

Informationen zu den Gesetzgebungsverfahren 2015 in den Bereichen Gesundheit und Altenhilfe

1. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
2. Präventionsgesetz
3. E-Health-Gesetz
4. Krankenhausstrukturgesetz
5. Hospiz- und Palliativgesetz
6. Pflegestärkungsgesetz II

Die Inhalte sind eine Zusammenfassung der vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten Erläuterungen der Gesetze. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des BMG unter www.bmg.bund.de

1. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Inkrafttreten zum 23.07.2015

- Das Gesetz gibt den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten, stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten zu setzen. Dazu wird die Einrichtung eines Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung erleichtert und die Fördermöglichkeiten werden erweitert.
- Die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren werden weiterentwickelt. Kommunen können durch Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums insbesondere in ländlichen Regionen aktiv die Versorgung mitgestalten.
- Ärzte sollen dort tätig sein, wo sie für eine gute Versorgung gebraucht werden. Künftig soll eine Praxis in einem überversorgten Gebiet nur dann nachbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung der Patienten auch sinnvoll ist. Diese Einzelfallentscheidung treffen Ärzte und Krankenkassen in den Zulassungsausschüssen vor Ort.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln.
- Um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.
- Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird verbessert, und strukturierte Behandlungsprogramme werden ausgebaut.
- Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.
- Bei bestimmten mengenanfälligen planbaren Eingriffen erhalten Versicherte einen Anspruch auf die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung.
- Bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten Versicherte mehr Wahlrechte.
- Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Anspruch auf zusätzliche Leistungen zahnmedizinischer Prävention.
- Versicherte erhalten einen Anspruch auf Krankengeld schon von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist.
- Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss mit einem Volumen von 300 Mio. Euro jährlich - zunächst in den Jahren 2016 bis 2019 - eingerichtet.
- Kranken- und Pflegekassen sollen künftig auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen verzichten. Das kann dazu beitragen, die Versicherungsprämien langfristig zu stabilisieren und den Versicherungsmarkt zu beleben, und hilft damit eine flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe dauerhaft sicherzustellen

AWO Stellungnahme unter http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/Stellungnahme_AWO_Bundesverband_zum_Ref_Entwurf_des_GKV_VSG.pdf

Kontakt im AWO Bundesverband: Juliane Zinke, juliane.zinke@awo.org

Stand: Juli 2015

2. Präventionsgesetz: Inkrafttreten zum 25.07.2015

- Der Gesetzentwurf setzt auf die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung: Neben der gesetzlichen Krankenversicherung werden die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung, die Pflegeversicherung und die Unternehmen der privaten Krankenversicherung eingebunden. In einer Nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen.
- Die Soziale Pflegeversicherung erhält einen neuen Präventionsauftrag, um künftig auch Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten erreichen zu können.
- Die Krankenkassen und Pflegekassen werden künftig mehr als 500 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention investieren. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen mit insgesamt mindestens rund 300 Mio. Euro jährlich.
- Ein weiterer Schwerpunkt ist die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb: Durch mehr Leistungen der Krankenkassen, eine verbesserte Beratung sowie eine engere Verknüpfung mit dem Arbeitsschutz sollen deutlich mehr Beschäftigte auch in kleinen und mittleren Unternehmen mit Präventionsangeboten erreicht werden.
- Das Präventionsgesetz fördert durch eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen die Impfprävention. Künftig soll der Impfschutz bei allen Routine-Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen überprüft werden. Auch Betriebsärzte sollen künftig allgemeine Schutzimpfungen vornehmen können. Bei der Aufnahme eines Kindes in die Kita muss ein Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorgelegt werden. Medizinische Einrichtungen dürfen die Einstellung von Beschäftigten vom Bestehen eines erforderlichen Impf- und Immunschutzes abhängig machen.
- Die bestehenden Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden weiterentwickelt. Künftig soll ein stärkeres Augenmerk auf individuelle Belastungen und auf Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, Präventionsempfehlungen auszustellen und damit zum Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Patienten beizutragen.
- Auf Grundlage einer nationalen Präventionsstrategie verständigen sich die Sozialversicherungsträger mit den Ländern und unter Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden auf die konkrete Art der Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen.
- Die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe wird durch das Präventionsgesetz um rund 30 Mio. Euro erhöht. Für Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen stellen die Krankenkassen ab dem Jahr 2016 je Versicherten 1,05 Euro zur Verfügung.

