

# AOK-Medienservice

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

Thema

05/16

 @AOK\_Politik



## GESUNDHEITSPOLITIK 2017

AMS-INTERVIEW MIT MARTIN LITSCH	
■ DER PATIENT MUSS DER DATENSOUVERÄN SEIN	2
AMS-GRAFIK: VON A BIS Z	
■ DAS GILT 2017	6
AMS-NACHGEFRAGT: MARTINA SITTE	
■ WIRD'S NOCH WAS MIT DER REFORM DER PFLEGEBERUFE?	7
AMS-STICHWORT: DIE PFLEGEREFORM IN KÜRZE	
■ FÜNF PFLEGEGRADE STATT DREI PFLEGESTUFEN	8
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK 1	
■ DAS IST 2016 IN KRAFT GETRETEN	10
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK 2	
■ DAS TRITT AM 1. JANUAR 2017 IN KRAFT	12
GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK 3	
■ DAS STEHT NOCH AN	18

ams-Interview: Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender AOK-Bundesverband

## Der Patient muss der Datensouverän sein

15.12.16 (ams). Sechs Stärkungsgesetze wird die Große Koalition wohl am Ende dieser Legislaturperiode verabschiedet haben. Drei für die Pflege, jeweils eins für die ambulante Versorgung, die Arzneimittelversorgung und die Selbstverwaltung. Sie hat sich an die Krankenhausstrukturen herangewagt und die Finanzstrukturen weiterentwickelt. Für das Thema Digitalisierung jedoch bleibt ein E-Health-Gesetz, das an vielen Stellen mehr Absichtserklärungen enthält als konkrete Regelungen. „In unserem Gesundheitswesen ist es immer gelungen, medizinischen Fortschritt bei den Patienten ankommen zu lassen“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Bei der Digitalisierung ist er sich da nicht mehr ganz so sicher.



**Martin Litsch ist seit dem 1. Januar 2016 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.**

Herr Litsch, Länder wie Israel oder die skandinavischen Staaten sind bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ein, zwei Schritte weiter als Deutschland. Warum tut man sich hierzulande so schwer damit?

**Litsch:** Tatsächlich bewegen wir uns in Sachen Telematik-Infrastruktur oder elektronische Patientenakte viel zu langsam voran. Das hat einerseits mit den Beharrungskräften im Gesundheitswesen zu tun. Andererseits ist die Digitalisierung der Grund für einen grundsätzlichen kulturellen Wandel. Es geht dabei nicht nur um eine technische Fortentwicklung, sondern viel mehr auch um eine andere Denkweise und Einstellung zu vernetztem Handeln. Heute geht es stärker als früher darum, Informationen zu teilen, aus dem Geteilten mehr und schneller zu lernen, am Ende besser zu werden. Die Herausforderung besteht darin, durch die Überwindung von Medienbrüchen, die stete Verfügbarkeit einer Information und die freie, unbegrenzte Möglichkeit der Kombination von Informationen auch einen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung von Patienten zu schaffen.

Wie wirkt sich dieser kulturelle Wandel auf das Gesundheitswesen und seine Akteure konkret aus?

**Litsch:** Wir haben damit erstmals die Chance, den Patienten wirklich in den Mittelpunkt zu stellen. Wir behaupten das ja schon lange, aber wir meinen bisher damit meist den Patienten als Objekt, an dem man eine Leistung erbringt, einen Service oder Ähnliches. Jetzt kommen wir in die Situation, dass er tatsächlich Subjekt wird. Der Patient bestimmt, wem er seine Daten gibt und auch, von wem er Informationen bezieht. Der Patient ist nicht nur der Datenträger und damit der Eigentümer, er ist auch Dreh-

scheibe der ihn betreffenden Informationen. Mit der digitalen Erfassung und der Möglichkeit des Teilens von Daten entstehen ganz neue Erkenntnisse und Wissenszuwächse. Die Digitalisierung hat somit auch die Kraft, das Verhalten der Menschen zu verändern. Und eine solche Technologie wird sich nicht mehr zurückdrängen lassen.

## Was ändert sich für das „selbstbestimmte Subjekt Patient“?

**Litsch:** Als Datensouverän trägt der Patient immer mehr Verantwortung, der die ihn betreffenden Informationen sorgfältig steuern muss. Uns als Krankenkasse ist es deshalb wichtig, dass die potenziellen Anwender lernen, mit den digitalen Möglichkeiten richtig und sicher umzugehen, wenn sie einen Nutzen daraus haben sollen. Sie müssen über die Perspektiven und Grenzen aufgeklärt werden, die mit dem Teilen von Gesundheitsdaten einhergehen. Und sie müssen ihre Daten freiwillig und nicht etwa automatisch teilen. Teilen dürfen – nicht teilen müssen. Deshalb fördern wir die Entwicklung der Gesundheitskompetenz unserer Versicherten mit verschiedenen digitalen Angeboten. Unsere „Schwangerschafts-App“ beispielsweise erinnert an alle wichtigen Termine, oder unsere Arzt-App ermöglicht die Suche des passenden Arztes, ohne dass die eingegebenen Daten bei der AOK gespeichert werden. Das ist unser Serviceversprechen.

## Hinter manchem Bedenken steckt die Sorge vor Missbrauch hochsensibler und intimster Daten. Sind diese Bedenken in Zeiten eines NSA-Skandals, von Wikileaks und eines Edward Snowden nicht berechtigt?

**Litsch:** Natürlich kann das alles auch missbräuchlichen Zwecken dienen. Deshalb darf man die Bedenken auch nicht vom Tisch wischen. Wichtig ist, dass wir uns dieser Herausforderung stellen und nicht vor lauter Bedenken die Entwicklung verschlafen. Und natürlich brauchen wir auch ein verlässliches Maß an Regulierung.

## Was wäre das „verlässliche Maß“? Auch für eine Krankenkasse ist es sicher nicht uninteressant, wenn nicht sogar äußerst reizvoll zu wissen, wie es um die Gesundheit und den Lebenswandel ihrer Versicherten steht.

**Litsch:** Wenn es um Gesundheit geht, ist die zentrale Währung „Vertrauen“. Eine Grenze ist definitiv da, wo unreflektiert geteilte Gesundheitsdaten – etwa durch die automatische Weiterleitung an Dritte – gegen den Willen der Nutzer verwendet werden könnten. Das Selbstbestimmungsrecht muss weiter beim einzelnen Versicherten liegen. Nur derjenige, dessen Daten digital erfasst werden, darf entscheiden, ob die Daten weitergegeben werden und an wen. Dies muss immer eine aktive Ent-

scheidung sein, die auch rückgängig gemacht werden kann. Zweitens müssen wir Risikoselektion anhand digitaler Patientendaten ausschließen. Es muss der Grundsatz gelten: Informationen dürfen geteilt werden, Identitäten nicht. Ein Rückschluss auf Personen darf unter keinen Umständen möglich werden. Drittens dürfen anonymisierte Daten keiner Art von Patentschutz unterliegen. Entwicklungen wie in der Agrarindustrie, wo Konzerne das Saatgut wichtiger Pflanzen patentieren und damit die kommerzielle Kontrolle über die Ernährungslage erhalten, dürfen sich im Gesundheitswesen nicht wiederholen. Digitale, anonymisierte Gesundheitsdaten betreffen die öffentliche Gesundheit und müssen dauerhaft der Versorgungsforschung zugänglich gemacht werden. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist nämlich kein Zweck an sich, sondern muss dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern.

