

INHALT

- **Bundestag: Beratung von E-Health-Gesetz und Hospizgesetz haben begonnen**
- **Präventionsgesetz verabschiedet**
- **Koalition streitet über Pflegestellen-Förderprogramm**
- **Medizinprodukte: Rat legt gemeinsame Linie fest**
- **Blickpunkt Hintergrund: PSG II – Pflegegrade statt Pflegestufen**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
15. Juli 2015

■ AOK-Bundesverband: Personelle Veränderungen im Vorstand

Martin Litsch und Frank Michalak übernehmen vorerst die Aufgaben des geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes. Zuvor hatte der Erweiterte Vorstand mitgeteilt, dass Jürgen Graalman und Uwe Deh ihre Vorstandstätigkeit beenden werden, weil sie divergierende Auffassungen zur künftigen Aufstellung, Ausrichtung und Weiterentwicklung des Verbandes vertreten. Litsch ist seit Oktober 2010 Vorstandsvorsitzender der AOK NORD-WEST. Davor war er unter anderem Vorstandsvorsitzender der AOK Westfalen-Lippe und Leiter des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Michalak ist Vorstandsvorsitzender der AOK NordOst. Der Krankenkassenfachwirt leitete zuvor die AOK Brandenburg. Norbert Kaufhold, bis 2013 Vorstandsvorsitzender der AOK Bremen, wird den Interims-Vorstand unterstützen. Litsch und Michalak gehören dem Erweiterten Vorstand des AOK-Bundesverbandes an.

Infos: www.aok-bv.de

■ KHS: Länder wollen Änderungen

Die Länder verlangen Änderungen am geplanten **Krankenhaus-Strukturgesetz**, das der Bundestag am 2. Juli in erster Lesung beraten hat. Sie werten das Gesetz als zustimmungspflichtig und fordern unter anderem Änderungen bei den geplanten Qualitätsverträgen zwischen Kliniken und Krankenkassen. Die Länder empfehlen, dass die Verträge, die besondere Anforderungen bei stationären Leistungen vorsehen, immer nur im Einvernehmen mit den Länderbehörden vereinbart werden dürfen. Die Länder wollen auch leichter auf den geplanten Strukturfonds zugreifen dürfen. Der im Bundestag beratene Entwurf sieht vor, dass der Fonds 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des **Gesundheitsfonds** erhalten soll. Konkrete Projekte sollen aber nur dann aus dem Gesundheitsfonds gefördert werden, wenn die Länder dafür einen Beitrag in gleicher Höhe leisten. Der Bundesrat argumentiert nun, dass diese Vorgaben insbesondere die neuen Bundesländer überforderten. Der vor kurzem aus dem Amt geschiedene gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn, hatte bereits auf einer Veranstaltung des GKV-Spitzenverbandes erklärt, sechs bis acht Bundesländer sähen sich nicht in der Lage, den Fonds mitzufinanzieren. Die Länder möchten, dass der Versorgungszuschlag in Höhe von rund 500 Millionen Euro in den Landesbasisfallwert übertragen werden soll, und fordern eine intensivere Förderung zusätzlicher Pflegestellen (siehe auch Seite 3).

Infos: www.bundesrat.de

ZUR PERSON I

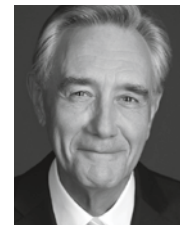


Foto: BStBK

■ **Horst Vinken** steht nach seiner Wiederwahl Ende Juni weiterhin dem Bundesverband Freier Berufe (BFB) vor. Er ist auch Präsident der Bundessteuerberaterkammer. Einer der wiedergewählten Vizepräsidenten ist Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer. Dem Präsidium gehört nun auch der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, an. Bundesärztekammerpräsident Prof. Frank Ulrich Montgomery wurde in den BFB-Vorstand gewählt.



■ **Alexander Beyer** ist jetzt Interimgeschäftsführer der gematik. Der Jurist übernimmt die Position von Prof. Arno Elmer, der die gematik zum 30. Juni verließ. Beyer hat die Ausschreibungen und Verhandlungen der Organisation in den vergangenen Jahren als Leiter Recht in der gematik begleitet.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Erste Lesung des E-Health-Gesetzes

Der Bundestag hat mit der Beratung des geplanten **E-Health-Gesetzes** begonnen. Es soll die Voraussetzung dafür schaffen, dass medizinische Daten auf der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) gespeichert werden können. So sollen ab Oktober 2016 Patienten, denen mindestens drei Arzneimittel gleichzeitig verordnet werden, einen Anspruch auf einen Medikationsplan haben, der zunächst in Papierform und mittelfristig auf der Karte zu führen ist. Ab 2018 sollen Notfalldaten auf der eGK gespeichert werden können. Die Opposition monierte bei der ersten Lesung, die Regierung unterschätze das Risiko, dass Gesundheitsdaten in die falschen Hände gerieten.

Infos: www.bmg.bund.de

■ Anhörung: Lob für geplante Pflegereform

Positiv bewertet der AOK-Bundesverband das geplante **Zweite Pflegestärkungsgesetz** (PSG II). „Wir haben uns lange für eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stark gemacht. Jetzt wird endlich ein umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit möglich, Ungleichbehandlungen von körperlich und kognitiv beeinträchtigten Pflegebedürftige werden aufgehoben. Das neue Begutachtungsinstrument sorgt künftig dafür, dass der individuelle Bedarf Pflegebedürftiger genauer erfasst wird“, so der Verband anlässlich der Anhörung des Bundesgesundheitsministeriums zum Referentenentwurf. Der AOK-Bundesverband warnte allerdings, dass bei der geplanten Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade einige Pflegebedürftige nicht in dem Maß profitierten wie andere: „Diese Schlechterstellung ist nicht zu begründen und sollte unbedingt korrigiert werden“ (siehe auch Seite 7).

Infos: www.aok-bv.de

■ Hospizgesetz: DHPV will Nachbesserungen

Medizin, Pflege und Hospizarbeit sollen besser vernetzt und die Finanzierung stationärer Hospize gefördert werden. Darauf zielt das **Hospiz- und Palliativgesetz** (HPG) ab. Der Bundestag hat es jetzt in erster Lesung beraten. Der Entwurf des HPG sieht vor, die Tagessätze für Hospize von rund 198 Euro auf 255 Euro anzuheben. Die Kassen werden laut Gesetzentwurf verpflichtet, künftig 95 statt wie bisher 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten zu tragen. Bei ambulanten Hospizdiensten sollen künftig neben den Personal- auch die Sachkosten bezuschusst werden. Palliativversorgung soll Teil der gesetzlichen Krankenversicherung und Sterbebegleitung Teil der Pflegeversicherung werden. Der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) monierte, es müsse auch mehr für die allgemeine Palliativversorgung in den Kliniken getan werden. Immerhin stürben dort 50 Prozent der Deutschen, und nur 15 Prozent der Kliniken verfügten über Palliativstationen.

Infos: www.bmg.bund.de

ZUR PERSON II



■ **Ellen Lundershausen** steht nun an der Spitze der Landesärztekammer Thüringen. Die Hals-Nasen-Ohren-Ärztin war seit 2007 Vizepräsidentin. Sie löste im neuen Amt den Kardiologen Dr. Mathias Wesser ab, der nach acht Jahren nicht mehr kandidierte. Neue Vizepräsidenten sind Dr. Uwe Schotte und Dr. Ulrich Wedding. Beide sind Klinikärzte.



Foto: SLÄK/fotografisch

■ **Erik Bodendieck** ist neuer Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. Der Diabetologe war seit 2007 Vizepräsident der Kammer und folgt Jan Schulze nach, der nach 16 Jahren an der Spitze nicht mehr kandidierte. Neue Vizepräsidentin ist Petra Albrecht, die seit 2007 dem Vorstand angehört. Erstmals wurde auch ein zweiter Vizepräsident gewählt. Das ist nun Dr. Rainer Kobes.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Präventionsgesetz verabschiedet

Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ hat den Bundestag passiert. Es sieht vor, dass die Krankenkassen künftig sieben Euro (bisheriger Richtwert: 3,17 Euro) für Prävention aufwenden. Davon müssen zwei Euro für **Betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF) und zwei Euro für Prävention in sogenannten Lebenswelten ausgegeben werden. Das Gesetz baut außerdem die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu „präventiven Gesundheitsuntersuchungen“ aus. Auch intensiviert es die Impfberatung und führt eine Nationale Präventionskonferenz sowie regionale Koordinierungsstellen für BGF ein. Das Gesetz enthält zudem eine Vorschaltregelung für das Zweite Pflegestärkungsgesetz und hebt die Amtszeitbegrenzung für die unparteiischen Mitglieder und den Vorsitzenden des **Gemeinsamen Bundesausschusses** auf.

