Szepan.

Darüber hinaus sei es wichtig, den gesetzlichen Anspruch auf Pflegeberatung auf Angehörige auszudehnen. Diese hätten einen ganz eigenen Beratungsbedarf, ergänzt Szepan. Profitieren würden vor allem Menschen mit gerontopsychiatrischen und kognitiven Einschränkungen, die einen besseren Zugang zu Pflegeleistungen erhielten, so Szepan. „Sie sind bislang oft im Nachteil, da der geltende Pflegebegriff ihren Bedarf an Unterstützung nicht genügend berücksichtigt.“

Bereits die langjährige Bundesgesundheitsministerin und SPD-Urgestein Ulla Schmidt, wollte einen neuen Begriff von Pflegebedürftigkeit etablieren. Auch ihre Nachfolger von der FDP, Philipp Rösler und Daniel Bahr, arbeiteten in mehreren „Pflegedialogen“ an dem Thema und schüttelten die Hände vieler Experten, um die Weichen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu stellen. Erfolglos blieben sie alle drei. Erst dem amtierenden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe von der CDU dürfte es wohl vergönnt sein, am Ende dieser Legislaturperiode die Modernisierung des Pflegebegriffs geschafft zu haben. Mit dem Entwurf für das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) gießt die Bundesregierung den zweiten Teil ihrer Pflegereform in Paragraphen. Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I), das zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten ist, wurden bereits neue Leistungen in der häuslichen Pflege eingeführt und bestehende Leistungen teils ausgeweitet und flexibilisiert.

Die neue Pflegeformel

Kern der nun folgenden zweiten Reform ist ein neuer Begriff von Pflegebedürftigkeit. Die aktuelle Formel gilt seit Jahren als überholt, da sie einseitig somatisch, sprich auf körperliche Gebrechen eines pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet ist und insbesondere Demenzkranke bei den Leistungen der Pflegeversicherung vernachlässigt. An die Stelle der bisherigen drei Pflegestufen

sowie dem eingeschränkten Zugang zur Pflegeversicherung für Demenzkranke (Pflegestufe 0) treten fünf Pflegegrade. Die Frage, in welchen Grad ein Pflegebedürftiger kommt und wie viel Unterstützung er anschließend erhält, wird mithilfe des neuen Begutachtungs-Assessments (NBA) festgelegt. Dieses baut auf sechs Modulen auf, die alle „pflegerelevanten Bereiche“ – darunter Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung oder Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte – erfassen sollen. Der Vorteil: Das, was der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet, ist erheblich weiter gefasst als bislang, Pflegebedürftigkeit lässt sich umfassender berücksichtigen und leistungsrechtlich besser abbilden. Zudem läutet der NBA einen Paradigmenwechsel ein, da nunmehr der Grad der Selbstständigkeit im Alltag eines Pflegebedürftigen Maßstab dafür ist, welche Leistungen er bezieht.

Regierung sagt Bestandsschutz zu

Heutige Leistungsbezieher werden automatisch in das neue Pflegesystem übergeleitet. Dabei bekommen Pflegebedürftige mit kognitiven Beeinträchtigungen einen doppelten Stufensprung – etwa von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 3, körperlich beeinträchtigte Pflegebedürftige einen einfachen Stufensprung – zum Beispiel von Pflegestufe 1 in Pflegegrad 2. Eine Neubegutachtung entfällt. Eine vom Pflegebedürftigen beantragte Neubegutachtung führt auch bei geringerer Einstufung nicht zur Beendigung des Bestandsschutzes. Das heißt: Es gilt lebenslang Bestandsschutz – außer die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit entfallen. Zudem soll der Eigenanteil bei der Pflege und Versorgung im Heim nicht mehr wie bisher entsprechend der drei Pflegestufen steigen. Im neuen System gilt daher in den Pflegegraden 2 bis 5 ein gleich hoher, aber einrichtungsindividuell unterschiedlicher Betrag für den Eigenanteil. Derzeit bringen Heimbewohner – je nachdem, in welcher Pflegestufe sie sind – einen Eigenanteil zum Heimplatz zwischen 460 Euro und 900 Euro monatlich auf. Künftig soll der Eigenanteil laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) bei durchschnittlich 580 Euro im Monat liegen.

Zahl der Leistungsempfänger wird steigen

Die Koalition feiert ihr Gesetzesvorhaben als umfassendste Modernisierung seit Einführung der Pflegeversicherung vor 20 Jahren. Mit der Reform kämen deutlich mehr Menschen in den Genuss von Leistungen, so Gesundheitsminister Gröhe. Alle Pflegebedürftigen erhielten künftig gleichberechtigten Zugang zu Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung – egal, ob sie an Demenz oder körperlichen Einschränkungen litten. Unterm Strich erwartet die Bundesregierung, dass im Zuge des neuen Begutachtungsverfahrens die Zahl der Leistungsberechtigten der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung um rund 500.000 Menschen von heute etwa 2,7 Millionen auf dann 3,2 Millionen steigt.

Regierung zapft Rücklagen an

Zur Finanzierung des PSG II sollen die Pflegebeiträge zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte steigen. Die Anhebung führt laut Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro und bis zu 2,7 Milliarden Euro in den Folgejahren bis 2020. Dem stehen laut Referentenentwurf Mehrausgaben von rund 3,7 Milliarden Euro im Jahr 2017 und von 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro in den Folgejahren gegenüber. Hinzu kommen Überleitungskosten in Höhe von 3,6 Milliarden Euro in den nächsten vier Jahren sowie einmalige Bestandsschutzkosten von 800 Millionen Euro. Um diese Kosten von zusammen 4,4 Milliarden Euro abzudecken, sollen die Rücklagen der Pflegeversicherung angezapft werden. Diese lagen zuletzt bei 6,8 Milliarden Euro. Gesetzlich vorgeschrieben sind 3,8 Milliarden Euro. Die Höhe des derzeitigen Beitragssatzes von 2,55 Prozent reicht laut Entwurf bis 2022. Da das PSG II frühestens zum 1. Januar 2016 in Kraft treten kann, hat die Regierung mit dem im Juni vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz bereits Vorschalt-Regelungen auf den Weg gebracht. Sie stellen sicher, dass der GKV-Spitzenverband bereits jetzt beauftragt werden kann, die Begutachtungsrichtlinie neu zu formulieren.

Reform der Qualitätsprüfungen

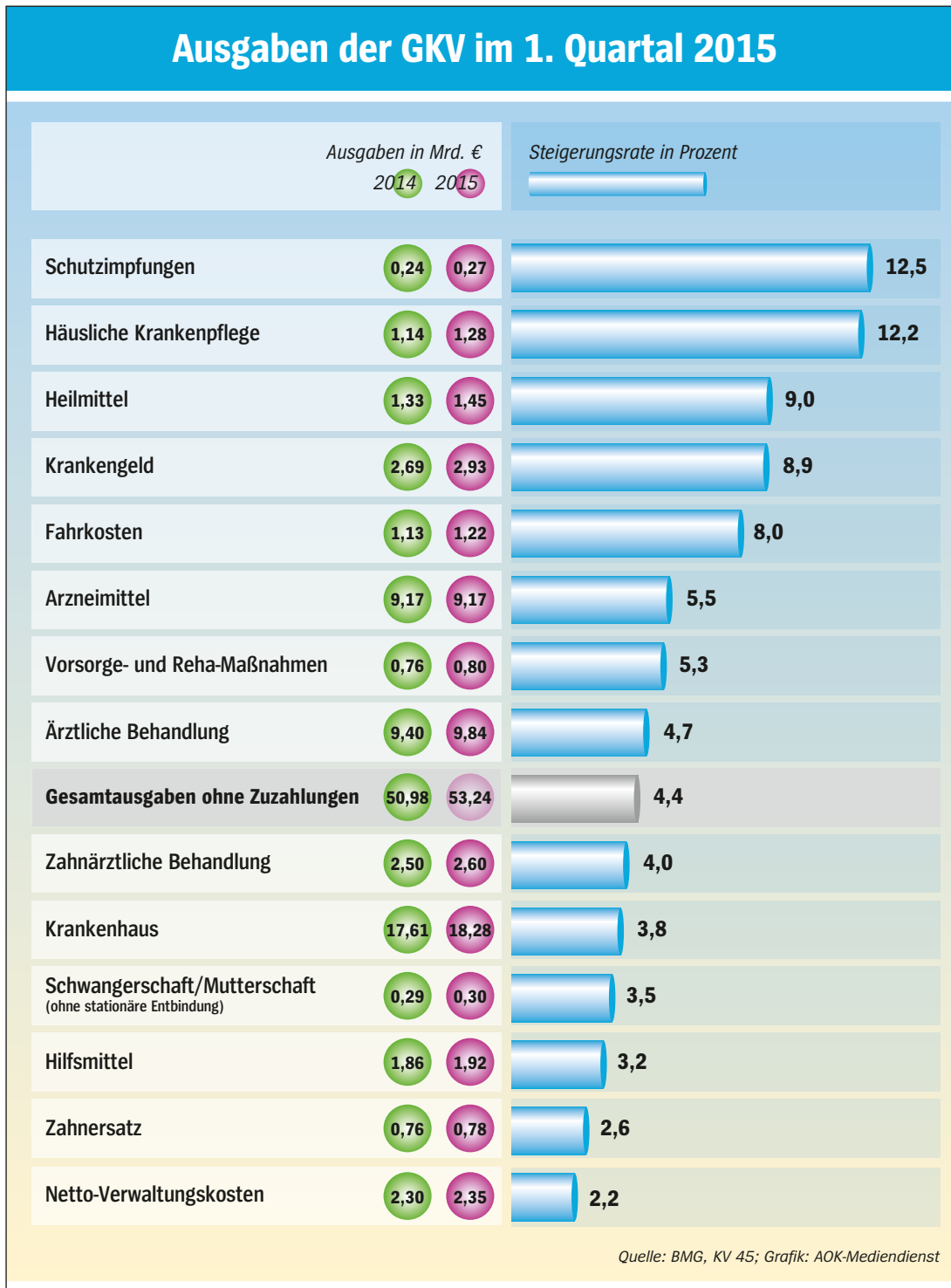
Mit dem PSG II soll auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte reformiert werden. Laut Referentenentwurf sind bis Ende März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln. Bis Ende Juni 2017 sollen die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Leistungen sowie für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege stehen. Darüber hinaus wird die Pflegeberatung neu strukturiert und die Informationspflichten der Pflege- und Krankenkassen ausgeweitet.

(hom/rbr)

Weitere Informationen zur Pflege im Dossier:
www.aok-presse.de > **Gesundheit** > **Pflege**



Ausgaben der GKV im 1. Quartal 2015



Die gesetzlichen Krankenkassen sind erneut mit einem Minus ins Jahr gestartet. Die Ausgaben im ersten Quartal 2015 lagen nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums mit 53,25 Milliarden Euro knapp 170 Millionen Euro über den Einnahmen von 53,08 Milliarden Euro. Die GKV-Quartalsergebnisse weisen zum fünften Mal hintereinander ein Defizit aus.

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

ams-Stichwort: Versorgungszuschlag

Solidaritätszuschlag für klamme Kliniken

13.07.15 (ams). Kaum ein gutes Haar lässt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) an der geplanten Krankenhausreform. Das Krankenhaus-Strukturgesetz (KHS) sei eine Reform ohne Zukunftsperspektive, heißt es in einem Statement des DKG-Präsidenten Thomas Reumann anlässlich der ersten Lesung im Deutschen Bundestag Anfang Juli. Insbesondere der Wegfall des Versorgungszuschlags und neue Preisabschläge auf zusätzliche Leistungen würden den Krankenhäusern im Jahr 2017 eine Milliarde Euro entziehen, so Reumann. Was Reumann nicht sagt: Er vergleicht Äpfel mit Birnen. Denn mit den bisherigen Mehrleistungsabschlägen haben die geplanten Abschläge für mindere Qualität und für zusätzliche Leistungen nichts zu tun, und mit dem Versorgungszuschlag schon gar nichts.

