

*Daran beteiligt waren das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Pflegelöhnerverbesserungsgesetz

04.06.2019
Referentenentwurf

19.06.2019
Kabinettsbeschluss

[Zum Download](#)
Regierungsentwurf
Pflegelöhnerverbesserungsgesetz

„Konzertierte Aktion Pflege“ legt Abschlussbericht vor

Die vor einem Jahr ins Leben gerufene „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP)* hat am 04.06.2019 ihre Ergebnisse vorgelegt. Das umfangreiche Paket enthält unter anderem Ideen für eine bessere Ausbildung und Qualifizierung von Pflegekräften, das Anwerben von Fachkräften aus dem Ausland sowie für innovative Digitalisierungsansätze in der Pflege. In ihrer Klausur am 13./14.06.2019 haben die Fraktionsvorstände der Koalitionspartner CDU/CSU und SPD ein Papier beschlossen, in dem sie die Pflege als ein zentrales Thema der Koalition bezeichnen und die zügige Umsetzung der „Konzertierten Aktion Pflege“ fordern.

BMAS legt Gesetzentwurf für „bessere Löhne“ in der Pflege vor

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat nur einen Tag nach der öffentlichen Vorstellung der Ergebnisse dazu einen Gesetzentwurf vorgelegt, der bereits am 19.06.2019 vom Kabinett beschlossen wurde: Mit dem „Gesetz für bessere Löhne in der Pflege“ (Pflegelöhnerverbesserungsgesetz) soll das Arbeitnehmer-Entsendegesetz modifiziert werden. Ziel ist es, einen Tarifvertrag auf die gesamte Pflegebranche auszuweiten. Darüber hinaus soll die Mindestlohnkommission künftig ein ständiges Gremium werden. Die Kommission kann zukünftig differenzierte Mindestentgeltsätze empfehlen, je nach Art der Tätigkeit oder der Qualifikation der Arbeitnehmer, etwa für Pflegehilfskräfte und Pflegefachkräfte.

➤ **Die im Gesetzentwurf vorgesehene höhere Vergütung in der Altenpflege kann dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern und den Fachkräftemangel zu bekämpfen. Damit verbunden ist jedoch ein enormer Kostenanstieg für die gesetzliche Pflegeversicherung und die Beitragszahler.**

Um die Bewohner von Pflegeheimen vor weiter steigenden Kosten zu schützen, sollten die Länder stärker ihrer Investitionsverantwortung nachkommen. Zur Begrenzung der Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen sollten die Leistungen der Pflegeversicherung künftig dynamisiert werden.

Personalbemessungsinstrumente in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern

Mit den Empfehlungen der KAP sollen verbindlichere Regeln für die Besetzung von Pflegeheimen und Krankenhäusern mit Pflegekräften eingeführt werden. In den Heimen soll dafür ein Personalbemessungsverfahren eingeführt werden, das bis Juni 2020 entwickelt und erprobt sein soll.

Um diese Vorschläge umsetzen zu können und eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen, wollen Bund und Länder laut KAP prüfen, wie die unterschiedlichen landes- und bundesrechtlichen Vorgaben harmonisiert werden können. Auch für Krankenhäuser soll ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument entwickelt und eingeführt werden. Dafür sollen Deutscher Pflegerat, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und verdi bis zum 31.12.2019 Vorschläge ausarbeiten und diese dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Selbstverwaltungspartnern übermitteln.

➤ **Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Instruments zur Messung des individuellen Pflegebedarfs ist notwendig. Damit wird die Datengrundlage geschaffen, um zu ermitteln, wie viele Pflegekräfte für eine qualitativ hochwertige Versorgung in Krankenhäusern benötigt werden.**

Anbindung der Pflege an die Telematikinfrastruktur

Die Anbindung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) ist ebenfalls Teil der Empfehlungen. Dazu hat das BMG bereits gesetzliche Regelungen im Entwurf des Digitale Versorgung-Gesetzes formuliert. Danach muss die gematik bis zum 30.06.2020 die Voraussetzungen dafür schaffen, dass sich Pflegeeinrichtungen freiwillig an die TI anschließen können. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen erhalten ab dem 01.07.2020 zum Ausgleich der ihnen durch die TI entstehenden Kosten eine Erstattung in gleicher Höhe wie Vertragsärzte.

Bereits im Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) ist den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten für die Förderung digitaler Anwendungen ein Zuschuss von maximal 12.000 Euro pro Einrichtung eingeräumt worden. Dies führt für die Pflegekassen zu einem Gesamtfinanzierungsvolumen von 350 Mio. Euro.

- **Die geplante Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI ist wichtig für eine künftig sektorenübergreifend ausgerichtete Versorgung. Es darf dabei jedoch keine Doppelfinanzierung durch die Pflegekassen geben: Bereits mit dem PpSG an die Pflegeeinrichtungen geleistete Zahlungen für digitale Anwendungen müssen bei der Finanzierung des Anschlusses an die TI berücksichtigt werden.**

Außerdem muss bei der Finanzierung der TI vom Prinzip der kompletten Refinanzierung durch die Kassen zum Zuschussprinzip übergegangen werden. Das heißt, Leistungserbringer erhalten einen Zuschuss zu den Investitions- und Betriebskosten.

Möglichkeiten der Heilkundeübertragung sollen genutzt werden

Die Beteiligten der KAP haben sich darauf verständigt, dass für die zukünftige Versorgung eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich wesentlich sei. Deshalb müsse die Rolle von Pflegekräften im medizinischen Versorgungsprozess geklärt und die bereits bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten der Heilkundeübertragung genutzt werden. Das Sozialgesetzbuch sieht vor, im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf qualifiziertes Pflegefachpersonal zu erproben. Dazu hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie eine Liste von übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten und die dafür notwendigen Qualifikationsanforderungen aufgeführt. Zudem können Pflegefachkräfte – ebenfalls in Modellvorhaben – die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegeheilmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege vornehmen (§ 63 Abs. 3c und 3b SGB V).

- **Grundsätzlich ist der Vorstoß zur Heilkundeübertragung gut. Dazu müssten jedoch Modellvorhaben nach § 63 SGB V deutlich einfacher gestaltet werden: So ist zum Beispiel die Regelung, nach der Pflegefachkräfte zunächst eine vierjährige Ausbildung absolvieren müssen, weder praxistauglich noch notwendig. Die Tätigkeiten, die von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt werden können, sollten sukzessive in Projekten und Testregionen aufgegriffen und systematisch in Realsettings entwickelt und ausgeweitet werden. Dazu müsste die vom G-BA erstellte Liste der delegierbaren Leistungen grundlegend überarbeitet und an die Anforderungen eines modernen Casemanagements angepasst werden, bei dem in professionen- und sektorenübergreifenden Teams gearbeitet wird.**

Bundestag beschließt GSAV

Der Bundestag hat am 06.06.2019 in 2./3. Lesung das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) beschlossen. Ziel des Gesetzes ist, die Qualität und Sicherheit bei Arzneimitteln zu verbessern (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 2/2019 und Nr. 11/2018).

Das Gesetz ist im Bundesrat zustimmungspflichtig. In seiner Sitzung am 12.06.2019 hatte der Gesundheitsausschuss des Bundesrates dazu mehrheitlich die Einberufung des Vermittlungsausschusses mit dem Ziel einer grundlegenden Überarbeitung des Gesetzes empfohlen. Hierüber entscheidet der Bundesrat am 28.06.2019. Sollte der Bundesrat für ein Vermittlungsverfahren stimmen, wäre ein Inkrafttreten – wie ursprünglich geplant – zum 01.07.2019 nicht zu halten.

Das vom Bundestag beschlossene Gesetz enthält unter anderem eine Neuregelung der politisch kontrovers diskutierten Importförderklausel. So soll eine differenziertere Preisabstandsregelung (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 2/2019) die bislang gültige „15/15“-Regel ablösen. Diese besagt, dass das Importarzneimittel mindestens 15 Prozent oder 15 Euro günstiger sein müssen als das deutsche Original. Insbesondere Thüringen und Brandenburg bestehen jedoch auf einer vollständigen Streichung der Importförderung. Im Gesetzgebungsverfahren hatte der Bundestag bereits biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und Zytostatika wegen „besonderer Anforderungen an Transport und Lagerung“ von der neuen Importförderklausel ausgenommen. Darüber hinaus soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, bis Ende 2021 einen umfassenden Bericht zur Importregel zu erstellen. Das BMG soll den Bericht bewerten und dem Bundestag vorlegen, damit dieser über die weitere Notwendigkeit der Importregel entscheidet.

➤ **Die grundsätzliche Beibehaltung der Importförderung ist positiv: Preisgünstige Importarzneimittel können zu einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten beitragen. Auch die geplante Neuregelung zu einer differenzierteren Preisabstandsregelung ist sinnvoll, weil damit insbesondere bei hochpreisigen Import-Arzneimitteln Einsparungen erzielt werden können.**

Die Ausnahme bestimmter Arzneimittelgruppen von der Importförderklausel ist jedoch nicht zielführend. Besonders die Begründung für diese Ausnahmen ist nicht nachvollziehbar: Biopharmazeutika als auch parenteral zu verabreichende Zytostatika sind nicht zwangsläufig empfindlicher als andere Arzneimittel.

Die Verpflichtung zu einer Evaluation der neuen Regelung bis zum Ende des Jahres 2021 ist jedoch sinnvoll. So können auf Basis belastbarer Daten Entscheidungen für eine zukünftige Gestaltung der Importförderung getroffen werden.

BARMER-Zahnreport 2019

Wie gut ist die Regelversorgung beim Zahnersatz?

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen BARMER-Zahnreports widmet sich der Frage, wie gut die Versorgung mit Zahnersatz im Bereich der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Dafür wurde untersucht, wie die Regelversorgung gegenüber anderen Versorgungsarten abschneidet. Um ein aussagekräftiges Bild der Inanspruchnahme, der Ausgaben und der Nutzungsdauer von Zahnersatz zu erhalten, hat das wissenschaft-

[Zum Download](#)

BARMER-Zahnreport
2019
Pressemitteilung

Gesetzlich Versicherte haben die Wahl zwischen drei Versorgungsarten

Die *Regelversorgung* orientiert sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung gehören. Bei der *gleichartigen Versorgung* entscheidet sich der Versicherte für eine Zahnversorgung, die konstruktionstechnisch der Regelversorgung entspricht, im Detail aber davon abweicht. Die entstehenden Mehrkosten trägt der Versicherte. Wählt der Versicherte Zahnersatz, bei dem es sich um eine gänzlich andere Versorgung als die Regelversorgung handelt, ist dies eine *andersartige Versorgung*. Der Versicherte trägt die Mehrkosten und erhält auf Antrag den anzuwendenden Festzuschuss von seiner Krankenkasse.

liche Team um Prof. Dr. Michael Walther vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden Daten der vertragsärztlichen Versorgung von 7,25 Mio. BARMER-Versicherten analysiert und auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet.

Inanspruchnahme der Regelversorgung als Referenzversorgung sinkt

Die Inanspruchnahme von Prothesen, Brücken und Zahnkronen durch die gesetzlich Versicherten hat in den letzten vier Jahren (2014 – 2017) um acht Prozent abgenommen. Grund dafür ist die bessere Mundgesundheit in Deutschland, so der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub.

Weil jedoch die Inanspruchnahme der Regelversorgung als Referenzversorgung stetig sinke, müsse der G-BA die Regelversorgung überprüfen und an die Entwicklung der Zahnmedizin anpassen. Nur so könnten gesetzlich Versicherte am medizinischen Fortschritt teilhaben. Die letzte Überprüfung durch den G-BA wurde im Jahr 2013 durchgeführt.

Regelversorgung zeichnet sich durch Haltbarkeit aus

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass Zahnkronen und Zahnersatz der Regelversorgung sich auch im Vergleich zur gleichartigen und andersartigen Versorgung bewähren. So sind Zahnkronen und festsitzende Brücken der Regelversorgung besonders haltbar. Die Regelversorgung mit Prothese ohne Implantate weist lediglich in solchen Fällen eine geringere Haltbarkeit auf, in denen nur noch wenige oder gar keine Zähne mehr da sind. Dies im Vergleich zur andersartigen Versorgung, bei der die Prothese auf Implantaten befestigt wird. Auch hier müsse eine wissenschaftliche Überprüfung der Regelversorgung stattfinden, so Prof. Dr. Walther. Es gebe klare Belege dafür, dass vor allem Patienten mit zahnlosem Unterkiefer von einer auf zwei Implantaten gestützten Zahnersatzversorgung deutlich profitieren würden.

Weitere Ergebnisse des BARMER-Zahnreports 2019

- Im Durchschnitt nahmen 71,5 Prozent der Versicherten im Jahr 2017 mindestens eine zahnärztliche Leistung in Anspruch. Dabei nehmen Frauen mehr Leistungen in Anspruch (75,4 Prozent) als Männer (67,5 Prozent).
- Es zeigen sich deutliche regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme von zahnärztlichen Leistungen. Dies bewegt sich in einer Spanne von 65,2 Prozent der Versicherten im Saarland bis zu 77,1 Prozent in Sachsen. Wie in den Vorjahren zeigt sich, dass in den neuen Bundesländern mehr Leistungen in Anspruch genommen werden als in den alten.
- Ohne Berücksichtigung der von den Versicherten privat zu tragenden Kostenanteile lagen die Ausgaben für die untersuchten Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung je Versichertem im Jahr 2017 bei 190,22 Euro, wobei die durchschnittlichen Ausgaben von Frauen mit 199,48 Euro über denen der Männer (180,71 Euro) lagen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Seite 4 von 4