KOMMENTAR

Zehn Jahre und vier Anläufe hat es gedauert, bis ein Präventionsgesetz die parlamentarischen Hürden genommen hat. Damit ist es nicht automatisch ausgereift. Tatsächlich setzt es zum Teil falsche Signale, etwa bei den Präventionsausgaben. Die Vorgaben wirken so, als seien die Kassen ihren Aufgaben unzureichend nachgekommen. Dabei haben sie mehr gezahlt, als sie mussten, allen voran die AOKs mit 4,61 Euro pro Versicherten bei einem Richtwert von 3,17 Euro. Dass jetzt Institutionen und Gremien über eine Präventionsstrategie mitentscheiden, die an der Finanzierung gar nicht beteiligt sind, ist ordnungspolitisch falsch. Gleiches gilt für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Da hilft es auch nichts, dass der Betrag, den sie für gesundheitliche Aufklärung von den Kassen erhalten soll, auf den letzten Drücker um fünf auf 45 Cent abgesenkt wurde. Die Zentrale ist eine staatliche Einrichtung und müsste komplett aus Steuermitteln finanziert werden. (ink)

Infos: www.bmg.bund.de

■ Koalitionsstreit um geplantes Pflegestellen-Förderprogramm

Als „Affront“ hat der bisherige gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn, die Ankündigung der SPD gewertet, das im Rahmen der Klinikreform geplante Pflegestellen-Förderprogramm auszuweiten. Vorgesehen sind laut Gesetzentwurf 660 Millionen Euro zwischen 2016 und 2018, mit denen 6.000 Stellen geschaffen werden sollen. Der SPD-Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach hatte zwischenzeitlich eine Vergrößerung des Finanzvolumens auf 1,32 Milliarden Euro angekündigt. Spahn, der jetzt Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesfinanzministerium ist, warf der SPD vor, sich durch die Erhöhung bei den Gewerkschaften beliebt machen zu wollen. Verdi hatte jüngst Proteste des Pflegepersonals unterstützt und geht davon aus, dass allein in den Kliniken bundesweit rund 70.000 Pflegekräfte fehlen. Der Vorsitzende des Deutschen Pflegerats, Andreas Westerfellhaus, hält ein Sofortprogramm für Pflegekräfte von 2,4 Milliarden Euro pro Jahr für nötig. Mit diesem könnten 50.000 Stellen finanziert werden. Problematisch dabei: Es sind nur 5.800 Pfleger arbeitssuchend gemeldet. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, erklärte, Schuld am Problem seien die Länder. Da diese ihren **Investitionsverpflichtungen** nicht nachkämen, würden die Krankenhäuser Geld, das auch für das Pflegepersonal bestimmt sei, in den Gebäudeunterhalt stecken (siehe auch Seite 1).

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Gesundheitsministerkonferenz: Telemedizin soll Teil der Regelversorgung werden

Die **Gesundheitsministerkonferenz** (GMK) hat sich bei ihrer diesjährigen Zusammenkunft Ende Juni dafür ausgesprochen, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe **Telematik** im Gesundheitswesen mit der Erstellung einer Strategie zum weiteren Aufbau der Telematikinfrastruktur zu beauftragen. Dabei soll laut einem GMK-Beschluss geklärt werden, „wie die Telemedizin systematisch in die Regelversorgung gebracht und dauerhaft finanziert werden“ kann. „Wir sehen in der Telematik eine große Chance und viel Potenzial – vor allem für den ländlichen Raum“, so die Vorsitzende der diesjährigen Konferenz, Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Deutschland müsse „alle Anstrengungen unternehmen, den Anschluss an internationale Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen nicht zu verlieren“, so der Beschluss. Dieser konstatiert, es bestehe „erheblicher Nachholbedarf in der erforderlichen Infrastruktur“.