Die Mehrleistungsabschläge stammen ebenso wie der Versorgungszuschlag noch aus den Tagen der schwarz-gelben Koalition (2009–2013). 2010 reagierten CDU/CSU und FDP auf die zum Teil eklatant gestiegenen Operationszahlen. Schnell wurde mehr operiert, als ursprünglich von Kassen und Kliniken prognostiziert. Schwarz-Gelb wollte möglichen Fehlanreizen einen Riegel verschieben und verabschiedete im Zuge des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) mehrjährige Abschläge, wenn die Krankenhäuser mehr Leistungen im Vergleich zum Vorjahr vereinbaren. Die Patienten sollten sicher sein können, dass sie nicht aus rein wirtschaftlichen Erwägungen operiert würden. Zusätzlich zu den ohnehin stetig sinkenden Investitionen der Länder in ihren Krankenhäusern machten damals Chefarztverträge mit Bonusvereinbarungen ab einer bestimmten Anzahl von Eingriffen die Runde.

750 Millionen Finanzspritze für zunächst eineinhalb Jahre

2013 dann sorgte die schlechte finanzielle Situation einiger Krankenhäuser für Schlagzeilen. Etwa die Hälfte aller deutschen Kliniken mache Verluste, hieß es. Die christlich-liberale Koalition wollte den Kliniken ein wenig Luft verschaffen und setzte drei Monate vor der Bundestagswahl ein Finanzierungsprogramm auf die Schiene. Gesamtvolumen: rund eine Milliarde Euro. Den mit etwa 750 Millionen Euro größten Effekt erhoffte sich die damalige Koalition vom sog. Versorgungszuschlag. Dieser undifferenziert an alle Krankenhäuser ausgeschüttete Versorgungszuschlag war als Kompensation für die finanziellen Einbußen durch den Mehrleistungsabschlag zunächst begrenzt auf die Jahre 2013 und 2014 vorgesehen.

Angesichts der ohnehin geplanten Krankenhaus-Strukturreform hat die Große Koalition diese Regelungen über 2014 hinaus verlängert. 2015 flossen noch

einmal 500 Millionen Euro in die Kassen der Kliniken. Und hier schließt sich der Kreis: Mit Auslaufen des Versorgungszuschlags laufen auch die Mehrleistungsabschläge aus. Ein widersprüchliches Finanzierungsmodell wird daher sinnvollerweise beendet. Und weil sich die schwarz-rote Bundesregierung eine Qualitätsoffensive in den Koalitionsvertrag geschrieben hat, müssen Kliniken künftig für schlechte Leistungen Abschläge hinnehmen. Gute Kliniken hingegen werden künftig für gute Leistungen mit Zuschlägen belohnt. Es liegt also in den Händen der Häuser selbst, ob ihnen jene von DKG-Präsident Thomas Reumann in den Raum gestellte eine Milliarde Euro entzogen wird oder nicht.

(rbr)

Detaillierte Informationen zur stationären Versorgung im Dossier „Krankenhaus“:
www.aok-presse.de > **Gesundheit** > **Versorgungsbereiche** > **Krankenhaus**



Zahl des Monats

7,0 gesunde Lebensjahre ...

... darf rein statistisch eine 65-jährige deutsche Frau noch erwarten. Das zeigt eine Auswertung des Statistischen Amtes der Europäischen Union eurostat auf Basis des Jahres 2013. Insgesamt hat eine 65-jährige Deutsche demnach noch 21,1 Lebensjahre vor sich. Auch der 65-jährige deutsche Mann darf sich laut dieser Statistik auf noch 7,0 gesunde Lebensjahre freuen. Seine verbleibende Lebenszeit ist mit 18,2 Jahren jedoch fast drei Jahre kürzer.

