

# AOK-Medienservice

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

Politik

09/17

 @AOK\_Politik



GUTACHTEN ZUM RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH (RSA)	
■ WECHSELWIRKUNGEN BEIM MORBI-RSA IM BLICK BEHALTEN	2
FEHLZEITEN-REPORT 2017: KRISE UND GESUNDHEIT	
■ BESCHÄFTIGTE SETZEN AUF HILFE VON KOLLEGEN	5
AMS-GRAFIK 1: FEHLZEITEN-REPORT 2017	
■ WAS LEBENSKRISEN MIT UNS MACHEN	7
AMS-ZITAT: RAINER STRIEBEL ZUR SPEZIALISIERUNG VON KLINIKEN	
■ „NICHT JEDES KRANKENHAUS KANN ALLES GLEICH GUT ...“	8
EU-TICKER	
■ TERMINE NUR FÜR REGISTRIERTE LOBBYISTEN	9
AMS-GRAFIK 2: KV 45	
■ GKV-AUSGABEN IM 1. HALBJAHR 2017	11
ZAHL DES MONATS	
■ UM 23,5 PROZENT HÖHERE ...“	12
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	13
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	14
KURZMELDUNGEN	31

Gutachten zum Risikostrukturausgleich (RSA)

## Wechselwirkungen beim Morbi-RSA im Blick behalten

**14.09.17 (ams).** Ende des Monats läuft die Frist für das erste Sondergutachten zur Evaluation des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Bis zum 30. September sollen die Experten des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes (BVA) ihre Untersuchungsergebnisse vorlegen. So sieht es der Auftrag des Bundesgesundheitsministerium (BMG) vor. Der AOK-Bundesverband setzt dabei auf eine umfassende wissenschaftliche Analyse, die auch mögliche Wechselwirkungen der einzelnen Reformvorschläge in den Blick nimmt.

„Für das Sondergutachten kann der Beirat auf Daten aller Krankenkassen zurückgreifen und auch die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Vorschlägen untersuchen“, erläutert der stellvertretende Geschäftsführer Finanzen im AOK-Bundesverband, Timm Paulus. „Damit ist eine umfassende wissenschaftliche Evaluation des Morbi-RSA möglich.“ Der Finanzexperte verweist darauf, wie notwendig der Blick aufs Ganze ist. „Der Morbi-RSA lässt sich nicht isoliert nur aus dem Blickwinkel eines einzelnen Anpassungsvorschlags diskutieren“, unterstreicht Paulus. Bereits in der ersten Evaluation vor sechs Jahren sei dies deutlich geworden. Schon damals hat der Wissenschaftliche Beirat die Wechselwirkung zwischen einem Risikopool und einer besseren Ausgestaltung des Morbi-RSA mittels spezifischer Arzneimittelzuschläge sowie die Wirkung einer veränderten Krankheitsauswahl auf die regionale Ausgabendeckung thematisiert. In dem neuen Gutachten wird die Analyse von Wechselwirkungen – fachlich auch „Interdependenzen“ genannt – einen noch größeren Stellwert einnehmen.

### Risikopool und Regionalisierung unter der Lupe

AOK-Experte Paulus erwartet etwa, dass die Wechselwirkungen zwischen der Forderung nach einem Risikopool für besonders kostenintensive Versicherte, der Aufhebung der Krankheitsauswahl und der Regionalisierungskomponente im Gutachten unter die Lupe genommen werden. „Welche Risiken ein Pool abdecken soll, ist immer abhängig von der Auswahl der Krankheiten, die Eingang in das Morbi-RSA-Modell finden. Am besten wäre es, alle Krankheiten in die Berechnung einzubeziehen. Dann würden die Krankenkassen auch für eine größere Gruppe der kostenintensiven Versicherte ausgabendeckende Zuweisungen erhalten.“

Ebenso ist die Frage offen, was in einem Risikopool etwa mit Dialysepatienten passieren soll, für die die Zuweisungen heute schon ausreichend hoch sind.

Hier besteht nach Paulus' Einschätzung eher die Gefahr, dass neue Anreize zur Risikoselektion zu Lasten dieser Versicherten entstehen. Denn normalerweise sei ein Risikopool mit sogenannten Selbstbehalten verbunden, die dazu führen, dass nicht alle Ausgaben ausgeglichen werden. Schon bei Selbstbehalten von 20 Prozent entstehe schnell eine kritische Unterdeckung der Ausgaben – und damit ein neuer Risikoselektionsanreiz, so der Experte „Berücksichtigt man diese Auswirkungen, so dürfte schnell klar werden, dass ein Risikopool, der vielen Krankenkassen noch aus der Zeit vor 2009 vertraut ist, keine zielgenaue Lösung für alle kostenintensiven Versicherten darstellt“, warnt Paulus.

Auch mit Blick auf die Frage einer regionalen Komponente, die in einem zweiten Gutachten bis Ende April 2018 untersucht wird, kommt der Analyse von Wechselwirkungen eine wichtige Rolle zu. „Zentrales Ergebnis der ersten Morbi-RSA-Evaluation aus dem Jahr 2011 war, dass die Einführung des auf 80 Krankheiten begrenzten Morbi-RSA die regionalen Unterschiede deutlich reduziert hat“, erinnert sich Paulus. Umso mehr wundert er sich daher, wenn heute von einigen Krankenkassen gefordert wird, den Morbi-RSA zurückzustutzen und gleichzeitig einen regionalen Ausgleich zu schaffen.“ Paulus: „Wer regionale Unterschiede beklagt, muss doch gerade den Morbi-RSA stärken, der zu ihrem Abbau so viel beigetragen hat.“ So sei zu erwarten, dass die Ausweitung des Morbi-RSA auf alle Krankheiten gute Antworten in Bezug auf die Regionalisierungsfragen liefert.

## Zielgenauigkeit stärken – Risikoselektion vermeiden

Paulus ist davon überzeugt, dass ein solches „Vollmodell“ die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA insgesamt erhöhen und Risikoselektionsanreize reduzieren würde. Das zeige der Vergleich auf der Ebene von Versichertengruppen. So gehe die Überdeckung etwa bei gesunden Versicherten von 122 Prozent unter den aktuellen Bedingungen des Morbi-RSA auf 106 Prozent im Vollmodell zurück. Würden hingegen 80 seltene und teure Krankheiten berücksichtigt, steigt die Überdeckung der Ausgaben bei Gesunden auf 137 Prozent deutlich an. Gleichzeitig verbessert sich im Vollmodell die Ausgabendeckung bei kranken Versicherten auf 99 Prozent. Der Vorschlag anderer Kassen, 80 sehr seltene und teure Krankheiten zu berücksichtigen, lässt die Unterdeckungen bei kranken Versicherten hingegen noch größer werden, von 96 auf 93 Prozent. Die Folge wäre wieder ein volkswirtschaftlich sinnloser GKV-Wettbewerb um junge, gesunde Versicherte.

Paulus hält die Analyse der Wechselwirkungen für äußerst komplex, aber unbedingt notwendig. „Rein praktisch dürfte das einen großen Teil der Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats ausmachen.“ Denn die Wechselwirkungen müssten schrittweise zunächst zwischen den einzelnen Änderungsvorschlägen und dann im Gesamtkontext aller Änderungen untersucht werden. „Es dürften also viel mehr Modelle zu Wechselwirkungen gerechnet werden als Ände-

rungsvorschläge insgesamt zu prüfen sind. Die Expertise und Erfahrung des Wissenschaftlichen Beirats ist daher für die Prioritätensetzung besonders wichtig.“

Vor diesem Hintergrund hält es Paulus auch für sinnvoll, dass das Bundesgesundheitsministerium die Frage der regionalen Verteilung der Zuweisungen in einem nachgelagerten zweiten Gutachten untersuchen lässt. So könne die Analyse komplexer Wechselwirkungen auf die Ergebnisse des ersten Gutachtens sinnvoll eingegrenzt werden.

## Regionale Versorgung liegt in den Händen der Beteiligten

Auch der Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, unterstreicht die Bedeutung der Regionalisierungsfrage. „Es ist wichtig, Fragen der regionalen Verteilung von Ausgaben und Zuweisungen an die Kassen wissenschaftlich fundiert zu untersuchen. Die AOK-Gemeinschaft geht davon aus, dass die wissenschaftliche Aufarbeitung des Themas inhaltliche und methodische Fragen gleichermaßen klären wird. „Es ist nicht nachgewiesen, dass versichertenindividuelle Ausgaben überhaupt mit räumlichen Merkmalen erklärt werden können“, unterstreicht Litsch.

In der Diskussion werde gerne vergessen, dass der Schlüssel für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung in den Regionen in den Händen der Beteiligten liege. Hier sei mehr Engagement gefragt, so Litsch: „Die AOK setzt sich vor Ort und flächendeckend für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ein. Wir müssen die bestehenden Handlungsspielräume konsequent nutzen und ausbauen, um beispielsweise die Krankenhausversorgung weiterzuentwickeln. Auch die Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgungsangebote ist notwendig. Alle regionalen Akteure müssen ihre Hausaufgaben bei der Strukturbereinigung in überversorgten Regionen machen und Fehlanreize vermeiden. Bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung sollten wir gemeinsam abbauen, statt sie durch die Regionalisierung der Finanzierung zu zementieren.“

(rbr)

**Alles wichtige zur Funktionsweise und  
Weiterentwicklung des Morbi-RSA im Dossier:  
[www.morbi-rsa.de](http://www.morbi-rsa.de)**



Fehlzeiten-Report 2017: Krise und Gesundheit

## Beschäftigte setzen in Krisen auch auf die Hilfe der Kollegen und des Chefs

15.09.17 (ams). Erwerbstätige vertrauen sich in Krisensituationen häufig ihrem Arbeitsumfeld an. In einer Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) gaben 81 Prozent der Befragten an, im Betrieb über das kritische Lebensereignis gesprochen zu haben. Fast jeder Dritte (63,5 Prozent) wandte sich an die Arbeitskollegen, nahezu jeder Zweite (45,8 Prozent) an den unmittelbaren Vorgesetzten. Die Ergebnisse der Befragung, an der 2000 Erwerbstätige zwischen 16 und 65 Jahren teilgenommen haben, sind jetzt im Fehlzeiten-Report 2017 veröffentlicht. Der Report widmet sich der Frage, wie Krisen in Unternehmen, in Teams und bei Beschäftigten erkannt und überwunden werden können.

Kritische Ereignisse gehören für jeden Zweiten (52 Prozent) zum eigenen Lebenslauf und nehmen mit dem Alter zu. 64,7 Prozent der 50- bis 65-Jährigen berichten, dass sie aktuell oder in den zurückliegenden fünf Jahren eine Krise erfahren haben. Bei unter 30-Jährigen hat dagegen nur ein Drittel (37,6 Prozent) bereits ähnliche Erfahrungen gemacht. Die große Mehrheit (81,2 Prozent) der Betroffenen spricht die eigene kritische Situation im Betrieb an. Am häufigsten geht es dann um „belastende Konflikte im privaten Umfeld“ (16,4 Prozent), um „schwere Erkrankungen in der Familie“ (11,7 Prozent), „finanzielle Probleme“ (10,8 Prozent) oder „Trennungen“ (8,9 Prozent). 8,5 Prozent nannten mit der „Umstrukturierung des Arbeitsplatzes“ einen betriebsbezogenen Auslöser für das kritische Lebensereignis. Die Krise hat – selbst wenn die Entstehungsgeschichte im Privaten liegt – einen hohen Einfluss auf das individuelle Gefühl von Gesundheit und eigener Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. 79 Prozent der Betroffenen stufen sich als seelisch, 58,7 Prozent als körperlich angeschlagen ein. Mehr als die Hälfte (53,4 Prozent) sahen ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt. 37,3 Prozent waren aufgrund der Krise unzufrieden mit der Arbeit und 34,1 Prozent gaben an, sich häufiger krankgemeldet zu haben.

### Arbeitsumfeld kann helfen, die eigene Krise zu meistern

„Es ist notwendig, dass Krisen von Beschäftigten in der Unternehmenspraxis erkannt und Bewältigungsstrategien, wie etwa unterstützende Maßnahmen, entwickelt werden“, betont Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO und Mitherausgeber des Fehlzeiten-Reports. Viele Betriebe bieten bereits entsprechende Hilfen an. Gut die Hälfte (52,4 Prozent) der Betroffenen nennt „klärende Gespräche mit dem Vorgesetzten“, jeder Dritte zählt „flexible Arbeitszeiten“ (33,9 Prozent) und nahezu jeder Vierte Sonderfreistellungen

wie „unbezahlten Urlaub“ (22,2 Prozent) dazu. Auch fühlt sich die Mehrheit der Führungskräfte (70,7 Prozent) in der Pflicht, ihren Mitarbeitern bei einer schweren Erkrankung, einer Verletzung oder Suchtproblematik zur Seite zu stehen.

## Die Deutschen Bahn als Vorbild

Die Deutsche Bahn gilt vielen Experten als Vorbild. Sie hat ein umfassendes Hilfenetz aufgebaut, um ihren Beschäftigten in besonderen Belastungssituationen konzernweit beizustehen. Der sogenannte „Schienensuizid“, ist bei den Lokführern der häufigste Arbeitsunfall, etwa 700 Fälle pro Jahr. Rein statistisch gesehen trifft es jeden der 20.000 Lokführer alle 20 Jahre. In einem Akutfall werden die betroffenen Kollegen vor Ort von einem Notfallmanager oder einem psychologisch geschulten Ersthelfer betreut und nach Hause begleitet. Sie bleiben solange außer Dienst bis auftretende Belastungsreaktionen wieder abgeklungen sind. Ziel ist es, eine posttraumatische Belastungsstörung möglichst zu vermeiden. Bei den ersten Fahrten nach dem Wiedereintritt in den Dienst kann sich der Lokführer von einem Gruppenführer, einer Vertrauensperson oder einem Psychologen begleiten lassen. Im Rahmen der Prävention ist zudem die gedankliche Auseinandersetzung mit den möglichen Folgen eines Traumas ein Bestandteil der Aus- und Fortbildung.

## Führungskräfte für ihre Rolle in Krisensituationen schulen

Aufgrund ihrer Struktur und ihrer personellen Besetzung können größere Unternehmen ein breiteres Spektrum an Hilfsmaßnahmen anbieten als kleine und mittlere Unternehmen. Die Studie des WlDO belegt außerdem, dass in Betrieben mit weniger als zehn Beschäftigten einzelne Angebote wie etwa „klärende Gespräche mit dem Vorgesetzten“ häufig nicht zum Tragen kommen. WlDO-Chef Helmut Schröder empfiehlt Kleinbetrieben, die Führungskräfte stärker für ihre Rolle als Unterstützer und Vermittler im Krisenfall zu befähigen. Nicht jede Maßnahme muss dabei im Kleinbetrieb selbst angeboten werden. Es können dafür auch Netzwerke, externe Dienstleister oder gesetzliche Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden werden. „Angesichts des sich immer deutlicher abzeichnenden Fachkräftemangels erscheint es notwendig, dass sich Unternehmen verstärkt mit den älter werdenden Belegschaften und den damit verbundenen häufigeren Krisen der Mitarbeiter auseinandersetzen. Denn es geht darum, gesunde und leistungsfähige Fachkräfte dauerhaft an das Unternehmen zu binden“, sagt Schröder.

(wer)

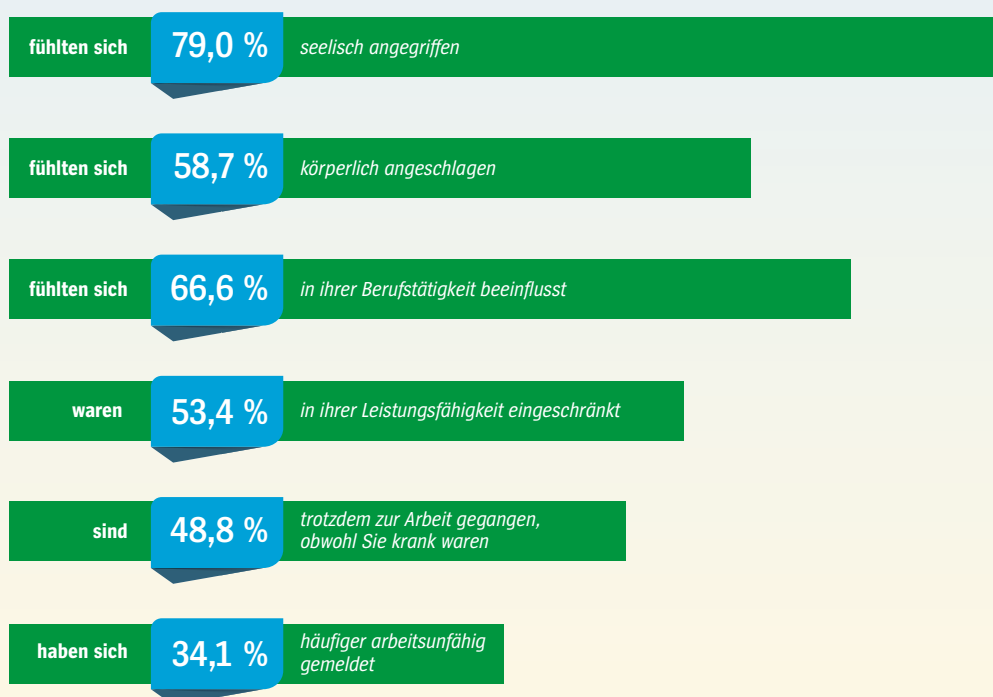
**weitere Einzelheiten zum Fehlzeiten-Report 2017:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilungen



## Was Lebenskrisen mit uns machen

### Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) für den Fehlzeiten-Report 2017

#### Durch ihr persönlich schlimmstes Ereignis:



Quelle: Fehlzeiten-Report 2017 (n = 1.040); Grafik: AOK-Mediendienst

Mehr als die Hälfte der Arbeitnehmer, die von kritischen Lebensereignissen in Beruf und Familie berichten, gab an deswegen in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt gewesen zu sein. Fast genauso viele sind trotz Krankheit zur Arbeit gegangen. Mehr als jeder Dritte hat sich jedoch häufiger krank gemeldet. Vier von fünf Befragten sagten, ihre seelische Gesundheit sei beeinflusst gewesen, fast drei von fünf fühlten sich körperlich angeschlagen, und zwei von drei sahen durch ein sehr schlimmes Ereignis ihre Berufstätigkeit beeinflusst.

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

ams-Zitat: Rainer Striebel zur Spezialisierung im Kliniksektor

## „Nicht jedes Krankenhaus kann alles gleich gut ...“

... Aber Patienten wollen eine optimale Behandlungsqualität. Dass Menschen ein paar Kilometer mehr in Kauf nehmen, wenn eine für sie bessere Therapie damit einhergeht, zeigt eine Befragung der AOK. Dieses Ziel wird durch Spezialisierung und eine damit verbundene zentralisierte Versorgung erreicht. Eine Lösung in Sachsen für adipös Erkrankte setzt Maßstäbe. Sektorengrenzen, die unterschiedlichste Behandlungsergebnisse zur Folge hatten, wurden überwunden. Vier hoch spezialisierte Kliniken versorgen seit 2013 die Patienten konservativ, operativ sowie in der Nachsorge. Individuell abgestimmte Therapieverfahren und die direkte Einflussnahme auf die Patientencompliance schaffen bessere Ergebnisse. Vorteil: Unnötige Operationen werden vermieden. Die beteiligten Krankenhäuser haben Planungssicherheit. Alle anderen Kliniken verweisen in die spezialisierten Einrichtungen. Ergebnis: Nach mehr als drei Jahren sinken die Operationszahlen. Die Patienten profitieren von höherer Qualität, die Krankenhäuser von verlässlichen Strukturen und die Versicherungsgemeinschaft von der Effizienz.“



Rainer Striebel

Rainer Striebel, Vorstandsvorsitzender der AOK PLUS  
in „weiter.gehen > AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik  
nach der Bundestagswahl 2017

**Die Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG):**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Gesetze  
> abgeschlossene Gesetzesvorhaben 2015

**Das Dossier:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Krankenhaus





EU-Ticker

## Mehr Transparenz: EU-Termine nur für registrierte Lobbyisten

15.09.17 (ams). Die EU-Kommission will die Einführung eines Transparenzregisters für politische Interessenvertreter vorantreiben. „Die Öffentlichkeit hat das Recht zu erfahren, wer auf die Rechtsetzung der EU Einfluss zu nehmen versucht“, sagte Vizepräsident Frans Timmermans in Brüssel. Das Verzeichnis der Interessenvertreter soll einheitlich für Kommission, Europaparlament und Rat gelten. „Wer nicht eingetragen ist, bekommt kein Treffen mit einem Kommissar, einem Europaabgeordneten oder der Ratspräsidentschaft“, sagte Timmermans. Die Kommission hat bereits vor einem Jahr ein verbindliches Transparenzregister für alle drei EU-Organen vorgeschlagen. „Die Kommission selbst vergibt Gesprächstermine inzwischen nur noch an registrierte Interessenvertreter. Nach diesem Grundsatz sollen möglichst bald auch Rat und Parlament verfahren. Das Register der EU-Kommission ist online einsehbar. Dort ist auch der AOK-Bundesverband mit Vorstand Martin Litsch und dem Vertreter in Brüssel, Jan van Lente, eingetragen.

Mehr Infos: [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Deutschland > Presse



## Hormonverändernde Stoffe im Visier

15.09.17 (ams). Pflanzenschutzmittel, die nachgewiesen hormonverändernde chemische Stoffe enthalten, sogenannte endokrine Disruptoren, dürfen in der EU nicht zugelassen werden. Diese Rechtsvorschriften sollen auch auf Mittel zur Insektenbekämpfung und für Desinfektionsmittel angewendet werden. Die EU-Kommission hat dazu jetzt einen Vorschlag verabschiedet, der dem Europaparlament und dem Rat zur Stellungnahme vorgelegt wird. Damit schaffe die EU „das weltweit erste Regulierungssystem mit rechtsverbindlichen Kriterien zur Definition endokriner Disruptoren“, heißt es seitens der Kommission. Die EU-Rechtsvorschriften für Pflanzenschutzmittel und Biozide sehen allerdings vor, dass auch Mittel mit endokrinen Disruptoren eingeschränkt genehmigt werden dürfen, wenn die Freisetzung vernachlässigbar ist. Verbraucher- und Naturschutzverbände kritisieren diesen Definitionsspielraum insbesondere im Zusammenhang mit der im Herbst anstehenden Zulassungsverlängerung für das Unkrautvernichtungsmittel Glyphosat.

Mehr Infos: [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu) > Deutschland > Presse

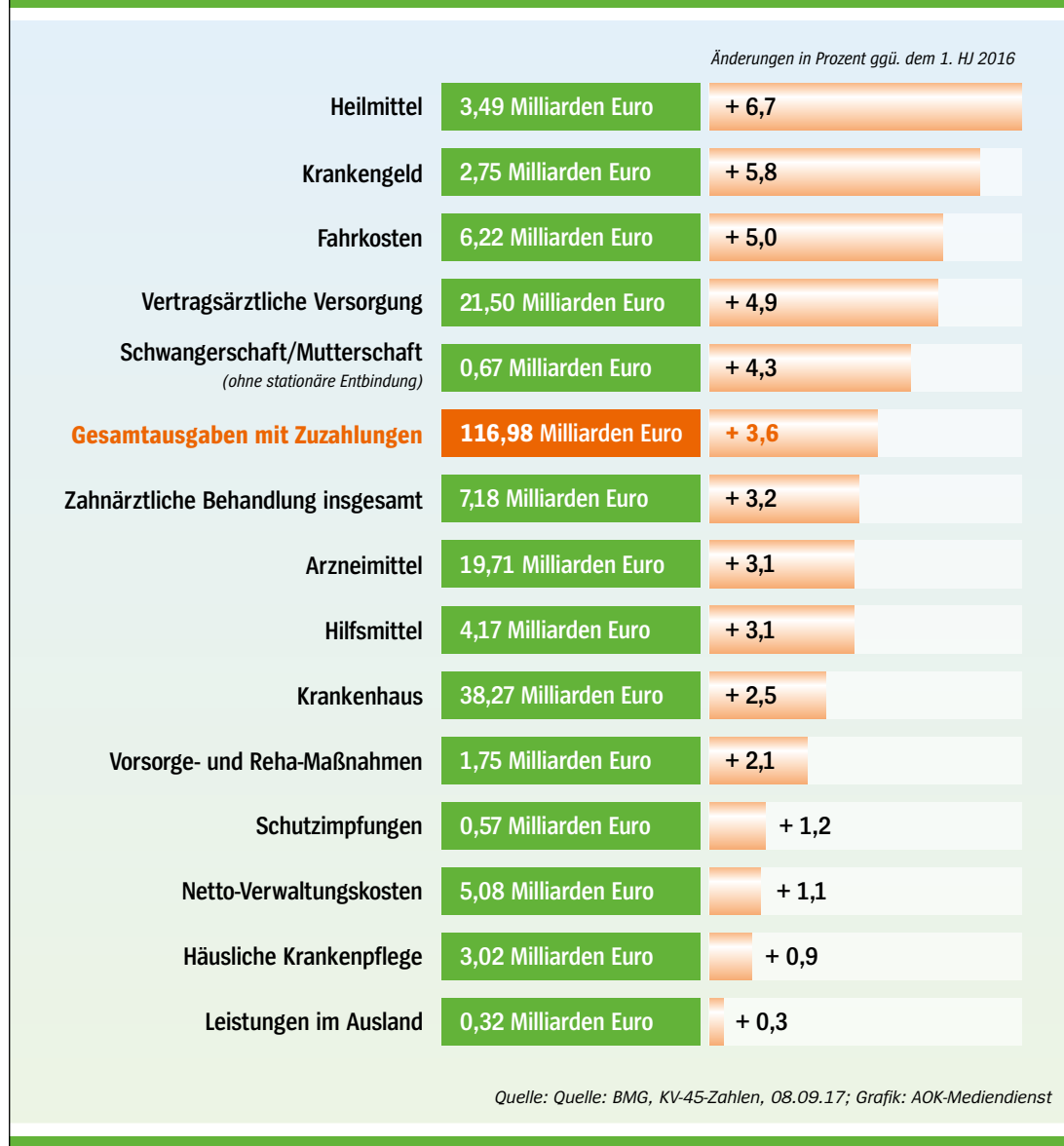


## Lehren aus dem Fipronil-Skandal

15.09.17 (ams). Die Landwirtschaftsminister der Europäischen Union haben Anfang September in Estlands Hauptstadt Tallinn über Konsequenzen aus dem Skandal um das Insektenvernichtungsmittel Fipronil in Eiern beraten. Aus Sicht von EU-Gesundheitskommissar Andriuskaitis hat sich das EU-Schnellwarnsystem für Lebensmittelsicherheit auch in diesem Fall bewährt. In kürzester Zeit seien alle Mitgliedsstaaten über das potentielle Risiko informiert worden und hätten betroffene Eier vom Markt nehmen können. Der deutsche Landwirtschaftsminister Christian Schmidt sieht jedoch Verbesserungsbedarf. Gemeinsam mit Belgien und den Niederlanden werde die Bundesrepublik Vorschläge erarbeiten. Am 26. September findet in Brüssel eine Fachkonferenz zum Thema statt.

(toro)

## GKV-Ausgaben im 1. Halbjahr 2017 in ausgewählten Leistungsbereichen



Die gesetzlichen Krankenkassen haben im ersten Halbjahr des Jahres 2017 einen Überschuss von rund 1,41 Milliarden Euro erzielt. Die Finanzreserven der Krankenkassen stiegen auf rund 17,5 Milliarden Euro. Die Ausgaben insgesamt, inklusive Zuzahlungen, haben im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 3,6 Prozent zugelegt, die Leistungsausgaben allein betrachtet um 3,7 Prozent.

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

Zahl des Monats

## Um 23,5 Prozent höhere...

15.09.17 (ams) ... Arzneimittel-Rabatte haben die elf AOKs 2016 im Vergleich zu den Betriebskrankenkassen (BKK) für ihre Versicherten aushandeln können. Am Ende gewährte die Pharmaindustrie einen Nachlass für die AOK von insgesamt 12,1 Prozent. Die Betriebskrankenkassen kommen im gleichen Zeitraum lediglich auf 9,8 Prozent.

Aufgrund ihres effizienten Versorgungsmanagements hat die AOK-Gemeinschaft 2016 für die gleichen Leistungen 1,1 Milliarden Euro weniger aufgewendet als die anderen Kassenarten. Wenn die AOK nur ein Prozent weniger ausgibt als der Durchschnitt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bedeutet dies Minderausgaben von 800 Millionen Euro.

Seit über sechs Jahren steigen die Ausgaben der AOK geringer als bei der Gruppe der konkurrierenden gesetzlichen Krankenkassen. Hätten alle Kassen ihre Ausgaben so im Griff wie die AOK, würden alleine 2017 Ausgaben von zwei Milliarden Euro weniger anfallen – bei gleichem Leistungsumfang und gleicher Qualität. Jedes Mitglied in der GKV könnte im Durchschnitt um 40 Euro pro Jahr entlastet werden.

**weitere Informationen zu den  
AOK-Arzneimittelrabattverträgen**

**im Gesundheitspartnerportal:  
<http://www.aok-gesundheitspartner.de> > Arzneimittel > Rabattverträge**

**und im Dossier:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel**



## Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

### Qualität in der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen

Perinatologische Einrichtungen werden künftig jährlich befragt, inwieweit sie die qualitätssichernden Anforderungen an die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen erfüllen. Die übermittelten Angaben werden standortbezogen ausgewertet und – gemeinsam mit einem zusammenfassenden Bericht – auf den Internetseiten [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org) veröffentlicht. Die Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) kürzlich beschlossen.

Die Erstfassung der zu erhebenden Datenfelder der jährlichen Strukturabfrage will der GBA bis zum 31. Oktober 2018 beschließen. Als Datengrundlage für die Erfassungsjahre 2017 und 2018 dienen die Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen an Perinatalzentren und Perinatale Schwerpunkte, die der GBA für diesen Zweck in einigen Punkten geändert hat.

Der Beschluss zur Änderung der QFR-RL wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt. Wenn das BMG ihn nicht beanstandet, tritt die neue Richtlinie unmittelbar weitestgehend in Kraft. Die geänderte Anlage 3 der QFR-RL mit den Checklisten für das Nachweisverfahren zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen soll jedoch erst am 1. Januar 2018 in Kraft treten.

Der GBA hat den gesetzlichen Auftrag, Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser zu beschließen. In diesem Zusammenhang entwickelt der Ausschuss unter anderem Konzepte, in denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen spezieller diagnostischer und therapeutischer Leistungen festgelegt werden. Ziel der Strukturqualitätskonzepte ist es, qualitativ hochwertige strukturelle Voraussetzungen für die medizinische Versorgung zu schaffen.

**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.**

Mehr zur Arbeit des GBA  
und seinen Beschlüssen:  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages ist Geschichte. Dass es auch in der 19. Legislaturperiode eine gesundheitspolitische Agenda geben wird, davon ist zwar sicher auszugehen. Mangels Glaskugel jedoch gibt der AOK-Mediendienst einen Überblick über die wichtigsten Reformprojekte der zurückliegenden vier Jahre. Nie zuvor hatte eine Regierungskoalition mehr Gesetze und Verordnungen zu verantworten als die Große Koalition aus Union und SPD zwischen 2013 und 2017. Diese und ältere Stichworte inklusive wichtiger Dokumente zum Download finden Sie auch im Internet: [www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de).

### Antikorruptionsgesetz

Das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“, kurz Antikorruptionsgesetz, verankert den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für Heilberufe im Strafgesetzbuch (StGB). Das Gesetz war nötig geworden, weil der Bundesgerichtshof (BGH) im März 2012 geurteilt hatte, dass nach damaligem Stand nicht illegal war, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Durch den neuen Paragraphen 299a werden strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven“ Praktiken geschlossen. Entsprechende Delikte werden mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft.

Der Bundesrat hatte zwar auf das Einschalten des Vermittlungsausschusses verzichtet, machte aber in einer begleitenden EntschlieÙung deutlich, dass sich aus seiner Sicht schon jetzt neue Strafbarkeitslücken abzeichnen. Denn das Gesetz zielt nach Darstellung der Länderkammer ausschließlich auf Wettbewerbsschutz und nicht zugleich auf den Patientenschutz ab. Außerdem führe die Beschränkung des Gesetzes auf den Bezug und die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln sowie Medizinprodukten dazu, dass ganze Berufsgruppen, vor allem Apotheker, aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes herausfallen. In ihrer EntschlieÙung bitten die Länder deshalb die Bundesregierung „zu beobachten, ob zukünftig in der Praxis die vorgeschriebenen Strafverfolgungslücken in einem Umfang auftreten, der geeignet ist, das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem zu beeinträchtigen“.

In der Beschlussempfehlung des federführenden Bundestags-Rechtsausschusses hatten sich die Rechtspolitiker der GroÙen Koalition verständigt, unter anderem den Bezug auf das Berufsrecht zu streichen; maßgeblich ist künftig, ob das Wettbewerbsrecht verletzt worden ist. Bei Apothekern kann nur noch die Verordnung, nicht aber die Abgabe von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder

Medizinprodukten Gegenstand einer entsprechenden Unrechtsvereinbarung sein. Neu ist, dass die Tatbestände künftig als Officialdelikte gelten, so dass kein Strafantrag mehr für ein Tätigwerden der Ermittlungsbehörden notwendig ist.

## Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)

Ziel des Gesetzes ist, die Arzneimittelversorgung in Deutschland weiterhin auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten. Dazu wurde das Preismoratorium für alle patentfreien Medikamente, die bis zum 1. August 2010 bereits auf dem Markt waren, über 2017 hinaus bis Ende 2022 verlängert. Eine jährliche Preisanpassung in Höhe der Inflationsrate ist jedoch möglich.

Das mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) eingeführte Verfahren zur Nutzenbewertung neuer Medikamente wurde modifiziert. Der Zusatznutzen bei Arzneimitteln für Kinder muss künftig nicht mehr mit Studien belegt werden, wenn diese bereits für Erwachsene zugelassen sind. Im begründeten Einzelfall kann künftig, auch wenn ein Zusatznutzen nicht belegt ist, davon abgewichen werden, dass sich der Erstattungsbetrag an der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bereitet künftig einen Monat nach Beschlussfassung die Ergebnisse der Nutzenbewertung zur Abbildung in der Praxissoftware von Ärzten auf, um die Mediziner bei ihren Therapieentscheidungen besser zu unterstützen. Die Hersteller setzen weiterhin im ersten Jahr nach der Zulassung den Medikamentenpreis fest. Der Plan, den späteren Erstattungspreis ab einer Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro im ersten Jahr rückwirkend gelten zu lassen, wurde fallengelassen. Zugleich entfiel die ursprünglich vorgesehene Vertraulichkeit der Erstattungspreise, auf die die Pharmahersteller gedrängt hatten.

Zytostatika-Ausschreibungen einzelner Krankenkassen sind künftig verboten. Dabei wurde auch in bereits laufende Verträge eingegriffen. Dies hat der AOK-Bundesverband kritisiert. Bei Arzneimittelrabattverträgen gilt nun zwischen Zuschlag und Umsetzung eine Frist von sechs Monaten. Das Ziel ist mehr Planungssicherheit für pharmazeutische Unternehmer, die sich an einer Ausschreibung beteiligen, um damit bei Beginn der Verträge die Lieferfähigkeit zu sichern.

Bei der Bildung von Festbetragsgruppen und der Bewertung des Zusatznutzens von Antibiotika findet künftig die Resistenzsituation des Antibiotikums Berücksichtigung. Der Bewertungsausschuss hat den Auftrag erhalten zu prüfen, in welchem Umfang Verfahren zur schnellen Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können, um einen zielgenauen Einsatz dieser Medikamente zu unterstützen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen wird im Zuge dessen gegebenenfalls angepasst. Eine ähnliche Regelung ist für sogenannte Companion Diagnostics

vorgesehen. Dabei handelt es sich um Begleitdiagnostika im Rahmen der personalisierten Medizin. Für Standardrezepturen und Arzneimittel mit besonders hohem Dokumentationsaufwand steigt die Vergütung der Apotheker, und es kommen die gleichen Preisregelungen und Abschläge wie bei Fertigarzneimitteln zur Anwendung.

Der Referentenentwurf beziffert die Mehrausgaben der GKV durch die höheren Apothekerhonorare auf rund 100 Millionen Euro pro Jahr und rund 15 Millionen Euro pro Jahr für die private Krankenversicherung (PKV). Entlastungen aufgrund der Verlängerung des Preis moratoriums von 1,5 bis zwei Milliarden Euro in der GKV sowie 150 bis 200 Millionen Euro in der PKV rechnet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) dagegen. Für jeden Prozentpunkt höhere Inflation verringert sich die Summe um 150 bis 200 Millionen Euro beziehungsweise rund 15 bis 20 Millionen Euro.

## E-Health-Gesetz

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, kurz E-Health-Gesetz, will die Bundesregierung die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben und dadurch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Telemedizinische Leistungen können erweitert und mit Zuschlägen gefördert werden. Das Gesetz beinhaltet konkrete Fristen und Sanktionen für den Fall des Nichteinhaltens. Die Krankenkassen hatten insbesondere kritisiert, dass Ärzte und Krankenhäuser zusätzliches Geld für elektronische Kommunikation erhalten, die im Internet-Zeitalter selbstverständlich ist.

Das Versicherten-Stammdatenmanagement soll baldmöglichst online erfolgen. Durch eine geschützte direkte Verbindung der Arztpraxis oder des Krankenhauses mit der jeweiligen Krankenkasse könnte eine Versichertenkarte online auf Gültigkeit geprüft, aktualisiert oder gesperrt werden. Ein Austausch der Karte – zum Beispiel bei Adress- oder Statusänderungen – wäre dann nicht mehr notwendig. Die flächendeckende Ausstattung der Ärzte und Krankenhäuser mit der notwendigen Technik (Konnektoren) soll nach einem erfolgreichen Probelauf 2016 bis Mitte 2018 abgeschlossen werden. Ärzte und Zahnärzte, die sich nach dem 1. Juli 2018 nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten beteiligen, müssen eine Kürzung ihrer Vergütung um ein Prozent hinnehmen.

Medizinische Notfalldaten können ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der eGK gespeichert werden. Damit wären zum Beispiel wichtige Informationen über die Blutgruppe, bestehenden Impfschutz oder Allergien und Vorerkrankungen im Ernstfall schnell verfügbar.

Patienten, die drei oder mehr Arzneimittel nehmen, haben seit Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan. So soll die Zahl der Todesfälle durch



gefährliche Arzneimittel-Wechselwirkungen verringert werden. Ärzte sind verpflichtet, Patienten über den Anspruch zu informieren. Die Apotheker sind in das Verfahren einbezogen. Zunächst gibt es die Medikamentenübersicht nur in Papierform. Ab 2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch über die Gesundheitskarte abrufbar sein. Technische Lösungen für einen E-Medikationsplan gibt es schon. Sie wurden vom AOK-Tochterunternehmen gevko für die „Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen“ entwickelt. Mit dem Modellprojekt ARMIN erproben Ärzte, Apotheker und die AOK gemeinsam Methoden für mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie.

Elektronische Arztbriefe werden bereits vor Einführung der Telematik-Infrastruktur gefördert. Bedingung: Es muss ein elektronischer Heilberufsausweis mit elektronischer Signatur verwendet werden. Um Ärzte und Therapeuten dazu zu bewegen, auf eine in anderen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen längst selbstverständliche Kommunikation umzusteigen, gibt es 2017 zusätzlich zur bereits geltenden Extravergütung für elektronische Kommunikation einen Zuschlag von 55 Cent für jeden Arztbrief, der nicht per Post oder Kurier, sondern digital verschickt wird. Die mit dem Aufbau der Telematik-Infrastruktur beauftragte Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) muss bis Ende 2018 die technischen Voraussetzungen für eine elektronische Patientenakte schaffen. Sie soll mit Zustimmung der Patienten Arztbriefe, Notfalldaten oder Medikationsplan enthalten. Patienten wären dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Als eine weitere Ausbaustufe ist ein elektronisches persönliches „Patientenfach“ vorgesehen, das die Versicherten auch außerhalb der Arztpraxis über die eGK einsehen und selbst verwalten können. Darin könnten auch eigene Daten abgelegt werden – zum Beispiel ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen oder Daten von Fitnessarmbändern.

Die gematik musste bis zum 30. Juni 2017 ein „Interoperabilitätsverzeichnis“ erstellen. Es soll die von verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent machen. Um Parallelstrukturen zu vermeiden, werden neue Telematik-Anwendungen nur noch dann von den Krankenkassen bezahlt, wenn sie die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und die in diesem Verzeichnis enthaltenen Empfehlungen berücksichtigen.

## **Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf**

Das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf hat den Personenkreis der „nahen Angehörigen“ erweitert, die für die familiäre Pflege in Frage kommen. Angehörige erhalten seit Januar 2015 auch Unterstützung, wenn sie ihre Stiefeltern, Schwäger oder Partner in lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften pflegen. Beschäftigte haben außerdem einen Rechts-

anspruch auf bis zu 24 Monaten Familienpflegezeit. Die Regel gilt allerdings nicht für Kleinbetriebe mit weniger als 25 Mitarbeitern. Pflegende Angehörige in Familienpflegezeit haben außerdem Anspruch auf ein zinsloses Darlehen, um Gehaltseinbußen besser abfedern zu können. Im Rahmen der bereits möglichen zehntägigen Auszeit, die sich Angehörige für eine akut aufgetretene familiäre Pflegesituation nehmen können, gibt es in Zukunft auch eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld. Arbeitnehmer müssen auch für die Sterbebegleitung und zur Betreuung pflegebedürftiger minderjähriger Kinder freigestellt werden.

Der Bundesrat hat eine begleitende Entschließung verabschiedet. Darin bedauern die Länder die Beschränkung der erweiterten Familienpflegezeit auf Betriebe mit mehr als 25 Beschäftigten. Die mögliche Reduzierung der Wochenarbeitszeit auf bis zu 15 Stunden für bis zu zwei Jahre bleibe dadurch einer erheblichen Zahl von Arbeitnehmern verwehrt. Der Bundesrat bittet deshalb die Bundesregierung, bei der künftigen Weiterentwicklung der Ansprüche eine Herabsetzung der Betriebsgröße „ernsthaft in Erwägung zu ziehen“.

## **Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

Mit dem PsychVVG sollen insbesondere die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung gefördert sowie Transparenz und Leistungsorientierung der Vergütung verbessert werden. Seit 2017 greift in der Psychiatrie und Psychosomatik ein neues Vergütungssystem. Statt fester Preise gibt es krankenhausespezifische Budgets. Die Budgets der einzelnen Krankenhäuser werden unter Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten vereinbart. Damit werden die einheitlichen Preise für gleiche Leistungen auf Landesebene aufgegeben. Die Vergütung soll sich zudem stärker an Leitlinien, der Einhaltung von Personalstandards und den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) orientieren. Die Relativgewichte für Leistungen werden bundesweit auf Basis empirischer Daten kalkuliert. Davon können die Vertragspartner bei den Budgetverhandlungen vor Ort abweichen, indem sie die leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten und das vorhandene Budget berücksichtigen. Ab 2019 müssen sich Krankenhäuser darüber hinaus einem Vergleich stellen.

Außerdem finden sich Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie die Etablierung eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihre Ambulanzen. Insgesamt stärkt das Gesetz die Vertragspartner auf Ortsebene. Die Einführung neuer stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungsformen im häuslichen Umfeld, das sogenannte Hometreatment, soll die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Dazu kommen neue, teils erweiterte Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambu-

lanzen. Für Bund, Länder und Gemeinden beziffert die Bundesregierung die zusätzlichen Ausgaben im Jahr 2017 auf insgesamt rund 600.000 Euro und ab 2018 auf rund eine Million Euro jährlich. Die Krankenkassen kommen 2017 im Vergleich zu 2016 auf Mehrausgaben von voraussichtlich rund 36 Millionen Euro. Ab 2018 sind es dann jährlich rund 60 Millionen Euro.

## GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG)

Das „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz/GKV-SVSG) soll die interne und externe Kontrolle der Selbstverwaltung sowie die Transparenz verbessern. Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien wurden dazu erweitert und präziser formuliert. Das GKV-SVSG betrifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Neu ist eine Berichtspflicht für das Bundesgesundheitsministerium. Es wird künftig jedes Jahr im März – erstmals zum 1. März 2018 – den Gesundheitsausschuss des Bundestags über „aufsichtsrechtliche Maßnahmen“ sowie die Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung auf Bundesebene unterrichten.

Die Verwaltungsräte erhalten die Möglichkeit, den Vorsitzenden oder die Vorsitzende der jeweiligen Spitzenorganisation mit einfacher Mehrheit abzuwählen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass anschließend ein neuer Vorsitzender oder eine neue Vorsitzende gewählt wird. Für die Wahl der oder des Vorstandsvorsitzenden der KBV ist künftig eine Zweidrittelmehrheit nötig; erst im dritten Wahlgang genügt die einfache Mehrheit der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung. Der KBV-Vorstand wird um ein drittes – „versorgungsbereichsunabhängiges“ – Vorstandsmitglied erweitert. Entscheidungen können dann mit Mehrheit gefällt werden. Damit will der Gesetzgeber das immer wieder lähmende Patt zwischen Hausarzt- und Facharztvertretung im KBV-Vorstand beenden.

Mindestens alle fünf Jahre sollen die Spitzenorganisationen ihre Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen lassen.

Auslöser für das Gesetzesvorhaben waren in erster Linie die Skandale innerhalb der KBV. Dabei ging es um Millionenverluste durch umstrittene Immobiliengeschäfte und um unzulässige und überhöhte Vergütungen und Altersbezüge für einen ehemaligen Vorstandschef. Die aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten im Fall der KBV-Affären wurden von Politikern aller Bundestagsfraktionen als unbefriedigend empfunden.

## GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Die zahlreichen Regelungen des „Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-VSG) sollen dafür sorgen, die ambulante ärztliche Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten flächendeckend zu erhalten. Ärzte, die sich dort niederlassen, erhalten 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 aber 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 ist, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fest. Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen Angebote zur Zweitmeinung festlegen.

### Weitere Regelungen im GKV-VSG:

- Terminservicestellen der KVen sollen dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) muss dem Bundesgesundheitsministerium jährlich Bericht erstatten, ob und wie das in der Praxis funktioniert.
- Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige erhalten Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen.
- Kliniken dürfen mehr ambulante Leistungen übernehmen. Für eine lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt soll das Entlassmanagement verbessert werden. 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 Kassenleistungen anerkannt werden.

- Bei der Ärztevergütung kommt eine sogenannte Konvergenzregelung zur Anwendung. Danach bekommen die KVen eine Ausgleichszahlung, die von den Krankenkassen bisher eine – regional bedingt – unter dem Bundesschnitt liegende Gesamtvergütung erhalten.
- Über einen Innovationsfonds werden Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert.
- 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 GBA 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 Pflegebedürftiger beziehungsweise deren Angehöriger und der Pflegeanbieter. Bestellt werden die bis zu acht Mitglieder durch die Landesregierungen.
- Der Regressanspruch der Krankenkassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird eingeschränkt.

## Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG)

Das System der Preisfindung im Heilmittelbereich wird weiter flexibilisiert. Das Gesetz soll gewährleisten, dass die vereinbarten Vergütungen die Anforderungen an die Leistungserbringer angemessen abbilden und die vorhandenen Versorgungsstrukturen gesichert und weiterentwickelt werden. Im Kern bedeutet das die Entkopplung von der Grundlohnsumme. Die Wahlmöglich-

keiten der Versicherten auch bei Versorgungsverträgen, die im Wege der Ausschreibung zu Stande gekommen sind, werden gestärkt. Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten sollen besser werden.

Das HHVG hat zudem Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden auf den Weg gebracht. Vorgesehen ist die Etablierung von Wundzentren. Hinzu kommen Verfahrensregelungen für die Erstattung von Verbandmitteln, Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie ein Auftrag an den GKV-Spitzenverband, in einer Richtlinie für die Krankenkassen Maßnahmen zum Schutz von Versichertensozialdaten zu kodifizieren.

Bei Zuschlagsentscheidungen im Rahmen von Ausschreibungen werden künftig nicht nur der Preis oder die Kosten, sondern auch Qualitätsaspekte eine Rolle spielen. Die Ergebnisqualität der Hilfsmittelversorgung soll stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und den Versorgungsverträgen enthaltenen Anforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen umgesetzt werden.

Ebenso wird flächendeckend erprobt, ob und wie die Heilmittelerbringer stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden können. Die Präqualifizierungsverfahren im Hilfsmittelbereich, in dem Leistungserbringer ihre grundsätzliche Eignung für Vertragsabschlüsse mit den Krankenkassen nachweisen, werden weiterentwickelt, um die Strukturqualität der Hilfsmittelversorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus geht es um die Sicherstellung der kontinuierlichen Fortschreibung, Aktualisierung und Bereinigung des Hilfsmittelverzeichnisses, um die Qualitätsanforderungen an die Produkte und die mit ihnen verbundenen Leistungen zu gewährleisten, Transparenz über das Hilfsmittelangebot zu schaffen und Fehlversorgung zu vermeiden.

Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens wurden auch fachfremde Änderungsanträge verabschiedet. Dazu zählen Regelungsvorgaben zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und zu den Hochschulambulanzen.

## Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Schwer kranke Menschen sollen in Deutschland künftig intensiver versorgt und in der letzten Lebensphase individueller betreut werden. Vor allem in den ländlichen Regionen sollen Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung besser werden. Die 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 jetzt 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 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 GKV werden. Die Krankenkassen werden verpflichtet, 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 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 tragen die Krankenkassen.

## **GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)**

Mit dem GKV-FQWG wurde der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 14,6 Prozent festgesetzt, je zur Hälfte getragen von den Arbeitgebern und den GKV-Mitgliedern. Der bisherige Sonderbeitrag von 0,9 Prozent, den nur die Mitglieder gezahlt haben, entfällt. Kommen Krankenkassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, können sie individuell festgelegte prozentuale Beitragssätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrags und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich entfallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wurde beauftragt, das fachlich unabhängige wissenschaftliche „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTIG) zu gründen.

Die Bundesländer haben ihrem Beschluss einen Entschließungsantrag angefügt, in dem sie die Bundesregierung auffordern, die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder im GBA und in dem geplanten Qualitätsinstitut zu verbessern. Aus Sicht der Bundesländer betrifft das Qualitätsinstitut unmittelbar die Krankenhausplanung und somit auch Länderkompetenzen. Sie bitten die Bundes-

regierung auch, dauerhafte und tragfähige Lösungen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe zu erarbeiten. Zudem müsse für Hebammen eine Versicherungslösung für Haftpflichtschäden entwickelt werden. Mitbeschlossen wurden mehrere Änderungsanträge, die sich unter anderem mit Impfstoffrabattverträgen, dem Ausbau der Unabhängigen Patientenberatung, Finanzhilfen für Hebammen und einer verlängerten Optionsphase für das neue Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) beschäftigen. Der AOK-Bundesverband kritisierte die geplante Neuregelung, nach der Impfstoffrabattverträge künftig immer an zwei pharmazeutische Unternehmen vergeben werden sollen.

## Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSg)

Mit dem „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (KHSg) wurde der Aspekt Qualität als weiteres maßgebliches Kriterium in der Krankenhausplanung verankert. Mit einem Milliarden-Fonds sollen zudem die stationären Versorgungsstrukturen verbessert werden. Auf die gesetzlichen Krankenkassen rollen durch die Maßnahmen allein zwischen 2016 und 2020 Mehrkosten von mindestens zehn Milliarden Euro zu.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Aufgabe, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die sich als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) leistet dabei Unterstützung. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben des GBA dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan eines Landes zu fallen. Die Bundesländer dürfen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen. Diese sollen die bundesweiten Qualitätsvorgaben aber möglichst nicht unterschreiten.

Auch die Krankenhausvergütung soll sich stärker an der Qualität orientieren. Möglich sind Zu- und Abschläge für Leistungen, „die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden“. Die sogenannte Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet. Dabei geht es darum, dass die Abrechnung von Krankenhausleistungen in bestimmten Bereichen an eine Mindestzahl entsprechender Eingriffe gebunden ist. Mindestmengen können einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

Das KHSg hat ein Förderprogramm für die Krankenhaus-Pflege auf den Weg gebracht, das den Krankenhäusern von 2016 bis 2018 stufenweise bis zu 660 Millionen Euro jährlich zur Verfügung stellt. Nach Auslaufen des Programms sollen die Kliniken jährlich zusätzliche Fördermittel von bis zu 330 Millionen Euro erhalten. Der 2013 kurz vor der Bundestagswahl als Kompensation für die Mehrleistungsabschläge eingeführte Versorgungszuschlag wurde in einen Pflegezuschlag umgewidmet. Somit fließen bis 2020 zusätzlich zwei Milliarden Euro zum Förderprogramm in die Krankenhaus-Pflege.



Bei der Krankenhausfinanzierung ist eine weitere Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte beabsichtigt. Um die Krankenhausvergütung insgesamt realistischer planen zu können, wurde die bisher freiwillige Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation der bundesweiten stationären Entgeltsysteme durch ein repräsentatives System ersetzt.

Krankenkassen und Bundesländer sollen jeweils 500 Millionen Euro in einen Strukturfonds einzahlen. Mit dem Geld sollen Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden, um vornehmlich in Ballungszentren stationäre Überversorgung abzubauen. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturumbaus ist nicht vorgesehen.

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

## Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I)

Seit Anfang Januar 2015 gelten in der häuslichen Pflege neue Leistungen. Zudem wurden bereits bestehende Leistungen mit dem PSG I ausgeweitet und flexibilisiert. Zum 1. Januar 2015 wurden die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung in einem Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) angehoben. Im Leistungsbereich gibt es neue, zusätzliche Entlastungs- und Betreuungsangebote. Bis 2035 wird schrittweise ein Pflege-Vorsorgefonds aufgebaut, um die Finanzierung steigender Leistungsausgaben abzufedern und gerechter auf die Generationen zu verteilen. 0,2 Prozentpunkte der Beitragserhöhung sind für die Leistungsausweitung vorgesehen. 0,1 Prozentpunkte der Erhöhung fließen in den Vorsorgefonds. Außerdem können Empfänger von Pflegeleistungen künftig nur 40 Prozent ihrer Sachleistungen dafür einsetzen, niedrigschwellige Dienstleistungen, wie etwa Botengänge, in Anspruch zu nehmen.

Pflegedienste müssen gegenüber den Pflegekassen jetzt nachweisen, dass sie die Pflegenden nach Tarif entlohnen. In der Krankenhausfinanzierung wurde der sogenannte Mehrleistungsabschlag über 2014 hinaus verlängert. Der Mehrleistungsabschlag gilt als Mengensteuerung für nicht medizinisch notwendige, sondern überwiegend ökonomisch veranlasste Klinikleistungen.

## Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Das PSG II hat einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren in das Pflegeversicherungsrecht eingeführt. Zur Finanzierung des PSG II sind die Beiträge zur Pflegeversicherung 2017 um weitere

0,2 Prozentpunkte gestiegen. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll insbesondere dazu beitragen, dass nicht mehr zwischen körperlichen Einschränkungen einerseits sowie kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits unterschieden wird. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen ist ausschlaggebend. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden.

Durch das PSG II haben pflegende Angehörige seit dem 1. Januar 2016 den Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung. An die Stelle der bisher drei Pflegestufen sind fünf Pflegegrade getreten. Für die voraussichtlich rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung (1. Januar 2017) bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben, enthält das Gesetz Überleitungsregeln, um sicherzustellen, dass keine erneute Begutachtung durch den MDK nötig wird.

Das PSG II reformiert auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte grundlegend. Neue Strukturen der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene sollen dafür sorgen, dass die Verbände der Leistungserbringer die Weiterentwicklung von Qualitäts- und Transparenzvorgaben nicht mehr durch ihr Veto verhindern oder verzögern. Die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ soll deshalb zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet werden. Ihm sollen jeweils bis zu zehn Vertreter der Pflegekassen und der Verbände der Pflegeeinrichtungen angehören.

Die umstrittenen „Pfleoten“ – analog zu Schulnoten – bleiben zunächst bis Ende 2017 bestehen. Aussagekräftigere Bewertungssysteme sollen aber zügig entwickelt und in einem Pilotversuch erprobt werden. Spätestens 2018 soll der sogenannte „Pflege-TÜV“ durch ein neues Qualitätsprüfungs- und Transparenzsystem abgelöst werden.

## Drittes Pflegestärkungsgesetz

Das PSG III bildet den Abschluss der Pflegereform und setzt in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege um und dient zwei zentralen Zielen. Zum einen geht es um die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen, um die Sicherstellung der Versorgung, um sogenannte niedrigschwellige Angebote und um die Pflegeberatung. Zum anderen sollen die Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und an das Bundesversorgungsgesetz angepasst werden. Außerdem soll die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht erhalten, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) wäre demnach auch zu Abrechnungsprüfungen bei häuslicher Krankenpflege berechtigt. Bislang durfte der MDK nur ambulante Pflegedienste im Verdachtsfall unangemeldet kontrollieren.

Städte und Gemeinden dürfen künftig auf Initiative der Landkreise und kreisfreien Städte neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten erproben. Die Landesverbände der Pflegekassen wurden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen, auch über das Personal, die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen.

Ebenso haben Landkreise und kreisfreie Städte jetzt ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Die Pflegekassen wurden verpflichtet, an den Pflegestützpunkten mitzuwirken und ebenfalls entsprechende Rahmenverträge zu schließen. Das Recht auf die Einrichtung von Schiedsstellen für den Streitfall liegt beim Land.

Getestet werden soll ein Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich an deren Finanzierung beteiligen. Die Kosten für die Soziale Pflegeversicherung beziffert der Entwurf auf 30 Millionen Euro. Auf die Sozialhilfeträger kommen 2017 voraussichtlich Mehrausgaben von 200 Millionen Euro zu; in den Folgejahren wären es dann 182 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr.

Insbesondere die Änderungen des SGB XI und XII betreffen überwiegend die Länder und die Sozialhilfeträger. Der Bundesrat verknüpfte deshalb seine Zustimmung mit einer EntschlieÙung, wonach die Bundesregierung bis Ende Juni 2020 wissenschaftlich evaluieren lassen soll, welche Kosten mit dem PSG III für die Sozialhilfe verbunden sind. Zudem soll bis 2020 genau beobachtet werden, wie sich die Vergütung und Personalstruktur in tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen entwickeln. Die Länder befürchten, dass die Neuregelungen zur leistungsgerechten Bezahlung des Pflegepersonals Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Einrichtungen verursachen, die nach Tarif zahlen.

## Präventionsgesetz

Das Vorhaben der GroÙen Koalition war der vierte Anlauf einer Bundesregierung, dem Thema Prävention eine eigenständige gesetzliche Grundlage zu geben. Das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ soll die Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Bürger, also in Schulen, Kitas oder Betrieben, stärken. Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen in Zukunft auch über Impfeempfehlungen unterrichten. Vor der Aufnahme in eine Kindertagesstätte müssen Eltern an einer obligatorischen, ärztlichen Beratung zum Thema „Impfschutz“ teilnehmen. Zudem werden die Rahmenbedingungen für die BGF verbessert und die BGF enger mit Maßnahmen zum Arbeitsschutz verknüpft werden. Hebammen sollen künftig maximal zwölf Wochen lang finanziell unterstützt werden, um Haftpflichtversicherungsbeiträge tragen zu können.

Eine neu einzurichtende nationale Präventionskonferenz wird Strategien zur Gesundheitsförderung erarbeiten, um die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger sowie der Länder und Kommunen zu verbessern. Um Krankheiten künftig früher zu erkennen, werden die bisherigen Vorsorgeleistungen „präventionsorientiert“ weiterentwickelt. Beispielsweise ist vorgesehen, die sogenannten U-Untersuchungen bei Kindern auszuweiten. Außerdem sollen Ärzte ihren Patienten künftig Empfehlungen etwa für konkrete Vorsorgekurse geben können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wird die Krankenkassen künftig beraten und dabei unterstützen, gezielte Präventionsprojekte zu entwerfen, um damit spezielle Zielgruppen zu erreichen. Zur Finanzierung der Leistungsausweitungen steigt der Richtwert für die Ausgaben der Krankenkassen zur primären Prävention, also für die Vorbeugung von Krankheiten, auf sieben Euro je Versicherten. 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 Versicherten betragen. 45 Cent je Versicherten zahlen die Kassen zur Unterstützung der BZgA. Die Pflegekassen sind nun verpflichtet, jährlich 30 Cent je Versicherten für Vorsorgeleistungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen bereitzustellen.

Die Krankenkassen müssen mit jährlichen Mehrausgaben von 250 bis 300 Millionen rechnen. Auf die Pflegekassen kommen Mehrkosten von jährlich rund 21 Millionen Euro zu. Die privaten Krankenversicherungen können sich freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz beteiligen. In diesem Fall werden sie jährlich mit 18 Millionen Euro belastet. Private Pflegeversicherungen müssen mit insgesamt 2,7 Millionen Euro mehr rechnen.

In der öffentlichen Sachverständigen-Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses hatten am 22. April 2015 zahlreiche Experten den Gesetzentwurf kritisiert. Auch der AOK-Bundesverband, hält es für falsch, die Finanzierung einer solchen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe allein den Kranken- und Pflegekassen aufzubürden.

## Reform der Pflegeausbildung

Die Reform soll den Pflegeberuf an neue Anforderungen anpassen und so auch wieder attraktiver machen. Das zuvor auch innerhalb der Großen Koalition umstrittene Konzept schafft den Einzelabschluss in der Krankenpflege ab. Stattdessen werden die Berufszweige Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege in einer zweijährigen generalistischen Ausbildung vereint. Im Anschluss an die zwei Jahre entscheiden die Auszubildenden, ob sie ihren Schwerpunkt in der Gesundheits-, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege setzen möchten. In Kraft treten soll das Gesetz am 1. Januar 2018.

Die generalistische Ausbildung soll einen breiteren Einsatz von Pflegekräften ermöglichen. Anlass ist, dass der Anteil älterer, demenziell erkrankter Patien-

ten in den Krankenhäusern steigt, während in den Pflegeheimen der medizinische Behandlungsbedarf der Bewohner zunimmt. Die Ausbildung dauert in Vollzeit drei Jahre und ist kostenlos. Das bislang in manchen Ländern noch erhobene Schulgeld entfällt. Voraussetzung für eine Pflegeausbildung ist ein mittlerer Schulabschluss oder ein Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Berufsausbildung. Neu eingeführt wird eine Pflegeausbildung an Hochschulen. Das Studium dauert drei Jahre und soll unter anderem vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft vermitteln.

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

## 14. SGB-V-Änderungsgesetz

Das seit 2009 geltende Preismoratorium für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die keiner Festbetragsregelung unterliegen, ist zunächst bis Ende 2017 verlängert worden. Der Herstellerabschlag für patentgeschützte Arzneimittel ohne Festbetrag beträgt seit 1. April 2014 sieben statt sechs Prozent. Generika sind davon ausgenommen; für sie gelten weiter sechs Prozent Herstellerabschlag (unabhängig vom zusätzlichen Generikaabschlag). Zugleich wurde die Nutzenbewertung für neue Medikamente, die vor dem 1. Januar 2011 auf den Markt gekommen sind (Bestandsmarkt), rückwirkend zum 1. Januar 2014 ausgesetzt. Weitere wichtige Neuerungen:

- Bei neuen Medikamenten gilt der nach der Nutzenbewertung zwischen Kassen und Herstellern vereinbarte tatsächliche Erstattungsbetrag als Basis für die Berechnung von Großhandels- und Apothekenzuschlag. Damit wurde unterbunden, dass Hersteller Medikamente auch nach der Vereinbarung mit dem Originalpreis in den Handelsdatenbanken listen und dies mit einer aus Wettbewerbsgründen nötigen „Geheimhaltung“ rechtfertigen. Dabei handelt es sich laut Bundesgesundheitsministerium um eine „rechtsklarstellende und nicht eine rechtsverändernde Funktion“.
- An den Verhandlungen über einen Erstattungsbetrag nach dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) für neue Medikamente soll künftig der Vertreter einer Krankenkasse teilnehmen. Bisher hat der GKV-Spitzenverband stellvertretend für alle Kassen verhandelt. Das genaue Prozedere regelt der GKV-Spitzenverband.

- Hat ein Hersteller mit den Kassen einen Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser Betrag für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff, die seit 1. Januar 2011 auf dem Markt sind. Die Phase der freien Preisbildung wurde damit für alle Arzneimittel mit dem gleichen neuen Wirkstoff auf die ersten zwölf Monate nach erstmaligem Markteintritt begrenzt. So werde unterbunden, „dass einzelne Unternehmen durch einen verzögerten Markteintritt oder eine taktische Aufteilung der Anwendungsgebiete die Phase der freien Preisbildung immer wieder neu auslösen oder verlängern und sich dadurch zu Lasten der Kostenträger und Wettbewerber einen ungerechtfertigten Vorteil verschaffen könnten“, heißt es in der Begründung.
- Die Zuständigkeit für die Substitutionsausschlussliste wurde auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) übertragen. Bisher waren der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband mit entsprechenden Verhandlungen beauftragt.
- Seit 1. April 2014 gelten neue Vorgaben zur Vergütung und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Die zum 22. September 2010 eingeführten Vergütungsbeschränkungen für HzV-Verträge (Paragraf 73b, Absatz 5a SGB V) wurden zum 1. April 2014 aufgehoben. Im Gegenzug müssen künftig die Vertragspartner bei HzV-Verträgen explizit Kriterien für die Wirtschaftlichkeit des Vertrages und Maßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung vereinbaren. Zudem müssen für HzV-Verträge Regelungen zur Qualitätssicherung getroffen werden, die über die allgemeine hausärztliche Qualitätssicherung hinausgehen. Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme, die die hausärztliche Versorgung betreffen, werden als Bestandteil des hausarztzentrierten Versorgungsangebotes eingestuft. Damit will die Bundesregierung den Vertragspartnern einen größeren Gestaltungsspielraum einräumen, um innovative Versorgungskonzepte entwickeln zu können.

**Weitere Informationen zu den wichtigsten  
gesundheitspolitischen Reformen der 18. Legislaturperiode:  
[www.aok-reformdatenbank.de](http://www.aok-reformdatenbank.de)**



## Kurzmeldungen

### Notfallversorgung: Empfehlungen der Gesundheitsweisen

15.09.17 (ams). Als „wichtige Signale“ bezeichnet der AOK-Bundesverband die Vorschläge des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland. Verbandschef Martin Litsch sprach von konstruktiven Vorschlägen, „mit denen wir zu klaren Strukturen, einfachen Prozessen und klar definierten Zuständigkeiten kommen können“. Den Verbandschef überzeugt vor allem der konsequente sektorübergreifende Ansatz. Es sei wichtig, dass die Ersteinschätzung der Krankheitschwere und anschließende Wegweisung der Patienten in einer integrierten Anlaufstelle erfolge.

Infos unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)



### Behandlungsfehler: Bescheid wissen, wenn's ernst wird

15.09.17 (ams). 60 Prozent der gesetzlich Versicherten wissen, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, sie bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aufgrund eines vermuteten ärztlichen Behandlungsfehlers zu unterstützen. Zwei Drittel der Befragten wissen außerdem, dass diese Unterstützung kostenfrei ist. Das zeigt eine repräsentative YouGov-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes zum Tag der Patientensicherheit am 17. September. Der AOK sind 2016 insgesamt 15.104 neue Verdachtsfälle gemeldet worden

Infos unter: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilung



### AOK Nordost: Chronisch kranke Kinder im Blick

15.09.17 (ams). Die AOK Nordost und die Ärztekammer schreiben zum dritten Mal den Gesundheitspreis Mecklenburg-Vorpommern aus. Die Auszeichnung wird alle zwei Jahre vergeben und ist mit insgesamt 30.000 Euro dotiert. Das Wettbewerbsthema 2017 lautet: „Damit können wir leben. Unser Beitrag für chronisch kranke Kinder und deren Familien.“ Gesucht werden zukunftsweisende Versorgungskonzepte. Bewerbungen sind bis Ende Dezember bei der AOK Nordost möglich.

Infos unter: [www.aok.de/nordost/gesundheitspreis](http://www.aok.de/nordost/gesundheitspreis)





**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:

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