Infos: www.gmkonline.de

■ Psychiatrische Versorgungsmodelle: Evaluation kann beginnen

13 Modellvorhaben zur psychiatrischen Versorgung sollen nach einem standardisierten Verfahren evaluiert und mit der Regelversorgung verglichen werden. Darauf hat sich die überwiegende Mehrheit der Krankenkassen verständigt. Den Zuschlag der europaweiten Ausschreibung erhielt ein Bieterkonsortium unter der Führung des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung der Universität Dresden. Erste Ergebnisse der Evaluation sollen im Jahr 2016 vorliegen.

Infos: www.aok-bv.de

■ OECD: Weniger Tote durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Fortschritte bei der Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben dazu geführt, dass in den vergangenen 50 Jahren, die Zahl der an Schlaganfällen, Herzinfarkten und ähnlichen Erkrankungen verstorbenen Menschen um 60 Prozent zurückgegangen ist. Das hat die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mitgeteilt. Deutschland liegt dabei aktuell vier Prozent über dem Durchschnitt. Während jährlich 299 von 100.000 Bürgern der OECD-Staaten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen versterben, sind es in Deutschland 310 von 100.000 Menschen. Die OECD meint, dass Fettleibigkeit und Diabetes den positiven Trend bei den kardiovaskulären Erkrankungen allerdings umkehren können.

Infos: www.oecd.org

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ **Medizinprodukte: Rat legt gemeinsame Linie fest**

Die EU-Gesundheitsminister haben sich im Rat nach fast dreijähriger Beratung auf eine gemeinsame Linie für eine **Medizinprodukte**-Verordnung verständigt. Der luxemburgische Rats-Vorsitz werde nun Gespräche mit dem Europäischen Parlament aufnehmen können, hieß es aus dem Rat. Deutschland hat in der Rats-Sitzung im Juni gegen die Rats-Position gestimmt. Der AOK-Bundesverband hatte Nachbesserungen beim Marktzugang von Hochrisiko-Medizinprodukten und die Einführung einer obligatorischen Haftpflichtversicherung der Hersteller gefordert.

Infos: www.consilium.europa.eu/de

■ **PREFERE-Studie wird weiter gefördert**

Die gesetzliche Krankenversicherung begrüßt die weitere Förderung der Deutschen Prostatakrebsstudie PREFERE durch die Deutsche Krebshilfe (DKH) und setzt ihr Engagement in Zusammenarbeit mit der DKH fort: „Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen können damit auch weiterhin im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung an PREFERE teilnehmen“, so der AOK-Bundesverband stellvertretend für die Kassenverbände. Die Fragen, die mit der Studie geklärt werden sollen, seien zentral für die zukünftige Behandlung von Patienten mit Prostatakrebs im frühen Stadium, so die Einschätzung des AOK-Bundesverbandes.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Weniger Vollversicherte in der PKV**

Die Zahl der Vollversicherten in der privaten Krankenversicherung (PKV) ist von 2013 auf 2014 auf 8,8 Millionen gesunken. Das Minus betrug 0,6 Prozent. Dafür ist die Zahl der Menschen im Notlagentarif um 22,5 Prozent gestiegen. Ende 2014 waren darin 114.700 Menschen versichert. In den Notlagentarif werden Versicherte automatisch eingruppiert, wenn sie ihre Beiträge trotz zweifacher Mahnung nicht gezahlt haben. Sie kehren nach Begleichen der Beitragsschulden ebenso automatisch in ihren alten Tarif zurück. Auch die Zahl der Versicherten im Standard- und Basistarif hat zugenommen. Es sind nun 188.900 Personen. Die Finanzergebnisse der PKV waren 2012 und 2013 auf dem höchsten Stand der vergangenen zwölf Jahre. 2014 werden sie etwas gesunken sein (bislang liegen nur vorläufige Zahlen vor), Ende 2015 oder Anfang 2016 drohen wegen der Niedrigzinsproblematik spürbare Prämien erhöhungen. Ein Grund der bislang guten Ergebnisse: Die Versicherer mussten weniger Geld für Abschlussprämien an ihre Vertreter zahlen, weil diese weniger Neukunden warben als in früheren Jahren.

Infos: www.pkv.de

Vorschau

G+G | 7-8/2015

Gesundheit und Gesellschaft

Pflege ohne Gewalt

Pflege ist nicht immer nur von Liebe und Mitgefühl geprägt. Qualitätsexperte Ralf Suhr beschreibt Ursachen und Formen von Aggression in der Pflege und zeigt auf, wie sich Gewalt vermeiden lässt.