AWO Stellungnahme unter http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/2015-04-20_AWO_Stellungnahme_zum_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz_01.pdf

3. E-Health-Gesetz: vorauss. Inkrafttreten zum 01.01.2016

- Ein modernes Stammdatenmanagement (Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten) soll nach einer bundesweiten Erprobung in Testregionen ab dem 1. Juli 2016 innerhalb von zwei Jahren flächendeckend eingeführt werden. Damit werden die Voraussetzungen für medizinische Anwendungen wie z.B. eine elektronische Patientenakte geschaffen. Sobald die Anwendung zur Verfügung steht, erhalten Ärzte und Zahnärzte, die diese Anwendung nutzen, einen Vergütungszuschlag. Ab 1. Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärzte und Zahnärzte vorgesehen, die nicht an der Online-Prüfung der Versichertenstammdaten teilnehmen.
- Mit Notfalldaten eines Patienten ist ein Arzt sofort über alle wichtigen Daten, wie z.B. Allergien oder Vorerkrankungen informiert. Ab 2018 sollen diese Notfalldaten auf der Gesundheitskarte gespeichert werden können, wenn der Patient dies wünscht. Ärzte, die diese Datensätze erstellen, sollen eine Vergütung erhalten.
- Noch immer sterben mehr Menschen an unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen als im Straßenverkehr. Ein Medikationsplan, der alle Informationen über die vom Patienten angewendeten Arzneimittel enthält, sorgt für mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie. Mittelfristig soll der Medikationsplan dann über die elektronische Gesundheitskarte abrufbar sein.
- Arztbriefe sollen zur schnelleren Übertragung künftig elektronisch und nicht per Post versendet werden. Ärzte, die Arztbriefe sicher elektronisch übermitteln, sollen 2016 und 2017 eine Vergütung von 55 Cent pro Brief erhalten. Krankenhäuser, die ab dem 1. Juli 2016 Entlassbriefe elektronisch verschicken, sollen eine Vergütung von 1 Euro pro Brief erhalten. Ärzten soll das Einlesen des elektronischen Entlassbriefes mit 50 Cent vergütet werden. Spätestens ab 2018 werden elektronische Briefe nur noch vergütet, wenn für die Übermittlung die Telematikinfrastruktur genutzt wird.
- Ein Interoperabilitätsverzeichnis soll die von den verschiedenen IT-Systeme im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent machen und auf freiwilliger Basis für mehr Standardisierung sorgen. Das Verzeichnis soll auch ein Informationsportal für telemedizinische Anwendungen enthalten.
- Die im Gesetz vorgesehenen Fristen richten sich insbesondere an die mit der Umsetzung beauftragten Organisationen der Selbstverwaltung, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. So erhält die von der Selbstverwaltung getragene Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte Fristen und klare Vorgaben für den Abschluss ihrer Arbeiten. Es gibt Haushaltskürzungen bei den genannten Gesellschaftern, wenn die Frist nicht gehalten wird.

Zeitplan (vorauss.):

03.07.2015	1. Lesung Bundestag
10.07.2015	1. Durchgang Bundesrat
Oktober 2015	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags
November 2015	2./3. Lesung Bundestag
Dezember 2015	2. Durchgang Bundesrat

4. Krankenhausstrukturgesetz: vorauss. Inkrafttreten zum 01.01.2016

- Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtsicher ausgestaltet. Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus.
- Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Mio. Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft 330 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. Die dadurch geschaffenen neuen Stellen sollen ausschließlich der Pflege am Bett zu Gute kommen. Darüber hinaus soll beim BMG im Sommer eine Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung eingesetzt werden. Sie soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob bzw. wie der besondere Pflegebedarf von demenzkranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen in Krankenhäusern im DRG-System oder über Zusatzentgelte sachgerecht abgebildet werden kann. Zudem soll sie einen Vorschlag erarbeiten, um sicherzustellen, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.
- Zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten ferner in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. Zudem wird der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung von 10 auf 5 Prozent halbiert. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden präzisiert. Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert.
- Zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln werden Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.
- Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die notwendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitzustellen haben.

Zeitplan (vorauss.):

02.07.2015	1. Lesung Bundestag
10.07.2015	1. Durchgang Bundesrat
07.09.2015	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages
15./16.10.2015	2./3. Lesung Bundesrat
06.11.2015	2. Durchgang Bundesrat

Kontakt im AWO Bundesverband: Juliane Zinke, juliane.zinke@awo.org

Der AWO Bundesverband positioniert sich nicht zu diesem Gesetz, da die AWO Krankenhäuser durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) vertreten werden.

5. Hospiz- und Palliativgesetz: vorauss. Inkrafttreten im 4. Quartal 2015

- Die Palliativversorgung wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Im vertragsärztlichen Bereich werden die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und der Krankenkassen zusätzlich vergütete Leistungen vereinbaren – zur Steigerung der Qualität der Palliativversorgung, zur Zusatzqualifikation der Ärzte sowie zur Förderung der Netzwerkarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Versorgungseinrichtungen.
- Außerdem soll die palliativmedizinische Versorgung in der häuslichen Krankenpflege gestärkt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält deshalb den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege die einzelnen Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren.
- Die finanzielle Ausstattung stationärer Kinder- und Erwachsenen-Hospize wird verbessert. Dies geschieht zum einen durch Erhöhung des Mindestzuschusses der Krankenkassen. Sie erhalten einen höheren Tagessatz je betreutem Versicherten (Erhöhung um 25 Prozent von derzeit rund 198 Euro auf rund 255 Euro). Zum anderen tragen die Krankenkassen künftig 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Die Beibehaltung des Eigenanteils entspricht dem ausdrücklichen Wunsch der Hospizverbände, um so sicherzustellen, dass der Charakter der vom bürgerschaftlichen Ehrenamt getragenen Hospizbewegung erhalten bleibt.
- Sterbebegleitung wird ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung.
- Zudem wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass Pflegeheime ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase organisieren und anbieten können.
- Zur Stärkung der Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern ist vorgesehen, dass für Palliativstationen krankenhausespezifische Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden, wenn das Krankenhaus dies wünscht. Zudem können Krankenhäuser ambulante Hospizdienste, mit Sterbebegleitungen der Versicherten in ihren Einrichtungen beauftragen, die ihre letzte Lebensphase dort verbringen.
- Versicherte erhalten einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung.

Zeitplan (vorauss.):

12.06.2015	1. Durchgang Bundesrat
17.06.2015	1. Lesung Bundestag
21.09.2015	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags
05.11.2015	2./3. Lesung Bundestag
27.11.2015	2. Durchgang Bundesrat

AWO Stellungnahme unter http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/AWO-Stn_SGB_V_HPG_02_04_2015_final.pdf

6. Pflegestärkungsgesetz II: vorauss. Inkrafttreten zum 01.01.2016

- Zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen werden mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz die Beiträge zur Pflegeversicherung um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (insbesondere Demenzkranke) andererseits soll dadurch wegfallen. Im Zentrum steht der individuelle Unterstützungsbedarf jedes Einzelnen. Dadurch wird die Pflegeversicherung auf eine neue Grundlage gestellt.
- Statt drei Pflegestufen soll es künftig fünf Pflegegrade geben, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden. Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll nicht mehr zwischen körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden werden. Ausschlaggebend dafür, ob jemand pflegebedürftig ist, wird der Grad der Selbstständigkeit sein: Was kann jemand noch alleine und wo benötigt er oder sie Unterstützung? Ausgehend von der Selbstständigkeit einer Person wird das Stadium der Einschränkung in fünf Grade eingestuft, von geringer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (Pflegegrad 1) bis zur schwersten Beeinträchtigung, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Pflegegrad 5).
- Um den Grad der Selbstständigkeit einer Person zu messen, werden Aktivitäten in sechs pflegerelevanten Bereichen untersucht. Das Verfahren berücksichtigt erstmals auch den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Bei dem neuen Begutachtungsverfahren (NBA) wird nicht wie bei der bisher geltenden Methode die Zeit gemessen, die zur Pflege der jeweiligen Person durch einen Familienangehörigen oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson benötigt wird, sondern es werden Punkte vergeben, die abbilden, wie weit die Selbstständigkeit einer Person eingeschränkt ist. Anhand der Ergebnisse der Prüfung werden die Pflegebedürftigen in einen der fünf Pflegegrade eingeordnet.
- Im Zweiten Pflegestärkungsgesetz sind Neuregelungen im Bereich der Qualität vorgesehen: Dabei soll die Entwicklung eines neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Qualitätsmessung und -darstellung unter Berücksichtigung der Ergebnisqualität mit einer Neustrukturierung der Entscheidungsstrukturen einhergehen.
- Vor der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss sicherstellt werden, dass sich das neue Begutachtungssystem in der Praxis bewährt und die Verbesserungen auch wirklich bei den Pflegebedürftigen ankommen. Das wird seit 2014 erprobt; erste Ergebnisse liegen bereits vor, weitere folgen bis März. Sie sollen als Basis für das zweite Pflegestärkungsgesetz dienen und fließen in die Gesetzesarbeit ein.

Zeitplan (vorauss.):

24.09.2015	1. Lesung Bundestag
25.09.2015	1. Durchgang Bundesrat
30.09.2015	Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages
12./13.11.2015	2./3. Lesung Bundestag
18.12.2015	2. Durchgang Bundesrat

AWO Stellungnahme unter http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/15-07-07_AWO-Stn_PSG_II.pdf

BAGFW Stellungnahme unter http://www.awo-informationsservice.org/uploads/media/15-07-07_PSG_II_Stellungnahme_BAGFW_final.pdf

Kontakt im AWO Bundesverband: Claus Bölicke, claus.boelicke@awo.org

Stand: Juli 2015