Im europäischen Vergleich liegt Deutschland mit diesen Werten im unteren Drittel. Vorne liegt Island: Hier haben 65-jährige Männer und Frauen mit jeweils noch 15,1 Jahre doppelt so viel gesunde Zeit vor sich, und das bei einer unwesentlich längeren Lebenserwartung von noch 18,8 beziehungsweise 21,2 Jahren. Der Durchschnitt in den 28 Ländern der Europäischen Union liegt bei 8,5 gesunden Jahren für Männer und bei 8,6 gesunden Jahren für Frauen.

Über den Schweregrad der Erkrankungen gibt die eurostat-Statistik jedoch keinen Aufschluss.

www.europa.eu/eurostat > Datenbank
> Bevölkerung und soziale Bedingungen > Gesundheit



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Früherkennung bei Kindern: Richtlinie neu aufgestellt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat Mitte Juni beschlossen, die sogenannte Kinder-Richtlinie neu zu strukturieren. Dabei wurden unter anderem die Ziele und Schwerpunkte der einzelnen Untersuchungen sowie die Items zur Anamnese und Beratung konkretisiert. Darüber hinaus ist eine Beobachtung der Interaktion des Kindes mit seiner primären Bezugsperson vorgesehen, um Hinweise auf die Stimmung sowie Kommunikations- und Regulationsmöglichkeiten des Kindes zu erhalten.

Zudem soll das sogenannte „Gelbe Heft“ eine herausnehmbare Teilnahmekarte beinhalten. Mit dieser sollen Eltern die gewissenhafte Fürsorge für das Kind – etwa gegenüber dem Kindergarten – nachweisen können, ohne dabei die vertraulichen Informationen zu Entwicklungsständen und ärztlichen Befunden des Kindes offenlegen zu müssen. Weitere Beschlüsse zur Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen im „Gelben Heft“, zur Evaluation und zu qualitätssichernden Maßnahmen werden noch in diesem Jahr erwartet.

In der Kinder-Richtlinie ist die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr geregelt. Der Beschluss tritt erst in Kraft, wenn unter anderem auch das Kinder-Untersuchungsheft („Gelbes Heft“) als Anlage der Richtlinie entsprechend geändert wurde.

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.

ASV-Sonderregelungen für spezialisierte Teams

Teams, die auf die Behandlung bestimmter gynäkologischer Tumore spezialisiert sind, können unter bestimmten Voraussetzungen an der sogenannten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilnehmen. Dafür müssen sie fortan nicht mehr alle Kriterien für die Teilnahme an der ASV erfüllen, wie der GBA beschlossen hat. Sollen beispielsweise ausschließlich Patientinnen mit Brustkrebs behandelt werden, entfällt der Bedarf an bestimmten personellen, sächlichen und organisatorischen Ausstattungsmerkmalen. Differenziert wird auch bei den Inhalten des möglichen Behandlungsumfangs.

Weitere Informationen aus und über den Gemeinsamen Bundesausschuss:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Seit dem 03. Juli ist der Deutsche Bundestag in der parlamentarischen Sommerpause. Das bedeutet Halbzeit nicht nur für 2015, sondern auch für die laufende 18. Legislaturperiode. Die Krankenhausreform und die zweiten Stufe der Pflegereform sind die beiden größten Projekte der Großen Koalition für den politischen Herbst. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über diese sowie weitere laufende und geplante Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 10. Juli 2015). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: 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 wird nach aktuellem Stand erst nach der parlamentarischen Sommerpause im September vorliegen. 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 > Drucksachen > 16/15



E-Health-Gesetz

Der Regierungsentwurf für ein „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (Bundestags-Drucksache 18/5293) ist am 3. Juli 2015 vom Bundestag in erster Lesung beraten und an die Ausschüsse verwiesen worden. Das Bundeskabinett hatte seinen Entwurf am 27. Mai 2015 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 Bundestag beschäftigt sich am 10. Juli mit dem E-Health-Gesetz. Der Gesetzentwurf ist allerdings zustimmungsfrei formuliert. Die Länderkammer muss deshalb nicht zwingend zustimmen.

