

## Pflegebonusgesetz

### Tag nach der Verkündung Inkrafttreten

19.05.2022

2./3. Lesung Bundestag

27.04.2022

Anhörung Gesundheits-  
ausschuss

07.04.2022

1. Lesung Bundestag

30.03.2022

Kabinettsbeschluss

10.03.2022

Formulierungshilfe BMG

## Zum Download

Pflegebonusgesetz

## Bundestag beschließt Pflegebonusgesetz

Am 19.05.2022 hat der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung das Pflegebonusgesetz beschlossen, mit dem die Leistungen von Pflegekräften in Krankenhäusern und in den Pflegeeinrichtungen gewürdigt werden sollen.

Die geplante Prämie soll an Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung gezahlt werden, die während der Pandemie besonders belastet waren. Für die Pflegeprämien in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen werden dazu jeweils 500 Millionen Euro aus Bundesmitteln bereitgestellt.

Krankenhäuser gelten als anspruchsberechtigt, wenn dort im Jahr 2021 mehr als zehn mit dem Coronavirus infizierte Patientinnen und Patienten behandelt und diese mehr als 48 Stunden beatmet wurden. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt die Anspruchsberechtigung und die Gesamtsumme der Beträge für die einzelnen Krankenhäuser und der jeweiligen Beschäftigten.

Das Personal auf Intensivstationen soll in besonderem Maße berücksichtigt werden. In einem Änderungsantrag wurde zusätzlich festgelegt, dass auch Beschäftigte von Leiharbeitsunternehmen von der Prämie profitieren können.

Pflegeeinrichtungen sollen ihren Beschäftigten bis zum 31.12.2022 einen Pflegebonus zahlen. Anspruch auf Bonuszahlungen haben Beschäftigte, die vom 01.11.2020 bis 30.06.2022 mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren. Die in Abhängigkeit der Tätigkeit gestaffelten Boni werden den Pflegeeinrichtungen von der sozialen Pflegeversicherung erstattet. Die Länder können den Bonus für Beschäftigte in der Langzeitpflege darüber hinaus erhöhen.

➤ **Es ist gut, dass die bereits bei der Vorstellung des Koalitionsvertrags angekündigte Corona-Prämie nun bald den Pflegekräften zu Gute kommen kann, auch wenn nur ein Teil der Beschäftigten damit erreicht wird. Es ist richtig, dass für dieses gesellschaftliche Signal der Wertschätzung Mittel aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung gestellt werden. Unabhängig davon sind darüber hinaus bessere Arbeitsbedingungen nötig, um die Pflegekräfte auch langfristig im Beruf zu halten.**

Neben den Regelungen zum Pflegebonus wurden gleichzeitig Änderungsanträge beschlossen, die die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung betreffen.

### Pflegerechtungsschirm läuft weitgehend aus

Der sogenannte Rettungsschirm der sozialen Pflegeversicherung für die Pflegeeinrichtungen und Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag wird zum 30.06.2022 weitgehend auslaufen. Danach wird es keine Erstattung von Coronavirus-bedingten, außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen für die Pflegeeinrichtungen mehr geben. Möglich bleiben soll jedoch die Erstattung von Testkosten in diesen Einrichtungen, wenn dies im Pandemieverlauf nach dem 30.06.2022 noch erforderlich sein sollte.

➤ **Dass der Pflegerechtungsschirm nicht weiter verlängert wird, entspricht der aktuellen Situation. Wichtig bleibt die Umsetzung des Koalitionsvertrages, wonach die pandemiebedingten Zusatzkosten in der Pflege aus Steuermitteln finanziert werden sollen – dies ist noch nicht vollständig geschehen. Die soziale Pflegeversicherung benötigt im laufenden Jahr weitere zusätzliche Steuermittel, um eine Anhebung des Beitragssatzes zu verhindern.**

## **Befristung Digitaler Pflegeanwendungen**

Die Einführung der Digitalen Pflegeanwendungen war bereits im Jahr 2021 mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) vom Gesetzgeber beschlossen worden. Die erstmalige Bewilligung Digitaler Pflegeanwendungen (DiPA) durch eine Pflegekasse soll nun auf sechs Monate befristet werden. Während bislang keine Befristung vorgesehen war, stellt die Neuregelung sicher, dass die DiPA auch tatsächlich genutzt werden. So können die Pflegekassen künftig aktiv bei der pflegebedürftigen Person nachfragen, ob die DiPA angewendet wird und die Erwartungen der pflegebedürftigen Person erfüllt werden. Ist dies der Fall, stellt die Pflegekasse die DiPA in der Folge künftig unbefristet (ohne weiteren Antrag) für die pflegebedürftigen Personen zur Verfügung.

➤ **Die Neuregelung ist sinnvoll, denn durch die erweiterten Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegekassen können die Pflegebedürftigen künftig besser in ihrer Versorgungssituation begleitet werden.**

## **Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern weiterhin per Video möglich**

Beschlossen wurde mit dem Gesetz ebenfalls, dass auf Wunsch der pflegebedürftigen Person im Zeitraum vom 01.07.2022 bis 30.06.2024 jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen kann. Die erstmalige Beratung muss jedoch weiter persönlich vor Ort durchgeführt werden. Der GKV-Spitzenverband soll die Erfahrungen dieser Beratung in den zu erstellenden Bericht zur Evaluation der Pflegeberatung für das Jahr 2023 einbeziehen.

Pflegebedürftige Personen, die Pflegegeld beziehen, müssen weiterhin regelmäßig (bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich) einen Beratungsbesuch, z. B. durch ambulante Pflegedienste, abrufen. Ziel ist die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege. Während der COVID-19-Pandemie war es befristet möglich, diese Beratung vollständig telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen.

➤ **Die verlängerte Möglichkeit der Beratung per Videokonferenz ist im Interesse der Pflegebedürftigen. Gut ist, dass aber auch Besuche in der Häuslichkeit weiter stattfinden sollen – somit kann die gesamte Pflege- und Versorgungssituation qualitativ bewertet werden.**

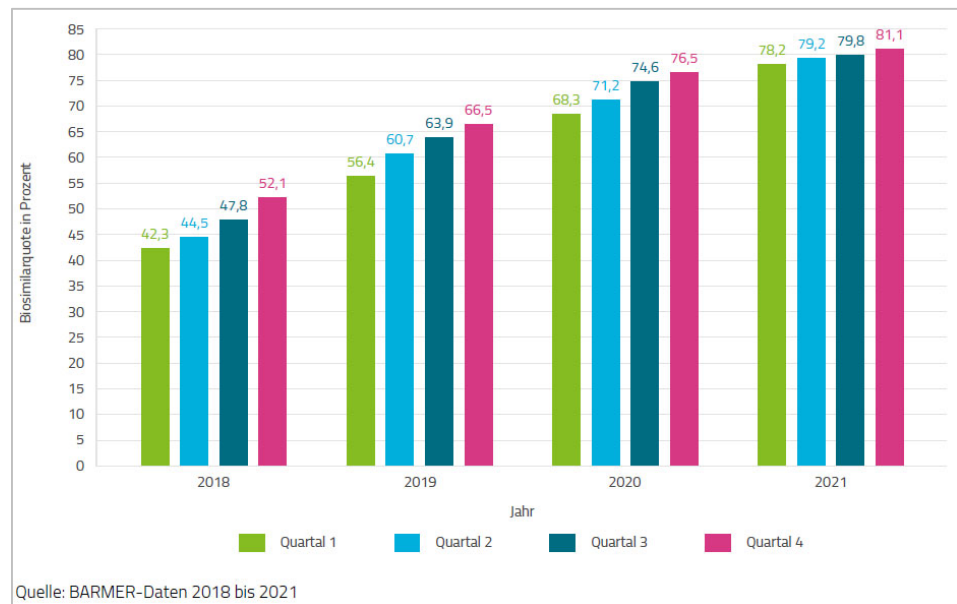
## **bifg-Papier zur Austauschpflicht von Biosimilars in Apotheken**

Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) hat ein Diskussionspapier zur Substitution von Biopharmazeutika durch Biosimilars\* in Apotheken vorgelegt. Darin geben die Autoren einen Ausblick auf die Marktentwicklung von Biosimilars sowie auf Patentläufe biologisch hergestellter Arzneimittel und unterbreiten Vorschläge für mögliche Einsparpotenziale.

Der Anteil biologisch hergestellter Arzneimittel an den Arzneimittelausgaben in Deutschland hat sich seit dem Jahr 2006 verfünffacht, bereits ein Drittel entfällt auf diese Arzneimittelgruppe. Derzeit gibt es 15 austauschbare biosimilarfähige Wirkstoffe, dabei beliefen sich die Kosten im vergangenen Jahr allein bei der BARMER auf 536 Millionen Euro, GKV-weit waren es rund 3,8 Milliarden Euro.

\* Biosimilars sind Nachahmerprodukte eines Biopharmazeutikums. Die Zulassung erfolgt nach Ablauf des Patentschutzes des biotechnologisch hergestellten Wirkstoffes (Referenzarzneimittel).

## Entwicklung der Biosimilarquote im Zeitraum 2018 bis 2021 in Quartalen (ohne Insuline)



### Gesetzliche Neuregelungen zu Biosimilars treten in Kraft

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung hat der Gesetzgeber im Jahr 2019 neue Vorgaben für den Einsatz von Biosimilars auf den Weg gebracht, um ihr Wirtschaftlichkeitspotenzial stärker zu nutzen. So wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, den Austausch von Wirkstoffen durch Biosimilars analog der Generika verbindlich zu regeln. Im Gesetzentwurf hieß es dazu: „Die Verordnung von Generika und im Wesentlichen gleichen biologischen Arzneimitteln (Biosimilars) statt eines Originalpräparates ist in der Regel wirtschaftlicher als die Verordnung des Originalpräparates.“

Mitte April dieses Jahres hat der G-BA nun das Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Arzneimittelrichtlinie mit dem Ziel der Ergänzung um eine Regelung zum Austausch von biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimitteln durch Apotheken eingeleitet. Dieses Stellungnahmeverfahren ist am 19.05.2022 abgeschlossen worden. Die gesetzliche Neuregelung soll zum 16.08.2022 in Kraft treten.

Kritik an den geplanten Änderungen regt sich seitens der Pharmaindustrie, der Ärzte- und Apothekerschaft. Diese warnen vor Medikationsfehlern und einer Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten. Ebenso bestünde die Gefahr von Versorgungsengpässen infolge der Ausschreibung von Rabattverträgen.

### Erkenntnisse des bifg-Papiers

Die bifg-Analyse zeigt, dass erhebliche Unterschiede bei der ärztlichen Verordnung von Biosimilars (Biosimilarquote) zwischen den Bundesländern bestehen. Diese Unterschiede könnten medizinisch-therapeutisch nicht erklärt werden, so die Autoren. Stattdessen sei zu vermuten, dass sie von jeweils unterschiedlich intensiven und erfolgreichen Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zeugten, die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung regional zu beeinflussen. Nach den Daten der BARMER weisen im Jahr 2021

#### Zum Download

ePaper „Biosimilars im Fokus – Diskussionspapier zur Substitution von Biosimilars in Apotheken“

Sachsen-Anhalt und Hessen die niedrigste Biosimilarquote (ohne Insuline) auf. Die Biosimilarquoten der verschiedenen Wirkstoffgruppen weisen dabei unterschiedliche Abstands-niveaus und Verteilungen auf. Insgesamt werde die Substitution von biologischen Arzneimitteln durch Biosimilars in den Apotheken die Biosimilarquote anheben und angleichen und so die Bemühungen der KVen zur wirtschaftlichen Steuerung der Arzneimitteltherapie erheblich unterstützen, so das bIfg. Die bereits heute sehr hohen Verordnungsquoten zeigten, dass viele der vorgebrachten medizinischen Bedenken widerlegt seien.

### **Keine Versorgungsprobleme durch Substitution und Rabattverträge**

Das bIfg setzt sich auch mit der Kritik an der Substitution durch Biosimilars in den Apotheken auseinander. So gibt es die Sorge, die Substitution führe zur Ausschreibung exklusiver Rabattverträge mit der Folge von Versorgungsengpässen, die nicht von anderen Firmen kompensiert werden könnten. Dem entgegen die Autoren, dass bereits heute über 80 Prozent der generischen Wirkstoffe von den Ersatzkassen in Mehrpartnermodellen ausgeschrieben würden, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Dies sei auch bei Biosimilars zu erwarten. Käme es trotz der Zusicherung der Liefersicherheit zu Versorgungsproblemen, werde die Versorgung mit Produkten anderer Hersteller ohne Mehrkosten für die Versicherten ermöglicht.

Auch dem Argument, Ausschreibungen für Biosimilars führten zu einer Abwanderung der Produktion in außereuropäische Standorte, treten die bIfg-Autoren entgegen: Die Herstellung von Biosimilars finde in einem weltweiten Wettbewerbsmarkt statt. Der damit einhergehende kontinuierliche Preis- und Innovationsdruck gehe jedoch nicht von deutschen Krankenkassen und den alle zwei Jahre neu auszuscheidenden Rabattverträgen aus. Gerade weil die Kosten für die Errichtung eines Produktionsstandortes biotechnologischer Arzneimittel sehr hoch seien, erfolge diese Investitionsentscheidung nicht auf Basis eines deutschen Teilmarktes, der weltweit nur einen Anteil von etwa zwei Prozent aufweist, so die Autoren.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

## **Termine laufender Gesetzgebungsverfahren**