Arzneimitteltherapie: Gute Beratung ist ein Gewinn

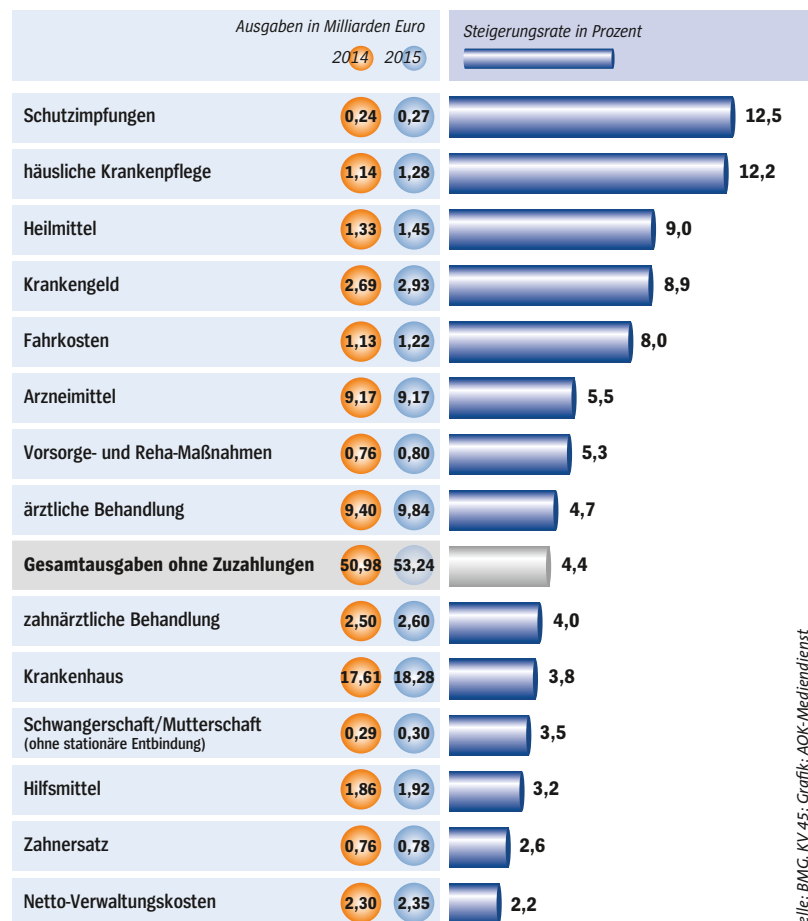
Medikamente wirtschaftlich verordnen, ohne die Qualität der Versorgung zu schmälern – das gelingt Ärzten mit der Arzneimittel-Beratung der AOK. Details erklären Thomas Fiß, Gisbert W. Selke, Irene Langner, Ralf Neubauer, Antje Knobloch und Susanne Dolfen.

G+G | 3/2015

Wissenschaft

Die Klinikreform soll einen Strukturfonds bringen und Qualität zum Kriterium in der Krankenhausplanung machen. Die Details thematisiert das neue Heft in zwei Analysen. Ein weiterer Aufsatz lotet aus, ob Wettbewerb in einem korporatistischen System überhaupt möglich ist.

Ausgaben der GKV im 1. Quartal 2015



Quelle: BMG, KV 45; Grafik: AOK-Mediendienst

53,25 Milliarden Euro haben die Krankenkassen im ersten Quartal 2015 ausgegeben. Die Einnahmen betragen 53,08 Milliarden Euro. Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass das Ergebnis ausgeglichen gewesen wäre, wenn alle Kassen einen Zusatzbeitrag in Höhe des bisherigen Sonderbeitrags erhoben hätten.