Der Regierungsentwurf:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5293



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. Der Bundestag hat das Gesetz am 11. Juni verabschiedet. Am 10. Juli standen die abschließenden Beratungen im Bunderrat an. Das GKV-VSG bedurfte nicht der Zustimmung der Länderkammer. 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 Bundeskabinett 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. 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 Entlassmanagement 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 Verwal-

tungsräten 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.

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)

Schwer kranke Menschen sollen in Deutschland künftig intensiver versorgt und in der letzten Lebensphase individueller betreut werden. Das sieht der Entwurf der Bundesregierung für das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vor, den der Bundestag am 17. Juni in erster Lesung beraten hat. Vor allem in den ländlichen Regionen sollen Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden. Die Debatte um das HPG bettet die Bundesregierung in die Diskussion um neue gesetzliche Regel zur Sterbehilfe ein. Dazu liegen dem Bundestag inzwischen vier fraktionsübergreifende Gruppenanträge vor. Die im HPG-Entwurf vorgesehenen Neuregelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zielen darauf ab, Medizin, Pflege und Hospizarbeit stärker als bisher miteinander zu vernetzen und die Finanzierung stationärer Hospize zu verbessern. Die Tagessätze für Hospize werden pro Patient um mehr als 25 Prozent von derzeit 198 Euro auf 255 Euro angehoben. Zudem tragen die Krankenkassen künftig 95 statt 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die restlichen fünf Prozent erwirtschaften die Hospize weiter selbst. Damit soll die vornehmlich durch Spenden und Ehrenämter getragene Hospizbewegung erhalten bleiben. Dies entspricht laut Bundesregierung dem ausdrücklichen Willen der Träger.

Bei ambulanten Hospizdiensten werden künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten bezuschusst. Das können zum Beispiel Fahrtkosten ehrenamtlicher Mitarbeiter sein. Die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) soll möglichst flächendeckend angeboten werden. Der Aufwand der Hospizarbeit in Pflegeheimen wird stärker berücksichtigt. Die Krankenhäuser bekommen die Möglichkeit, Hospizdienste mit Sterbebegleitung in ihren Einrichtungen zu beauftragen.

Die Palliativversorgung soll nach dem Willen der Bundesregierung Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Die Kran-

kenkassen sollen verpflichtet werden, Patienten bei der Auswahl von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung individuell zu beraten. Ärzte und Krankenkassen sollen sich auf Maßnahmen verständigen, die geeignet sind, die Ausbildung von Medizinern auf diesem Gebiet zu verbessern.

Die Sterbebegleitung soll auch Bestandteil des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Pflegeversicherung werden. Dazu können Pflegeheime künftig vertraglich mit Haus- und Fachärzten zusammenarbeiten. Pflegeheime und Einrichtungen für Behinderte sollen für ihre Bewohner und mit ihnen die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase planen und organisieren. Die Kosten dafür sollen von den Krankenkassen übernommen werden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich dafür eingesetzt, die Maßnahmen für eine bessere Palliativ- und Hospizversorgung im Zusammenhang mit der Parlamentsdebatte um den gesetzlichen Rahmen für die Sterbehilfe zu behandeln. Bereits am 13. November 2014 hat der Bundestag über das Thema Sterbebegleitung und Sterbehilfe diskutiert. 2015 sind zwei weitere Bundestagsdebatten vorgesehen - die erste war am 2. Juli. Dazu liegen inzwischen vier fraktionsübergreifende Gruppenanträge vor:

- Einen Gesetzentwurf „über die Straffreiheit der Hilfe zu Selbsttötung“ legte eine Gruppe Abgeordneter von Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke vor. Der Antrag sieht vor, die derzeit geltende Straffreiheit der Beihilfe zur Selbsttötung zu erhalten, dafür aber mit klaren Regelungen Rechtssicherheit zu schaffen. Die Beihilfe zur Selbsttötung aus Gründen des Profits soll verboten werden.
- Eine weitere Gruppe aus Abgeordneten von CDU und CSU hatte einen Entwurf „über die Strafbarkeit der Teilnahme an einer Selbsttötung“ vorgelegt. Der Antrag spricht sich für ein Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aus.
- Vertreter von CDU und SPD hatten eine dritte Gruppe gebildet und den Entwurf „zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“ eingebracht. Dieser sieht vor, dass Ärzte freiwillig bei der Selbsttötung helfen können.
- Aus einer Gruppe von Vertretern aller Bundestags-Parteien (CDU/CSU, SPD, Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke) stammt der vierte Entwurf zur „Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“. Diesem Antrag zufolge soll die geschäftsmäßige, das heißt „auf Wiederholung angelegte“ Förderung der Hilfe zum Suizid strafbar sein. Ausgenommen würden Familienangehörige und nahestehende Personen, die nicht geschäftsmäßig handeln.

Der Gesetzentwurf zum HPV
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5170



Die Gruppenanträge zur Sterbehilfe

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5375

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5376

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5374

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5373



Krankenhaus-Strukturreform (KHSG)

Der Bundestag hat am 2. Juli 2015 in erster Lesung den Entwurf eines „Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ beraten. Parallel zu diesem Entwurf der Koalitionsfraktionen hat die Bundesregierung einen gleichlautenden Gesetzentwurf dem Bundesrat zugeleitet, mit dem sich die Länderkammer am 10. Juli im ersten Durchgang befassen wird. Am 10. Juni 2015 hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf verabschiedet. Der Referentenentwurf lag seit dem 28. April vor, eine Verbändeanhörung erfolgte am 18. Mai. Die Sachverständigen-Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags ist voraussichtlich am 7. September 2015.

Neben dem GKV-VSG ist die geplante Krankenhaus-Strukturreform das umfangreichste Reformprojekt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) in der laufenden Legislaturperiode. 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 für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt, das sich bereits im Aufbau befindet. Das Einhalten der vom GBA verabschiedeten Qualitätsvorgaben will die Bundesregierung 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 rechtssicher 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 KHSG 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 KHSG 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 Strukturumbaus 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 KHSG 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.

Der Gesetzentwurf :

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/5372



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 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 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



Pflegereform: 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. Der Referentenentwurf liegt seit dem 22. Juni vor. Am 9. Juni folgte die Verbändeanhörung des Bundesgesundheitsministeriums.

Aus Sicht der Großen Koalition handelt es sich um die umfassendste Modernisierung seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) vor 20 Jahren. Das neue System zur Pflegebegutachtung beinhaltet ab 2017 fünf Pflegegrade statt der bisherigen drei Pflegestufen. Maßgeblich für die Einstufung ist künftig der Grad der Selbstständigkeit einer Person in allen pflege-relevanten Bereichen. Zur Finanzierung des PSG II sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um weitere 0,2 Prozentpunkte steigen.

Das neue Begutachtungssystem wird nach den Plänen von Union und SPD zum 1. Januar 2017 eingeführt. Für die voraussichtlich rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, will die Bundesregierung durch eine Überleitungsregelung sicherstellen, dass keine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nötig wird.

Da das PSG II frühestens zum 1. Januar 2016 in Kraft treten kann, hat die Bundesregierung mit dem am 18. Juni vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz Vorschalt-Regelungen auf den Weg gebracht. Sie stellen sicher, dass der GKV-Spitzenverband bereits jetzt damit beauftragt werden kann, die Begutachtungsrichtlinie neu zu formulieren. Dadurch bleibt den MDKs ausreichend Zeit zur Vorbereitung auf das neue System.

Mit dem Gesetz soll auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte grundlegend reformiert werden. Laut Referentenentwurf müssen bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege entwickelt werden. Bis zum 30. Juni 2017 sollen Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege entwickelt werden. Anschließend soll ein Pilotversuch folgen, dessen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorliegen muss.

Durch eine Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene will die Bundesregierung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Entscheidungen schneller als bisher getroffen werden. Dies soll vor allem die Neu- und Weiterentwicklung von Vorgaben zur Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung in der Pflege beschleunigen. Bisher haben die Verbände der Leistungserbringer die Weiterentwicklung von Qualitäts- und Transparenzvorgaben immer wieder durch ihr Veto behindern und Entscheidungen verzögern können. Laut Referentenentwurf wird die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet. Eine auch wissenschaftlich qualifizierte Geschäftsstelle soll dem Ausschuss zur Seite gestellt werden. Der Qualitätsausschuss soll mit jeweils bis zu zehn Vertretern der Pflegekassen und der Verbände der Pflegeeinrichtungen besetzt werden. Vertreter weiterer Organisationen sollen oder können im Ausschuss vertreten sein, würden dann aber auf die Zahl der Mitglieder beider Seiten angerechnet.

Das PSG II schließt an das zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretene Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) an. Mit dem PSG I wurden neue Leistungen in der häuslichen Pflege eingeführt und bereits bestehende Leistungen teilweise ausgeweitet und flexibilisiert. Zur Finanzierung wurden die Beiträge zur SPV bereits um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) angehoben. 0,1 Prozentpunkte dieser Erhöhung fließen in einen neuen Vorsorgefonds, der in den nächsten 20 Jahren aufgebaut wird, um

die Finanzierung steigender Leistungsausgaben abzufedern und gerechter auf die Generationen zu verteilen.

Präventionsgesetz

Der Bundestag hat am 18. Juni 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ verabschiedet. Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) haben Union und SPD insbesondere Projekte in den „Lebenswelten“ im Blick - also in Schulen, Kindertagesstätten oder Betrieben. Außerdem sollen die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten erweitert und die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Behörden im Bereich von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung verbessert werden. Mit der Einrichtung einer „Nationalen Präventionskonferenz“ wird ein neuer formaler Rahmen für die Präventionspolitik geschaffen. Das Gesetz hat am 10. Juli abschließend den Bundesrat passiert. Dessen Zustimmung war nicht notwendig.

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 Krankensversicherer 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 18/4282



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

Neustart an der Spitze des AOK-Bundesverbandes

13.07.15 (ams). Der AOK-Bundesverband steht vor einem personellen Neuanfang. Die bisherigen Geschäftsführenden Vorstände Jürgen Graalman und Uwe Deh beenden ihre Tätigkeit. Das teilte der sogenannte Erweiterte Vorstand mit, dem die Vorstände aller elf AOKs angehören. Als Grund nannte das Gremium Differenzen zwischen den Vorständen in der Amtsführung. Nach einstimmigem Beschluss übernehmen vorübergehend die Vorstandsvorsitzenden der AOK NORDWEST, Martin Litsch, und der AOK Nordost, Frank Michalak, die Aufgaben des Geschäftsführenden Vorstandes.

Baden Württemberg: Hohe Zufriedenheit bei HZV

13.07.15 (ams). 96 Prozent der AOK-Versicherten im Südwesten sind von der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) überzeugt. 88 Prozent würden die HZV weiterempfehlen. „Das zeigt, wie nachhaltig unser Hausarztprogramm mittlerweile die Versorgung im Land prägt“, kommentierte Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, die aktuelle Prognos-Umfrage. Vor sieben Jahren startete die HZV zusammen mit dem Hausärzteverband und MEDI Baden-Württemberg. Aktuell sind über 1,3 Millionen Versicherte eingeschrieben; fast 4.000 Haus-, Kinder- und Jugendärzte nehmen teil.

Weitere Ergebnisse der Umfrage unter:
www.aok.de/baden-wuerttemberg > Presse > Pressemitteilungen



„Gesundheits-Oscar“ für die AOK Hessen

13.07.15 (ams). Der dfg-Award in der Kategorie „Herausragende Kommunikation und Vermarktung“ geht 2015 erstmalig an die AOK Hessen und die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung (TDG) für die Präventionskampagne DAVET. Herzstück von DAVET sind barrierearme und kultursensible Informationen über Gesundheit und Früherkennung speziell für türkischstämmige Bürger im Raum Dietzenbach. Es ist nach dem Gesundheitspreis des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration bereits die zweite Auszeichnung für DATEV.

Weitere Informationen unter:
www.aok.de/hessen > Presse



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:

