

AOK-Medienservice

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

Thema

05/15

 @AOK_Politik



GESUNDHEITSPOLITIK 2016

ARZNEIMITTELAUSGABEN UND PHARMADIALOG	
■ WEGFALL DES PREISMORATORIUMS KÄME TEUER	2
AMS-GRAFIK 1: PSG II TRITT IN KRAFT	
■ DER WEG ZUM NEUEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF	4
AMS-GRAFIK 2: VON A BIS Z	
■ DAS GILT 2016	5
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK I	
■ WAS 2016 IN KRAFT TRITT	6
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK II	
■ WAS 2016 AUF DER TAGESORDNUNG STEHT	17

Arzneimittelausgaben und Pharmadialog

Wegfall des Preismoratoriums käme Beitragszahler teuer

16.12.15 (ams). Ende Januar werden erste Ergebnisse des „Pharmadialogs“ erwartet. Was sich bei den Gesprächen zwischen Bundesregierung und Arzneimittelindustrie tut, weiß außer den Beteiligten niemand. Die Krankenkassen sind nicht einbezogen. „Es ist kein Geheimnis, dass die Pharmalobby am Gesetz zur frühen Nutzenbewertung für neue Medikamente sägt und auch andere Regelungen kippen will. Wenn ihr das gelingt, laufen die Ausgaben für Medikamente wieder aus dem Ruder“, sagt der designierte Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Eine Modellrechnung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) bestätigt seine Befürchtung. Danach würde allein der Wegfall des Preismoratoriums für patentfreie Medikamente Mehrkosten von rund drei Milliarden Euro pro Jahr nach sich ziehen.

Das Preismoratorium gilt seit 1. August 2010 für alle Medikamente ohne Patentschutz, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden und bis zu dieser gesetzlichen Maßnahme bereits auf dem Markt waren. Bezugspreis-Stichtag ist der 1. August 2009. „Der Preisstopp wurde von der damaligen CDU/CSU/FDP-Bundesregierung eingeführt, um den dramatischen Anstieg der Arzneimittelausgaben zu bremsen“, erläutert Litsch. Es sollte gelten, bis die vom Gesetzgeber veranschlagten Einsparungen durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) wirken. „Von zwei Milliarden Euro Einsparungen pro Jahr ist die Politik ausgegangen“, so Litsch.

Frühe Nutzenbewertung verfehlt ihre Wirkung

Doch die zum 1. Januar 2011 eingeführte frühe Nutzenbewertung neuer Medikamente und das Preisbildungsverfahren benötigen noch eine längere Anlaufphase. Auch 2014 – vier Jahre nach AMNOG-Start – haben die Einsparungen mit rund 443 Millionen Euro noch nicht einmal ein Viertel des anvisierten Zieles erreicht. Dazu kommt, dass viele Pharmafirmen die sogenannte „AMNOG-Lücke“ nutzen, im ersten Jahr nach Zulassung eines neuen Medikamentes die Preise weiterhin selbst bestimmen zu können – unabhängig davon, wie ihr Präparat bei der Nutzenbewertung abschneidet. „Viele Hersteller schöpfen so im ersten Jahr das Maximum ab“, kritisiert Litsch.

Nicht zuletzt unter dem Eindruck dieser Entwicklung wurde auch das Preismoratorium für sogenannte Bestandsmarkt-Medikamente verlängert – zuletzt im März 2014 bis Ende 2017. „Für die jüngste Verlängerung gab es einen triftigen Grund“, sagt der stellvertretende WIdO-Geschäftsführer Helmut Schröder. „Die Bundesregierung hat Ende 2013 vorerst auf die zunächst ebenfalls vorgesehene Nutzenbewertung für den Bestandsmarkt verzichtet. Das heißt:

Teure patentgeschützte Medikamente, die vor 2011 auf den Markt gekommen sind, werden nicht daraufhin geprüft, ob sie den Patienten tatsächlich mehr nutzen als andere und ob sie tatsächlich ihren hohen Preis wert sind.“ Durch deren Bewertung hätten echte und substantielle Einsparungen auf Jahre erreicht werden können.