Infos: www.bmg.bund.de

■ Umfrage zu Zahnärzten: Empfehlung trotz Kommunikationsproblemen

Rund vier von fünf Patienten würden ihren Zahnarzt „bestimmt“ weiterempfehlen, allerdings attestiert ihm nur gut jeder Zweite voll und ganz, dass er jeden Behandlungsschritt erklärt und damit mögliche Ängste nimmt. Das geht aus einer aktuellen Analyse von über 10.000 Zahnarztbewertungen im Arztvergleichs-Portal „Weisse Liste“ und den darauf basierenden Portalen von AOK, BARMER GEK, Techniker Krankenkasse und Bertelsmann BKK hervor.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ PSG II: Pflegegrade statt Pflegestufen

Schon der Koalitionsvertrag hatte sie angekündigt: eine Pflegereform in zwei Stufen. Nachdem zum 1. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eine Ausweitung und Flexibilisierung von Leistungen sowie einige neue Leistungen in der häuslichen Pflege brachte, steht inzwischen der Referententwurf für das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II).

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Instrument im Begutachtungsverfahren bei der Pflegeeinstufung – das sind die Kernanliegen des PSG II. Die neue umfassendere Definition von **Pflegebedürftigkeit** soll dazu beitragen, dass nicht mehr zwischen körperlichen Beeinträchtigungen einerseits und kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen andererseits unterschieden wird. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen soll ausschlaggebend sein. 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 und die Abhängigkeit von personaler Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen. Zur Finanzierung des PSG II sollen die Beiträge zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte steigen.

» Neues Begutachtungsassessment hat sich im Test bewährt

Zur Umsetzbarkeit der Reform hat es von April 2014 bis April 2015 zwei bundesweit angelegte Erprobungsstudien gegeben. Das vom GKV-Spitzenverband eingesetzte Begleitgremium zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kam in seinem im Mai 2015 veröffentlichten Abschlussbericht zu dem Ergebnis, dass das Neue Begutachtungsassessment (NBA) praktikabel sei.

Die Umstellung auf das neue System erfolgt nach den Plänen von Union und SPD zum 1. Januar 2017. Für die voraussichtlich rund 2,9 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, will die Bundesregierung durch eine formale Überleitungsregelung sicherstellen, dass keine erneute Begutachtung durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** (MDK) nötig wird.

» Vorschalt-Regelung sichert Einhaltung des Zeitplans

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 sich auf das neue System vorzubereiten.

Das PSG II schließt an das zum 1. Januar dieses Jahres in Kraft getretene PSG I an. Mit diesem wurden neue Leistungen in der häuslichen Pflege eingeführt und bereits bestehende Leistungen teilweise ausgeweitet und flexi-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

bilisiert. Zur Finanzierung wurden die Beiträge zur Pflegeversicherung 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.

» Qualitätsprüfungen und -berichte werden reformiert

Mit dem Gesetz werden bereits begonnene Impulse zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung aufgegriffen. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf der Logik des Begutachtungsinstrumentes ist ein gemeinsames Qualitätsverständnis für die Qualitätssicherung und die Qualitätsdarstellung zu entwickeln. Für den vollstationären Bereich ist in den Maßstäben und Grundsätzen ein indikatorengestütztes Gesamtverfahren zu beschreiben, das internes Qualitätsmanagement, externe Qualitätsprüfung und Qualitätsberichtserstattung verzahnt.

» Aus der Schiedsstelle wird ein Qualitätsausschuss

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 wurde die Weiterentwicklung von Qualitäts- und Transparenzvorgaben immer wieder verzögert, da einstimmige Entscheidungen für Änderungen erforderlich waren. Insbesondere konnte innerhalb der Gruppe der Leistungserbringer – vertreten durch 14 Verbände – oftmals kein einstimmiges Votum erzielt werden. Laut Referentenentwurf wird die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet. Eine qualifizierte Geschäftsstelle übernimmt die Geschäftsführung des Qualitätsausschusses. 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. Der AOK-Bundesverband hat die Pläne für die Reform des sogenannten Pflege-TÜVs bereits im Vorfeld ausdrücklich begrüßt. Sowohl die Überprüfung der Pflegequalität als auch die Darstellung der Ergebnisse müssten dringend auf den Prüfstand. „Die breite Kritik an der derzeit geübten Praxis ist berechtigt. Ein Notensystem, das nur Einser vergibt, ist für eine Orientierung ungeeignet und muss als gescheitert betrachtet werden“, so der AOK-Bundesverband. Die AOK setzt sich stattdessen für ein Modell ein, das stärker als bisher die Ergebnisqualität der Pflege berücksichtigt und für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nachvollziehbar abbildet.

Infos: www.aok-bv.de