**Ein schöner Satz, allein: Vielen fehlt der Glaube.**

**Litsch:** Ich bin da nicht so pessimistisch. Das Gesundheitswesen wird sich den Prozessen der Digitalisierung ebenso wenig entziehen können wie andere Bereiche des alltäglichen Lebens. Der moderne Kunde – das sind ja auch Sie und ich – erwartet heute von seinem Paketdienstleister, zu jeder Zeit online den Fortschritt des Transports abfragen zu können. Von seiner Bank erwartet er, an jedem Ort der Welt über Internet seine Bankgeschäfte betreiben zu können – übrigens ein Bereich, in dem wir mit nicht weniger sensiblen Daten seit fast 20 Jahren selbstverständlich digital unterwegs sind. Und immer mehr Versicherte erwarten von ihrer Krankenversicherung Online-Angebote und interaktive Kommunikationswege bei der Beratung und Unterstützung. Warum gibt es noch keine digitalisierten Rezepte? Stattdessen werden sie gedruckt, um sie nachher einzuscannen. Absurd, oder? Entlassbriefe mit wichtigen Informationen kommen immer noch Tage oder Wochen nach der Entlassung per Post beim Arzt an. Dabei kommt es doch gerade im Gesundheitswesen darauf an, dass die relevanten Informationen zur medizinischen Behandlung eines Patienten Ärzten und Apothekern rechtzeitig, vollständig und korrekt zur Verfügung stehen.

**Gibt es etwas, was für Sie trotz digitalen Wandels Bestand haben muss?  
Etwas Unverhandelbares? Eine rote Linie?**

**Litsch:** Das Solidarprinzip ist die entscheidende Grundfeste des Gesundheitswesens. Das heißt: Egal, warum man krank ist, man bekommt immer die medizinische Hilfe, die man aufgrund seiner Erkrankung braucht – unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen oder Lebensstil. Das unterscheidet uns von der Privaten Krankenversicherung, daran darf nicht gerüttelt werden, auch wenn der Datentransfer ergäbe, dass die jeweilige

Krankheit zum Beispiel auf das Rauchen oder eine Risikosportart zurückzuführen ist. Ich finde, eine Garantie dieses Prinzips würde viele Ängste auch im Umgang mit digitalen Anwendungen nehmen. Digitale Technik muss immer ein Informationsinstrument bleiben und darf nie zum Kontroll- und Überwachungswerkzeug werden.

(Interview: rbr)

**Weitere Informationen zum Stand der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei der gematik:**  
[www.gematik.de](http://www.gematik.de)



**Die ams-Themenausgabe 03/16 „Wege zu mehr Gesundheitskompetenz“:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Medienservice > ams-Thema 03/16



# Von A(rzneimittel) bis Z(uschuss): Das gilt 2017

Stand: 1. Dezember 2016

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	5.355,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.570,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.356,00 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)	2,55 % / 2,8 %
Beitragssatz gesetzliche Rentenversicherung	18,7 %
knappschaftliche Rentenversicherung	24,8 %
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	3,0 %

Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	4.350,00 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	52.200,00 Euro	jährlich

## Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

### Sachleistung häusliche Pflege:

Pflegegrad 1	0,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich

### Pflegegeld bei häuslicher Pflege durch Angehörige:

Pflegegrad 1 (zweckgebundene Kostenerstattung)	125,00 Euro	monatlich*
Pflegegrad 2	316,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	545,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	728,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	901,00 Euro	monatlich

### Vollstationäre Pflege:

Pflegegrad 1	125,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro	monatlich
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro	monatlich

### Teilstationäre und Kurzzeitpflege:

Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 1	125,00 Euro	monatlich*
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 2	689,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 3	1.298,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 4	1.612,00 Euro	monatlich
Tages- / Nachtpflege Pflegegrad 5	1.995,00 Euro	monatlich
Kurzzeitpflege: 1.612,00 Euro (jährlich, Leistungszeitraum 8 Wochen)		

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 2017: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) → Hintergrund → Das gilt

\* Entlastungsbetrag: Bis zu 125 Euro können monatlich auf Rechnung erstattet werden. Das gilt für Leistungen zur Unterstützung im Alltag sowie für die Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege. Nicht verwendete Beträge können in das Folgejahr übertragen werden.

ams-nachgefragt: Martina Sitte, AOK-Bundesverband

## Wird's denn noch etwas mit der Reform der Pflegeberufe, Frau Sitte?

15.12.16 (ams) „Ich würde zumindest nicht darauf wetten. Das Gesetz liegt jetzt schon seit mehr als einem halben Jahr auf Eis, und spätestens mit den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen im Mai 2017 beginnt der Bundestagswahlkampf. Da fasst die Politik solch heiße Eisen eigentlich nicht mehr so gerne an.

Was aus zwei Gründen schade wäre. Erstens bleibt das Thema sowieso auf der Tagesordnung, weil wir aufgrund des Pflegekräftemangels unverändert vor der Aufgabe stehen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Es dauert dann halt nur länger bis zu einer Lösung. Und zweitens erhoffen wir uns als AOK einen Qualitätsschub in der pflegerischen Versorgung. Die geplante höhere Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen sowie die Akademisierung würden eher Vorteile bringen, ebenso wie die Erweiterung der Lerninhalte rund um die Bereiche Rehabilitation, Prävention und Beratung sowie in der Altenpflege die Abkehr von der Orientierung der Ausbildung an ganz bestimmten Lernfeldern hin zur Stärkung der grundsätzlichen pflegerischen Kompetenz.

Sehr positiv ist auch der Ansatz, durch einheitliche Finanzierungsregelungen Wettbewerbsnachteile der Pflegeschulen unter einander zu verringern und potenziellen Auszubildenden in der Altenpflege durch Wegfall des Schulgeldes von Kosten zu befreien. Die vorgesehene einheitliche Finanzierung über Landesausbildungsfonds schafft allerdings eher neue Schwierigkeiten als gute Lösungen. Das fördert Doppelstrukturen und damit unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

Ob am Ende der Diskussion eine generalistische Berufsausbildung, in der jeder alles lernt, steht oder ein integrierter Ansatz, also Spezialisierung auf Basis einer fundierten Grundausbildung, ist eher eine berufspolitische als eine pflegepolitische Frage.“

(Interview: rbr)



**Martina Sitte ist Referentin mit dem Schwerpunkt „Pflege“ in der Geschäftsführungseinheit Politik/Unternehmensentwicklung des AOK-Bundesverbandes.**

ams-Stichwort: Das Wichtigste zur Pflegereform

## Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen

15.12.16 (ams). Für die etwa 2,84 Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland und ihre Angehörigen bringt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Veränderungen und – so die einhellige Expertenmeinung – zahlreiche Verbesserungen. Der AOK-Medienservice (ams) fasst die wichtigsten Neuerungen kurz und kompakt zusammen.

### Umstellung von Pflegestufe auf Pflegegrad

#### Grundsätzlich gilt:

bei körperlichen Beeinträchtigungen

- alte Pflegestufe plus eins gleich neuer Pflegegrad
- Beispiel: Die bisherige Pflegestufe 2 wird zu Pflegegrad 3.

bei beeinträchtigter Alltagskompetenz

- alte Pflegestufe plus zwei gleich neuer Pflegegrad
- Beispiel: Die bisherige Pflegestufe 2 wird zu Pflegegrad 4.

Maßstab der neuen Pflegegrade ist der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen. Die Pflegestufen orientierten sich bisher am Zeitaufwand für die Pflege.

### Der Entlastungsbetrag

Im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten Pflegebedürftige ab dem Jahr 2017 einen Entlastungsbetrag, um qualitätsgesicherte Leistungen, wie etwa Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Angebote zur Unterstützung im Alltag, zur Entlastung der Pflegenden finanzieren zu können. Anspruch auf den Entlastungsbetrag haben alle Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 1 bis 5, bei denen die Pflege im häuslichen Bereich erfolgt. Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag für Leistungen der ambulanten Pflegedienste auch im Bereich der Selbstversorgung verwenden.

### Die Pflegeberatung:

Wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird, gibt es viele Fragen rund um dessen Versorgung. Die Pflegeberater der AOK helfen hier weiter, denn sie unterstützen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen und bei der



Organisation der Pflege. Außerdem informieren die Pflegeberater pflegende Angehörige über Möglichkeiten und Angebote zu deren Entlastung. Die Pflegeberater der AOK sind überall vertreten – in den Städten genauso wie auf dem Land. Bundesweit gibt es bei der AOK mehr als 700 Pflegeberater, die den Pflegebedürftigen und Angehörigen unterstützen. Sie beraten in der häuslichen Umgebung, in einer der 1.380 Geschäftsstellen, in einem der vielen Pflegestützpunkte oder auch telefonisch. Im Jahr 2015 haben die AOK-Pflegeberater knapp 57.500 Beratungsgespräche geführt.

## Die monatlichen Leistungen ab 2017

### Grundsätzlich gilt:

Kein Pflegebedürftiger wird schlechter gestellt als bisher.

#### Pflegegrad 1:

- Entlastungsbetrag ambulant: 125 Euro
- Leistungsbetrag stationär: 125 Euro

#### Pflegegrad 2:

- Geldleistung ambulant: 316 Euro
- Sachleistung ambulant: 689 Euro
- Entlastungsbetrag ambulant: 125 Euro
- Leistungsbetrag stationär: 770 Euro

#### Pflegegrad 3:

- Geldleistung ambulant: 545 Euro
- Sachleistung ambulant: 1.298 Euro
- Entlastungsbetrag ambulant: 125 Euro
- Leistungsbetrag stationär: 1.262 Euro

#### Pflegegrad 4:

- Geldleistung ambulant: 728 Euro
- Sachleistung ambulant: 1.612 Euro
- Entlastungsbetrag ambulant: 125 Euro
- Leistungsbetrag stationär: 1.775 Euro

#### Pflegegrad 5:

- Geldleistung ambulant: 901 Euro
- Sachleistung ambulant: 1.995 Euro
- Entlastungsbetrag ambulant: 125 Euro
- Leistungsbetrag stationär: 2.005 Euro

**Ausführliche Informationen zur Pflegereform auch  
in der Themenausgabe 04/16 des AOK-Medienservice:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > AOK-Medienservice > ams-Thema**



Gesetzgebung Gesundheitspolitik 1

## Das ist 2016 in Kraft getreten

### Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Am 4. Juni 2016 ist das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ – kurz Antikorruptionsgesetz – in Kraft getreten. Das Gesetz verankert den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für Heilberufe im Strafgesetzbuch. Mit dem neuen Paragraphen 299a wurde eine strafrechtliche Lücke geschlossen. Entsprechende Vergehen werden mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft.

Dass der Gesetzgeber aktiv geworden ist, geht maßgeblich auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom März 2012 zurück. Der BGH hatte im Beschluss zu einem Einzelverfahren deutlich gemacht, dass sich Kassenärzte nicht strafbar machen, wenn sie von einem Pharmaunternehmen Vorteile als Gegenleistung für eine Verordnung von Medikamenten erhalten. In seiner Entscheidung hatte der BGH den Gesetzgeber ausdrücklich aufgefordert, diese Regelungslücke im Strafgesetzbuch zu schließen.

Der Bundestag hat das Gesetz am 14. April 2016 in namentlicher Abstimmung verabschiedet. Der Bundesrat hat am 13. Mai 2016 zugestimmt.

**Die Bundesrats-Drucksache:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Service > Archiv > Drucksachen > 181/16



### Transplantationsregistergesetz

Das Transplantationsregistergesetz ist am 1. November 2016 in Kraft getreten. Es schafft die rechtlichen Voraussetzungen, um Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern zentral zusammenfassen und miteinander verknüpfen zu können. Von einem zentralen Register verspricht sich die Bundesregierung wichtige Erkenntnisse, die zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung der transplantationsmedizinischen Versorgung in Deutschland und zu mehr Transparenz führen sollen. Der Bundestag hat das Gesetz am 7. Juli 2016 verabschiedet. Der Bundesrat hat am 23. September 2016 zugestimmt.

**Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages:**  
[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > 459/16



## Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe

Das „Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe“ (NpSG) ist am 26. November 2016 in Kraft getreten. Den Strafverfolgungsbehörden steht jetzt neben dem Betäubungsmittelgesetz eine neue Rechtsgrundlage zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität zur Verfügung.

Das NpSG soll insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene vor den häufig unkalkulierbaren und schwerwiegenden Gefahren durch sogenannte „legal highs“ schützen. In Deutschland wurden 2015 insgesamt 39 Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von neuen psychoaktiven Stoffen registriert. Die Bundesregierung geht aber von einer weit höheren Dunkelziffer aus.

Das neue Gesetz beinhaltet ein weitreichendes Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handels mit neuen psychoaktiven Stoffen. Auch die Weitergabe steht unter Strafe. Das Verbot bezieht sich erstmals auf ganze Stoffgruppen, um der Verbreitung immer neuer Varianten bekannter Betäubungsmittel und psychoaktiver Stoffe entgegenzuwirken. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf am 22. September 2016 in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Der Bundesrat hat am 14. Oktober 2016 zugestimmt.

**Info der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zum Inkrafttreten:**  
[www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de) > Presse  
> Pressekontakt und-mitteilungen > 2016 \_ 4. Quartal



Gesetzgebung Gesundheitspolitik 2

## Das tritt am 1. Januar 2017 in Kraft

### Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) werden zum 1. Januar 2017 die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) verändert. Das neue Vergütungssystem sieht statt einheitlicher Preise für gleiche Leistungen auf Landesebene krankenhausespezifische Budgets vor. Gefördert werden soll insbesondere die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung. Die Vergütung soll sich stärker an Leitlinien, an der Einhaltung von Personalstandards und an den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses orientieren. Die Möglichkeit zur Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage wird um ein Jahr verlängert. Laut Bundesregierung entstehen den Krankenkassen 2017 Mehrausgaben von rund 36 Millionen Euro. Ab 2018 sind es 60 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr. Der Bundestag hat das Gesetz am 10. November 2016 verabschiedet. Der Bundesrat hat am 25. November zugestimmt.

Zusammen mit dem PsychVVG wurden weitere gesundheitspolitische Regelungen auf den Weg gebracht:

- Gegen den Protest der Kassen gilt für 2017 und 2018 ein bundeseinheitlicher **Fixkostendegressionsabschlag** von 35 Prozent. Dieser ist Teil des 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSKG). Es handelt sich um Abschläge bei der Vergütung stationärer Leistungen, die über das Volumen des Vorjahres hinausgehen. Der Abschlag soll verhindern, dass Kliniken aus vornehmlich wirtschaftlichen Gründen Leistungen erbringen. Im KHSKG waren länderspezifische Regelungen vorgesehen.
- 2017 entnimmt die Bundesregierung **1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve** des Gesundheitsfonds. Mit dem Geld sollen einmalig Investitionen in die telemedizinische Infrastruktur finanziert und vorübergehende Mehrbelastungen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten ausgeglichen werden.
- Zudem wurden mit dem PsychVVG gesetzliche Klarstellungen beim **Finanzausgleich** zwischen den Krankenkassen auf den Weg gebracht.

**Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10289 (neu)



## Pflegereform

Zum 1. Januar 2017 treten weitere Regelungen im Zusammenhang mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in Kraft. Zur Finanzierung der Pflegereform mit neuen Leistungen steigen die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent und 2,8 Prozent für Kinderlose.

Ein neues System mit fünf Pflegegraden löst die bisher geltenden drei Pflegestufen ab. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll insbesondere dazu beitragen, dass bei der Pflegebegutachtung 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.

Für die rund 2,8 Millionen Pflegebedürftigen, die zum Stichtag der Umstellung (1. Januar 2017) bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, enthält das Gesetz Überleitungsregeln. Daher wird keine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nötig. Die Überleitung aus den bisherigen drei Pflegestufen in die fünf Pflegegrade erfolgt automatisch. Das betrifft auch Pflegebedürftige, die seit 2008 aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten („Pflegestufe 0“).

Grundsätzlich gilt:

- Versicherte mit körperlichen Einschränkungen werden in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 4 oder 5.
- Menschen mit beeinträchtigter Alltagskompetenz werden von ihrer Pflegestufe in den übernächsten Pflegegrad übergeleitet: von Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, von Pflegestufe I in Pflegegrad 3, von Pflegestufe II in Pflegegrad 4 und von Pflegestufe III in Pflegegrad 5.

Das „Dossier Pflege“ auf der Website des AOK-Bundesverbandes:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Pflege

AOK-Infos für Versicherte zur Pflegereform und zur Pflegeberatung:  
[www.aok.de/pflege](http://www.aok.de/pflege)



Infos der Medizinischen Dienste der Krankenkassen  
zum neuen Begutachtungssystem:  
[www.pflegebegutachtung.de](http://www.pflegebegutachtung.de)



## Pflegestärkungsgesetz III

Mit dem „Dritten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze“ (Pflegestärkungsgesetz III – PSG III) verankert die Bundesregierung den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialgesetzgebung und erweitert die Befugnisse der Kommunen im Bereich der Pflegeberatung. In das Gesetz wurden zudem Regelungen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug aufgenommen. Der Bundestag hat das PSG III am 1. Dezember 2016 verabschiedet. Das Gesetzgebungsverfahren ist zustimmungspflichtig, denn die Inhalte betreffen überwiegend die Länder und die Sozialhilfeträger. Der Bundesrat berät abschließend am 16. Dezember 2016. Der zuständige Ausschuss der Länderkammer hat die Zustimmung empfohlen. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Wesentliche Inhalte des Gesetzes:

- Mit Beteiligung der Pflegekassen sollen sich Pflegeausschüsse vor Ort mit regionalen Fragen in der Pflege oder auf Landesebene mit sektorenübergreifender Versorgung beschäftigen. Die Empfehlungen der Ausschüsse zur Verbesserung der regionalen Versorgungssituation sollen in den Vertragsverhandlungen zwischen Pflegekassen und Pflegeanbietern berücksichtigt werden.
- Um die Pflegeberatung zu verbessern, erhalten die Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Sie müssen sich aber angemessen an den entstehenden Kosten beteiligen. Darüber können auch die Kommunen künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen und ergänzend zu ihren eigenen Aufgaben auch Bezieher von Pflegegeld beraten, wenn diese das wünschen.
- In bis zu 60 Landkreisen und kreisfreien Städten wird für die Dauer von fünf Jahren ein Beratungsmodell erprobt und anschließend ausgewertet, bei dem die Kommunen Pflegebedürftige und deren Angehörigen „aus einer Hand“ beraten. Die entsprechenden Aufgaben der Pflegekassen gehen in diesem Fall auf die Kommunen über. Damit verbundene Kosten werden von den Pflegekassen erstattet.
- Angebote zur Unterstützung und Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag sollen ausgeweitet werden. Nach Darstellung des Bundesgesundheitsministeriums werden die dafür vorgesehenen Mittel der Pflegeversicherung nicht vollständig ausgeschöpft. Die Pflegeversicherung soll solche Angebote mit bis zu 25 Millionen Euro fördern, wenn Länder und Kommunen Mittel in gleicher Höhe aufbringen. Mit weiteren zehn Millionen Euro soll die Pflegeversicherung die Arbeit selbstorganisierter Netzwerke zur Unterstützung Pflegebedürftiger auf kommunaler Ebene unterstützen. Auch in diesem Fall müssen Länder und Kommunen die gleiche Fördersumme aufbringen.

- Um Abrechnungsbetrug in der Pflege zu verhindern, erhält die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht. Dieses umfasst auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. Die Pflegekassen können Abrechnungsprüfungen auch unabhängig von den Qualitätsprüfungen ihres Medizinischen Dienstes durchführen, wenn Anhaltspunkte für fehlerhaftes Abrechnungsverhalten vorliegen. Über die Landesrahmenverträge muss zudem sichergestellt werden, dass betrügerische Pflegedienste nicht unter anderem Namen oder über Strohmannen eine neue Zulassung erlangen können.
- Die Beteiligungsrechte von Selbsthilfeorganisationen im Pflege-Qualitätsausschuss (Entscheidungsgremium der Pflege-selbstverwaltung) werden erweitert. Anträge der Selbsthilfe-Vertreter müssen grundsätzlich beraten werden.
- Um im Interesse von pflegebedürftigen behinderten Menschen Abstimmungsprobleme zwischen unterschiedlichen Leistungsansprüchen zu verhindern, werden die Leistungsträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Entsprechende Regelungen werden mit dem vom Bundestag am 1. Dezember 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetz koordiniert.

Der AOK-Bundesverband hat im Gesetzgebungsprozess die geplanten Neuregelungen für die Pflegeberatung durch die Kommunen kritisch bewertet. Nicht die Koordination und Kooperation stehe im Zentrum, sondern die Verlagerung von Beratungsaufgaben aus der Pflegeversicherung auf die Zuständigkeit der Kommunen. Dadurch werden aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen bewährte Strukturen ohne Not zerschlagen. Die neuen Möglichkeiten zur besseren Bekämpfung von Abrechnungsbetrug hat die AOK ausdrücklich begrüßt. Für die Pflegeversicherung ist das PSG III mit Mehrausgaben von rund 30 Millionen Euro jährlich verbunden.

**Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10510



**Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Sachverständigen-Anhörung:**  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



## Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Der Bundestag hat am 11. November 2016 das „Vierte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ verabschiedet. Der Bundesrat berät abschließend am 16. Dezember 2016. Das Gesetz ist nicht zustimmungs-

pflichtig. Die 4. AMG-Novelle dient in erster Linie der Umsetzung einer EU-Verordnung zur Genehmigung, Durchführung und Überwachung von klinischen Prüfungen an Menschen in deutsches Recht. Das Europäische Parlament und der EU-Ministerrat haben die Verordnung Nr. 536/2014 im April 2014 beschlossen. Sie gilt spätestens ab Oktober 2018. Kernpunkt ist, dass die Ergebnisse aller klinischen Studien mit Humanarzneimitteln veröffentlicht werden müssen, unabhängig davon, ob sie ein positives oder negatives Ergebnis hatten. Detaillierte Zusammenfassungen werden in einer EU-Datenbank gespeichert und sind damit für jedermann unkompliziert und kostenfrei zugänglich. Ältere Studien dürfen für klinische Prüfungen nur noch dann herangezogen werden, wenn sie in von der Weltgesundheitsorganisation anerkannten Registern verzeichnet sind.

Die EU-Novelle erlaubt unter bestimmten Voraussetzungen die Forschung an nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen, wenn sie einer Gruppe von Patienten nützt. Um einen entsprechenden Kompromiss haben Parlament, EU-Kommission und Ministerrat lange gerungen. Das Europaparlament hat durchgesetzt, dass keine klinische Prüfung ohne Zustimmung einer Ethik-Kommission stattfinden darf. Zugleich erlaubt die EU-Verordnung den Mitgliedstaaten, auf nationaler Ebene strengere Regeln zu beschließen.

In Deutschland hat sich die Debatte über die Umsetzung der EU-Verordnung an einem von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) eingebrachten Vorschlag zur Arzneimittelforschung mit Demenzkranken entzündet. Danach sollte die Forschung auch erlaubt werden, wenn Betroffene nicht mehr zustimmen können und ihnen die Forschung selbst nicht mehr zu Gute kommt. Nach parteiübergreifender Kritik an den vorgesehenen Regelungen wurde der Gesetzentwurf überarbeitet.

Danach ist klinische Forschung mit Demenzkranken in Deutschland künftig nur unter strengen Auflagen möglich. Dazu gehört, dass Patienten noch im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte und nach einer umfassenden ärztlicher Aufklärung erklären müssen, dass sie mit einer möglichen späteren Forschung einverstanden sind. Auf Basis einer solchen Verfügung muss später auch der rechtliche Vertreter der Betroffenen in die konkrete klinische Prüfung einwilligen. Die klinischen Tests müssen zudem durch eine Ethikkommission genehmigt werden. Bei Menschen, die wegen einer geistigen Behinderung von Geburt oder Kindheit an nicht einwilligungsfähig sind, bleibt in Deutschland die „gruppennützige“ klinische Forschung verboten.

Die 4. AMG-Novelle sieht zudem vor, dass man ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel nur dann bekommt, wenn das Rezept nach einem persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient ausgestellt wurde. Diese Regelung richtet sich gegen Online-Rezepte.

Des Weiteren werden mit dem Gesetz die Regeln für die Meldung von Nebenwirkungen bei biologischen Arzneimitteln verschärft. Die zuständigen Bundesoberbehörden liefern künftig entsprechende Daten direkt an die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) – bisher laufen sie über das Deutsche Institut für



Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) an die EMA. Die Novelle stellt außerdem sicher, dass die zuständigen Behörden bei einem Verdacht auf eine Arzneimittelfälschung das Inverkehrbringen und den Handel mit dem betreffenden Arzneimittel unterbinden dürfen.

Im Heilmittelwerbegesetz wird zudem das Verbot der „Teleshopping“-Werbung für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen und Verfahren klargestellt. Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

**Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10056



**Infos des Bundesgesundheitsministeriums:**  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
> Ministerium > Meldungen > 2016 > November



Gesetzgebung Gesundheitspolitik 3

## Das steht 2017 auf der gesundheitspolitischen Agenda

### Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften

Mit dem „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ will die Bundesregierung für chronisch Kranke den Zugang zu Cannabis als Arzneimittel gesetzlich regeln. Bei entsprechender medizinischer Indikation, die durch einen Arzt festgestellt werden muss, sollen Patienten in einem für die Therapie erforderlichen Umfang mit Cannabis-Präparaten versorgt werden, ohne dass dabei die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs gefährdet werden. Die Krankenkassen sollen in einem eng begrenzten Rahmen die Kosten für die Cannabis-Therapie tragen. Der Anspruch auf eine entsprechende Versorgung wird laut Gesetzentwurf begrenzt auf Patienten mit einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung, ...

- wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht;
- wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht und
- wenn die oder der Versicherte sich verpflichtet, an einer bis zum 31. Dezember 2018 laufenden Begleitforschung zum Einsatz dieser Arzneimittel teilzunehmen.

Laut Bundesgesundheitsministerium liegen die monatlichen Kosten für die Behandlung mit Medizinalhanf abhängig vom Tagesbedarf bei bis zu 1.800 Euro pro Patient. Dem liegt ein durchschnittlicher Preis von 18 Euro pro Gramm zu Grunde. Der AOK-Bundesverband hat sich im Gesetzgebungsverfahren für strenge Einzelfallgenehmigungen eingesetzt. Deshalb müsse es auch dabei bleiben, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen jeden einzelnen Fall begutachtet. Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

#### Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 4. Mai 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 17. Juni 2016
- Erste Lesung Bundestag: 7. Juli 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 15. Dezember 2016

- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. Februar 2017
- Inkrafttreten: nach Verkündung im Bundesgesetzblatt

**Der Kabinettsentwurf:**

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/8965

**Die Bundesrats-Drucksache:**

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > 233 /16



## Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Ausbildungsreform)

CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die Pflegeausbildung zu reformieren. Entsprechende Pläne gibt es seit 2003. Das Ziel ist ein einheitliches Berufsbild mit einer neuen generalistischen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderpflege. Die Reform soll dazu beitragen, den Pflegeberuf aufzuwerten und dem Pflegekräftemangel abzuwenden. Die künftige Berufsbezeichnung soll „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 erfolgen.

Mit dem Pflegeberufsgesetz soll zudem die einheitliche Finanzierung der beruflichen Pflegeausbildung geregelt werden. Für die Auszubildenden soll die Ausbildung kostenlos sein und über Ausbildungsfonds auf Landesebene erfolgen. In diese Fonds sollen die Länder, die Krankenhäuser, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie die Pflegeversicherung einzahlen. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen können ihre Beiträge über Ausbildungszuschläge bzw. über die Berücksichtigung in den allgemeinen Pflegeleistungen refinanzieren. Das bundesweite Umlageverfahren soll Wettbewerbsnachteile für ausbildende Betriebe im Vergleich zu nicht-ausbildenden Einrichtungen vermeiden. Neben der beruflichen Pflegeausbildung an Pflegeschulen sieht der Gesetzentwurf die Einführung eines generalistisch ausgerichteten, primärqualifizierenden Pflegestudiums an Hochschulen vor. In Kraft treten soll das Gesetz zum 1. Januar 2018. Dazu müssten einzelne, zur Vorbereitung der Umstellung nötige Regelungen bereits 2017 greifen. Die zunächst für den 9. Juni 2016 geplante zweite/dritte Lesung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung wurde allerdings auf unbestimmte Zeit verschoben. Denn neben Kritik aus den Reihen der Pflegeberufe gibt es auch innerhalb der Koalitionsfraktionen Vorbehalte gegen die „Generalistik“ in der Pflegeausbildung.

Nach zwei ergebnislosen Treffen zwischen Gesundheitsexperten von Union und SPD soll ein für Mitte Dezember angesetzttes Spitzentreffen auf Fraktions-ebene den Durchbruch bringen (das Ergebnis lag bei Redaktionsschluss noch

nicht vor). Auch der Bundesrat macht Druck. Die Stadtstaaten Hamburg und Bremen haben zur letzten Sitzung der Länderkammer in diesem Jahr (16. Dezember) einen Entschließungsantrag vorgelegt. Darin begrüßen die Länder die Reforminitiative als dringend notwendig und fordern die Bundesregierung auf, „alle notwendigen Anstrengungen zu unternehmen, damit das Gesetzgebungsverfahren zu einem Abschluss kommt“. Eine getrennte Weiterentwicklung der Ausbildungen nach dem Altenpflegegesetz und dem Krankenpflegegesetz könne die notwendige Flexibilität zur Bewältigung der Herausforderungen eines sich verändernden Berufsfeld nicht mehr gewährleisten, heißt es in dem Antrag weiter.

### Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 13. Januar 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 26. Februar 2016
- Erste Lesung Bundestag: 18. März 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: offen
- Zweiter Durchgang Bundesrat: offen
- Geplantes Inkrafttreten: 1. Januar 2018 (Einzelregelungen bereits 2017)

### Der Gesetzentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/7823

### Entschließungsantrag des Bundesrats:

[www.bundesrat.de](http://www.bundesrat.de) > Dokumente > Drucksache 755/16



## Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG)

Mit dem AM-VSG will die Bundesregierung „die Arzneimittelversorgung in Deutschland auf hohem Niveau sicherstellen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten“. Der vom Bundeskabinett am 12. Oktober 2016 auf den Weg gebracht Gesetzentwurf basiert wesentlich auf einem Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zur Umsetzung des „Pharmadialogs“ zwischen den Bundesministerien für Gesundheit, für Bildung und Forschung sowie für Wirtschaft und Energie auf der einen Seite und den Wirtschafts- und Lobbyverbänden der Pharmaindustrie auf der anderen Seite von September 2014 bis Januar 2016. Aus Sicht der Krankenkassen kommt die Regierung den Pharmaunternehmen in vielen Bereichen entgegen. Das betreffe insbesondere die geplanten Regeln zur Nutzenbewertung und Preisbildung für neue, teure Medikamente. Die Kassen warnen davor, dass die Regierung den mit dem Arzneimittelmark-Neuordnungsgesetz von 2011 (AMNOG) eingeführten Grundsatz aufgibt, wonach sich der Preis eines neuen Medikaments am Nutzen für die Patienten orientiert.

## Wesentliche Inhalte des Gesetzentwurfs:

- Künftig sollen die zwischen dem GKV-Spitzenverband und einzelnen Pharmaunternehmen ausgehandelten Erstattungspreise vertraulich bleiben. Gleichzeitig werden bei den Verhandlungen die Preise in anderen europäischen Ländern als Vergleichsmaßstab herangezogen. Weil diese sich aber stark am deutschen Preisniveau orientieren, droht eine Preisspirale nach oben. Denn bleiben die zwischen Kassen und Herstellern ausgehandelten Rabatte geheim, orientieren sich die europäischen Referenzpreise an den allgemeinen hohen deutschen Listenpreisen.
- Mit einer „Umsatzschwelle“ will die Bundesregierung verhindern, dass Pharmaunternehmen im ersten Jahr nach Markteinführung eines neuen Präparates maximale Gewinne abschöpfen. Im ersten Jahr dürfen die Hersteller den Preis für ihr Produkt frei festsetzen – unabhängig vom Ausgang des späteren Nutzenbewertungsverfahrens. Der Gesetzentwurf sieht einen Schwellenwert von 250 Millionen Euro vor. Überschreitet ein Unternehmen diesen Wert, würde ab dem Folgemonat rückwirkend der später mit den Krankenkassen ausgehandelte Erstattungsbetrag gelten. Die AOK weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass diese Regelung 2015 lediglich drei Präparate betroffen hätte. Statt einer Umsatzschwelle fordern die Krankenkassen, dass der später ausgehandelte Erstattungspreis rückwirkend vom ersten Tag der Marktzulassung an gilt. Auch der Bundesrat lehnt in seiner Stellungnahme zum AM-VSG eine Umsatzschwelle ab und fordert eine Rückwirkung des Erstattungspreises.
- Ärztinnen und Ärzte sollen schneller und besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden. Die entsprechenden Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen nach spätestens einem Monat maschinenlesbar für die Praxissoftware zur Verfügung stehen.
- Die Preise für neue Arzneimittel, bei denen die Bewertung keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen Medikamenten ergibt, sollen sich nicht mehr zwingend am Preis für die wirtschaftlichste zweckmäßige Vergleichstherapie orientieren. Da im Gesetzentwurf keine klaren Kriterien vorgegeben werden, rechnet der AOK-Bundesverband mit Mehrkosten für Arzneimittel ohne Mehrnutzen und mit einer Welle von Einzelfallstreitigkeiten, die durch eine Schiedsstelle oder die Sozialgerichte gelöst werden müssten.
- Das sogenannte Preismoratorium für patentgeschützte Bestandsarzneimittel soll bis 2022 verlängert werden. Betroffen sind neue Medikamente, die vor dem Inkrafttreten des AMNOG (1. Januar 2011) auf den Markt gekommen sind. Der Gesetzgeber hat darauf verzichtet, auch bei diesen Arzneimitteln den Nutzen zu überprüfen. Als Ausgleich wurde der Preisstopp mehrmals verlängert. Ab 2018 soll es für die Hersteller jedoch einen Inflationsausgleich geben, um steigende Produktionskosten auszugleichen.

- Bei Arzneimittelrabattverträgen sollen zwischen Zuschlag und Vertragsstart künftig mindestens sechs Monaten liegen, um den Vertragsunternehmen mehr Planungssicherheit zu geben. Durch diese gesetzlich festgesetzte Vorbereitungszeit soll die Lieferfähigkeit zu Beginn der Verträge sichergestellt werden. Die AOK hält diese Regelung auch deshalb für entbehrlich, weil es bereits entsprechende vergabe-rechtliche Vorgaben gibt.
- Für die Zubereitung von Medikamenten aus neuen Stoffen und für die Abgabe von Betäubungsmitteln sollen die Apotheker deutlich mehr Geld erhalten. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes kommen auf die Krankenkassen rund 115 Millionen Euro Mehrausgaben pro Jahr zu. Die AOK hält die Anpassungen in der vorgesehenen Höhe angesichts der tatsächlichen Einnahmen- und Kostensituation der Apotheker für ungerechtfertigt. Auch der Spitzenverband fordert, dass vor einer pauschalen Anhebung die Ergebnisse eines Gutachtens vorliegen müssen, das vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegeben wurde.
- Versorgungsverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Apothekern zur Versorgung mit individuell zubereiteten Krebsmedikamenten (Zytostatika) soll es nicht mehr geben. Auch in bereits laufende Zytostatika-Verträge will die Bundesregierung eingreifen. Das Verbot ist aus Sicht der AOK unverständlich. Den im Gesetzentwurf unterstellten Versorgungsnotstand gebe es schlichtweg nicht. In einer Fachanhörung und in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf hat der AOK-Bundesverband deutlich gemacht, dass die Versorgung der Patienten dank klarer Qualitätsvorgaben für ihre Vertragspartner deutlich über dem Standard der Regelversorgung liegt.

Das Gesetz ist nicht zustimmungspflichtig im Bundesrat.

#### **Parlamentarischer Zeitplan:**

- Kabinettsentwurf: 12. Oktober 2016
- Erste Lesung Bundestag: 10. November 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 25. November 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16./17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10208

**Stellungnahmen zur Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags:**  
[www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) > Ausschüsse > Gesundheit > Anhörungen  
> GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz



Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen

Informationen zum Thema „Zytostatika-Ausschreibungen“ im Dossier „Arzneimittel“:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Hintergrund > Dossiers > Arzneimittel



## Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung in der GKV (GKV-HHVG)

Das GKV-HHVG schließt an die in den Vorjahren erfolgte Erweiterung gesetzlicher Spielräume für Verträge zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern an. Mit dem Gesetz will die Bundesregierung gewährleisten, dass die Heil- und Hilfsmittelanbieter den Anforderungen angemessen vergütet werden. Bisher sind Vergütungsanpassungen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gekoppelt. Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten besser über Leistungsansprüche und Versorgungsmöglichkeiten informieren. Der Gesetzentwurf betont den Anspruch der Patienten auf zuzahlungsfreie Hilfsmittel. Auch deren Wahlmöglichkeiten sollen erweitert werden. Bei der Ausschreibung von Versorgungsverträgen der Krankenkassen soll neben Preis und Kosten der Qualitätsaspekt zu mindestens 40 Prozent eine Rolle spielen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln soll transparenter gestaltet und stärker überwacht werden, um zu gewährleisten, dass die im Hilfsmittelverzeichnis und in den Versorgungsverträgen beschriebenen Anforderungen an Produkte und Leistungen tatsächlich umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb von zwei Jahren zu aktualisieren und fortlaufend auf neuestem Stand zu halten. Mit dem Gesetz soll zudem die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden verbessert werden. Dazu sollen „Wundzentren“ eingerichtet werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die vorgesehenen Regelungen für mehr Qualität im Hilfsmittelbereich. Im Heilmittelbereich warnt die AOK jedoch vor Überregulierung und einer Verteuerung der Versorgung ohne wesentliche Qualitätsverbesserung. Das liegt laut AOK vor allem an einer Neuregelung, nach der Heilmittelanbieter (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Podologen) künftig über Blankoverordnungen stärker in die Verantwortung genommen werden sollen. Wenn der Arzt ein Heilmittel verordnet, darf der jeweilige Therapeut laut Gesetzentwurf die Auswahl, Dauer und Abfolge der Therapie selbst bestimmen. Das GKV-HHVG dient der Bundesregierung zudem als „Omnibus-Gesetz“, um weitere gesundheits- und sozialpolitische Regelungen auf den Weg zu bringen. Dabei geht es um...

- die Beitragsbemessung für Selbstständige in der Kranken- und Pflegeversicherung;
- die Sozialversicherungspflicht für Honorarärzte im Rettungsdienst;

- die Anpassung des Krankengeldes an das Flexi-Rentengesetz;
- den Krankengeldanspruch zwischen Ende der Beschäftigung und Arbeitslosengeldbezug;
- die Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Sozialdaten zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenkassen;
- Richtlinien zum Datenschutz im Rahmen der Qualitätssicherung;
- die Anrechnung von Erziehungszeiten in der Krankenversicherung der Rentner;
- Regeln für die finanzielle Aufwandsentschädigung für Patientenorganisationen in den Selbstverwaltungsgremien der GKV.

### Parlamentarischer Zeitplan:

- Kabinettsentwurf: 31. August 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 14. Oktober 2016
- Erste Lesung Bundestag: 10. November 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16. oder 17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: nach Verkündung im Bundesgesetzblatt

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10186



Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Positionen > Stellungnahmen



## Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung in der GKV

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ (GKV-SVSG) wollen Union und SPD die interne und die externe Kontrolle sowie die Transparenz verbessern. Dazu sollen die Informations- und Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien erweitert und präziser formuliert werden. Auch die Kontrollrechte des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamts werden erweitert. Das GKV-SVSG betrifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband, den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Die Verwaltungsräte sollen die Möglichkeit erhalten, 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 Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist



laut Gesetzentwurf künftig eine Zwei-Drittel-Mehrheit nötig. Der KBV-Vorstand soll zudem um ein drittes – „versorgungsbereichsunabhängiges“ – Vorstandsmitglied erweitert werden. Entscheidungen können dann mit Mehrheit gefällt werden. Damit will der Gesetzgeber das immer wieder lähmende Patt zwischen Hausarzt- und Facharztvertretung im KBV-Vorstand beenden.

Der vom Bundeskabinett am 16. November 2016 auf den Weg gebrachte Gesetzentwurf enthält zudem Regeln, die für mehr Transparenz bei wirtschaftlichen Entscheidungen der Spitzenorganisationen sorgen sollen. Mindestens alle fünf Jahre sollen diese ihre Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung durch eine unabhängige externe Prüfeinrichtung oder durch eine spezialisierte Rechtsanwaltskanzlei prüfen lassen. Die zuständige Aufsichtsbehörde (Bundesgesundheitsministerium oder Bundesversicherungsamt) kann eine Prüfung auch außerhalb dieses Prüfrhythmus anordnen. Der Auftrag an eine externe Prüfeinrichtung oder spezialisierte Kanzlei muss im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde erfolgen. Darüber hinaus soll die Aufsichtsbehörde die Möglichkeit erhalten, eine „Entsante Person für besondere Angelegenheiten“ einzusetzen. Damit würde eine aufsichtsrechtliche Maßnahme unterhalb der Eingriffsschwelle des sogenannten Staatskommissars geschaffen.

Auslöser für das Gesetzesvorhaben sind in erster Linie die immer noch nicht restlos geklärten Skandale innerhalb der KBV. Dabei geht 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.

### **Parlamentarischer Zeitplan:**

- Kabinettsentwurf: 16. November 2016
- Erste Lesung Bundestag: 15. Dezember 2016
- Erster Durchgang Bundesrat: 16. Dezember 2016
- Zweite/dritte Lesung Bundestag: 16./17. Februar 2017
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. März 2017
- Inkrafttreten: 2017

**Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:**  
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 18/10605



### **Medizinprodukte (EU-Verordnung)**

Die Verabschiedung der neuen EU-Medizinprodukteverordnung verzögert sich weiter. Die juristisch korrekte Übersetzung des mehr als 1.000 Seiten umfassenden Textes in alle EU-Sprachen dauert an. Das Verfahren soll bis zum 18./19. Januar 2017 abgeschlossen sein. Danach steht die formelle Annahme

durch den Europäischen Rat und durch das Europäische Parlament an. Die Veröffentlichung im Amtsblatt der EU soll im Frühjahr 2017 erfolgen. Die neuen Regelungen gelten nach einer Übergangsphase von drei Jahren. Die Verordnung muss dazu nicht in nationales Recht umgesetzt werden, kann aber in Teilen von den EU-Mitgliedsländern ergänzt werden. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher für Verbesserungen im Bereich Patientenschutz aus.

Am 15. Juni 2016 hatten der Ausschuss der Ständigen Vertreter des Rates und der Gesundheits- und Umweltausschuss des Europäischen Parlaments die am 25. Mai 2016 erzielte Einigung über die neue Medizinprodukteverordnung gebilligt. Auch die zunächst nicht am Kompromiss beteiligte EU-Kommission hat erklärt, dass sie dem Verhandlungsergebnis zustimmen will. Die neuen Zulassungsregeln für Medizinprodukte sollen verhindern, dass sich Skandale wie die um minderwertige Brustimplantate oder zu schnell brechende Hüftgelenke wiederholen.

Die Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten verbleibt aber auch nach der neuen EU-Verordnung bei den privatwirtschaftlichen „Benannten Stellen“. Dazu gehören in Deutschland beispielsweise der TÜV oder die DEKRA. Zusätzlich soll eine von Fall zu Fall einberufene, international zusammengestellte Expertengruppe die Unterlagen vor einer Marktzulassung prüfen. Deren Ergebnisse sind jedoch für die „Benannten Stellen“ nicht bindend. Auch eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung für die Hersteller von Medizinprodukten ist nicht vorgesehen. Stattdessen sieht die EU-Verordnung vor, dass die Unternehmen „angemessene Rücklagen“ für den Fall von Haftungsansprüchen durch fehlerhafte Produkte bilden sollen.

Nach der neuen EU-Verordnung müssen die Identifizierungsnummern aller Medizinprodukte so vorgehalten werden, dass bei einer schadhafte Serie alle Betroffenen informiert werden können.

#### Die Beschlüsse des EU-Parlaments:

[www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu) > Plenartagung

> Angenommene Texte > P7\_TA (2014) 0266 und P7\_TA (2014) 0266



#### Der Beschluss des Rates:

<http://www.consilium.europa.eu> > Presse > Pressemitteilungen und Erklärungen >

Medizinprodukte: Rat bestätigt Einigung mit dem EP

#### Die Einschätzung des AOK-Bundesverbandes zu den neuen Regeln:

[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de) > Presse > Pressemitteilung vom 26. Mai 2016

Mehr Infos und Hintergrund im Dossier „Medizinprodukte“:

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



## Operationstechnische Assistenten

Der Bundesrat hat bereits 2014 einen Gesetzentwurf auf den Weg gebracht, der die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) regelt (Bundesrats-Drucksache 126/14). Die Ausbildung soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Die Krankenhäuser wollen die Ausbildung aber nicht mehr finanzieren. Angesichts zunehmend anspruchsvoller Medizintechnik und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten aber notwendig. Der Bundestag hat den Entwurf des Bundesrats aufgenommen (Bundestags-Drucksache 18/1581), ihn aber auch 2016 noch nicht beraten.

## Rettungsdienst – Notarzteinsätze

Die Bundesländer wollen den Rettungsdienst auf eine neue gesetzliche Grundlage stellen. Er soll als eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert werden (Bundesrats-Drucksache 69/14). Dies soll insbesondere dazu führen, dass die Kosten der Notfall-Einsätze immer von den Krankenkassen übernommen werden. Bisher ist dies nur der Fall, wenn der Einsatz zu weiteren Leistungen der Krankenkassen führt. Das hat nach Ansicht der Länder unnötige Krankenhauseinweisungen zur Folge. Der Bundestag hat den Gesetzentwurf der Länder angenommen, ihn aber noch nicht beraten (Bundestags-Drucksache 18/1289).

## Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat am 12. Dezember 2016 den Referentenentwurf für ein Gesetz zum Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Medikamenten in Deutschland zur Abstimmung vorgelegt. Damit reagiert der Minister auf ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes. Der EuGH hat am 19. Oktober 2016 entschieden, dass die deutsche Preisbindung für verschreibungspflichtige Medikamente gegen EU-Wettbewerbsrecht verstößt.

Im konkreten Fall ging es nicht um den Onlinehandel an sich, sondern um Vergünstigungen, die die „Deutsche Parkinson Vereinigung“ für ihre Mitglieder mit der niederländischen Versandapotheke DocMorris ausgehandelt hatte. Der EuGH hat die Preisnachlässe für rechtmäßig erklärt. Da EU-Recht Vorrang hat, würde demnach das deutsche Arzneimittelpreisrecht nicht für Versandapotheken gelten, die ihren Sitz in anderen EU-Ländern haben. Für die in Deutsch-

land ansässigen Versandapotheken würden dagegen weiter die deutschen Vorschriften mit der Bindung an den Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel gelten.

Ziel des Gesetzes ist laut Bundesgesundheitsministerium, „die bestehende Struktur der flächendeckenden, wohnortnahen und gleichmäßigen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln auch weiterhin zu gewährleisten“. Gleichzeitig will Gröhe sicherstellen, „dass die Steuerungsfunktion der sozialversicherungsrechtlichen Zuzahlungsregelungen nicht durch den mit Boni verbundenen Versand verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus anderen Staaten unterlaufen wird“. Deutschland, so Gröhe, schließe sich damit 21 Mitgliedstaaten der EU an, in denen der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Humanarzneimitteln verboten ist.

**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:

---

---

---