AOK-Vorstand Martin Litsch erwartet vom Ende des „Pharmadialogs“ im Frühjahr 2016 keine guten Nachrichten für die Beitragszahler: „Nachdem die Große Koalition bereits für Krankenhäuser zusätzliche Milliarden locker gemacht hat und 2016 auch deutlich mehr Geld in die ambulante Versorgung fließt und für Heilmittel-Therapien zur Verfügung steht, ist zu befürchten, dass jetzt auch die Pharmaindustrie mit Erfolg einen ordentlichen ‚Schluck aus der Pulle‘ einfordert. Es mehren sich die Anzeichen, dass der ‚Pharmadialog‘ in ein neues Pharmagesetz mündet und zusätzlich das Preismoratorium unter Umständen sogar vorzeitig kippen könnte.“

WIdO-Schätzung: Zwei Prozent Preisanpassung pro Jahr

Welche Folgen dies allein hätte, haben die Forscher des WIdO in einer Modellrechnung für das Bundesgesundheitsministerium durchgespielt. Laut Gesetz muss das Ministerium regelmäßig prüfen, ob das Preismoratorium und andere Regelungen weiterhin notwendig sind, um die GKV finanziell stabil zu halten. „Vor dem Einfrieren der Preise hat es in dem betreffenden Marktbereich Preissteigerungen von vier bis sechs Prozent pro Jahr gegeben“, sagt WIdO-Vize Schröder. „Sollten die Hersteller diese Entwicklung nach acht Jahren auf einen Schlag nachholen, könnten die Preise zum 1. Januar 2018 um bis zu 48 Prozent explodieren.“

Das wäre zwar möglich, aber politisch höchst unklug und deshalb wohl nur in Einzelfällen vorstellbar, sagt Schröder. Die WIdO-Arzneimittelexperten gehen deshalb von einer moderaten Preisanpassung von etwa zwei Prozent pro Jahr aus. „Ein zweistelliger Preisanstieg Anfang 2018 wäre für die betroffenen Arzneimittel damit durchaus realistisch“, sagt Helmut Schröder. Der vom WIdO berechnete „mittlere Modellkorridor“ entspricht einem Preissprung von 17 Prozent. Das entspricht jährlichen Mehrausgaben von rund 3,1 Milliarden Euro für die Krankenkassen. Bei zehn Prozent Preisaufschlag wären es zwei Milliarden, bei 20 Prozent bereits 3,6 Milliarden Euro pro Jahr. „Drei Milliarden mehr entsprechen einem um 0,3 Prozentpunkte höheren Zusatzbeitrag“, so Litsch. „Wenn der Gesetzgeber das nicht will, muss es auch über 2017 hinaus beim Preismoratorium bleiben oder zumindest eine adäquate Alternative geben“, stellt der designierte Chef des AOK-Bundesverbandes nüchtern fest.

(toro)

Das Dossier Arzneimittel bietet vertiefte Informationen:
www.aok-presse.de > **Gesundheit** > **Versorgungsbereiche** > **Arzneimittel**



Zweites Pflegestärkungsgesetz tritt in Kraft

Der lange Weg zum neuen

PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF

2008

1. Juli 2008
Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz tritt in Kraft. Die Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden ausgeweitet.

2012

1. Januar 2012
Das Pflege-Neuordnungsgesetz (PNG) tritt in Kraft. Demenzzranke erhalten je nach Pflegestufe monatlich zwischen 70 und 120 Euro mehr Pflegegeld oder entsprechend höhere Sachleistungen.

1. März 2012
Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beginnt im Auftrag von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr mit seinen Beratungen.

2014

28. April 2014
Das Begleitgremium des Expertenbeirats verabschiedet eine EntschlieÙung zu zwei Modellprojekten zur Umsetzung des neuen Begutachtungssystems (NBA) von Pflegebedürftigkeit.

2016

1. Januar 2016
Das PSG II tritt in Kraft. Statt drei Pflegestufen gibt es ab 2017 künftig fünf Pflegegrade. Pflegebedürftigkeit bemisst sich nicht mehr ausschließlich an körperlichen Einschränkungen, sondern an der Fähigkeit, alltägliche Aufgaben zu bewältigen.

2006

10. Oktober 2006
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) beruft den Expertenbeirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein.

2009

26. Januar 2009
Der Expertenbeirat verabschiedet seinen Bericht und empfiehlt, die drei Pflegestufen in fünf Pflegegrade umzuwandeln.

27. September 2009
Bundestagswahl: Schwarz-Gelb löst die Große Koalition ab.

2013

27. Juni 2013
Der Expertenbeirat verabschiedet seinen Bericht und erneuert die Empfehlung von fünf Pflegegraden statt drei Pflegestufen.

22. September 2013
Bundestagswahl: die Große Koalition löst Schwarz-Gelb ab.

2015

1. Januar 2015
Das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) tritt in Kraft. Der mit dem PNG eingeführte, eingeschränkte Leistungsanspruch für Demenzzranke mit der Pflegestufe Null wird erweitert. Betroffene erhalten nun vollen Zugang zu allen ambulanten Leistungen, wie er auch allen anderen Versicherten mit einer Pflegestufe zusteht.

18. Juni 2015
Da das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) erst zum 1. Januar 2016 in Kraft treten kann, verabschiedet der Bundestag im Präventionsgesetz eine Vorschalt-Regelung zur Entwicklung neuer Begutachtungsregeln.

voraussichtlich **2017**

1. Januar 2017
Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) greift vollumfänglich.

Quelle: AOK-Bundesverband; Grafik: AOK-Medienservice

Elf Jahre, zwei Expertenbeiräte, zwei Modellprojekte und drei Bundesregierungen hat es gebraucht, um Pflegebedürftigkeit neu zu definieren – und zwischendrin immer mal ein Reförmchen.

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

Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2016

Stand: 10. Dezember 2015

Zuzahlung für Arzneimittel	10 % vom Abgabepreis pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Heilmittel (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung für Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Windeln)	10 % der Kosten, max. 10 Euro pro Monat	
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung für max. 28 Tage	
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10 % der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag	

Belastungsgrenze für Zuzahlungen / bei chronisch Kranken individuell: 2 % / 1% des Haushaltseinkommens

Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:

für den ersten Angehörigen	5.229,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.486,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.248,00 Euro	jährlich

Bundeseinheitliche Beitragssätze

allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,6 %	
ermäßigter Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	14,0 %	
durchschnittlicher Zusatzbeitrag	1,10 %	
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung /Kinderlose (23 Jahre – Geburtsjahr 1940)	2,35 % / 2,6 %	
Beitragssatz gesetzliche Rentenversicherung	18,7 %	
knappschaftliche Rentenversicherung	24,8 %	
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	3,0 %	

Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	4.237,50 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	56.250,00 Euro	jährlich

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Häusliche Pflege:

Sachleistung Pflegestufe 0 (mit Demenz)	231,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I	468,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I mit Demenz	689,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	1.144,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II mit Demenz	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	1.612,00 Euro	monatlich
bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand	1.995,00 Euro	monatlich
Pflegelohn Pflegestufe 0 (mit Demenz)	123,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I	244,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I mit Demenz	316,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	458,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II mit Demenz	545,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	728,00 Euro	monatlich
bei Verhinderung der Pflegeperson	maximal 1.612,00 Euro	jährlich

Teilstationäre und Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege Pflegestufe 0 (mit Demenz)	231,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I	468,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I (mit Demenz)	689,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	1.144,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II (mit Demenz)	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	1.612,00 Euro	monatlich
Kurzzeitpflege	1.612,00 Euro	jährlich

Vollstationäre Pflege:

Pflegestufe 0	231,00 Euro	monatlich
Pflegestufe I	1.064,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	1.330,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	1.612,00 Euro	monatlich
Härtefälle	1.995,00 Euro	monatlich

Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen	16,00 Euro	pro Tag
Zuschuss zu amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kleinkinder	25,00 Euro	pro Tag

Weitere Informationen zu den Rechengrößen und Belastungsgrenzen 2016: www.aok-bv.de > Zahlen

Gesetzgebung Gesundheitspolitik I

Was 2016 in Kraft tritt

E-Health-Gesetz

Der Bundestag hat am 3. Dezember 2015 das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ verabschiedet. Der Bundesrat berät abschließend am 18. Dezember. Das sogenannte E-Health-Gesetz tritt voraussichtlich am 1. Januar 2016 in Kraft. Die Bundesregierung will die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben und so die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Telemedizinische Leistungen sollen erweitert und gefördert werden. Vor allem aber geht es darum, lange geplante zusätzliche Funktionen für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) endlich in die Praxis umzusetzen. Dazu wird eine Telematik-Infrastruktur aufgebaut, an die laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bis Mitte 2018 alle Praxen und Krankenhäuser angeschlossen sein sollen.

Schwerpunkte des Gesetzes:

- 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 Mitte 2016 beginnen und bis Mitte 2018 abgeschlossen werden. Ärzte und Zahnärzte, die sich nach dem 1. Juli 2018 nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten beteiligen, müssen die Kürzung ihrer Vergütung um ein Prozent hinnehmen.
- Medizinische Notfalldaten sollen 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 anwenden, haben ab Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan. So soll die Zahl der Todesfälle durch gefährliche Arzneimittel-Wechselwirkungen verringert werden. Ärzte werden verpflichtet, betreffende Patienten

über den Anspruch zu informieren. Die Apotheker werden in das Verfahren einbezogen. Zunächst gibt es die Medikamentenübersicht nur in Papierform. Ab 2018 soll der Medikationsplan dann auch elektronisch über die Gesundheitskarte abrufbar sein. Technische Lösungen für einen eMedikationsplan gibt es allerdings schon. Sie wurde 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 im Jahr 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. Ein ursprünglich im Gesetzentwurf noch vorgesehener Zuschlag von einem Euro für jeden elektronischen Krankenhaus-Entlassbrief sowie 50 Cent für die Entgegennahme eines Entlassbriefes durch die Arztpraxis wurde in der abschließenden Sitzung des Gesundheitsausschusses gestrichen.
- 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 muss 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. Weil immer mehr Menschen Smartphones und andere mobile Endgeräte für Gesundheitsanwendungen nutzen, soll die gematik bis Ende 2016 prüfen, ob die Versicherten solche Geräte etwa zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einsetzen können.

Zeitplan wackelt bereits

Die Zeitpläne des E-Health-Gesetzes stehen und fallen mit den Funktionstests für das Online-Versichertenstammdaten-Management. Die Testreihen für diese Anwendung finden in zwei Regionen statt. In der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) und in der Testregion Südost (Sachsen und Bayern). In beiden Regionen wurden jeweils 505 Teilnehmer ausgewählt: 375 Ärzte und Psychotherapeuten, 125 Zahnärzte und fünf Krankenhäuser und ein Universitätsklinikum. Die Tests verzögern sich, weil einer der beiden Industriepartner der gematik Probleme hat, die Konnektoren für Praxen und Kliniken rechtzeitig zu liefern. Laut gematik werden deshalb bis Ende Juni 2016 keine aussagefähigen Daten zur Funktionstauglichkeit des Stammdatenmanagements vorliegen. Im E-Health-Gesetz sind jedoch Sanktionen für Krankenkassen und Kassenärzte vorgesehen, falls die Fristen beim weiteren Auf- und Ausbau der Telematik-Infrastruktur nicht eingehalten werden. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb im Gesetzgebungsverfahren deutlich gemacht, dass die Beitragszahler nicht für Probleme der Industrie haftbar gemacht werden könnten. Als alleinige Kostenträger haben die gesetzlichen Krankenkassen bereits rund eine Milliarde Euro in das eGK-Projekt investiert. Nach der Verabschiedung des Gesetzes durch den Bundestag am 3. Dezember 2015 hat der GKV-Spitzenverband den Gesetzgeber noch einmal aufgefordert, „die Sanktionsmechanismen verursachergerecht auszugestalten und den Termin für den Wirkbetrieb des Versichertenstammdatenmanagements entsprechend der Verfügbarkeit der notwendigen Komponenten anzupassen“.

Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen
> Krankenversicherung > E-Health-Gesetz

Informationen des GKV-Spitzenverbandes zur eGK:
www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung
> Telematik und Datenaustausch > eGK

Informationen der gematik zu den geplanten eGK-Anwendungen:
www.gematik.de > Telematik Anwendungen der eGK



Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Asylverfahrensgesetzes, des Asylbewerberleistungsgesetzes und weiterer Gesetze“ (Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz) haben Bundesregierung und Bundesländer im Herbst den rechtlichen Rahmen für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte zur Versorgung von Flüchtlingen erweitert. Das Gesetz ist am 24. Oktober 2015 in Kraft getreten.

Danach bleibt das Verwenden der eGK als freiwillige Lösung zwar den einzelnen Bundesländern überlassen. Doch wenn es zu einer Rahmenvereinbarung auf Landesebene kommt, sollen sich möglichst alle Kommunen und Landkreise daran beteiligen. Die AOK setzt sich für einen möglichst flächendeckenden Einsatz der Gesundheitskarte ein. Ein Flickenteppich von kommunalen Einzelösungen innerhalb eines Bundeslandes würde die vorhandenen Probleme noch vergrößern.

Bisher ist die ärztliche Versorgung für Asylbewerber kompliziert: In der Regel müssen sie nach ihrer Ankunft in einer Kommune einen Behandlungsschein bei der örtlichen Behörde beantragen. Erst mit einer solchen Bescheinigung dürfen sie eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Dann müssen Beschäftigte der Kommunen darüber entscheiden, ob eine Behandlung notwendig ist. Für die Verwendung der eGK gibt es deshalb gute Gründe:

- **Menschlich und sachgerecht:** Wer krank ist, braucht einen Arzt. Es ist nicht sinnvoll, dass Mitarbeiter von Ämtern oder Krankenkassen prüfen, ob jemand medizinische Hilfe benötigt. Das ist die Aufgabe einer Ärztin oder eines Arztes. über die Gesundheitskarte erhalten Asylbewerber unkompliziert die Hilfe, die sie benötigen.
- **Sparsam:** Städte und Gemeinden werden deutlich entlastet. Bremen und Hamburg lassen Asylsuchende seit längerem durch die AOK betreuen. Leistungen werden über eine Gesundheitskarte abgerechnet. Das Verfahren hat sich für alle Beteiligten als vorteilhaft erwiesen.
- **Unbürokratisch:** Durch die bewährte und effiziente Abrechnung der Behandlung über die Gesundheitskarte erhalten Ärzte und Krankenhäuser ihre Vergütung ohne zusätzlichen Aufwand, ohne Streit um die Kosten für einzelne Leistungen und ohne zeitliche Verzögerung. Der Leistungsumfang und die Finanzierung der medizinischen Versorgung erfolgt unverändert im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG).

In den Stadtstaaten Bremen und Hamburg wird eine unbürokratische und menschliche Gesundheitskarten-Lösung bereits länger praktiziert. Das „Bremer

Modell“ wurde mit Unterstützung der AOK Bremen/Bremerhaven schon vor fast zehn Jahren eingeführt und funktioniert mit großem Erfolg. Dort übernimmt die AOK die Betreuung der Asylbewerber. Die Hansestadt Hamburg hat dieses Modell vor zweieinhalb Jahren übernommen.

Als erstes Flächenland hat Nordrhein-Westfalen bereits August 2015 den Weg für die Einführung der Gesundheitskarte frei gemacht. Treibende Kraft waren dabei die AOK NordWest und die AOK Rheinland/Hamburg. Die NRW-Lösung sieht vor, dass Städte und Gemeinden für die ihnen zugewiesenen Asylbewerber sofort eine Gesundheitskarte bei einer gesetzlichen Krankenkasse beantragen können. Wenn sie akute Schmerzen haben oder krank sind, können Asylbewerber wie jeder andere direkt zum Arzt gehen.

In Schleswig-Holstein wurde unter Beteiligung der AOK NordWest am 13. Oktober 2015 eine Rahmenvereinbarung zur Einführung der eGK für Flüchtlinge ab 1. Januar 2016 unterzeichnet. In weiteren Bundesländern laufen entsprechende Vorbereitungen oder Verhandlungen.

Mehr Informationen unter:
www.aok-presse.de > Politik > Reform aktuell
> „Gesundheitskarte ist die beste Lösung“



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Das Gesetz zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist bereits seit 23. Juni 2015 in Kraft. Zwei für Patienten und Versicherte wichtige Regelungen kommen aber erst jetzt zum Tragen:

- 2016 wird der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossene Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren Operationen eingeführt. So soll auch verhindert werden, dass Krankenhäuser nicht unbedingt nötige Operationen aus ökonomischem Interesse durchführen werden. Für bestimmte Indikationen soll deshalb das Zweitmeinungsverfahren obligatorisch sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hatte den Auftrag, erstmals bis zum 31. Dezember 2015 planbare Eingriffe zu benennen, bei denen aufgrund ihrer Mengenentwicklung „die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“.
- Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen Patienten schneller zu einem Facharzttermin verhelfen. Versicherte sollen innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer

Entfernung erhalten. Die Wartezeit auf diesen Termin darf vier Wochen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf einen bestimmten Arzt besteht allerdings nicht. Die Terminservicestellen müssen laut Gesetz ab 23. Januar 2016 (sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) einsatzbereit sein.

**Zahlen, Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung
sowie zur vertragsärztlichen Zulassung und Bedarfsplanung
im Dossier „Ärztliche Versorgung“:
www.aok-presse.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Arzt**

**Informationen zu den bereits in Kraft getretenen Regelungen
in der ams-Themenausgabe „Reformjahr 2015“:
www.aok-presse.de > Presse > AOK-Medienservice > ams-Thema 02/15**



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Schwer kranke Menschen werden in Deutschland künftig intensiver versorgt und in der letzten Lebensphase individueller betreut. Das sieht das zum 1. Januar 2016 in Kraft tretende Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vor. Vor allem in den ländlichen Regionen sollen der Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden. Die im HPG 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. Der Tagessatz für die stationäre Hospizbetreuung eines Patienten steigt um mehr als 25 Prozent auf knapp 261 Euro. Die Krankenkassen tragen 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 Krankenkassen sind verpflichtet, Patienten bei der Auswahl von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung individuell zu beraten. Ärzte und Kranken-

kassen sollen sich auf Maßnahmen verständigen, die geeignet sind, die Ausbildung von Medizinern auf diesem Gebiet zu verbessern.

Informationen auf der Website des Deutschen Bundestages:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/6585

Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen
> Krankenversicherung > Hospiz- und Palliativversorgung



Krankenhaus-Strukturreform

Das „Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“ (Krankenhaus-Strukturgesetz, KHSG) soll für mehr Qualität in der stationären Versorgung sorgen. Doch das vom Bundestag am 5. November 2015 verabschiedete und vom Bundesrat am 27. November bestätigte Gesetz beschert den Krankenhäusern zunächst erst einmal zusätzliche Milliarden. Auf die gesetzlichen Krankenkassen rollen durch die geplanten Maßnahmen allein von 2016 bis 2020 Mehrkosten von bis zu zehn Milliarden Euro zu. Und während verbindliche Qualitätsvorgaben erst noch entwickelt und dann umgesetzt werden müssen, fließt das frische Geld der Krankenkassen bereits nach Inkrafttreten des KHSG zum 1. Januar 2016.

Schwerpunkte der Krankenhausreform:

- Für ein Pflegestellen-Förderprogramm stellen die Krankenkassen in den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt bis zu 660 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung. Ab 2019 fließen dauerhaft bis zu 330 Millionen Euro jährlich in das Programm. Zur Finanzierung wird der eigentlich zum Jahresende 2015 auslaufende Versorgungszuschlag für Krankenhäuser (500 Millionen Euro pro Jahr) in einen Pflegezuschlag umgewidmet. Das Geld wird entsprechend der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser verteilt. Sie erhalten damit einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.
- Das bereits laufende Hygieneförderprogramm wird fortgeführt und erweitert. Dadurch können mehr Hygienefachkräfte eingestellt und ausgebildet werden. Zudem soll die Weiterbildung im Bereich Infektiologie erweitert werden, damit künftig mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen.
- Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, müssen künftig zur

Hälfte von den Krankenkassen refinanziert werden
(AOK-Medienservice: Stichwort Meistbegünstigungsklausel).

- Das Gesetz soll dazu beitragen, dass die Qualität der Krankenhausversorgung strenger kontrolliert und konsequent verbessert wird. Dazu wird Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat den Auftrag erhalten, als Planungsgrundlage Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Unterstützt wird der GBA dabei durch das neue Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben des GBA dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan des Landes zu fallen. Die Bundesländer dürfen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen. Diese sollen die bundesweiten Qualitätsvorgaben aber nicht unterschreiten.
- Die Krankenhausvergütung wird künftig mit Qualitätsaspekten verknüpft. Es soll Qualitätszuschläge und Abschläge für schlechte Leistungen geben.
- Die Mindestmengenregelung, wird gesetzlich verbindlicher geregelt. Dabei geht es darum, dass Krankenhäuser bestimmte Operationen oder Leistungen nur abrechnen können, wenn sie eine bestimmte Zahl von Behandlungen pro Jahr erbringen. Mindestmengen können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten – zum Beispiel bei der Versorgung von Frühchen.
- Die Krankenhäuser müssen ihre Qualitätsberichte patientenfreundlicher gestalten, damit die Patienten tatsächlich nützliche Informationen erhalten.
- Es wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen zwischen einzelnen Kliniken und Krankenkassen (Selektivverträge) eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.
- Die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser wird erweitert. Dazu müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen (sogenannte Portalpraxen) in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Kliniken, die sich stärker als andere in der stationären Notfallversorgung engagieren, erhalten dafür mehr Geld.
- Im Bereich der Krankenhausfinanzierung will die Bundesregierung insbesondere auf eine weitere Angleichung der unterschiedlichen

Landesbasisfallwerte hinwirken. Dadurch dürften 2016 die Basisfallwerte in vielen Bundesländern steigen. Um die Krankenhausvergütung insgesamt realistischer planen zu können, wird ein repräsentatives System eingeführt. Bisher war es Krankenhäusern freigestellt, ob sie sich an der Kalkulation der Fallpauschalen beteiligen. Das Gesetz enthält zudem viele Detailregeln zu einer besseren Steuerung der Behandlungszahlen (Mengensteuerung). Danach werden Kliniken zusätzlich erbrachte Leistungen nur vergütet, wenn sie mit den Krankenkassen zuvor das Erbringen „mengenanfälliger Leistungen“ vereinbart haben.

- Das Gesetz sieht zudem einen Strukturfonds vor, in den die Krankenkassen und die Bundesländer pro Jahr jeweils 500 Millionen Euro einzahlen. Mit dem Geld sollen zum Beispiel Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden. So soll vornehmlich in Ballungszentren stationäre Überversorgung abgebaut werden. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturumbaus ist nicht vorgesehen. Das Geld aus dem Fonds fließt zusätzlich zur Investitionsförderung durch die Bundesländer.
- Die Bundesländer haben sich verpflichtet, weiter ausreichende Mittel zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen bereitzustellen. Als Messlatte dient der Durchschnitt der entsprechenden Budgets in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014. Hinzu kommen die 500 Millionen Euro für den Strukturfonds. Kritiker monieren, dass sich die Länder damit zu einer Investitionskostenfinanzierung auf sehr niedrigem Haushaltsniveau verpflichtet haben, da sie ihren finanziellen Verpflichtungen in den letzten Jahren immer weniger nachgekommen sind.
- Patienten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Operation weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der gesetzlichen Krankenkassen in einer geeigneten Einrichtung in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Das soll Patienten zu Gute kommen, die noch keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben.

Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium
> Meldungen > 2015 > KHSG - BT 2./3. Lesung

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



Pflegestärkungsgesetz II

Der Bundestag hat am 13. November 2015 das „Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ verabschiedet. Der Bundesrat berät abschließend am 18. Dezember 2015. Das PSG II tritt zum 1. Januar 2016 in Kraft und führt einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren in das Pflegeversicherungsrecht ein. Zur Finanzierung des PSG II steigen die Beiträge zur Pflegeversicherung 2017 um 0,2 Prozentpunkte.

Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll insbesondere dazu beitragen, dass nicht mehr zwischen körperliche Einschränkungen einerseits und kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits unterschieden wird. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen soll ausschlaggebend sein. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden. Mit dem PSG II erhalten pflegende Angehörige ab 1. Januar 2016 den Rechtsanspruch auf eine individuelle Pflegeberatung. Im Übrigen dient das Jahr 2016 der Vorbereitung auf das ab 1. Januar 2017 geltende neue System der Pflegebegutachtung mit fünf Pflegegraden an Stelle der bisher drei Pflegestufen. Von der Umstellung ist insbesondere der Medizinische Dienst der Krankenversicherung betroffen.

Für die voraussichtlich rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung (1. Januar 2017) bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, enthält das Gesetz Überleitungsregeln. Sie stellen sicher, dass keine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nötig wird.

Mit dem PSG II wird auch das System der Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichte grundlegend reformiert. 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. Dazu soll auch die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet werden. Ihm sollen jeweils bis zu zehn Vertretern der Pflegekassen und der Verbände der Pflegeeinrichtungen angehören.

Der Pflege-Bevollmächtigte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann, hatte im Gesetzgebungsverfahren vorgeschlagen, die umstrittenen „Pflegenoten“ bereits zum 1. Januar 2016 auszusetzen. Darauf hatten sich die Regierungsfractionen nicht verständigen können. Deshalb bleibt es bis Ende 2017 zunächst beim bisherigen Schulnotensystem. 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.

Informationen des Bundesgesundheitsministeriums:
www.bundesgesundheitsministerium.de > Themen
> Pflege > Pflegestärkungsgesetze



**Ergänzende Informationen rund um die Soziale Pflegeversicherung
sowie ambulante und stationäre Pflege im Dossier „Pflege“**
www.aok-presse.de > Gesundheit > Pflege



Gesetz gegen geschäftsmäßige Sterbehilfe

Der Bundestag hat am 6. November 2015 den gesetzlichen Rahmen für die Beihilfe zum Sterben neu justiert. Danach ist in Deutschland die „geschäftsmäßige Sterbehilfe“ verboten. Mit bis zu drei Jahren Haft muss rechnen, wer einem Sterbewilligen – zum Beispiel einem unheilbar Krebskranken – geschäftsmäßig ein tödliches Medikament gewährt. Der Bundesrat hat dem „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ am 27. November 2015 zugestimmt. Es ist nach der Unterschrift durch den Bundespräsidenten und Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft getreten.

Der über Fraktionsgrenzen hinweg mit absoluter Mehrheit beschlossene Gesetzentwurf der Abgeordnetengruppe um Michael Brand (CDU), Kerstin Griese (SPD) und Dr. Harald Terpe (Grüne) sieht vor, dass Vereine oder Einzelpersonen künftig keine Beihilfe zur Selbsttötung als Dienstleistung anbieten dürfen. Als geschäftsmäßig versteht das Gesetz eine auf Wiederholung angelegte Förderung zum assistierten Suizid. Angehörige oder andere dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als nicht geschäftsmäßig handelnde Teilnehmer an der Tat beteiligen, sind von der Strafandrohung ausgenommen werden.

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



Unabhängige Patientenberatung

Zum 1. Januar 2016 wechselt der Träger für die Unabhängige Patientenberatung Deutschland. Bei der von den Krankenkassen finanzierten UPD können sich Versicherte neutral, unabhängig und kostenlos über Behandlungsmethoden informieren oder sich bei Fragen zu Arztrechnungen, Leistungen der Krankenkassen und anderer sozialrechtlicher Fragen beraten lassen.

Die UPD wird vom neuen Träger (Sanvartis GmbH) wie bisher als gemeinnützige GmbH organisiert. Die Erreichbarkeit (telefonisch, persönlich vor Ort und online) soll im neuen Jahr deutlich erweitert und flexibler gestaltet werden. Spätestens ab April sollen die 120 Berater (unter anderem Mediziner und Juristen) komplett im Einsatz sein. Sie sind wochentags von 8 bis 22 Uhr und samstags von 8 bis 18 Uhr über eine bundesweit kostenfreie Rufnummer erreichbar. An 30 Standorten sollen künftig persönliche Beratungsgespräche angeboten werden. Der neue UPD-Geschäftsführer Thorben Krumwiede hat angekündigt, die Zahl der Beratungen von zuletzt knapp 81.000 ab 2017 auf bis zu 220.000 jährliche Kontakte zu erhöhen.

(toro)

Gesetzgebung Gesundheitspolitik II

Was 2016 noch ansteht

Anti-Korruptionsgesetz

Auch der neue Anlauf zieht sich hin: Mitte Januar 2016 steht das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ zur Verabschiedung im Bundestag an. Bereits im Februar 2015 hatte Bundesjustizminister Heiko Maas den Entwurf für dieses Gesetz vorgelegt, mit dem der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch verankert werden soll. Der neue Paragraphen 299a soll für alle Heilberufe gelten und strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ schließen. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen bis zu fünf Jahre Haft. Auch die Kranken- und Pflegekassen sollen bei einem Verdacht auf Fehlverhalten Strafantrag stellen dürfen.

„Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt den Wettbewerb, verteuert medizinische Leistungen und untergräbt das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen“, heißt es im Gesetzentwurf. Anlass für die Initiative ist ein Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) aus dem Jahr 2012, nach dem es derzeit nicht illegal ist, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen.

Die AOK unterstützt die Gesetzesinitiative, mit der die Bundesregierung einer von den gesetzlichen Krankenkassen lange erhobenen Forderung nachkommt. „Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel – insbesondere des Berufsrechts – keinesfalls ausreichen, um die vielfältigen korruptiven Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen zu unterbinden oder auch nur vollständig zu erfassen“, heißt es in der AOK-Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Wichtig ist aus Sicht der AOK, dass der Gesetzgeber Vereinbarungen und Kooperationen, die mit dem geltenden Sozial- und Berufsrecht vereinbar sind und sogar gefördert werden, vom Tatbestand der Bestechung/Bestechlichkeit ausnimmt. Das betrifft zum Beispiel Praxisnetze oder Verträge zur integrierten Versorgung.

Die AOK setzt sich außerdem dafür ein, bei der Bestrafung von Korruption nicht nur mögliche wirtschaftliche Schäden zu berücksichtigen. Weil es im Gesundheitswesen auch um eine mögliche Gefährdung von Menschen gehe, sei es angemessen, die Definition „besonders schwere Fälle“ auch auf Taten auszudehnen, durch die die Gesundheit einer Person gefährdet werde.

Für eine Verschärfung des Gesetzentwurfes tritt die AOK bei der Frage ein, wann die Strafverfolger aktiv werden sollen. Laut Gesetzentwurf sollen die

Ermittlungsbehörden ebenso wie bei Bestechlichkeit und die Bestechung im geschäftlichen Verkehr nicht von sich aus tätig werden. Dass bedeutet, dass in der Regel erst dann ermittelt wird, wenn eine Berufskammer, eine Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen oder die betroffene gesetzliche oder private Krankenkasse einen Antrag stellt. Laut AOK sollte Korruption im Gesundheitswesen als Officialdelikt eingestuft und auch ohne konkreten Strafantrag durch die Ermittler verfolgt werden.

Parlamentarischer Zeitplan:

- Erste Lesung Bundestag: 13. November 2015
- Erster Durchgang Bundesrat: 25. September 2015
- 2./3. Lesung Bundestag: 14. Januar 2016
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 26. Februar 2016
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

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

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



Operationstechnische Assistenten

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

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

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



Reform der Pflegeausbildung

CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vereinbart, die Pflegeausbildung zu reformieren. Ziel ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen allgemeinen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderpflege. Die Reform soll dazu beitragen, den Pflegeberuf aufzuwerten und dem Pflegekräftemangel abzuwehren.

Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat am 26. November 2015 einen Referentenentwurf vorgelegt. Am 11. Dezember 2015 hat eine gemeinsame Fachanhörung von BMFSFJ und Bundesgesundheitsministerium stattgefunden. Ein Kabinettsbeschluss wird für Mitte Januar 2016 erwartet. Der weitere parlamentarische Zeitplan steht noch nicht fest. In Kraft treten soll die Reform Anfang 2018.

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

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

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

Das Reformgesetz ist durchaus umstritten. Insbesondere im Bereich der Kinderkrankenpflege stößt die generalistische Ausbildung auf Ablehnung. Der AOK-Bundesverband hat in der Fachanhörung am 11. Dezember das Modell der Finanzierung über Landesausbildungsfonds kritisiert. Durch den Aufbau von Doppelstrukturen entstünde aus Sicht der AOK ein unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand. Positiv beurteilt die AOK die vorgesehene Durch-

lässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen in der Pflege, der Wegfall von Wettbewerbsnachteilen für Ausbildungsbetriebe und die für Pflegeschüler kostenlose Ausbildung.

Rettungsdienst – Notarzteinsätze

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

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



(toro)

Dialog-Fax: 030/220 11-105

Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

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

**Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin**

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

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

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

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

@

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

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

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

@

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

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:
