

2016 - Neuregelungen im Bereich Gesundheit und Pflege

Zum 1. Januar 2016 treten im Bereich Gesundheit und Pflege wichtige Änderungen in Kraft. Hier geben wir Ihnen einen Überblick mit Informationen zu folgenden Gesetzen und Regelungen:

- Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung - Krankenhausstrukturgesetz
- Zweites Pflegestärkungsgesetz
- Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung
- Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
- Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkennungsrichtlinie der EU
- Gesetz zur Bekämpfung des Dopings im Sport
- Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Rechengrößen
- Unabhängige Patientenberatung (UPD)
- Terminservicestellen



Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung - Krankenhausstrukturgesetz

Das Gesetz sichert eine gute erreichbare Versorgung vor Ort, gute Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal sowie eine hohe Qualität durch Spezialisierung, beispielsweise in den Universitätskliniken. Die Schwerpunkte des Gesetzes:

- **Personal:** Damit Kliniken mehr Pflegepersonal einstellen und dauerhaft beschäftigen können, erhalten sie deutlich mehr Mittel: Ein Pflegestellen-Förderprogramm verbessert die Pflege am Bett mit insgesamt 660 Millionen Euro für die Jahre 2016 bis 2018 und dauerhaft 330 Millionen pro Jahr ab 2019 (in Kraft seit 05.11.2015). Ab 2017 können Kliniken zudem einen Pflegezuschlag erhalten, der den bisherigen Versorgungszuschlag ersetzt. Dafür stehen insgesamt 500 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Außerdem müssen steigende Kosten infolge von Tarifabschlüssen, welche die jeweils geltende Obergrenze für Preissteigerungen überschreiten, von den Kostenträgern hälftig refinanziert werden.
- **Hygiene:** Um Krankenhauskeime wirksam zu bekämpfen, wird das Förderprogramm zur Einstellung und Ausbildung von Hygienefachkräften weiterentwickelt. Die Weiterbildung im Bereich Infektiologie wird ausgebaut, damit mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen (in Kraft seit 05.11.2015).
- **Qualität** spielt künftig eine größere Rolle. Die Qualität der Krankenhausversorgung wird stärker kontrolliert und konsequent verbessert. Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Und es wird klargestellt, dass Chefarztboni, die zu Fehlanreizen führen, nicht vereinbart werden dürfen. Hohe Qualität soll sich für Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Deshalb werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte müssen verständlicher und patientenfreundlicher gestaltet werden.
- **Sicherstellung einer gut erreichbaren Versorgung:** Wenn ein Krankenhaus z.B. in einer ländlichen Region für die Versorgung unverzichtbar ist, jedoch wegen geringer Fallzahlen ansonsten nicht auskömmlich wirtschaften kann, werden Sicherstellungszuschläge gezahlt.
- **Notfallversorgung:** Krankenhäuser, die in hohem Maße an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten höhere Zuschläge als Krankenhäuser, die das in geringem Maße tun. In der ambulanten Notfallversorgung werden Krankenhäuser stärker unterstützt. Die

Kassenärztlichen Vereinigungen sollen in oder an Krankenhäusern Notdienstpraxen (sog. Portalpraxen) einrichten. Alternativ sollen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst eingebunden werden. Die Regelungen zur Vergütung werden angepasst.

- **Recht auf unabhängige Zweitmeinung wird gestärkt:** 2016 werden die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eingeführt. Ab 2017 werden Kostenvorteile, die einem Krankenhaus durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen, verursachergerecht nur bei denjenigen Krankenhäuser berücksichtigt, die diese mengenanfälligen Leistungen vereinbart haben.
- **Strukturfonds:** Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet. Dazu werden Mittel bis zu einer Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Damit werden Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. Insgesamt stehen so zusätzliche Investitionsmittel von einer Milliarde Euro zur Verfügung. Die Krankenhäuser erhalten die Fördergelder zusätzlich zu der Investitionsförderung durch die Bundesländer, etwa zur Umwandlung nicht mehr benötigter Kapazitäten in Hospize oder Pflegeeinrichtungen.
- **Übergangspflege:** Patienten, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten Behandlung vorübergehend weiter versorgt werden müssen, können eine Kurzzeitpflege als neue Leistung der Krankenkassen in Anspruch nehmen. Außerdem werden die Ansprüche auf häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe erweitert. Damit werden Versorgungslücken vor allem für solche Patienten geschlossen, die keinen Anspruch auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung haben.
- **Mehr Geld für Krankenhäuser:** Das Krankenhausstrukturgesetz führt zu Mehreinnahmen für die Krankenhäuser in Höhe von rund 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2016, rund 1,9 Milliarden Euro im Jahr 2017, rund 2,2 Milliarden Euro im Jahr 2018, rund 2,4 Milliarden Euro im Jahr 2019 und rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2020. Diese Mehreinnahmen müssen zu ca. 90 Prozent von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Durch strukturell wirkende Maßnahmen (z.B. Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mengensteuerung) sind gleichzeitig Minderausgaben für die Kostenträger in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe zu erwarten.

Zweites Pflegestärkungsgesetz

Das Gesetz setzt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff um. Damit erhalten erstmals alle Pflegedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie von körperlichen oder psychischen Einschränkungen betroffen sind. Das Jahr 2016 dient der Vorbereitung des neuen Begutachtungsverfahrens in der Praxis und der Umstellung auf die fünf Pflegegrade sowie die neuen Leistungsbeträge bis zum 01.01.2017. Folgende Regelungen treten 2016 in Kraft:

- **Beratung:** Pflegenden Angehörige erhalten einen eigenen Anspruch auf Pflegeberatung. Wer Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt, erhält zudem automatisch das Angebot für eine Pflegeberatung.
- **Anpassung der Rahmenverträge:** Die Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung in den Ländern sind von den beteiligten Partnern der Selbstverwaltung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Dazu gehören auch die Vorgaben zur Personalausstattung.
- **Pflegesätze und Personalschlüssel:** Vor Einführung der neuen Pflegegrade müssen Träger der Pflegeeinrichtungen, Sozialhilfeträger und Pflegekassen die Personalstruktur und die Personalschlüssel der Einrichtungen prüfen und bei Bedarf anpassen. Bis zum 30. September

2016 müssen sie neue Pflegesätze für die Pflegeheime vereinbaren. Bis Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich gesichertes Verfahren zur Personalbedarfsbemessung entwickelt werden.

Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung

Das Gesetz fördert den flächendeckenden Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung und stärkt sie überall dort, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen, im häuslichen Umfeld, im Hospiz, im Pflegeheim und im Krankenhaus. Zugleich werden Information und Beratung verbessert, damit die Hilfsangebote besser bekannt werden. (Das Gesetz ist am 08.12.2015 in Kraft getreten.) Die wesentlichen Regelungen im Überblick:

- **Palliativversorgung:** Sie wird ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (**GKV**) mit zusätzlich vergüteten Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Leistungen der Palliativpflege in der häuslichen Krankenpflege werden für die Pflegedienste abrechenbar. Zudem dient das Gesetz dazu, den Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (**SAPV**) in ländlichen Regionen zu fördern.
- **Ambulante Hospizdienste:** Neben den Personalkosten können ambulante Hospizdienste auch die Sachkosten abrechnen, was vor allem in ländlichen Regionen tätigen Diensten mit langen Anfahrten zu Gute kommt. Der Zuschuss der Krankenkassen je Leistung steigt von 11 auf 13 Prozent der Bezugsgröße.
- **Stationäre Hospize:** Der Mindestzuschuss der Krankenkassen steigt 2016 von derzeit rund 198 Euro auf rund 261 Euro je betreutem Versicherten (von 7 auf 9 Prozent der Bezugsgröße). Die Krankenkassen tragen künftig 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten. Mit dem verbleibenden Eigenanteil wird dem Wunsch der Hospizverbände Rechnung getragen, den Charakter der vom bürgerschaftlichen Ehrenamt getragenen Hospizbewegung zu erhalten.
- **Pflege:** Damit Bewohner von Pflegeeinrichtungen auch die letzte Lebensphase gut versorgt und begleitet in ihrem gewohnten Umfeld verbringen können, wird Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Sozialen Pflegeversicherung. Pflegeheime müssen Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten zur medizinischen Versorgung abschließen. Sie werden zudem zur Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten verpflichtet und müssen diese Kooperationen transparent machen. Pflegeheime können ihren Bewohnern eine Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten. Die Krankenkassen finanzieren dieses Beratungsangebot.
- **Krankenhäuser:** Zur Stärkung der Palliativmedizin können auf Wunsch eines Krankenhauses individuelle Entgelte für eigenständige Palliativstationen mit den Kostenträgern vereinbart werden. Krankenhäuser ohne Palliativstation können ab 2017 individuelle Zusatzentgelte für den Einsatz multiprofessioneller Palliativdienste vereinbaren.
- **Beratung:** Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Gesetzlichen Krankenkassen zu den Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung und in allgemeiner Form zu den Möglichkeiten der persönlichen Vorsorge für die letzte Lebensphase wie z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung.

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen - E-Health-Gesetz

Das Gesetz enthält einen Fahrplan für die Einführung einer digitalen Infrastruktur mit höchsten Sicherheitsstandards und die Einführung nutzbringender Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte. Sie verbessern die Gesundheitsversorgung etwa durch einen Medikationsplan,

Notfalldaten und telemedizinische Angebote und stärken die Selbstbestimmung der Patienten. (Der abschließende Durchgang des Bundesrates steht noch aus.) Folgende Regelungen sind vorgesehen:

Ab Oktober 2016 haben Versicherte, denen regelmäßig drei oder mehr Medikamente gleichzeitig verordnet werden, Anspruch auf einen Medikationsplan in Papierform. Das ist vor allem für ältere und alleinlebende Menschen eine große Hilfe. Der Arzt muss den Versicherten über seinen Anspruch informieren. Apotheker sind von Anfang an einbezogen und bei Änderungen der Medikation auf Wunsch des Versicherten zur Aktualisierung verpflichtet. Weitere Anwendungen, wie die Speicherung von Notfalldaten und die elektronische Speicherung des Medikationsplans, folgen später.

Gesetz zur Umsetzung der geänderten Berufsanerkennungsrichtlinie der EU

Das Gesetz schafft unter anderem die Grundlagen zur Ausstellung des Europäischen Berufsausweises für Apotheker, Gesundheits- und Krankenpfleger und Physiotherapeuten. (Abschließende Beratungen in Bundestag und Bundesrat voraussichtlich im Dezember bzw. Januar 2016).

- **Europäischer Berufsausweis:** In Deutschland haben Apotheker, Gesundheits- und Krankenpfleger und Physiotherapeuten künftig die Wahl zwischen der elektronischen Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises und dem herkömmlichen, papiergebundenen Anerkennungsverfahren. Der Europäische Berufsausweis kann von der EU-Kommission noch für weitere Berufe eingeführt werden. Der Europäische Berufsausweis ersetzt nicht die Berufszulassung, erleichtert aber das Verfahren.
- **Vorwarnmechanismus:** Die EU-Mitgliedstaaten müssen die anderen EU-Länder über Angehörige von Gesundheitsberufen unterrichten, die Tätigkeiten mit Auswirkungen auf die Patientensicherheit ausüben und denen die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeiten von Behörden oder Gerichten untersagt worden ist. Auch Beschränkungen der beruflichen Tätigkeiten müssen mitgeteilt werden. Der Vorwarnmechanismus greift auch, wenn gefälschte Berufsqualifikationsnachweise verwendet wurden.

Gesetz zur Bekämpfung des Dopings im Sport

Dieses auf Grundlage eines gemeinsamen Entwurfs von BMG, BMI und BMJV erstellte Gesetz bündelt die bisherigen Regelungen zur Doping-Bekämpfung und entwickelt sie weiter. (Das Gesetz tritt nach Verkündung in Kraft):

- **Straftatbestände:** Deutliche Erweiterung der bisher geltenden Straftatbestände um neue Tatbegehungsweisen.
- **Selbstdoping** wird strafbewehrt verboten. Damit werden erstmals gezielt dopende Leistungssportlerinnen und Leistungssportler erfasst, die sich mit Doping Vorteile in Wettbewerben des organisierten Sports verschaffen wollen. Erwerb und Besitz von Dopingmitteln ohne mengenmäßige Beschränkung zum Zwecke des Selbstdopings werden strafbar.

Zusatzbeiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Der vom BMG festgesetzte und am 30.10.15 im Bundesanzeiger bekannt gemachte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für 2016 liegt bei 1,1 Prozent.

Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wird jährlich nach Auswertung der Prognose des Schätzerkreises zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV errechnet. Wie hoch der individuelle Zusatzbeitragssatz tatsächlich ausfällt, legt jede Krankenkasse bis Ende des Jahres für ihre Mitglieder selbst fest. Die Mitglieder haben durch ein Sonderkündigungsrecht die Möglichkeit in e

ine günstigere Krankenkasse zu wechseln, wenn die bisherige Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt oder erhöht. Die Krankenkassen müssen ihre Mitglieder in einem Brief über eine (erstmalige) Erhebung oder eine Erhöhung informieren. Diese Informationspflicht gilt auch, wenn der Zusatzbeitrag einer Kasse den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz übersteigt. Die Kassen müssen ihre Mitglieder auf eine Übersicht des GKV-Spitzenverbandes zu den Zusatzbeiträgen aller Kassen hinweisen (vgl. http://bpaq.de/GKV_Krankenkassenliste). Dies erhöht die Transparenz.

Rechengrößen für die Gesetzliche Krankenversicherung und die Soziale Pflegeversicherung

- **Die Jahresarbeitsentgeltgrenze** (Versicherungspflichtgrenze) der GKV steigt auf jährlich 56.250 Euro (2015: 54.900 Euro).
- **Die Beitragsbemessungsgrenze** der GKV steigt auf jährlich 50.850 Euro (2015: 49.500 Euro) bzw. auf monatlich 4.237,50 Euro (2015: 4.125 Euro).
- **Die Bezugsgröße**, die für viele Werte in der Sozialversicherung wichtig ist, etwa für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung, erhöht sich auf 2.905 Euro monatlich in den alten Bundesländern und 2.520 Euro in den neuen Bundesländern. (2015: 2.835 Euro/2.415 Euro).
- Die genannten Rechengrößen gelten auch für die Soziale Pflegeversicherung.

Modernes Angebot der Unabhängigen Patientenberatung (UPD)

Versicherte können sich bei der aus GKV-Mitteln finanzierten UPD z.B. über gängige Behandlungsmethoden bei bestimmten Erkrankungen informieren, sich zu Arztrechnungen oder zu Leistungen der Krankenversicherung sowie weiteren sozialrechtlichen Fragen beraten lassen.

- **Erreichbarkeit:** Die UPD wird ausgebaut und ist länger als bisher erreichbar. Unter einer neuen Trägerschaft werden die Berater wochentags bis 22:00 Uhr und samstags von 8:00 bis 18:00 Uhr über eine bundesweit kostenfreie Rufnummer erreichbar sein. An 30 Standorten sind künftig persönliche Beratungsgespräche möglich.
- **Oberster Grundsatz** ist dabei die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung – hierauf werden alle rund 120 Berater, u.a. Mediziner und Juristen, intensiv geschult und ihre Arbeit durch ein umfassendes Qualitätsmanagement abgesichert.

Start der Terminservicestellen

Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sollen bei der Suche nach einem Facharzttermin helfen. Sie sollen den Versicherten innerhalb einer Woche einen Facharzttermin in zumutbarer Entfernung vorschlagen. Die Wartezeit auf den Termin darf 4 Wochen nicht überschreiten. Ein Anspruch auf einen bestimmten Arzt besteht nicht. Details der Regelung werden in einem Bundesmantelvertrag für die Vertragsärzte geregelt. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat den Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 (sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) Zeit für die Einrichtung der Terminservicestellen gegeben.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit