

INHALT

- **Pflegebetrug:
Mehr Kontrollen bei
ambulanten Diensten**
- **Größes Plädoyer für
Haus- und Amtsärzte**
- **IGeL-Monitor:
Selbst zahlen für
wenig Leistung**
- **Mammographie-
Screenings bringen
sichere Ergebnisse**
- **Kassenärzte
unterliegen im
Ruhegeldstreit**
- **Bundestag in der
Sommerpause:
Hausaufgaben
im Feriengepäck**
- **Sterberate steigt
weiter stärker als
die Zahl der Geburten**
- **Blickpunkt
Hintergrund:
PSG III – Statt besserer
Kooperation droht
Kompetenzgerangel**

**Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
21. Juli 2016**

■ Arzneimittelreform darf kein Pharmawunschkonzert werden

Die Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes völlig unausgewogen. „Bisher spiegeln die Vorschläge einseitig die Interessen der Arzneimittelhersteller“, kritisierte der Vorstandsvorsitzende Martin Litsch. Nicht nur, dass die Kassen nicht Teil Pharmadialogs gewesen seien, auch ihre Reformvorstellungen hätten keinerlei Berücksichtigung gefunden. „Das kann aber nicht Basis eines Gesetzgebungsverfahrens sein, das die **Arzneimittelversorgung** zukunftsfest, patientenfreundlich und für alle dauerhaft bezahlbar machen soll“, warnt Litsch. Bei der geplanten Umsatzschwelle für neue Arzneimittel erwartet der Verbandschef zumindest „einen konkreten Euro-Schwellenwert, der deutlich macht, dass es sich nicht bloß um eine Scheinlösung handelt.“ Die Höchstgrenze dürfe 50 Millionen Euro nicht überschreiten. „Ungleich wirksamer wäre ohnehin die rückwirkende Geltung des verhandelten Erstattungspreises ab dem ersten Tag nach Markteinführung“, macht Litsch deutlich. Insgesamt befürchtet die AOK die komplette Aufweichung der **AMNOG**-Systematik, wonach höhere Preise nur bei Arzneimitteln mit Zusatznutzen gerechtfertigt sind. „Diese überzeugende Logik dürfen wir jetzt nicht opfern“, so Litsch. Das **Preis moratorium** für Arzneimittel im Bestandsmarkt bleibe ebenso absolut notwendig.

Infos: www.aok-bv.de

■ Über fünf Milliarden: Versicherte schulden Krankenkassen immer mehr Geld

Gesetzlich Versicherte hatten bei den Krankenkassen Ende Mai 5,022 Milliarden Euro Schulden. Das zeigen die neusten Zahlen des Bundesversicherungsamtes. Damit setzt sich der Trend steigender Beitragsrückstände in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fort. Seit Januar 2016 stieg die Summe um rund eine halbe Milliarde Euro, also etwa zehn Prozent. Ursachen sind nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes Verbraucherinsolvenzen, finanzielle Instabilität bei freiwillig versicherten Selbstständigen oder Zahlungsunfähigkeit bei fehlendem Einkommen. Die Chancen für die Kassen, das Geld zu bekommen, sind oft gering. Deshalb fordert der Spitzenverband Hilfe vom Staat. „Wenn es eine staatliche Versicherungspflicht gibt, bräuchte es auch eine staatliche Finanzierung der Beitragsausfälle“, sagte der Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, Florian Lanz, der dpa.

Infos: www.bundesversicherungsamt.de

ZUR PERSON I



■ **Prof. Dr. Gereon Heuft** hat zum 1. Juli turnusgemäß den Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) übernommen. Heuft hält den Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universität Münster und ist Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Der WBP wird von Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer gebildet.



■ **Stephan Sturm** ist seit dem 1. Juli Vorstandsvorsitzender von Fresenius. Zuvor war er elfeinhalb Jahre Finanzvorstand des Unternehmens. Davor arbeitete Sturm über 13 Jahre im Investment Banking, bei der BHF-Bank, der Union Bank of Switzerland und der Credit Suisse First Boston in Frankfurt und London. Seine berufliche Laufbahn begann der Diplomkaufmann 1989 als Unternehmensberater bei McKinsey & Co.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Pflegebetrug: Mehr Kontrollen bei ambulanten Diensten

Mit gesetzlichen Änderungen reagiert die Bundesregierung auf den Abrechnungsbetrug in der Pflege. Das jüngst vom Kabinett gebilligte **dritten Pflegestärkungsgesetz** (PSG III) enthält ein Maßnahmenpaket zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung. Der Regierungsentwurf sieht vor, auch ambulante Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, systematischen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu unterziehen. Zugleich sollen in der **Pflegeversicherung** Instrumente der Qualitätsprüfung weiterentwickelt sowie eine Abrechnungsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen eingeführt werden. Außerdem soll die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern Regelungen treffen können, durch die effektiver gegen auffällig gewordene Anbieter vorgegangen werden könne. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder begrüßte die Pläne. Der AOK-Bundesverband sieht insbesondere in der Einrichtung von Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften eine wichtige Forderung erfüllt. **Kritik üben die Pflegekassen** weiterhin an den vorgesehenen Eingriffsrechten der Kommunen, etwa bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten. Der Entwurf enthalte Vorschläge, die bereits gut funktionierende Strukturen in Frage stellen, **so der AOK-Bundesverband**.

Infos: www.bmg.bund.de

■ Gröhes Plädoyer für Haus- und Amtsärzte

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe fordert von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) größere Anstrengungen gegen den Hausärztemangel. Sie sollten die gesetzlichen Möglichkeiten nutzen und gezielt Anreize für die Niederlassung von Ärzten setzen – etwa durch Zuschüsse für die Praxis-Neueröffnung, Stipendien für angehende Landärzte und die Förderung flexibler Arbeitsmodelle, sagte der CDU-Politiker der „Welt am Sonntag“. Auch Gröhes Länderkollegen bekräftigten auf ihrer Konferenz den Plan einer Landarztquote für Studenten, die sich verpflichten, nach dem Studium als Allgemeinmediziner in unterversorgten Regionen tätig zu werden. Der Deutsche Ärztetag hatte eine solche Quote und die damit verbundene Förderung der Studenten im Mai abgelehnt. Außerdem einigten sich die Gesundheitsminister darauf, über gezielte Nachwuchsförderung den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zu stärken. Junge Mediziner sollen im Studium durch eine bessere Zusammenarbeit von Lehre und Forschung an den Beruf des Amtsarztes herangeführt werden, sagte Mecklenburg-Vorpommerns Gesundheitsministerin Birgit Hesse (SPD) zum Abschluss der zweitägigen Konferenz in Rostock. Die Zahl der Amtsärzte sei zwischen 1995 und 2014 um ein Drittel zurückgegangen. Gesetzliche Aufgaben seien so nur schwer zu erfüllen, so Hesse. Ein zentraler Punkt sei die Bezahlung der Amtsärzte.

Infos: www.gmkonline.de

ZUR PERSON II



■ Gundula Roßbach

ist im Juni auf einer Bundesvertreterversammlung zur neuen Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund gewählt worden. Sie wird das Amt am 1. Januar 2017 von Axel Reimann übernehmen. Reimann geht dann in den Ruhestand. Als weitere künftige Mitglieder des Direktoriums wählte die Versammlung Brigitte Gross und Stephan Fasshauer.



■ Dr. Constanze Schaal

ist neue Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED). Ihr Vorgänger Prof. Bernd Petri hatte mit Rücksicht auf sein Hauptamt als Mitglied der Geschäftsführung der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG) nicht mehr kandidiert.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ IGeL-Monitor: Selbst zahlen für wenig Leistung

Die Mehrheit der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die die Patienten beim Arzt selbst bezahlen müssen, haben keinen nachweisbaren Nutzen. Viele könnten sogar schaden, sagte der Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (MDS), Peter Pick, bei der Präsentation des jährlichen IGeL-Monitors in Berlin. Zu den gefragtesten Angeboten zählen Ultraschalluntersuchungen von Eierstöcken oder Brust, Früherkennung von Prostatakrebs, Messung des Augeninnendrucks oder Zahnreinigung. Der MDS hat 41 IGeL überprüft und nur drei mit „tendenziell positiv“ bewertet. „Die Selbstzahler-Leistungen sind vor allem ein Griff der Ärzte in das Patienten-Portemonnaie“, kritisierte der Sprecher des GKV-Spitzenverbands, Florian Lanz. Der Versuch von Ärztevertretern, dies schön zu reden, ändere nichts an den Tatsachen. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, warnte, IGeL unter Generalverdacht zu stellen. „Im individuellen Patientenfall können IGeL durchaus medizinisch sinnvoll sein“, sagte Gassen. Lanz wies die Äußerung zurück. „Was medizinisch notwendig ist, das zahlen die gesetzlichen Krankenkassen.“

KOMMENTAR

Es hat schon beinahe etwas Rituelles. Seit nunmehr vier Jahren gibt es den IGeL-Monitor. Und jedes Jahr bescheinigt der MDS aufs Neue diesen Angeboten – ja was eigentlich? Nichts, zumindest nichts Nachweisbares oder Nützliches. Ebenso verteidigen die Kassenärzte Jahr für Jahr IGeL mit dem gleichen, aber wenig griffigen Argument, individuell könnten IGeL sinnvoll sein. Mit Verlaub: Das klingt dann doch sehr esoterisch und wenig überzeugend für einen Berufstand, der ansonsten stets auf Evidenz setzt. Jeder zusätzliche Euro und Cent sei den Ärzten gegönnt. Aber nicht für die sprichwörtlich weiße Salbe. Das widerspricht dem (IGe-) Leistungsprinzip. (rbr)

Infos: www.mds-ev.de

■ Mammographie-Screenings bringen sichere Ergebnisse

Bei der Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland kommt es nur selten zu Falschdiagnosen. Insgesamt werde bei sechs von 1.000 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren durch systematische Röntgenuntersuchungen Brustkrebs entdeckt, teilte die Kooperationsgemeinschaft Mammographie bei der Präsentation der Ergebnisse des aktuellen Qualitätsberichts für das Jahr 2013 vor. Insgesamt erhielten dabei nur drei Prozent der regelmäßigen Teilnehmerinnen eine falsche Tumordiagnose. Von rund 2,9 Millionen untersuchten Frauen erhielten 17.430 die Diagnose Brustkrebs. „Das Mammographie-Screening steht immer wieder wegen vermeintlich vieler Falschdiagnosen in der Kritik“, sagte Vanessa Käb-Sanyal, Leiterin der Geschäftsstelle der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Ärzte müssten jedoch jedem begründeten Verdacht nachgehen, um kein Karzinom zu übersehen. Die Aufforderung zur Abklärung ist für viele Frauen ein Schock. Bei zwei Dritteln konnten Ärzte schnell nach weiteren Untersuchungen Entwarnung geben.

Infos: www.mammo-programm.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Kassenärzte unterliegen im Ruhegeldstreit

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) muss einer ehemaligen Mitarbeiterin mehr als 135.000 Euro Ruhegeld nachzahlen. Das hat das Arbeitsgericht Berlin entschieden. Die ehemalige Leiterin der Rechtsabteilung war in vorzeitigem Ruhestand gegangen. Die KBV zahlte mehrere Jahre lang ein Ruhegehalt, stellte diese Zahlungen aber im September 2015 ein. Die Ex-Mitarbeiterin klagte auf Fortzahlung. Die KBV dagegen wollte mit einer sogenannten Widerklage erreichen, dass die Frau die bereits gezahlten 1,4 Millionen Euro zurückzahlen muss. Die KBV begründete die Widerklage mit ungerechtfertigter Bereicherung und einem Verstoß gegen Grundsätze von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Das Arbeitsgericht folgte der Argumentation nicht. Die Vereinbarung mit der Ex-Mitarbeiterin sei nicht sittenwidrig. Zudem müssten andere Einkünfte erst ab der Regelaltersgrenze angerechnet werden. Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Die Kammer ließ die Möglichkeit einer Berufung beim Landesarbeitsgericht Berlin-Brandenburg zu. Übermäßige Ruhegehälter von Funktionären sind schon lange ein Streitpunkt bei der KBV. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hatte den Kassenärzten unter anderem deswegen zwischenzeitlich sogar mit staatlicher Zwangsverwaltung gedroht.

■ Bundestag in der Sommerpause: Hausaufgaben im Feriengepäck

Wie geplant hat der Bundestag vor der Sommerpause das Gesetz zur Errichtung eines Transplantationsregisters (TxRegG) verabschiedet. Mit dem Gesetz sollen erstmals Daten von verstorbenen Organspendern, Organempfängern und Lebendspendern zentral zusammengefasst und miteinander verknüpft werden. Ziel sind mehr Patientensicherheit, Transparenz und Qualität in der Transplantationsmedizin. Politisch interessanter war allerdings, was der Bundestag am Ende nicht verabschiedet hat. Ursprünglich wollten Union und SPD mit dem TxRegG auch **Morbi-RSA**-Regelungen zum Krankengeld, zu den Auslandsversicherten und zur unterjährigen Anpassung der Ausgleichszahlungen auf den Weg bringen. Die Anträge wurden jedoch auf Initiative von SPD-Fraktionsvize Prof. Karl Lauterbach zurückgezogen. In der Sommerpause will man das Thema erneut beraten. Parteiübergreifende Kritik gibt es an den im Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vorgesehenen Regelungen zur Arzneimittelforschung an Nicht-einwilligungsfähigen, insbesondere Demenzkranken. Das Gesetz dient der Umsetzung der im April 2014 beschlossenen EU-Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln. Die zweite und dritte Lesung hat der Bundestag auf September verschoben. Das sogenannte Cannabisgesetz hat der Bundestag in erster Lesung beraten. In einem eng definierten Rahmen sollen Schwerkranken die Kosten für Cannabis als Medizin von ihrer Krankenkasse erstattet bekommen. Der medizinische Nutzen soll durch eine Begleitforschung erfasst werden.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Pharma-Urteil: Zuschlag nicht verhandelbar

Arzneimittel-Großhändler dürfen nach einem **Urteil des Oberlandesgerichts Bamberg** Apotheken den **gesetzlich vorgeschriebenen** Zuschlag von 70 Cent pro Packung auf den Herstellerpreis nicht erlassen. „Damit soll sichergestellt werden, dass die Apotheken flächendeckend und wohnortnah versorgt werden“, so ein Sprecher des Gerichts. Falls die Pharmagroßhändler sich gegenseitig im Preiskampf unterbieten, bestehe die Gefahr, dass Großhändler ausfallen. Im Fall, über den das Gericht zu urteilen hatte, hatte ein Arzneimittel-Großhändler drei Prozent Rabatt gewährt plus 2,5 Prozent Skonto. Dieser Preisnachlass verstieß nach Ansicht der Richter gegen das Wettbewerbs-, das Arzneimittel- und das Heilmittelwerberecht.

Infos: www.aok-bv.de

■ Bundesrat für Änderungen am Drogengesetz

Der Bundesrat fordert Änderungen am Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Verbreitung Neuer Psychoaktiver Stoffe (NPS), sogenannter Legal Highs. Der Strafraum solle sich am **Betäubungsmittelgesetz (BtMG)** und nicht am **Arzneimittelgesetz (AMG)** orientieren, so die **Länderkammer in ihrer Stellungnahme**. Das Gesetz sei in der Grundkonzeption am ehesten mit dem Ziel des BtMG vergleichbar, den Missbrauch von Betäubungsmitteln möglichst auszuschließen, so das Argument der Länder. Zweck des AMG sei hingegen, für die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel zu sorgen. Im Gesetzentwurf ist eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren für den Handel mit NPS vorgesehen. Der Bundesrat plädiert ferner für eine Kronzeugenregelung. Die Bundesregierung lehnt beide Vorschläge ab. Mit der Vorlage sei ein eigenständiges, aber mit dem BtMG strukturell zusammenwirkendes Gesetz vorgesehen, das deutlich über die Regelungen des AMG hinauswirke. Die Möglichkeit der Kronzeugenregelung sei bereits gegeben.

Infos: www.bundestag.de

■ Betriebssport und Mitarbeitergespräche fördern Engagement in Firmen

84 Prozent der Beschäftigten berichten über mindestens eine sogenannte Belastungsdimension bei ihrer Arbeit. Am häufigsten nennen die Betroffenen hohen Termindruck. Das geht aus einer aktuellen Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) hervor. Der Bericht zeigt aber auch: Betriebe mit Angeboten zu Gesundheitsschutz und Qualifizierung haben zufriedener, engagierter und loyalere Beschäftigte. Basis sind Befragungen von etwa 7.000 Beschäftigten und 1.000 Betrieben mit mindestens 50 Mitarbeitern. Im Wettbewerb um Fachkräfte würden solche Angebote für die Unternehmen immer wichtiger, stellen die Forscher fest.

Infos: www.iab.de

Vorschau

G+G | 7-8/2016

Gesundheit und Gesellschaft

Fischen mit feinem Netz

Den Krebs aufspüren: Früherkennungsuntersuchungen galten lange als Königsweg im Kampf gegen bösartige Tumoren. Norbert Schmacke erklärt, warum die Zweifel daran wachsen und begründet sind.

„Krankheit macht Eltern hilflos“

Kommen schwerkranke Kinder aus der Klinik nach Hause, steht die Familie Kopf. Der Verein Kinderlotse hilft Eltern, den Alltag zu bewältigen sagt Heiderose Killmer.

„Das Land attraktiver machen“

Mehr Geld für Pflegekräfte, eine bessere Arbeitsteilung zwischen Kliniken und unkonventionelle Projekte für eine gute Medizin auf dem Land – die sächsische Sozialministerin Barbara Klepsch will einiges ändern.

G+G | 3/2016

Wissenschaft

Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens steht im Mittelpunkt der Ausgabe. Arno Elmer beschreibt den Stand der Dinge samt Problemen und Perspektiven. Sylvia Thun und Lasse van de Sand konzentrieren sich auf einen speziellen Aspekt: die eMedikation.

GKV-Ausgabenentwicklung – 1. Quartal 2016*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	3,9	4,0	4,2	3,6	3,9
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	2,4	3,2	2,9	3,5	1,1
Zahnersatz	0,3	0,5	0,2	2,4	-0,4
Arzneimittel	3,0	2,7	3,6	3,5	2,8
Hilfsmittel	3,0	2,6	3,6	0,2	4,6
Heilmittel	8,8	10,9	8,1	11,5	7,4
Krankenhausbehandlung	2,4	2,4	2,3	5,5	1,8
Krankengeld	-0,1	0,6	1,5	-1,8	-1,3
Fahrtkosten	6,4	3,6	17,6	13,3	5,1
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	3,9	3,0	3,9	13,7	3,7
Früherkennungsmaßnahmen	1,2	0,8	-2,3	0,2	3,4
Häusliche Krankenpflege	9,2	9,0	8,3	16,9	8,2
Ausgaben für Leistungen insgesamt	3,2	3,2	3,3	4,2	2,9

Die Krankenkassen sind mit einem Überschuss von 406 Millionen Euro ins Jahr 2016 gestartet. Laut Bundesgesundheitsministerium beliefen sich die Einnahmen im ersten Quartal auf 55,82 Milliarden Euro, die Ausgaben auf 55,41 Milliarden Euro ohne Zuzahlungen der Versicherten. Der Gesundheitsfonds verzeichnete ein Minus von 2,5 Milliarden Euro.

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Quelle: KV 45, BMG)

Infos: www.aok-bv.de

■ Sterberate steigt weiter stärker als die Zahl der Geburten

2015 wurden in Deutschland fast 738.000 Kinder lebend geboren. Das sind nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) knapp 23.000 Neugeborene oder 3,2 Prozent mehr als im Jahr 2014. Allerdings starben im selben Jahr auch über 925.000 Menschen. Gegenüber dem Vorjahr ist das ein Plus von fast 57.000 Menschen beziehungsweise 6,5 Prozent. Wie in allen Jahren seit 1972 starben somit mehr Menschen, als Kinder geboren wurden. 2015 lag die Differenz bei knapp 188.000, im Jahr 2014 hatte sie bei mehr als 153.000 betragen. Den Bund der Ehe haben 2015 übrigens 400.000 Paare geschlossen. Auch das ist eine Steigerung um 14.000 beziehungsweise 3,6 Prozent gegenüber 2014. Endgültige Ergebnisse liegen voraussichtlich im September 2016 vor.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ PSG III: Statt besserer Kooperation droht Kompetenzgerangel

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) soll die Pflegereform der Großen Koalition abrunden. Für den AOK-Bundesverband ist jedoch noch längst nicht alles rund. Das Bundeskabinett hat am 28. Juni seinen Gesetzentwurf verabschiedet, rund zwei Monate nachdem das Bundesgesundheitsministerium in Abstimmung mit dem Bundessozialministerium einen Referentenentwurf vorgelegt hatte. Ziel ist einerseits die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege vor Ort, andererseits die Verankerung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ins Sozialhilferecht. Die Bundesregierung laufe Gefahr, bewährte und eingespielte Strukturen aufs Spiel zu setzen, so die Kritik des Kassenverbandes.

Gesundheitsminister Hermann Gröhe drückt aufs Tempo. Das PSG III soll am 1. Januar 2017 in Kraft treten. Die notwendigen Änderungen des Elften und Zwölften Sozialgesetzbuches berühren auch die Belange der Länder und Kommunen, das Gesetz ist somit zustimmungspflichtig. Die Kosten für die soziale Pflegeversicherung beziffert der Entwurf auf 40 Millionen Euro. Für die Sozialhilfeträger liegen sie 2017 bei 200 Millionen, danach bei 182 Millionen Euro zusätzlich im Jahr.

» Tiefgreifende Eingriffsrechte für Kommunen

Das PSG III setzt in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege um. Städte und Gemeinden sollen künftig auf Initiative der Landkreise und kreisfreien Städte neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten erproben dürfen. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen verpflichtet werden, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen, auch über das Personal, die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen.

Ebenso sollen Landkreise und kreisfreie Städte ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, an den Pflegestützpunkten mitzuwirken und ebenfalls entsprechende Rahmenverträge zu schließen. Das Recht auf die Einrichtung von Schiedsstellen für den Streitfall liegt beim Land. Getestet werden soll ein Initiativrecht für Kommunen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich an deren Finanzierung beteiligen.

» Pflegeberatung verliert individuellen Charakter

In seiner ersten Bewertung der Kabinettsfassung des PSG III kritisiert der AOK-Bundesverband die geplanten Eingriffsrechte der Kommunen als zu tiefgehend. Die Entscheidungsbefugnis der Pflegekassen werde erheblich eingeschränkt und laufe einem partnerschaftlichen Verhältnis der Beteiligten zuwider.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

Im Bereich der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte fürchtet der Kassenverband qualitative Einbußen in der Pflege. Insbesondere das Angebot der Pflegeberatung und Pflegekurse können die Kassen bisher individuell gestalten. Die AOK nutzt diesen Gestaltungsspielraum in dem ansonsten wettbewerbsneutralen Feld der sozialen Pflegeversicherung und hat sein Beratungsangebot umfassend ausgebaut, was in Politik, Pflegewissenschaft und Selbstverwaltung hohe Anerkennung erfährt. Für eine bessere Zusammenarbeit müsse man die vorhandenen Strukturen nutzen und ausbauen, anstatt Doppelstrukturen und Insellösungen aufzubauen.

Der AOK-Bundesverband weist in seiner Beurteilung darauf hin, dass die Kommunen schon heute für die Analyse des Bedarfs und des pflegerischen Angebots verantwortlich sind und entsprechende Versorgungsstrukturen vorhalten müssen.

» Sinnvolle Ergänzungen und tragfähige Lösungen zur

Bekämpfung des Betrugs in der häuslichen Krankenpflege

Nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums erhält die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können. Der MDK wäre demnach auch zu Abrechnungsprüfungen bei Pflegediensten berechtigt, die nur häusliche Krankenpflege erbringen. Bisher darf der MDK nur ambulante Pflegedienste im Verdachtsfall unangemeldet kontrollieren. Auch die Dokumentationspflichten der Pflegekräfte sollen in der häuslichen Krankenpflege an die Vorgaben für die ambulante Altenpflege angepasst werden. „Wir haben bereits gute Erfahrungen mit Prüfungen bei den Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung gemacht, sowohl in Pflegeheimen als auch in der ambulanten Pflege“, sagt AOK-Pflegeexpertin Christiane Lehmacher-Dubberke.

Außerdem will die Bundesregierung den Pflegekassen erlauben, unabhängig von den Qualitätsprüfungen des MDK Abrechnungsprüfungen vorzunehmen. Dazu müssen jedoch Anhaltspunkte für fehlerhaftes Abrechnungsverhalten vorliegen. Für Pflegedienste, die in der ambulanten Altenpflege tätig sind, gelten diese Regeln bereits. Sie dürfen im Verdachtsfall unangemeldet kontrolliert werden, und ihre Abrechnungen müssen vom MDK regelmäßig überprüft werden. Darüber hinaus soll die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern gesetzlich verpflichtet werden, in den Landesrahmenverträgen Voraussetzungen für Verträge festzulegen, durch die wirksamer gegen bereits auffällig gewordene Anbieter vorgegangen werden kann, teilte das Ministerium mit. Damit soll sichergestellt werden, dass sich beispielsweise kriminelle Pflegedienste nicht einfach unter neuem Namen oder über Strohmänner eine neue Zulassung erschleichen können.

Die erste Lesung des Gesetzes im Bundestag ist für den 22. oder 23. September terminiert. Dann will sich auch der Bundesrat das erste Mal mit dem Gesetz befassen. Der Termin für die folgende Anhörung ist noch offen, muss aber vor der zweiten und dritten Lesung Ende November erfolgen. Der zweite Durchgang im Bundesrat wäre dann kurz vor der Weihnachtspause.

Infos: www.bmg.bund.de