

AOK-Medienservice

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

Thema

02/15

 @AOK_Politik



REFORMJAHR 2015

AMS-INTERVIEW: JÜRGEN GRAALMANN ZU REFORMEN	
■ „DIE GROSSE KOALITION KÖNNTE MUTIGER SEIN“	2
AMS-GRAFIK 1:	
■ REFORMEN UND DIE FINANZIELLEN AUSWIRKUNGEN	7
KRANKENHAUS-STRUKTURGESETZ (KHSG)	
■ QUALITÄT IN DER KRANKENHAUSPLANUNG VERANKERN	8
GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ (GKV-VSG)	
■ KLEINTEILIGES MOSAIK AUS EINZELMASSNAHMEN	12
AMS-GRAFIK 2	
■ MEHR VERTRAGSÄRZTE, NOCH MEHR VERGÜTUNG	15
PRÄVENTIONSGESETZ (PRÄVG)	
■ NACH ZEHN JAHREN UND DREI FEHLVERSUCHEN	16
E-HEALTH-GESETZ	
■ GEMÄSSIGTER EINSTIEG IN MODERNE INFORMATIONSWELT	21
HOSPIZ- UND PALLIATIVGESETZ (HPG)	
■ PFLEGE UND HOSPIZARBEIT STÄRKER VERNETZEN	24
ZWEITES PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ	
■ NAGELPROBE FÜR DIE REFORM DER PFLEGEVERSICHERUNG	27
ANTI-KORRUPTIONSGESETZ	
■ GELDSTRAFEN ODER FREIHEITSSTRAFE BIS ZU DREI JAHREN	30
AMS-SERVICE:	
■ ZAHLEN – FAKTEN – LINKS	32

ams-Interview: Jürgen Graalman zu Reformen in GKV und Pflege

„Die Große Koalition könnte mutiger sein“

30.06.15 (ams). Die Krankenhaus-Strukturreform (KHSR) macht Qualität zum Kriterium der Klinikplanung. „Wir plädieren seit langem dafür“, würdigt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, diesen Schritt im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams). Allerdings bleibe die mangelnde Investitionsbereitschaft der Länder ein Thema. „Sie haben lediglich bekundet, ihre Investitionen nicht unter den Durchschnitt des Zeitraums 2012 bis 2014 zu senken. Nur waren deren Investitionen auch in dieser Zeit bei weitem nicht ausreichend.“ Voraussichtlich am Donnerstag (2. Juli) wird der Deutsche Bundestag das KHSR in erster Lesung beraten. Es ist eine von drei tragenden Säulen des Reformgebäudes der Großen Koalition. Jürgen Graalman wünscht sich jedoch insgesamt mehr Stringenz und Mut in Union und SPD bei der Umsetzung ihres Reformpakets.



Jürgen Graalman ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, E-Health-Gesetz, Krankenhausreform, Präventionsgesetz, Pflegestärkungsgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz – die Liste aktueller Gesetzesvorhaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ließe sich noch verlängern. Geht die Große Koalition jetzt den seit langem angeordneten Strukturumbau der gesetzlichen Krankenversicherung, der GKV, an?

Graalman: In der Tat, gemessen an der Quantität könnte 2015 zu einem Reformjahr für GKV und Pflege werden. Die Große Koalition hat insgesamt elf Gesetzesvorhaben bereits umgesetzt oder auf den Weg gebracht. Hier legen Union und SPD ein hohes Tempo vor, mit weitgehend pragmatischen Ansätzen. Dabei haben die Regierungsparteien offensichtlich nicht den Anspruch einer umfassenden Reform des Gesundheitswesens aus einem Guss.

Was fehlt nach Ihrer Ansicht?

Graalman: Wir brauchen gesundheitspolitische Stringenz, die die medizinische Versorgung konsequent an Qualität und am Nutzen für den Patienten ausrichtet. Seit den 90er-Jahren wird davon gesprochen, wie notwendig es sei, die derzeitige Trennung zwischen ambulant und stationär zu beenden. Doch statt die ambulante und die stationäre Versorgung stärker am Bedarf der Patienten zu orientieren, verfestigt die Große Koalition die strikte Trennung: Das Versorgungsstärkungsgesetz für die ambulante Versorgung ist bereits verabschiedet, die Krankenhausreform kommt erst noch. Damit ist erneut die Chance vertan, die Versorgung sektorenübergreifend am Bedarf vor Ort auszurichten. Der geplante Innovationsfonds

kann das nur kaschieren. Zwar geht nun das KHSG in die richtige Richtung: Es ist gut, dass Bund und Länder Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung einführen wollen und sollen. Aber die Umsetzungsfristen sind lasch, bessere Qualität wird aufgeschoben. Und allein durch qualitätsabhängige Zu- und Abschläge wird der Umbau der Kliniklandschaft kaum vorankommen. Als ob der Patient davon profitierte, dass seine Krankenkasse für eine schlechtere Behandlung weniger bezahlt hat. Mit anderen Worten: Der konkrete Nutzen für die Versicherten und die Patienten ist sehr vage. Äußerst konkret sind dagegen die absehbaren finanziellen Auswirkungen für die Kassen und damit für die Beitrag zahlenden Versicherten.

Sind aber höhere Investitionen der Krankenkassen nicht Voraussetzung für eine patientennähere Versorgung, gerade im ambulanten Bereich?

Graalman: Die Krankenkassen investieren doch schon jetzt jedes Jahr mehr Geld in die ambulante Versorgung. Allein von 2008 bis Ende 2014 sind die Honorare für die Vertragsärzte um 31 Prozent gestiegen, bei acht Prozent mehr Vertragsärzten in diesem Zeitraum. Aber nicht die Honorarsumme ist entscheidend, sondern die Frage, ob die Krankenkassen weiterhin bestehende regionale Überversorgung finanzieren sollen. Im Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes war noch die Regelung enthalten, dass freiwerdende Arztsitze in überversorgten Gebieten, also mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent, aufgekauft werden sollten. Daraus ist im Gesetzgebungsverfahren die künftige Obergrenze von 140 Prozent geworden. Es wird sich also nichts Wesentliches tun, obwohl die Kassen auch künftig mehr Honorar zahlen werden. Hier sollte die Große Koalition mehr Mut zu grundlegenden Reformen zeigen, genauso wie bei der Frage, wie eine patientennahe Versorgung gestaltet werden kann. Dazu wäre es sinnvoll gewesen, das bereits verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz und die geplante Krankenhausreform erheblich stärker aufeinander abzustimmen und sowohl am Bedarf der Patienten als auch am Nutzen für die Patienten auszurichten. Dazu gehört auch die Entwicklung einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung.

Ist aber der geplante Innovationsfonds nicht zumindest ein Weg, um die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgung auszuloten und auf diese Weise letztlich zu etablieren?

Graalman: Innovation klingt immer gut. Aber in seiner jetzigen Ausgestaltung bleibt der Innovationsfonds ein Paradoxon: Denn ausgerechnet die Institutionen, die für die sektorale Versorgung stehen, sollen im Gemeinsamen Bundesausschuss über Projekte entscheiden, die genau diese Sektoren überwinden sollen. Und die Krankenkassen, die das über ihre Beitragszahler finanzieren sollen, werden nicht verpflichtend beteiligt, sondern nur

„in der Regel“. Ich befürchte also: Es wird sich nichts Wesentliches tun, aber Geld kosten.

**Im stationären Bereich plant die Große Koalition konkretere Vorgaben:
So soll Qualität ein wichtiges Kriterium in der Krankenhausplanung werden.
Müsste sich die AOK da nicht freuen?**

Graalmann: Der Ansatz ist richtig! Wir plädieren seit langem dafür, dass auch die Ergebnisqualität in der stationären Versorgung zum maßgeblichen Kriterium wird. Dazu hat unser Wissenschaftliches Institut gemeinsam mit Klinik-Betreibern ein eigenes Verfahren entwickelt, die Qualitätssicherung mit Routinedaten, kurz QSR. Deshalb unterstützen wir ausdrücklich das Vorhaben von Bund und Ländern, bundesweite Qualitätsvorgaben in die Krankenhausplanung aufzunehmen. Ich kann mir nur schwer vorstellen, wie eine Landesregierung gegenüber den Bürgern begründen will, dass in ihrem Land Qualität eine geringere Rolle spielen soll als in den anderen Bundesländern. Auch die Absicht, dass die Länder Abteilungen mit dauerhaft nachgewiesener schlechter Qualität vom Netz nehmen können, geht noch in die richtige Richtung, vorausgesetzt, dass unter dauerhaft kein langjähriger Zeitraum zu verstehen ist. Hier können Versicherte mehr Mut im Sinne von Patientensicherheit und hoher Versorgungsqualität erwarten, auch und gerade im Sinne der Ärzte und der Pflegekräfte in den Kliniken.

Welches Potenzial könnte hier der geplante Strukturfonds entfalten?

Graalmann: Der Strukturfonds kann sicherlich dabei helfen, die Krankenhauslandschaft stärker am Bedarf der Patienten auszurichten. Nehmen Sie zum Beispiel Wirbelsäulen-OPs. Fast die Hälfte aller Krankenhäuser in Deutschland macht solche Eingriffe. Aber 20 Prozent dieser Häuser verzeichnen weniger als 16 Fälle pro Jahr. Das heißt: nur alle drei Wochen eine Wirbelsäulen-OP. Diese Häuser haben nur wenig Erfahrung. Und wir wissen, dass die Qualität einer Behandlung auch von der Anzahl der Eingriffe, also von der Erfahrung abhängt. Deshalb plädieren wir dafür, über Qualitätskriterien und auch Mindestzahlen für bestimmte OPs die Kliniklandschaft zum Nutzen der Patienten umzugestalten. Es muss nicht jedes Krankenhaus alles bieten, auch nicht jedes zweite. Zielführend ist vielmehr eine qualitätsorientierte Spezialisierung der Krankenhauslandschaft. Daneben muss natürlich die wohnortnahe Basisversorgung gewährleistet bleiben.

Aber hätte das nicht gravierende Auswirkungen auf die Erreichbarkeit, wenn sich Kliniken stärker spezialisieren?

Graalmann: Wir haben das am Beispiel der Hüftendoprothesen durchgespielt. Das machen knapp 1.200 Krankenhäuser. Würden die 20 Prozent der Kliniken mit den schlechtesten Qualitätsergebnissen keine Hüft-OP mehr anbieten, würde sich die durchschnittliche Fahrtzeit für die Patienten um zwei Minuten verlängern. 120 Sekunden für bessere Qualität.

Am Strukturfonds sollen sich auch die Länder beteiligen. Die ersten Bundesländer verweisen bereits auf Schwierigkeiten.

Graalmann: Hier zeigt sich, auf welchen tönernen Füßen die Finanzierungsbeitragung der Länder steht. Sie haben lediglich die Bereitschaft bekundet, ihre Investitionen nicht unter den Durchschnitt des Zeitraums 2012 bis 2014 zu senken. Nur waren deren Investitionen auch in dieser Zeit bei weitem nicht ausreichend. Und wie sich die Länder am Strukturfonds beteiligen werden, ist noch nicht absehbar. Im Gegensatz zu den Belastungen für die gesetzlichen Krankenkassen. Im Gesetzentwurf sind Mehrkosten von fast fünf Milliarden Euro bis zum Jahr 2020 vorgesehen.

Höhere Ausgaben für die Kassen plant die Große Koalition auch im Bereich Prävention ...

Graalmann: ... nicht einfach höhere Ausgaben, denn schon jetzt gibt die AOK pro Versicherten mehr aus als gesetzlich vorgesehen. Künftig wird den Kassen viel weitgehender als bisher vorgeschrieben, für welche Aufgaben sie das Geld ausgeben sollen. Und darüber entscheiden dann auch Institutionen und Gremien, die an der Finanzierung gar nicht beteiligt sind. Als Gesundheitskasse wissen wir aus eigener Erfahrung sehr gut, wie wir die Menschen vor Ort in ihren Lebenswelten erreichen können, ob in der KiTa, in der Familie oder am Arbeitsplatz.

Aber die Versicherten können doch von einer insgesamt stärker aufeinander abgestimmten Prävention der unterschiedlichen Träger nur profitieren.

Graalmann: Ohne Frage. Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist das gängige Praxis. Für eine Koordinierung bedarf es aber keiner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die künftig zudem noch aus Beitragsgeldern der Kassen finanziert wird. Wir werden unser Engagement für die Gesundheitsförderung mit Qualitätsanspruch weiter ausbauen. Prävention bleibt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

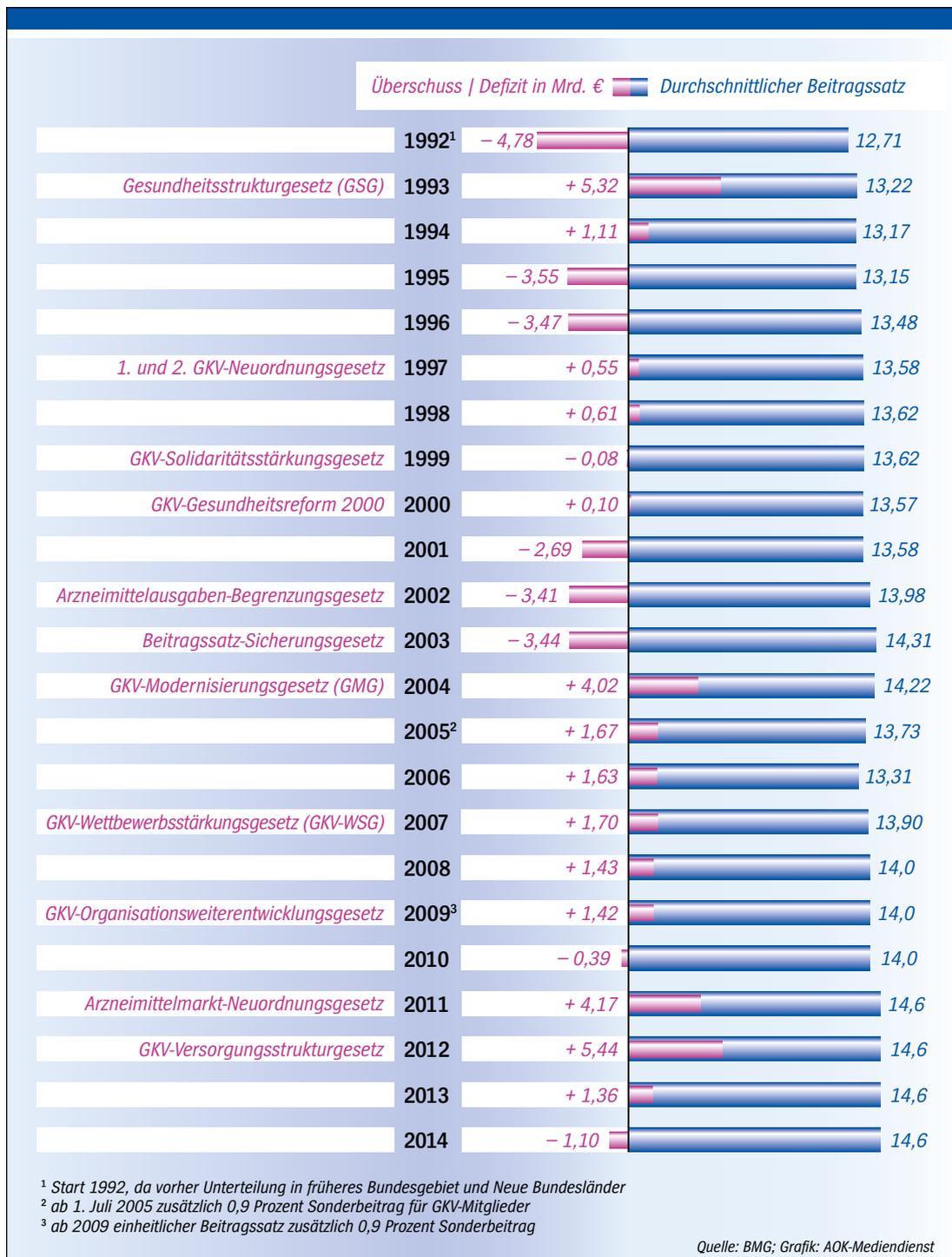
Im Bereich E-Health beziehungsweise bei der elektronischen Gesundheitskarte, dem ehemals weltweit größten Telematik-Vorhaben, will die Große Koalition nach zehnjähriger Dauer endlich weitergehende Erfolge vorweisen als ein Passfoto auf der Versichertenkarte. Ist die Bundesregierung hier auf dem richtigen Weg?

Graalmann: Zumindest zeigt die Große Koalition, dass sie es mit dem Thema ernst meint. So sind Sanktionen vorgesehen, wenn bestimmte Fristen nicht eingehalten werden. Doch auch hier ist die Frage, was die Versicherten davon haben, wenn ihr Arzt künftig Geld dafür erhält, dass er den Arztbrief digital und nicht mehr analog auf Papier erstellt. Sozusagen Briefporto für eine E-Mail. Hierzu passt auch, dass im „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ ein Medikationsplan in Papierform vorgesehen ist. Dieses E-Health-Gesetz ist nicht mehr und nicht weniger als der Versuch, all das endlich auf den Weg zu bringen, was bisher schon vorgesehen war und für das die Krankenkassen schon rund eine Milliarde Euro bezahlt haben. Es wird Zeit, dass auch im Gesundheitswesen Datennutzung auf höchstem Niveau mit dem notwendigen Schutz der Patientendaten zum Standard wird.

In der Pflegeversicherung ist ein erster Reformschritt bereits gemacht, die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll nun im Zweiten Pflegestärkungsgesetz folgen.

Graalmann: Die Große Koalition ist die notwendigen Reformen in der Pflegeversicherung sehr konsequent angegangen. Sie hat insgesamt die richtigen Weichen gestellt. Das betrifft die verbesserten Leistungen im Ersten Pflegestärkungsgesetz genauso wie die nunmehr absehbare Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. durch zwei Modellprojekte. Nach vielen Jahren der Diskussion wird nun geliefert. Die Pflege bekommt in der Gesundheitspolitik einen höheren Stellenwert, und das ist richtig so und entspricht ihrer gesellschaftlichen Bedeutung.

(Interview: bho)



Überschüsse und Defizite wechseln sich in der gesetzlichen Krankenversicherung seit Anfang der 90er-Jahre ab. Dabei folgte häufig auf ein Minus die Kostenbremse, wie 1993 oder 2004.

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

Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSZ)

Behandlungsqualität in der Krankenhausplanung verankern

30.06.15 (ams). Die Große Koalition hat 2015 zahlreiche Gesetze bereits auf den Weg gebracht oder noch in Vorbereitung. Der ams-Politik gibt im Folgenden einen Überblick über die wichtigsten Vorhaben in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung (Mitarbeit: Thomas Rottschäfer).

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSZ) ist neben dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für den ambulanten Bereich und den beiden Gesetzen zur Pflegereform die dritte tragende Säule im gesundheitspolitischen Bauplan der Großen Koalition. Die Vorlage für das Gesetz hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe geliefert. Das Eckpunktepapier vom Dezember 2014 war die Basis für den am 10. Juni 2015 vom Bundeskabinett auf den Weg gebrachten Gesetzentwurf.

Mit dem KHSZ will die Bundesregierung insbesondere den Aspekt Qualität als weiteres maßgebliches Kriterium in der Krankenhausplanung verankern. Mit einem Milliarden-Fonds sollen zudem die Strukturen der stationären Versorgung verbessert werden. Nach Berechnungen des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen rollen durch die geplanten Maßnahmen allein von 2016 bis 2020 Mehrkosten von rund fünf Milliarden Euro auf die Krankenkassen zu.

Maßnahmen für bessere Qualität

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll laut Gesetzentwurf Indikatoren entwickeln, mit denen sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser messen, vergleichen und bewerten lassen. Die Qualitätsindikatoren sollen sich zudem als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen. Bei dieser Aufgabe wird der GBA vom neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt, das sich bereits im Aufbau befindet.

Das IQTIG kann bei seiner Arbeit insbesondere an das maßgeblich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) entwickelte Verfahren zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) anknüpfen. Die AOK setzt Daten aus diesem Verfahren bereits seit mehreren Jahren erfolgreich zur Information von Patienten in ihrem Krankenhausnavigator ein.

Das Einhalten der Qualitätsvorgaben will die Politik konsequenter als bisher durchsetzen. Kliniken, die die Qualitätsvorgaben dauerhaft nicht einhalten, müssen damit rechnen, aus dem Krankenhausplan des Landes zu fallen. Die

Bundesländer sollen ergänzend eigene Qualitätsvorgaben machen dürfen. Diese sollen die bundesweiten Qualitätsvorgaben aber möglichst nicht unterschreiten.

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

Mindestzahl an Behandlungen

Auch die Krankenhausvergütung soll sich künftig stärker an der Qualität orientieren. Dazu sieht der Gesetzentwurf Zuschläge und Abschläge für Leistungen vor, „die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden“. Die Mindestmengenregelung soll rechtssicher ausgestaltet werden. Dabei geht es darum, dass die Abrechnung von Krankenhausleistungen in bestimmten Bereichen an eine Mindestzahl entsprechender Behandlungen gebunden ist. Mindestmengen können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität leisten – zum Beispiel bei der Versorgung von Frühchen.

Mit einem zusätzlichen Förderprogramm will die Bundesregierung dafür sorgen, dass die Kliniken wieder mehr Pflegestellen einrichten. Von 2016 bis 2018 erhalten die Krankenhäuser „für die Pflege am Bett“ stufenweise bis zu 660 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich. Auch nach Auslaufen des Programms sollen die Kliniken jährlich weitere zusätzliche Fördermittel von bis zu 330 Millionen Euro erhalten.

Angleichung der Landesbasisfallwerte

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung will die Bundesregierung insbesondere auf eine weitere Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte hinwirken. Sie sind seit 2010 die Berechnungsgrundlage für die Höhe der Vergütung von stationären Leistungen in einem Bundesland.

Um die Krankenhausvergütung insgesamt realistischer planen zu können, wollen Union und SPD die bisher freiwillige Teilnahme der Kliniken an der Kalkulation der bundesweiten stationären Entgeltsysteme (Fallpauschalen) durch ein repräsentatives System ersetzen. Im KHSG sind zudem Maßnahmen zur besseren Steuerung der Leistungsmengen vorgesehen.

Mit dem Gesetz will die Große Koalition auch den gesetzlichen Rahmen für Sicherstellungszuschläge präziser regeln. Entsprechende Zuschläge erhalten Krankenhäuser, die sich über die DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzieren können, die aber für die Krankenhausversorgung in einer bestimmten Region wichtig sind.

Gesetzliche Krankenversicherung und Bundesländer sollen jeweils 500 Millionen Euro in einen neuen Fonds einzahlen. Mit dem Geld sollen zum Beispiel Krankenhäuser in Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden. Dadurch soll vornehmlich in Ballungszentren stationäre Überversorgung verringert werden. Eine Beteiligung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung an den Kosten des Strukturumbaus ist bislang nicht vorgesehen. Geld aus dem Strukturfonds erhalten Krankenhäuser zusätzlich zur notwendigen Investitionsförderung.

Länderbeteiligung bleibt auf Sparflamme

Im System der deutschen Krankenhausfinanzierung sind die Bundesländer für die Finanzierung von Investitionskosten zuständig. Die Krankenkassen bezahlen die Behandlungsleistungen. Im Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 5. Dezember 2014 haben sich die Länder verpflichtet, für die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern „mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beizubehalten“. Damit würde der Beitrag der Länder auf niedrigem Niveau festgeschrieben. Denn die Länder haben ihre gesetzlichen finanziellen Verpflichtungen in den vergangenen Jahren immer weiter zurückgefahren.

Das Gesetz ist nach Darstellung der Bundesregierung trotz zahlreicher Regelungen zur föderalen Krankenhausplanung zustimmungsfrei formuliert. Das heißt, dass die Bundesländer dem Gesetz nicht zustimmen müssen. Bundesregierung und Koalitionsfraktionen wollen den Gesetzentwurf parallel in den Bundestag einbringen, um das Gesetzgebungsverfahren zu beschleunigen.

Krankenkassen gehen in Vorleistung

Aus Sicht der AOK ist der Gesetzentwurf grundsätzlich geeignet, den Qualitätsansatz bei der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten in den deutschen Krankenhäusern zu stärken. Allerdings lasse sich dieses Ziel wegen der komplexen Umsetzungsschritte und der Länderrechte bei der Krankenhausplanung bestenfalls mittelfristig erreichen.

Dagegen schlagen bei den Krankenkassen erhebliche Mehrausgaben sofort zu Buche. Die Krankenhausreform bürdet der gesetzlichen Krankenversicherung auch nach der zurückhaltenden Schätzung der Bundesregierung Mehrkosten in Milliardenhöhe auf. Der AOK-Bundesverband setzt sich deshalb dafür ein, die Ausgaben für das Hauptziel der Reform – den qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft – mit dem Erreichen konkreter Qualitätsziele zu verbinden. Das grundlegende Problem der Unterfinanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder werde im Gesetzentwurf völlig ausgeblendet, kritisiert der AOK-Bundesverband. Dieses strukturelle Defizit werde auch durch den vorgesehenen Strukturfonds nicht ausgeglichen.

Parlamentarischer Zeitplan (Stand 22. Juni 2015):

- Eckpunktepapier der Bund/Länder-AG: 5. Dezember 2014
- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 28. April 2015
- Gesetzentwurf Bundesregierung: 10. Juni 2015
- Erste Lesung Bundestag: 2./3. Juli 2015
- Erster Durchgang Bundesrat: 10. Juli 2015
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: 9. September 2015
- Verabschiedung im Bundestag: 15./16. Oktober 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 6. November 2015
- Inkrafttreten: 1. Januar 2016

Das Dossier „Krankenhaus“:
www.aok-presse.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Krankenhaus

Die ams-Themenausgabe „Zehn Jahre Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“:
www.aok-presse.de > AOK-Medienservice > ams-Thema > Ausgabe 03/13

Der AOK-Krankenhausnavigator:
www.aok-krankenhausnavigator.de

Das Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten:
www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de



GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Kleinteiliges Mosaik aus Einzelmaßnahmen

30.06.15 (ams). Der Bundestag hat am 11. Juni 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) verabschiedet. Mit dem Gesetz wollen Union und SPD die ambulante ärztliche Versorgung verbessern. Finanzielle Anreize sollen Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung in strukturschwachen Regionen bewegen. Im Gegenzug soll die Überversorgung mit Ärzten in Ballungszentren reduziert werden.

Das GKV-VSG enthält viele Einzelregelungen für unterschiedliche Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung. Mehr Patientenorientierung erwartet sich die Bundesregierung insbesondere von der Einrichtung von Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und einem Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten medizinischen Eingriffen.

Regelungen gegen Unter- und Überversorgung

Ärztinnen und Ärzte, die sich in Versorgungsbereichen mit unterdurchschnittlicher ambulanter Versorgung niederlassen, erhalten durch das GKV-VSG eine bessere Vergütung. Um die hausärztliche Versorgung zu stärken, werden mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner finanziert. Krankenhäuser und Hochschulambulanzen sollen mehr ambulante Leistungen erbringen dürfen, um mögliche Lücken in der ambulanten Versorgung zu schließen. Auch um die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Versorgung zu verbessern, dürfen Kliniken mehr ambulante Leistungen übernehmen. Insbesondere für Kommunen wird durch das Gesetz der Gestaltungsspielraum bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erleichtert. Auch Praxisnetze sollen weiter gefördert werden.

Dort, wo es zu viele Ärzte einer Fachrichtung gibt, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) frei werdende Arztsitze aufkaufen und nicht wieder besetzen. Die Vorgaben dazu sind allerdings im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens deutlich aufgeweicht worden. So „soll“ eine KV erst aktiv werden, wenn für bestimmte Arztgruppen und Planungsbereiche ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist. Als Überversorgt gilt ein Bereich aber bereits, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent erreicht hat. Ab diesem Wert „kann“ die KV wie bisher bereits Arztsitze aufkaufen. Das ist in der Praxis allerdings nur in Ausnahmefällen geschehen.

Mit sogenannten Terminservicestellen sollen die KVen dafür sorgen, dass Patienten innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten. Die Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung (KVB) muss dem Bundesgesundheitsministerium jährlich Bericht erstatten, ob und wie das in der Praxis funktioniert.

Anspruch auf ärztliche Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten planbaren medizinischen Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation. Diese Zweitmeinung sollen aber nur spezialisierte Fachleute oder Einrichtungen äußern. Als Mindeststandard gelten langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet, Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes zu Diagnostik und Therapie in dem betreffenden Gebiet und zu Therapiealternativen. Für welche Krankheitsbilder die Zweitmeinung obligatorisch sein soll, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) festlegen. Krankenkassen können zusätzlich in ihren Satzungen Angebote zur Zweitmeinung festlegen.

Weitere Regelungen im GKV-VSG:

- Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftige erhalten Anspruch auf zusätzliche zahnmedizinische Präventionsleistungen.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sollen medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Ein besseres Entlassmanagement soll dazu beitragen, dass die Versorgung von Patienten beim Übergang vom Krankenhaus zum niedergelassenen Arzt ohne Probleme funktioniert. Krankenhausärzte dürfen deshalb in begrenztem Umfang Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verschreiben.
- Medizinprodukte der beiden höchsten Risikoklassen (IIb und III) müssen künftig eine Nutzenbewertung durchlaufen, bevor sie als Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt werden.
- Im Bereich der Ärztevergütung kommt eine sogenannte Konvergenzregelung zur Anwendung. Danach bekommen diejenigen KVen eine Ausgleichszahlung, die von den Krankenkassen bisher eine – regional bedingt - unter dem Bundesschnitt liegende Gesamtvergütung erhalten.
- Über einen Innovationsfonds werden Versorgungsprojekte und die Versorgungsforschung mit jährlich 300 Millionen Euro gefördert.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis 2016 weitere chronische Erkrankungen benennen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) eingerichtet werden.
- Krankenkassen erhalten mehr Gestaltungsspielraum für eigene Versorgungsverträge (Selektivverträge) mit Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern und anderen Vertragspartnern.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss überarbeitet die Richtlinien zur

psychotherapeutischen Versorgung. Die Befugnisse von Psychotherapeuten werden erweitert. Sie dürfen künftig zum Beispiel Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation, Krankentransporte, Krankenhausbehandlung sowie Soziotherapie selbst verordnen.

- Versicherte haben jetzt einen Anspruch auf „unterstützendes Krankengeldfallmanagement“ durch ihre Krankenkasse. Um häufig auftretende Probleme beim Nachweis fortdauernder Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, reicht es künftig, wenn Beschäftigte, deren Arbeitsunfähigkeit am Freitag endet, am darauffolgenden Montag eine Folgebescheinigung vom Arzt erhalten; der Samstag gilt dabei nicht als Werktag.
- Der sogenannte Apothekenabschlag, den die Apotheken den Krankenkassen als Großkunden für jedes verordnete Medikament gewähren müssen, wird jetzt gesetzlich festgelegt und nicht mehr zwischen Kassen und Apotheken ausgehandelt.
- Die Zahl der hauptamtlichen Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) wird auf höchstens ein Viertel der Mitglieder begrenzt. Zudem wird den MDK-Verwaltungsräten ein Beirat zur Seite gestellt, der vor jeder Entscheidung anzuhören ist. In diesem Beirat sitzen je zur Hälfte Vertreter von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen sowie der Pflegeanbieter. Bestellt werden die bis zu acht Mitglieder durch die zuständige Sozialaufsicht des Bundeslandes. Der Beirat muss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes gebildet werden.
- Der Regressanspruch der Krankenkassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird eingeschränkt.

Der Parlamentarische Ablauf

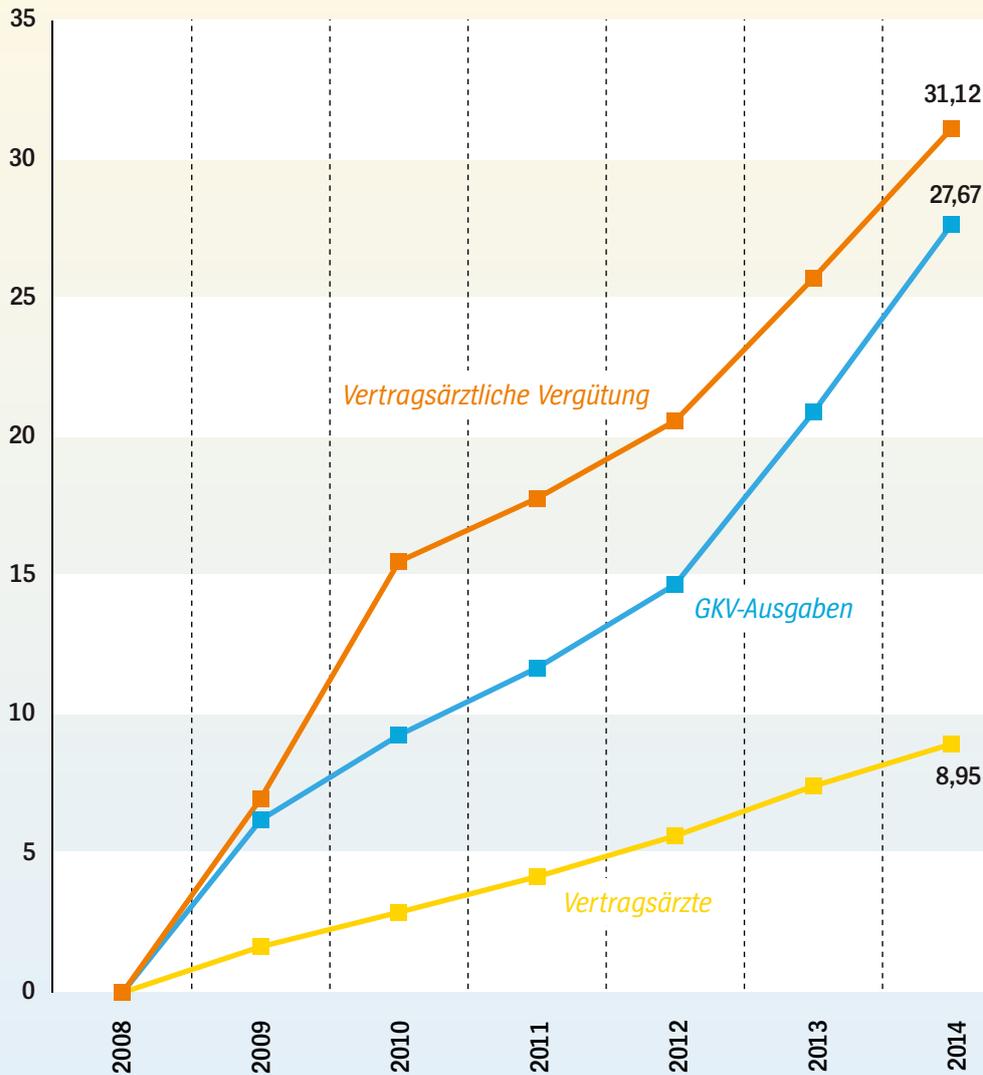
- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 21. Oktober 2014
- Gesetzentwurf Bundesregierung: 17. Dezember 2014
- Erster Durchgang Bundesrat: 6. Februar 2015
- Erste Lesung Bundestag: 5. März 2015
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: 23. März 2015
- Verabschiedung im Bundestag: 11. Juni 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. Juli 2015
- Inkrafttreten: am Tag nach Verkündung im Bundesgesetzblatt (voraussichtlich im August 2015)

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



Mehr Vertragsärzte, noch mehr Vergütung

Veränderungen in Prozent



Quelle: BMG, KV45; Grafik: AOK-Mediendienst

Mit 37,5 Milliarden Euro waren 2014 die Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen der zweitgrößte Ausgabenblock der Krankenkassen. Während die GKV-Ausgaben insgesamt von 2008 bis 2014 um fast 28 Prozent stiegen, legte die vertragsärztliche Vergütung um gut 31 Prozent zu. Gleichzeitig wuchs die Zahl der Vertragsärzte nur um knappe neun Prozent.

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

Präventionsgesetz (PrävG)

Auf dem Weg – nach zehn Jahren und drei Fehlversuchen

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

Das Präventionsgesetz hat eine lange Vorgeschichte. Seit 2005 sind drei Gesetzgebungsverfahren im Sande verlaufen. Auch beim vierten Anlauf ist nicht alles rund gelaufen. Bei der Sachverständigenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages gab es viel Kritik. Sie galt insbesondere dem Aufbau neuer bürokratischer Strukturen und der mangelnden finanziellen Beteiligung von Ländern, Kommunen und privaten Krankenversicherern. Auch die Millionen-Subventionierung der staatlichen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch die Krankenkassen war bis zuletzt höchst umstritten. Zudem hat der Bundesrat eine Reihe von Änderungen angemahnt und durchgesetzt.

Bessere Präventionsberatung und Früherkennung

- Das Gesetz räumt Ärztinnen und Ärzten mehr Verantwortung bei der Präventionsberatung ein. „Sie sollen ihre Patienten ermutigen und begleiten, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen abzustellen und sie zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten motivieren“, heißt es in einer Erläuterung des Bundesgesundheitsministeriums. So sollen besser als bisher Personen aus gesundheitlich gefährdeten Zielgruppen erreicht werden: „Menschen in belastenden Lebenssituationen, Menschen mit sprachlich, sozial oder kulturell bedingten Barrieren sowie chronisch Kranke, bei denen das Auftreten weiterer Erkrankungen oder zusätzlicher gesundheitlicher Belastungen vermieden werden soll.“
- Die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden zu „präventiven Gesundheitsuntersuchungen“ weiterentwickelt. Ärzte sollen zusätzlich zur Krankheitsfrüherkennung auch individuelle gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren abfragen und ihre Patienten entsprechend beraten. Zur Beratung

gehört künftig die Klärung des Impfstatus. Die Vorsorge-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche beim Hausarzt (U- und J-Untersuchungen) werden bis zum 18. Lebensjahr erweitert. Einzelheiten legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest.

- Ärzte können eine Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung ausstellen. Die jeweilige Krankenkasse muss diese Empfehlung bei individuellen Angeboten zur Verhaltensprävention berücksichtigen. In puncto Gesundheitsförderung können Ärzte nicht nur auf Angebote von Sportvereinen, sondern auch auf Fitnessstudios verweisen.
- Schon bisher konnten Krankenkassen ihren Mitgliedern einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten gewähren. Jetzt sollen sie dies tun. Deshalb werden die Rahmenbedingungen verbindlicher geregelt. Präventionsmaßnahmen, für die es einen Bonus gibt, müssen bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Sie werden vom GKV-Spitzenverband festgelegt. Das Bonus-Spektrum wird erweitert. So können Kassen jetzt zum Beispiel auch Schutzimpfungen und deren Auffrischung belohnen.
- In anerkannten Kurorten sollen Vorsorge- und Präventionsleistungen verbessert werden. Das kostet die Krankenkassen voraussichtlich 15 bis 20 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr.

Höhere Primärprävention-Pflichtausgaben

Die Krankenkassen müssen ab 2016 mindestens sieben Euro je Versicherten zur Vorbeugung von Krankheiten ausgeben (Primärprävention). Aktuell liegt der gesetzliche Richtwert bei 3,17 Euro. Viele Krankenkassen investieren aber bereits jetzt deutlich mehr – allen voran die AOKs mit 4,61 Euro. Für die Krankenkassen entstehen aufgrund der vielfach jetzt schon über dem gesetzlichen Richtwert liegenden Förderung unterschiedlich hohe Mehrbelastungen. Das Ministerium spricht von 220 bis 240 Millionen Euro.

Vier der sieben Euro sind ab 2016 fest gebunden: Für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten sind jeweils zwei Euro vorgesehen. Von den zwei Euro für die Lebenswelten wiederum muss der GKV-Spitzenverband knapp ein Viertel (45 Cent) pauschal an die BZgA überweisen. Die staatliche Einrichtung mit Sitz in Köln soll Krankenkassen beraten und dabei unterstützen, Präventionsprojekte für spezielle Zielgruppen zu entwickeln. GKV-Spitzenverband und BZgA müssen bis zum 30. November 2015 vereinbaren, wie die Beauftragung der Einrichtung durch die Kassen gestaltet wird.

Union und SPD haben den Subventionsbetrag noch kurz vor der Verabschiedung im Bundestag um fünf Cent gekürzt – zunächst waren 50 Cent je Versicherten geplant. Die dem Bundesgesundheitsministerium unterstellte Institution erhält ab 2016 dennoch jährlich rund 31,5 Millionen Euro aus Beitragsmitteln der Krankenkassen.

Bessere Impfberatung

Nicht zuletzt unter dem Eindruck der jüngsten Masernausbrüche in Teilen Deutschlands sieht das Präventionsgesetz zusätzliche Anstrengungen für einen besseren Impfschutz und eine höhere Impfquote vor:

- Ärzte sollen bei Vorsorgeberatungen auch Impfeempfehlungen erteilen.
- Impfausweise oder Impfbescheinigungen erhalten ein Textfeld, in dem der Arzt Termine für die nächste Auffrischungsimpfung eingetragen kann. Den Impfausweis müssen künftig die Krankenkassen bezahlen. Bei bis zu 1,5 Millionen neuer Impfausweise pro Jahr kostet das jährlich rund eine Million Euro zusätzlich.
- Eltern müssen sich vor der Aufnahme ihres Kindes in eine Kindertagesstätte vom Arzt in Sachen Schutzimpfung beraten lassen. Legen sie eine solche Beratung nicht vor, kann das zuständige Gesundheitsamt Erziehungsberechtigte zu einem Gespräch laden. Weitergehende Regelungen der Länder bleiben hiervon ausdrücklich unberührt.
- In der abschließenden Sitzung des Gesundheitsausschusses haben die Regierungsfraktionen noch eine Regelung in das Gesetz aufgenommen, die die Ausbreitung von Infektionskrankheiten verhindern soll. So können die zuständigen Behörden Menschen, die nicht gegen Masern geimpft oder nachgewiesen immun sind, vorübergehend den Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen untersagen, wenn dort eine Masernerkrankung auftritt.
- Insbesondere mit Blick auf medizinisches Personal haben Union und SPD Arbeitgebern das Recht eingeräumt, personenbezogene Daten zum Impfstatus und Serostatus (Vorkommen spezifischer Antikörper im Blut) von Mitarbeitern zu erheben und zu verarbeiten, wenn dies für den Gesundheitsschutz erforderlich ist.

Nationale Präventionskonferenz

Um die Zusammenarbeit aller Beteiligten in Sachen Prävention zu verbessern und zu koordinieren, sieht das Gesetz den Aufbau einer „Nationalen Präventionskonferenz“ vor. Die Geschäftsstelle wird bei der BZgA angebunden. Das Gremium soll neue Strategien und Rahmenvereinbarungen zur Gesundheitsförderung erarbeiten. Im Grundsatz handelt es sich um eine Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, der Unfallkassen und der Rentenversicherung sowie der Länder und Kommunen. Beteiligt sind zudem die Spitzenverbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen können freiwillig an der Nationalen Präventionskonferenz teilnehmen. In diesem Fall würden sie jährlich mit 18 Millionen Euro an den Kosten beteiligt.

Mehr Gesundheitsförderung im Betrieb

Im Bereich der Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) hat das Präventionsgesetz insbesondere kleine und mittlere Betriebe im Blick. Ihnen sollen Organisation und Durchführung von Präventionsmaßnahmen erleichtert werden. Dazu sollen regionale Koordinierungsstellen eingerichtet werden, über die die Krankenkassen den Unternehmen in Zusammenarbeit mit Industrie- und Handelskammern oder Innungen und Handwerkskammern Beratung und Unterstützung anbieten. BGF und Arbeitsschutz werden enger miteinander verknüpft, indem zum Beispiel Betriebsärzte mehr als bisher in die Konzeption und Durchführung der Maßnahmen einbezogen werden.

Fördermittel für die Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Selbsthilfekontaktstellen erhalten von den Krankenkassen mehr Geld. Ab 2016 ist ein Richtwert von 1,05 Euro je Versicherter vorgesehen. Für 2015 beträgt der Beitrag 0,64 Euro. Die AOK fördert die Selbsthilfe im laufenden Jahr mit rund 16 Millionen Euro.

Prävention in Pflegeeinrichtungen

Der Gesetzgeber erteilt erstmals den Pflegekassen einen speziellen Präventionsauftrag für Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben und betreut werden. Dazu gehören zum Beispiel Bewegungsangebote, Sturzprävention, Maßnahmen für gesündere Ernährung sowie Angebote zur Unterstützung des seelischen Wohlbefindens (Entspannungsmaßnahmen, Gesprächsangebote, Ermöglichung des Aufrechterhaltens sozialer Kontakte). Die verpflichtenden Ausgaben der Pflegekassen für entsprechende Leistungen betragen 0,30 Euro je Versicherter. Das entspricht rund 21 Millionen Euro jährlich ab 2016.

Bessere Hilfe für Erwerbslose

Krankenkassen sollen Präventionsaktivitäten für Arbeitslose und insbesondere langzeitarbeitslose Menschen, deren berufliche Eingliederung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist, stärker mit den Jobcentern und Arbeitsagenturen verzahnen.

Regelungen für freiberufliche Hebammen

Der Zeitraum für die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe soll von bisher acht auf zwölf Wochen nach der Geburt erweitert, auf ärztliche Anordnung auch länger. Freiberuflich tätige Hebammen werden durch die Krankenkassen künftig bis zu zwölf Wochen lang finanziell unterstützt, um sie in die Lage zu versetzen, steigende Haftpflichtversicherungsbeiträge finanzieren zu können.

„Vorschaltregelungen“ zur Pflegereform

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) will die Bundesregierung ein neues System der Pflegebegutachtung einführen. Es beinhaltet insbesondere die Umstellung von den bisherigen drei Pflegestufen auf ein System mit fünf Pflegegraden. Für die Umstellung, von der in erster Linie die Medizinischen Dienste der Krankenkassen betroffen sind, hat ein Expertenbeirat mindestens 18 Monate veranschlagt.

Da der Referentenentwurf für das PSG II erst am 22. Juni vorlag und das Gesetz frühestens im August ins Kabinett geht, hat die Bundesregierung am 29. April „Vorschalt-Regelungen“ auf den Weg gebracht und am 18. Juni 2016 mit dem Präventionsgesetz verabschiedet. Damit kann der GKV-Spitzenverband beauftragt werden, die Begutachtungsrichtlinie neu formulieren. Dadurch bliebe den MDKs ausreichend Zeit zur Vorbereitung auf das neue System.

Parlamentarischer Ablauf des Präventionsgesetzes:

- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 31. Oktober 2014
- Gesetzentwurf Bundesregierung: 17. Dezember 2014
- Erster Durchgang Bundesrat: 6. Februar 2015
- Erste Lesung Bundestag: 20. März 2015
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: 22. April 2015
- Verabschiedung im Bundestag: 18. Juni 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 10. Juli 2015
- Inkrafttreten: am Tag nach der Verkündung; Einzelregelungen am 1. Januar 2016 (Artikel 2 und 7)

Der Präventionsbericht der AOK und weitere Materialien:
www.aok-presse.de > **Gesundheit** > **Vorsorge**

„Gesunde Lebensräume schaffen“ – Positionspapier der AOK zur Prävention
www.aok-presse.de > **Pressemitteilungen** > **07.10.14**

Die AOK-Onlineplattform zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
www.aok-bgf.de



Das Dossier „Selbsthilfe“:
www.aok-selbsthilfe.de

E-Health-Gesetz

Gemäßigter Einstieg in die moderne Informationswelt

30.06.15 (ams). Das Gesundheitswesen sucht den Anschluss an das digitale Zeitalter. Der Prozess jedoch läuft schleppend. Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (E-Health-Gesetz) will die Bundesregierung die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen vorantreiben und dadurch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Telemedizinische Leistungen sollen erweitert und mit Zuschlägen gefördert werden können. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung beinhaltet konkrete Fristen und Sanktionen für den Fall des Nichteinhaltens. Die Krankenkassen kritisieren insbesondere, dass Ärzte und Krankenhäuser zusätzliches Geld für elektronische Kommunikation erhalten sollen, die im Internet-Zeitalter selbstverständlich sein müsse.

Als „Anschubfinanzierung“ in den Jahren 2016 und 2017 ist das Extrageld für Ärzte und Kliniken gedacht, die elektronisch untereinander kommunizieren. Krankenhäuser, die den Patienten ab Juli 2016 einen Entlassbrief nach der Behandlung nicht mehr im Umschlag mitgeben oder per Post schicken, sondern elektronisch an den behandelnden Arzt übermitteln, sollen einen Euro pro Brief erhalten. Für das „Einlesen“ bekäme der niedergelassene Arzt 50 Cent zusätzlich. Wenn er selbst seine Arztbriefe elektronisch versendet, soll er dafür jeweils 55 Cent erhalten. Ab 2018 sollen elektronische Briefe dann nur noch zusätzlich vergütet werden, wenn Ärzte und Krankenhäuser die gemeinsame Telematikinfrastuktur für das Gesundheitswesen nutzen. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt die Mehrausgaben durch die „Anschubfinanzierung“ auf bis zu 31 Millionen Euro jährlich.

Medikationsplan für mehr Arzneimittelsicherheit

Durch die Einführung eines Medikationsplanes will die Bundesregierung Gesundheitsgefahren durch Wechselwirkungen von Medikamenten verringern. Patienten, die mindestens fünf verordnete Mittel anwenden, erhalten laut Gesetzentwurf ab Oktober 2016 den Anspruch auf einen ärztlichen Medikationsplan. Inwieweit die Apotheker einbezogen werden, ist noch offen. Der Medikationsplan soll für eine Übergangszeit in Papierform erstellt werden und Regeln zur Einnahme der verordneten Arzneimittel enthalten. Auch er wird extra vergütet.

Zur besseren Aktualisierbarkeit ist zusätzlich ein elektronischer Medikationsplan vorgesehen. Die AOK hat bereits die technischen Voraussetzungen für die Anbindung an die Praxissoftware von Ärzten geschaffen. Langfristig ist das Speichern des Medikationsplanes auf der eGK vorgesehen.

Die Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) werden bisher bei weitem nicht ausgeschöpft. Jetzt will die Bundesregierung dafür sorgen, dass wenigstens das seit Jahren geplante freiwillige Speichern eines Notfalldatensatzes auf der eGK vorankommt. Ärzte, die für ihre Patienten einen Notfalldatensatz für die eGK erstellen oder aktualisieren, sollen dafür ebenfalls eine Extravergütung bekommen.

Ein modernes Stammdatenmanagement (Online-Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten in der Arzt- oder Zahnarztpraxis) soll ab 1. Juli 2016 in Testregionen erprobt und danach innerhalb von zwei Jahren bundesweit eingeführt werden. Damit sollen die Voraussetzungen für medizinische Anwendungen wie eine elektronische Patientenakte geschaffen werden. Ärzte und Zahnärzte erhalten für die neue Online-Prüfung der Versichertenstammdaten einen Vergütungszuschlag. Ab 1. Juli 2018 sind Vergütungskürzungen für alle vorgesehen, die sich nicht an dem Verfahren beteiligen.

Versäumnisse beim Aufbau der Telematik-Infrastruktur

Die Bundesregierung macht zudem Vorgaben für eine bessere Verknüpfung der informationstechnischen Systeme von Vertragsärzten, Apothekern und Krankenhäusern. Die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) soll dazu ein sogenanntes Interoperabilitätsverzeichnis aufbauen. Es soll helfen, die digitalen Anwendungen einzelner Berufsgruppen besser zu vergleichen und einander anzupassen.

Kritiker haben den Entwurf deshalb als „gematik-Gesetz“ bezeichnet. Es gehe weniger um zukunftsfähige neue Anwendungen, sondern vor allem darum, jahrelange Versäumnisse und Verzögerungen beim Aufbau einer zentralen Telematikinfrastruktur (TI) und bei der Weiterentwicklung der eGK aufzuholen.

Der Gesetzentwurf schreibt der gematik verbindliche Termine zur Bereitstellung von Technik für das Stammdatenmanagement und den Notfalldatensatz auf der eGK vor. Bei Nichteinhaltung der Termine droht den öffentlich-rechtlichen Gesellschaftern der gematik – in erster Linie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband – ab 2017 eine Kürzung des jeweiligen Haushalts um ein Prozent.

Der GKV-Spitzenverband hat dies kritisiert: Sanktionen müssten die Verursacher treffen. Das seien die Kassen beileibe nicht. Die Krankenkassen haben als alleiniger Kostenträger bisher bereits knapp eine Milliarde Euro aus Versichertenbeiträgen für die Entwicklung der eGK aufbringen müssen. „Der GKV-Spitzenverband und die gesetzlichen Krankenkassen stehen geschlossen hinter der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und einer Telematikinfrastruktur“, heißt es in einem Positionspapier des Krankenkassen-Dachverbandes. Durch Beschlüsse der Ärzte- und Zahnärzteschaft seien die Entwicklung von technischen Voraussetzungen und die praktische Umsetzung dagegen in den vergangenen zehn Jahren immer wieder blockiert worden.

Keine Parallelnetze zulassen

Der AOK-Bundesverband befürchtet, dass durch eine nicht präzise formulierte Gesetzgebung neben der IT-Struktur für das Gesundheitswesen Parallelnetze zugelassen werden könnten. Nur die gematik-Telematikinfrastruktur sei nachweislich in der Lage, die hohen Sicherheitsanforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik an die Übertragung sensibler Gesundheitsdaten zu erfüllen, heißt es in der AOK-Stellungnahme zum Gesetzentwurf. Zudem müsse der Gesetzgeber verhindern, dass weitere Beitragsgelder der gesetzlich Versicherten für den Betrieb verschiedener Infrastrukturnetze ausgegeben würden, die nicht miteinander kommunizieren könnten. Die AOK setzt sich zudem für eine Trennung der Zuständigkeiten für Aufbau und Entwicklung der technischen Infrastruktur auf der einen sowie für die inhaltlichen Anwendungen (Versichertenstammdatendienst, eRezept, Notfalldaten, elektronische Patientenakte) auf der anderen Seite ein.

Parlamentarischer Fahrplan für das E-Health-Gesetz:

- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 19. Januar 2015
- Gesetzentwurf der Bundesregierung: 27. Mai 2015
- Erste Lesung Bundestag: 3. Juli 2015
- Erster Durchgang Bundesrat: 10. Juli 2015
- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: Oktober 2015
- Verabschiedung im Bundestag: November 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: noch offen
- Inkrafttreten: 1. Januar 2016

Das Gesetz ist zustimmungsfrei formuliert.

Die Website der gematik:
www.gematik.de

Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte:
www.gkv-sv.de > Krankenversicherung > Telematik und Datenaustausch > eGK



Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Pflege und Hospizarbeit stärker miteinander vernetzen

30.06.15 (ams). Schwer kranke Menschen sollen in Deutschland künftig intensiver versorgt und in der letzten Lebensphase individueller betreut werden. Das sieht der von der Bundesregierung am 17. Juni in den Bundestag eingebrachte Entwurf für das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) vor. Vor allem in den ländlichen Regionen sollen Aus- und Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden. Die Debatte um das HPG bettet die Bundesregierung in die Diskussion um neue gesetzliche Regel zur Sterbehilfe ein. Dazu liegen dem Bundestag inzwischen vier fraktionsübergreifende Gruppenanträge vor.

Die im HPG-Entwurf vorgesehenen Neuregelungen in der Kranken- und Pflegeversicherung zielen darauf ab, Medizin, Pflege und Hospizarbeit stärker als bisher miteinander zu vernetzen und die Finanzierung stationärer Hospize zu verbessern. Die Tagessätze für Hospize werden pro Patient um mehr als 25 Prozent von derzeit rund 198 Euro auf rund 255 Euro angehoben. Zudem tragen die Krankenkassen künftig 95 statt 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die restlichen fünf Prozent erwirtschaften die Hospize weiter selbst. Damit soll die vornehmlich durch Spenden und Ehrenämter getragene Hospizbewegung erhalten bleiben. Dies entspricht laut Bundesregierung dem ausdrücklichen Willen der Träger.

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

Sterbebegleitung als Teil des Versorgungsauftrages

Die Palliativversorgung soll nach dem Willen der Bundesregierung Teil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, Patienten bei der Auswahl von Angeboten der Palliativ- und Hospizversorgung individuell zu beraten. Ärzte und Krankenkassen sollen sich auf Maßnahmen verständigen, die geeignet sind, die Ausbildung von Medizinern auf diesem Gebiet zu verbessern.

Die Sterbebegleitung soll auch Bestandteil des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Pflegeversicherung werden. Dazu können Pflegeheime künftig vertraglich mit Haus- und Fachärzten zusammenarbeiten. Pflegeheime und

Einrichtungen für Behinderte sollen für ihre Bewohner und mit ihnen die medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerische Betreuung in der letzten Lebensphase planen und organisieren. Die Kosten dafür sollen von den Krankenkassen übernommen werden.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich persönlich dafür eingesetzt, die Maßnahmen für eine bessere Palliativ- und Hospizversorgung im Zusammenhang mit der Parlamentsdebatte um den gesetzlichen Rahmen für die Sterbehilfe zu behandeln. Geprägt von persönlichen Erlebnissen und Einschätzungen der Abgeordneten hat der Bundestag bereits am 13. November 2014 über das Thema Sterbebegleitung und Sterbehilfe diskutiert. 2015 sind zwei weitere Bundestagsdebatten vorgesehen – die erste Anfang Juli. Dazu liegen inzwischen vier fraktionsübergreifende Gruppenanträge vor:

- Der Gesetzentwurf zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung wird unter anderen von den SPD-Abgeordneten Karl Lauterbach und Carola Reimann sowie von Peter Hintze (CDU) getragen. Er sieht vor, dass Ärzte freiwillig bei der Selbsttötung helfen können.
- Der Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird unter anderen getragen von Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg (beide Grüne) und Kathrin Vogler (Linkspartei). Danach soll geschäftsmäßige, das heißt eine auf Wiederholung angelegte Förderung der Hilfe zum Suizid strafbar sein. Familienangehörige und nahestehende Personen, die nicht geschäftsmäßig handeln, würden von der Strafbarkeit ausgenommen.
- Der Gesetzentwurf zur Straffreiheit bei Hilfe zur Selbsttötung wurde unter anderem von Renate Künast (Grüne) und Petra Sitte (Linkspartei) mitformuliert. Darin ist vorgesehen, es bei der geltenden Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid zu belassen, dies aber mit klaren Regeln rechtssicher zu gestalten. Lediglich die Beihilfe zur Selbsttötung aus Gründen des eigenen Profits soll verboten werden.
- Der „Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“ spricht sich für ein Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aus. Der Verstoß soll mit einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren bewehrt werden. Für diesen Antrag lagen bei Redaktionsschluss (24. Juni) noch keine Namen von Unterstützern vor.

Parlamentarischer Fahrplan für das HPG

- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 23. März 2015
- Gesetzentwurf Bundesregierung: 29. April 2015
- Erster Durchgang Bundesrat: 12. Juni 2015
- Erste Lesung im Bundestag: 17. Juni 2015

- Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages: 21. September
- Verabschiedung im Bundestag: 5./6. November 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 27. November 2015
- Inkrafttreten: 1. Januar 2016

Das Informationsangebot des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes:
www.dhpv.de

Informationen des GKV-Spitzenverbandes:
www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Hospiz- und Palliativversorgung



Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Nagelprobe für die Reform der Pflegeversicherung

30.06.15 (ams). Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) will die Bundesregierung noch in der laufenden 18. Legislaturperiode den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren bei der Pflegeeinstufung einführen. Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit soll dazu beitragen, dass nicht mehr zwischen körperlichen Einschränkungen einerseits und kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits unterschieden wird. Damit soll insbesondere pflegebedürftigen Demenzkranken geholfen werden. Der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen soll ausschlaggebend sein. Der Referentenentwurf liegt seit dem 22. Juni vor.

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

Zur Umsetzbarkeit der Reform hat es im zweiten Halbjahr 2014 zwei bundesweit angelegte Modellversuche gegeben. Das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) eingesetzte Begleitgremium zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kam in seinem im Mai 2015 veröffentlichten Abschlussbericht zu dem Ergebnis, dass das Neue Begutachtungsassessment (NBA) praktikabel sei.

Umstellung zum 1. Januar 2017

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

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

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

Reform der Qualitätsprüfungen

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

Schiedsstelle soll zum Qualitätsausschuss werden

Durch eine Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene will die Bundesregierung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Entscheidungen schneller als bisher getroffen werden. Dies soll vor allem die Neu- und Weiterentwicklung von Vorgaben zur Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung in der Pflege beschleunigen. Bisher haben die Verbände der Leistungserbringer die Weiterentwicklung von Qualitäts- und Transparenzvorgaben immer wieder durch ihr Veto behindern und Entscheidungen verzögern können.

Laut Referentenentwurf wird die bisherige „Schiedsstelle Qualitätssicherung“ zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss umgestaltet. Eine auch wissenschaftlich qualifizierte Geschäftsstelle soll dem Ausschuss zur Seite gestellt werden. Der Qualitätsausschuss soll mit jeweils bis zu zehn Vertretern der Pflegekassen und der Verbände der Pflegeeinrichtungen besetzt werden. Das Bundesgesundheitsministerium benennt einen unparteiischen Vorsitzenden. Vertreter weiterer Organisationen sollen oder können im Ausschuss vertreten sein, würden dann aber auf die Zahl der Mitglieder beider Seiten angerechnet.

Der AOK-Bundesverband hat die Pläne für die Reform des sogenannten „Pflege-TÜV“ bereits im Vorfeld ausdrücklich begrüßt. Sowohl die Überprüfung

der Pflegequalität als auch die Darstellung der Ergebnisse müssten dringend auf den Prüfstand. „Die breite Kritik an der derzeit geübten Praxis ist berechtigt. Ein Notensystem, das nur Einser vergibt, ist für eine Orientierung ungeeignet und muss als gescheitert betrachtet werden“, sagte Vorstandschef Jürgen Graalman. Die AOK setzt sich stattdessen für ein Modell ein, das stärker als bisher die Ergebnisqualität der Pflege misst und für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nachvollziehbar abbildet.

Voraussichtlicher parlamentarischer Ablauf für das PSG II:

Das Gesetz wird zustimmungsfrei formuliert.

- Referentenentwurf Bundesgesundheitsministerium: 22. Juni 2015
- Fachanhörung Bundesgesundheitsministerium: 9. Juli 2015
- Gesetzentwurf Bundesregierung: 12. August 2015
- Erster Lesung Bundestag: 24./25. September 2015
- Erster Durchgang Bundesrat: 25. September 2015
- Verabschiedung im Bundestag: 12./13. November 2015
- Zweiter Durchgang Bundesrat: 18. Dezember 2015
- Inkrafttreten: 1. Januar 2016

Zahlen, Daten und Fakten zur Sozialen Pflegeversicherung im Dossier:
www.aok-presse.de > Gesundheit > Pflege

Informationen für Pflegebedürftige und Angehörige im AOK-Pflegeportal:
www.aok.de > Gesundheit > AOK Pflegeportal

**Fachinformationen für Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen
im AOK-Gesundheitspartnerportal:**
www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege



Anti-Korruptionsgesetz

Geldstrafen oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren

30.06.15 (ams). Die Bundesregierung nimmt einen neuen Anlauf zur gezielteren strafrechtlichen Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Anti-Korruptionsgesetz). Der Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums vom 6. Februar 2015 war kurz nach Ostern Gegenstand einer Fachanhörung. Der ursprünglich für Mai angekündigte Kabinettsentwurf wird nach aktuellem Stand erst nach der parlamentarischen Sommerpause im September vorliegen.

Das geplante Gesetz hat zum Ziel, im Strafgesetzbuch den Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe zu verankern. Durch einen neuen Paragraphen 299a sollen strafrechtliche Lücken bei der Bekämpfung von „korruptiven Praktiken“ geschlossen werden. Entsprechende Delikte sollen mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren geahndet werden. In besonders schweren Fällen drohen für Bestechlichkeit oder Bestechung bis zu fünf Jahre Haft.

„Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt den Wettbewerb, verteuert medizinische Leistungen und untergräbt das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen“, heißt es im Referentenentwurf von Bundesjustizminister Heiko Maas. Wegen der erheblichen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens müsse man korruptiven Praktiken auch mit den Mitteln des Strafrechts entgegentreten. Das ist nach Darstellung des Bundesjustizministeriums nach der gegenwärtigen Rechtslage nur unzureichend möglich.

Alle Gesundheitsberufe werden einbezogen

Im Unterschied zu früheren Anläufen zur Korruptionsbekämpfung sollen vom neuen Straftatbestand nicht nur akademische und verkammerte Heilberufe einbezogen werden (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten), sondern alle Gesundheitsberufe, zum Beispiel Physiotherapeuten oder Logopäden. Bei einem Verdacht auf Fehlverhalten sollen laut Referentenentwurf auch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie private Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen Strafantrag stellen dürfen. Das entspricht einer seit langem erhobenen Forderung der gesetzlichen Krankenkassen. Mit einer ergänzenden Klarstellung (Paragraph 299a Strafgesetzbuch) will die Bundesregierung dafür Sorge tragen, dass Vereinbarungen und Kooperationen, die mit dem geltenden Sozial- und Berufsrecht vereinbar sind und sogar politisch gefördert werden (zum Beispiel Praxisnetze oder Verträge zur Integrierten

Versorgung), vom Unrechtstatbestand ausgeschlossen sind. Verträge, bei denen es in erster Linie um eine wirtschaftliche Versorgung der Patienten geht, sollen nicht zu strafrechtlichen Ermittlungen führen.

Ausdrückliche Aufforderung der Bundesrichter

Zeitgleich hat das Land Bayern im Bundesrat einen Gesetzesantrag vorgelegt, mit dem ebenfalls im Strafgesetzbuch ein Straftatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen eingeführt werden soll. Die Länderkammer hat diese Initiative am 6. Februar 2015 in die zuständigen Ausschüsse überwiesen.

Anlass für beide Gesetzesinitiativen ist ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) aus dem Jahr 2012. Danach ist es derzeit nicht illegal, wenn niedergelassene Ärzte Geschenke als Gegenleistung für die Verordnung von Medikamenten entgegennehmen. Der BGH hatte die Politik ausdrücklich aufgefordert, diese gesetzliche Lücke zu schließen. Ein entsprechender Gesetzentwurf der schwarz-gelben Bundesregierung wurde kurz vor der Bundestagswahl 2013 vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss überwiesen und konnte deshalb in der aktuellen Legislaturperiode nicht weiterverfolgt werden.

ams-Service

Zahlen – Fakten – Links

30.06.15 (ams). Von den **Gesundheitsausgaben im Kliniksektor** 2013 inklusive ambulanter Leistungen trug die **GKV 82,77 Prozent**, die PKV 9,95 Prozent. Die verbleibenden knapp acht Prozent entfallen auf Arbeitgeber (3,64 Prozent), private Haushalte (1,94) die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (1,21) und die öffentlichen Haushalte (0,49).

Zwischen 2004 und 2013 sank die Zahl der Krankenhäuser um **7,85 Prozent**. die Zahl der Betten nur um **5,77 Prozent**. **1.996 Kliniken** bundesweit verfügten 2013 über **500.671 Betten**.

Das **ärztliche Personal** stieg im gleichen Zeitraum um **24,91 Prozent**, das **nicht ärztliche** um **2,15 Prozent**. Bis 2007 war das nicht ärztliche Personal sogar um 3,2 Prozent zurückgegangen.

Auch der **ambulante Sektor** verzeichnet stetig steigende Arztlizenzen. Ende 2014 waren laut KBV **164.947 Ärzte** und psychologische Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. 2004 waren es 131.119, ein **Plus von 25,8 Prozent**.

267 Millionen Euro haben die Krankenkassen 2013 in **Prävention** investiert. Davon flossen 54 Millionen in die Betriebliche Gesundheitsförderung und 30 Millionen in die sogenannten Lebenswelten des Setting-Ansatzes. 183 Millionen Euro gingen individuelle Präventionsangebote. Mit **3,82 Euro pro Versicherten** wurde der gesetzliche Orientierungswert von 3,01 Euro deutlich übertroffen. **228 stationäre Hospize** gibt es in Deutschland. Dort werden jährlich etwa 30.000 Menschen betreut. 14 Einrichtungen davon sind speziell für Kinder. Etwa 15 Prozent der Krankenhäuser über Palliativstationen. Das macht bei bundesweit knapp 2.000 Kliniken rund **300 Palliativstationen**.

www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Prävention
> Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

www.bundesaerztekammer.de > Über uns > Ärztestatistik

www.kbv.de > Aktuell > Zahlen > Arztlizenzen

www.dkgev.de

www.gematik.de

www.bmg.bund.de > Themen > Krankenversicherung
> Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung

www.dhpv.de > Service > Hintergründe



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:

