

ÄZ 18.02.2016

Gesundheitskosten durch Flüchtlinge

- In den ersten 15 Monaten gilt für Flüchtlinge eine Wartezeit, in der sie Leistungen nur nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten.
- Erst danach werden sie zu GKV-Versicherten, deren Beiträge - im Falle der Arbeitslosigkeit - der Bund anteilig zahlt. Aktuell sind dies, wie für alle anderen ALG-II-Bezieher auch, **90 Euro pro Monat**.
- Unklar sind bisher zudem die tatsächlich durch Flüchtlinge in der GKV entstehenden Gesundheitskosten. Hierzu liegen nur Erfahrungswerte etwa aus **Hamburg** vor. Danach sollen sich die Kosten auf **180 bis 200 Euro pro Monat** belaufen. Zum Vergleich: Die durchschnittlichen Leistungskosten für alle **GKV-Mitglieder** lagen im Jahr 2014 bei rund **300 Euro pro Monat**.

Aktuelle Reformgesetze der Bundesregierung

Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Beschluss 22. Juni 2015

Krankenhausstrukturgesetz (KSG)

Beschluss 27. November 2015

Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

Beschluss 13. November 2015

Präventionsgesetz (PrävG)

Beschluss 10. Juli 2015

eHealth-Gesetz

Beschluss 03. Dezember 2015

Antikorruptionsgesetz

Beschluss 20. November 2015

Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Beschluss 27. November 2015

Sterbehilfegesetz

Beschluss 27. November 2015

Pflegeberufegesetz

Referentenentwurf 27. November 2015

Pflegestärkungsgesetz III

Geplant 1.Quartal 2016

Eckpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes I

Beschlussvorlage vom 11. Juni 2015

(geplanter Start 1. Januar 2016)

- **§ 27b Zweitmeinung:** Recht auf Zweitmeinung vor geplanten Operationen (10 Tage vorher)
- **§ 32 Absatz 1a GBA: Richtlinie zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf** bis 31.06.2016, 4 Wochen Genehmigungsfrist, anschließend geregelt, als **nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung (Regress) einzubeziehen (§ 106)**
- **§ 73b Hausärzte:** HzV – Verträge auch für NUBs und ausschließliche Organisation von Versorgung möglich
- **§ 75 Facharzttermine:** Vier-Wochen-Frist für Termin-Wartezeiten, sonst ambulante Behandlung im Krankenhaus möglich, inkl. Anschlusstermine (§76)
- **§ 76 Notfallversorgung:** KVen soll mit Krankenhäusern kooperieren
- **§ 87b Praxisnetze:** eigen Honorarvolumen
- **§ 87 EBM:** soll delegierbare Leistungen abbilden
- **§ 95 MVZ:** auch als nicht fachübergreifend möglich, auch als Eigen- oder Regiebetrieb möglich, von Kommunen zu gründen, öffentlich rechtliche Rechtsformen

Eckpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes II

Beschlussvorlage vom 11. Juni 2015

(geplanter Start 1. Januar 2016)

§ 92a Innovationsfonds

- zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung
- jährlich insgesamt 300 Millionen Euro (von den Krankenkassen, aus dem Gesundheitsfonds)

ab 2016 Anträge an einen noch zu gründenden Innovationsausschuss

- **Versorgungsformen mit 225 Mio €/Jahr gefördert**
- **Versorgungsforschung 75 Mio €/Jahr gefördert**

Antragsberechtigung nicht (mehr) gesondert geregelt. Aber: Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen.

- **§ 103 Versorgungssicherheit:** Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten und Förderung in unterversorgten Regionen
- **§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung:** Wirtschaftlichkeitsprüfung neu auf Landesebene zu regeln, neu einzurichtende Beschwerdeausschüsse (Kann-Regelung)
Zufälligkeitsprüfung: Stichprobe von 2% der Ärzte pro Quartal (Anm. 8% im Jahr!!!)
- **§ 117, § 120 Hochschulambulanzen:** Ermächtigung und Vergütung für die Untersuchung oder Behandlung von Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, **Investitionskostenabschlag** auf Abrechnungen von zehn auf fünf Prozent **reduziert**
- **§ 137h Medizinprodukte:** Bewertungsverfahren bei NUB mit Medizinprodukten der Risikoklassen IIb und III

Eckpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes III

Beschlussvorlage vom 11. Juni 2015

(geplanter Start 1. Januar 2016)

§ 140 Integrierte Versorgung

- Integrierte Versorgung wird "besondere" Versorgung
- kein Sektorenübertritt notwendig
- Leistungserbringung auch ohne Ermächtigung oder Zulassung und neben KH-Entgeltgesetz
- Verträge möglich zu Prävention, Früherkennung, Soziotherapie, SAPV, NUB,
- Verträge allein die Organisation der Versorgung betreffend (Managementverträge) zulässig
- auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen
- Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen

Eckpunkte des Versorgungstärkungsgesetzes

(Referentenentwurf vom 10. Oktober 2014)

Integrierte Versorgung

§ 140a neu formuliert

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine **besondere Versorgung** der Versicherten abschließen. Die besondere Versorgung ermöglicht Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende **oder** eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (**Anm. integrierte Versorgung**) **oder** die Vereinbarung besonderer ambulanter Versorgungsaufträge.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20, 20d, 25, 26 (**Anm. Prävention und Früherkennung**), 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat und die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, die insbesondere darauf ausgerichtet ist, **die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung** zu verbessern. Der Aufsichtsbehörde ist die Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien **vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages** nachzuweisen ... Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die **allein die Organisation der Versorgung** betreffen.

(3)... Die Partner eines Vertrages über eine integrierte Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, **wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist...**

(6) Für die **Bereinigung** des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend.

Eckpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes

Beschlussvorlage vom 11. Juni 2015

(geplanter Start 1. Januar 2016)

Entlassmanagement

§ 39 SGB V neu formuliert:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement **zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung** der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 ([Anm. Ärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte](#)) vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. **Der Versicherte** hat gegenüber der **Krankenkasse** einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1 **soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander**. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen verordnen ([Anm. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie](#)); hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser **eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen** verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von **bis zu 7 Tagen** verordnet werden...

...Erhebung, Verarbeitung und Nutzung **personenbezogener Daten** dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

(Regelung durch GKV-Spitzenverband ,KBV und DKG)

(§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6: Die Verträge regeln insbesondere...6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a.)

Eckpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes

Beschlussvorlage vom 11. Juni 2015

(geplanter Start 1. Januar 2016)

§ 39 Entlassmanagement (Auszüge des Kommentars im Referentenentwurf)

- Das mit Einwilligung des Versicherten durchzuführende Entlassmanagement bleibt **Teil der Krankenhausbehandlung**. Der **Anspruch des Versicherten richtet sich weiter gegen das Krankenhaus**. Dessen Aufgabe ist es insbesondere, in einem **Entlassplan** die **medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen** festzulegen. In diesem Zusammenhang erhalten die Krankenhäuser für die maßgeblichen Leistungsbereiche ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränktes **Verordnungsrecht**. Krankenhäusern wird die Möglichkeit eröffnet, zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit **Arzneimitteln** im Rahmen der Entlassung für den Patienten **die jeweils kleinste Packung** nach der Packungsgrößenverordnung (BGBI. I S. 1318) zu verordnen.
- Im Übrigen können Leistungen wie **häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für eine Dauer von maximal 7 Tagen** verordnet werden. Die Krankenhäuser werden bei dem erweiterten Recht zur Verordnung ambulanter Leistungen den Vertragsärzten gleichgestellt.
- Um eine lückenlose Anschlussbehandlung zu gewährleisten, kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements ... auch auf einen **weiterbehandelnden Vertragsarzt** übertragen.
- **Aufgabe der Krankenkasse ... Versorgung zu organisieren** ...notwendige Leistungserbringer z. B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste kontaktieren und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen. ... erhält der Versicherte gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements. (**Rahmenvereinbarung** zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV: Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, ggf. Vertragsarzt und Krankenkasse als auch deren Zusammenarbeit)

Hilfsmittelrichtlinie

zuletzt geändert am 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.03.2016
B1 in Kraft getreten am 24. März 2016

§ 6a Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements

(1) 1Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die **Krankenhausärztin** oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements **wie eine Vertragsärztin** oder ein Vertragsarzt **Hilfsmittel für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen**. 2Die Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist so zu bemessen, dass ein Versorgungszeitraum von **bis zu sieben Kalendertagen** nach Entlassung nicht überschritten wird. 3Ist keine dieser Bemessungsvorgabe entsprechende Versorgungseinheit im Markt verfügbar, kann von den im Markt verfügbaren die der Bemessungsvorgabe **am nächsten kommende größere Versorgungseinheit** vom Hilfsmittelleistungserbringer **in Abstimmung mit der Krankenkasse** abgegeben werden. 4Besteht die Erforderlichkeit einer Verordnung durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements nach Satz 1 **bei nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** für länger als sieben Kalendertage, so gilt insoweit die Begrenzung der Versorgungsdauer nach **Satz 1 nicht**. 5Von einer unmittelbaren Erforderlichkeit nach Satz 1 ist in der Regel nicht auszugehen bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind; Ausnahmen sind zu begründen. 6Ergänzend zu den Angaben nach § 7 muss auf der Verordnung das (voraussichtliche) Entlassungsdatum sowie eine Kennzeichnung für „Entlassmanagement“ angegeben werden.

Aktuelle Reformgesetze der Bundesregierung (Juli 2015)

Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung Krankenhausstrukturgesetz (KSG)

(Referentenentwurf 22. Juni 2015)

- Qualitätsindikatoren für KH,
- Strukturfonds zur Umwandlung von Kliniken,
- Zu- und Abschlagsregelungen,
- GBA-Mehrkostenregelung,
- Pflegestellenförderprogramm,
- Sicherstellungszuschlag (bei KH-Defizit),
- Orientierungswert für Tarifanpassungen,
- Erprobung von Qualitätsverträgen,
- Vermeidung von Zielvereinbarungen mit leitenden KH-Ärzten,
- Mindestmengen – Leistungsverbot,
- GBA – Verantwortung für Notfallstrukturen,
- MDK – Kontrolle BQS-Daten/Dokumentation

Aktuelle Reformgesetze der Bundesregierung (Juli 2015)

Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung Pflegerstärkungsgesetz II (PSG II)

- Pflegerstärkungsgesetz II: August 2015 Bundestag, geplant ab 2017
- Ausgabenplus 6,5 Mrd. € (plus Zuschuss von einmalig 4,4 Mrd.€ für 3-5 Jahre)
- Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung um 0,5 Punkte auf 2,55 % ab Januar 2017 (2,8 Prozent für Kinderlose) = 6,5 Mrd.€/Jahr,
- „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ führt zu 500.000 zusätzlich leistungsberechtigten Menschen
- MDK: Neubegutachtung darf nicht zu schlechterer Finanzierung führen
- „Das neue Begutachtungsverfahren soll nicht mehr vornehmlich auf die Zeit abstellen, die die Pflege für einen Patienten aufwenden muss, sondern dessen Fähigkeiten einbeziehen, sich selbstständig im Alltag zu bewegen.“
- Eigenbeteiligungen im stationären Sektor sollen künftig gedeckelt werden. Im Bundesdurchschnitt sollen sie bei rund 580 Euro liegen.

Aktuelle Reformgesetze der Bundesregierung (Juli 2015)

Pflegestärkungsgesetz II

- **Pflegeleistungen alt**,
ambulant/stationär
- **Pflegestufe 0**: 123 / 231 Euro
- **Pflegestufe 1**: 244 / 1064
- **Pflegestufe 2**: 458 / 1330
- **Pflegestufe 3**: 728 / 1612
- **Pflegeleistungen neu** (Veränderungen möglich)
- **Pflegegrad 1**: 125 / 125 Euro
- **Pflegegrad 2**: 316 / 770
- **Pflegegrad 3**: 545 / 1262
- **Pflegegrad 4**: 728 / 1775
- **Pflegegrad 5**: 901 / 2005

Kriterien für Pflegegrade (geplant):

- ✓ die Mobilität
- ✓ das Verstehen und Reden
- ✓ psychische Problemlagen wie Unruhe in der Nacht,
- ✓ der Grad der Selbstversorgung beim Waschen, Essen und Trinken,
- ✓ der Grad der Selbstständigkeit bei der Einnahme von Medikamenten oder der Blutzuckermessung sowie
- ✓ der Umgang mit Gehhilfen und
- ✓ die Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte