



Änderungen im Gesundheitswesen 2017

Stand: Dezember 2016



Inhalt

Was ändert sich im Gesundheitswesen 2017	1
I. Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)	4
Pflegrade statt Pflegestufen	4
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	5
Neues Begutachtungsinstrument	5
Leistungen in den fünf Pflegegraden.....	6
Besitzstandsschutz	7
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	7
Erhöhung der Beitragssätze	7
Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen	8
II. Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III).....	8
Schärferes Vorgehen gegen Pflegebetrug.....	8
Pflegeberatung wird ausgebaut	9
Förderung von Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag.....	9
III. Beitragssätze und Bemessungsgrenzen.....	9
Beitragsbemessungsgrenze 2017	9
Versicherungspflichtgrenze 2017	10
Einkommengrenze für die Familienversicherung 2017	10
Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2017.....	10
Höchstgrenze für das Krankengeld 2017	11
Beitragssätze Pflegeversicherung 2017.....	11
Bundeszuschuss 2017	11
IV. Veränderungen im Bereich Krankenhaus	12
Verbessertes Entlassmanagement der Krankenhäuser.....	12
Neues Angebot: "Zu-Hause-Behandlung für psychisch Kranke"	12
VI. Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG).....	13
Bessere Qualität der Hilfsmittel.....	13
Wahlmöglichkeiten für Versicherte.....	13

Modellprojekt "Blankorezept".....	13
Einrichten von Wundzentren	13
Verbesserte Beratung	13
VI. Sonstiges.....	14
Wahlmöglichkeit bei Hörgeräten für Ersatzkassenmitglieder	14
Anspruch auf Medikationsplan.....	14
Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG) ...	15

Herausgeber: vdek–Pressestelle
Kontakt: Michaela Gottfried
Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00
E-Mail: presse@vdek.com

I. Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Pflegegrade statt Pflegestufen

Ab 1.1.2017 gibt es statt der drei Pflegestufen fünf Pflegegrade. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt auf Grundlage eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes (siehe "Neues Begutachtungsinstrument"):

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn im Rahmen der Pflegebegutachtung ein Gesamtpunktwert von mindestens 12,5 Punkte festgestellt wird. Der Grad der Pflegebedürftigkeit bestimmt sich wie folgt:

Pflegegrad 1:

12,5 bis unter 27 Punkte (geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 2:

27 bis unter 47,5 Punkte (erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 3:

47,5 bis unter 70 Punkte (schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 4:

70 bis unter 90 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten)

Pflegegrad 5:

90 bis 100 Punkte (schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft.

Pflegebedürftige, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen personellen Unterstützungsbedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, werden unabhängig vom Erreichen des Schwellenwertes von 90 Punkten dem Pflegegrad 5 zugeordnet. Diese sogenannte besondere Bedarfskonstellation liegt nur bei einer Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vor.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Zum 1. Januar 2017 treten der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das damit einhergehende neue Begutachtungsverfahren aus dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) in Kraft. Pflegebedürftig sind zukünftig Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der für einzelne Pflegegrade festgelegten Schwere (siehe Begutachtungsinstrument) bestehen.

Pflegebedürftigkeit wird also nicht daran gemessen, wie schwer jemand erkrankt oder behindert ist. Ausschlaggebend ist vielmehr, wie stark der Betroffene in seiner Selbstständigkeit eingeschränkt ist. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen: Wie selbstständig ist der Mensch bei der Bewältigung seines Alltags? Was kann der Mensch noch alleine? Wobei benötigt er Unterstützung?

Neues Begutachtungsinstrument

Bisher orientierte sich die Einstufung pflegebedürftiger Menschen vor allem an ihren körperlichen Defiziten. Ab 1.1.2017 ist der Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Maßstab für die Beurteilung. Die Begutachtung erfolgt auf Grundlage eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstrumentes, das in den Begutachtungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes festgeschrieben ist. Diese Richtlinien sind für alle Gutachter verbindlich.

Im Rahmen der Begutachtung werden die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in sechs Bereichen erfasst, die für die Bewältigung des täglichen Lebens wesentlich sind. Diese sind:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Zu jedem Bereich werden im Rahmen der Begutachtung mehrere Einzelkriterien betrachtet. Für jedes Einzelkriterium werden Punkte vergeben. Die innerhalb eines Bereiches für

die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag gewichtet. Die gewichteten Punkte der Module werden dann zu einem Gesamtpunktwert addiert. Maximal können 100 Punkte erreicht werden. Pflegebedürftigkeit liegt ab einem Gesamtpunktwert von mindestens 12,5 Punkte vor (siehe "Pflegegrade").

Leistungen in den fünf Pflegegraden

Ab 1.1.2017 werden pflegebedürftige Menschen einem von fünf Pflegegraden zugeordnet. Je höher der Pflegegrad, desto höher sind die Leistungen der Pflegeversicherung. Die Leistungsbeträge der Hauptleistungen staffeln sich wie folgt:

Pflegegrad 1:

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €

Leistungsbetrag vollstationär: 125 €

Pflegegrad 2

Geldleistung ambulant: 316 €

Sachleistung ambulant: 689 €

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €

Leistungsbetrag vollstationär: 770 €

Pflegegrad 3

Geldleistung ambulant: 545 €

Sachleistung ambulant: 1298 €

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €

Leistungsbetrag vollstationär: 1262 €

Pflegegrad 4

Geldleistung ambulant: 728 €

Sachleistung ambulant: 1612 €

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €

Leistungsbetrag vollstationär: 1775 €

Pflegegrad 5

Geldleistung ambulant: 901 €

Sachleistung ambulant: 1995 €

Entlastungsbetrag ambulant (zweckgebunden): 125 €

Leistungsbetrag vollstationär: 2005 €

Pflegebedürftige, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden, erhalten Bestandsschutz (siehe "Besitzstandsschutz")

Besitzstandsschutz

Pflegebedürftige, die von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet werden (Bestandsfälle), erhalten einen umfangreichen Besitzstandsschutz. Es gilt: Niemand, der vorher schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten hat, soll künftig schlechter gestellt werden. Das heißt konkret: Alle, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, bekommen diese weiterhin mindestens in gleichem Umfang. Bei den meisten Betroffenen führt die Überleitung in die neuen Pflegegrade zu höheren Leistungen. Auch für Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege wird sich der von ihnen zu tragende Eigenanteil für die pflegebedingten Kosten nicht erhöhen.

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)

Ab 1. Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 innerhalb einer vollstationären Pflegeeinrichtung einen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der unabhängig vom Pflegegrad ist. Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt. Durch diese Umstellung vom individuellen Eigenanteil auf den Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil wird Sicherheit für die finanzielle Planung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geschaffen. Neben dem EEE sind weiterhin die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten durch den Pflegebedürftigen zu tragen.

Den in einzelnen Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden EEE finden Sie ab dem 1.1.2017 unter www.pflegelotse.de.

Erhöhung der Beitragssätze

Um die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit verbundenen Leistungsverbesserungen zu finanzieren, steigt der Beitragssatz der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 Prozent bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen durch Pflegekassen

Ab dem 1. Januar 2017 ändern sich die Regelungen zur Rentenversicherung der Pflegepersonen und es werden mehr pflegende Menschen rentenversicherungspflichtig als bisher.

Die Pflegekasse zahlt Rentenversicherungsbeiträge für ehrenamtliche Pflegepersonen, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit dem Pflegegrad 2 bis 5 in häuslicher Umgebung mindestens zehn Stunden verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche pflegen. Die Höhe der Rentenbeitragszahlung ist abhängig von dem vorliegenden Pflegegrad sowie den Leistungen, die der Pflegebedürftige erhält. Die Pflegeperson darf daneben weiterhin nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sein.

Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen beitragsfrei gesetzlich unfallversichert.

Ab dem 1. Januar 2017 zahlt die Pflegekasse Pflegepersonen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pfl egetätigkeit arbeitslosenversichert waren oder zuvor Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld) erhalten haben. Ausnahmeregelungen sind bei der jeweiligen Krankenkasse zu erfragen.

II. Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)

Schärferes Vorgehen gegen Pflegebetrug

Mit dem PSG III sollen Abrechnungsbetrug in der Pflege noch wirksamer bekämpft und Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft noch besser geschützt werden. Um Abrechnungsbetrug zu verhindern, erhält die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht: Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig von den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfasst werden. Zudem sind in die Prüfungen des MDK nach dem Pflegeversicherungsrecht auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege einzubeziehen, wenn diese Leistungen für Personen erbracht werden, die keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

Pflegeberatung wird ausgebaut

Das Netz der Beratungsstellen soll mit dem PSG III weiter ausgebaut werden. Dafür sollen Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten erhalten. Stellen Pflegekassen Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung aus, können diese zukünftig auch bei kommunalen Beratungsstellen eingelöst werden. Zudem können die Kommunen die verpflichtenden Beratungseinsätze in der Häuslichkeit durchführen.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit in bis zu 60 Kommunen Modellvorhaben zur kommunalen Pflegeberatung durchzuführen. Hier liegt die Verantwortung für die Pflegeberatung, die Beratungseinsätze in der Häuslichkeit und die Pflegekurse vollständig in der Hand der Kommunen. Die Modellvorhaben sind auf fünf Jahre begrenzt.

Förderung von Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag

Mit dem Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) sollen Angebote zur Unterstützung und Entlastung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag ausgebaut werden. Die Pflegeversicherung fördert solche Angebote im Umfang von bis zu 25 Millionen Euro, wenn Länder bzw. Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen. Bisher werden die entsprechenden Mittel der Pflegeversicherung nicht vollständig ausgeschöpft. Mit dem PSG III wird es für Länder und Kommunen leichter, die Mittel zu nutzen und damit entsprechende Angebote zu fördern. Darüber hinaus wird der Fördertopf der Pflegeversicherung um zehn Millionen Euro erhöht, um damit künftig auch die Arbeit selbstorganisierter Netzwerke zur Unterstützung Pflegebedürftiger auf kommunaler Ebene zu stärken. Auch hier müssen Länder und Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen.

III. Beitragssätze und Bemessungsgrenzen

Beitragsbemessungsgrenze 2017

Die Löhne und Gehälter in Deutschland sind im vergangenen Jahr (2015) wieder gestiegen. Deshalb ändern sich 2017 die Beitragsbemessungsgrenzen der Kranken- und Pflegeversicherung.

Im Jahr 2017 steigt die Beitragsbemessungsgrenze von 50.850 Euro im Jahr 2016 auf **52.200 Euro** im Jahre 2017.

Die Beiträge für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung werden bei Versicherten nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Der Anteil des Jahresbeitragsentgeltes, der oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, wird bei der Beitragsberechnung nicht berücksichtigt.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird zusammen mit weiteren Rechengrößen der Sozialversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Einvernehmen mit dem Bundesrat festgelegt.

Versicherungspflichtgrenze 2017

Bis zu einer bestimmten Höhe des Jahresarbeitsentgeltes besteht für Arbeitnehmer eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Versicherungspflichtgrenze steigt von 56.250 Euro im Jahr 2016 auf **57.600 Euro** im Jahr 2017. Oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich Arbeitnehmer auch weiterhin freiwillig in der GKV versichern. Die Beiträge werden nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Jahresarbeitsentgelt berechnet.

Einkommensgrenze für die Familienversicherung 2017

Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können ihre Familienangehörigen über die Familienversicherung beitragsfrei mitversichern. Das setzt allerdings voraus, dass das Gesamteinkommen der in Betracht kommenden Angehörigen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Im Jahr 2017 wird die Einkommensgrenze für mitversicherte Ehegatten, Lebenspartner und Kinder von 415 Euro auf **425 Euro** angehoben. Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung können weiterhin bis 450 Euro bezogen werden.

Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ist ausgeschlossen, wenn das Gesamteinkommen oberhalb dieser Grenzen liegt. Ebenfalls ausgeschlossen ist die Familienversicherung für Kinder, wenn das Einkommen des anderen Elternteils oberhalb der für 2017 voraussichtlich gültigen Versicherungspflichtgrenze von 57.600 Euro jährlich beziehungsweise 4.800,00 Euro monatlich liegt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds und dieser Ehegatte nicht gesetzlich krankenversichert ist.

Belastungsgrenze für Zuzahlungen 2017

Für bestimmte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Versicherte Zuzahlungen leisten. Die Zuzahlungen werden durch eine Belastungsgrenze gedeckelt. Die Belastungsgrenze liegt bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen eines Haushalts. Liegt eine chronische Erkrankung vor, dann liegt die Belastungsgrenze bei einem Prozent. Von den Bruttoeinnahmen des Haushalts werden Freibeträge abgezogen, bevor die Belastungsgrenze berechnet wird. Die Freibeträge richten sich nach der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) festgesetzten Bezugsgröße. Für das Jahr 2017 steigt der Freibetrag für den ersten Familienangehörigen von 5.229 Euro auf **5.355 Euro**, für jeden weiteren Angehörigen von 3.486 Euro auf **3.570 Euro** und der Kinderfreibetrag von 7.248 Euro auf **7.356 Euro**.

Höchstgrenze für das Krankengeld 2017

Wenn Versicherte durch eine Erkrankung arbeitsunfähig sind oder auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt werden, haben sie Anspruch auf Krankengeld. Das Krankengeld wird pro Kalendertag berechnet und richtet sich nach den individuellen Verhältnissen des Versicherten. Das jeweils gezahlte Höchstkrankengeld orientiert sich dabei an der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung. Durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2017 steigt das Höchstkrankengeld von 98,88 Euro auf **101,50 Euro** pro Kalendertag.

Weitere Informationen:

Beitragssätze Pflegeversicherung 2017

Im Rahmen des zweiten Pflegestärkungsgesetzes werden zum 1.1.2017 die Beiträge zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte angehoben. Der Beitragssatz liegt dann bei 2,55 Prozent bzw. bei 2,8 Prozent für Kinderlose nach Vollendung des 23. Lebensjahres.

Arbeitnehmer von 1,175% 2016 auf 1,275%/von 1,425% 2016 auf 1,525% (für kinderlose Mitglieder)

Arbeitgeber von 1,175% 2016 auf 1,275% 2017

Sonderregelung in Sachsen:

Arbeitnehmer von 1,675% 2016 auf 1,775%/von 1,925% 2016 auf 2,025% (für kinderlose Mitglieder)

Arbeitgeber von 0,675% 2016 auf 0,775%

Bundeszuschuss 2017

Mit dem aus Steuern finanzierten Bundeszuschuss werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben bzw. versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Dazu gehören zum Beispiel die beitragsfreie Familienmitversicherung oder Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds steigt 2017 auf **14,5 Milliarden Euro** (2016: 14 Milliarden Euro).

Der Zuschuss soll auch in den kommenden Jahren bei 14,5 Milliarden Euro liegen.

IV. Veränderungen im Bereich Krankenhaus

Verbessertes Entlassmanagement der Krankenhäuser

Am 1. Juli 2017 tritt der Rahmenvertrag zwischen GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kraft, der das Nähere zum sogenannten Entlassmanagement regelt. Die Regelungen zielen auf eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und den Krankenkassen ab. Beispielsweise müssen die Krankenhäuser bei der Entlassung von Patienten nach klar geregelten Verantwortlichkeiten und verbindlichen Standards arbeiten und die Patienten auf ihren Internetseiten über das Entlassmanagement informieren. Die Entlassung soll künftig zielgerichteter geplant werden, damit der Übergang von der Klinik zum weiterbehandelnden Arzt oder zur nächsten Versorgungseinrichtung reibungsloser klappt.

Zudem ist ein spezifischer Standard für die Patientengruppen vorgesehen, die in der Mobilität und Selbstversorgung eingeschränkt sind. Die Krankenhäuser werden von den Krankenkassen beim Entlassmanagement zielgerichtet unterstützt. Mit Inkrafttreten der Regelungen können Krankenhäuser Entlassrezepte für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen.

Neues Angebot der Krankenhäuser: "Zu-Hause-Behandlung für psychisch Kranke"

Das "Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (PsychVVG) sieht unter anderem vor, dass die Krankenhäuser eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld einführen können, die sogenannte stationsäquivalente Behandlung. Da es sich hier um eine Krankenhausleistung handelt, spricht man auch von "Krankenhausbehandlung ohne Bett". Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit werden dabei durch mobile multiprofessionelle Teams direkt zu Hause versorgt.

Die stationsäquivalente Behandlung kommt beispielsweise bei alleinerziehenden Eltern oder gerontopsychiatrischer Therapie im Alten- und Pflegeheim in Frage. Für die Betroffenen führt das zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben. Stationäre Aufenthalte können vermieden oder verkürzt werden und die Versorgung flexibler und bedarfsgerechter gestaltet werden.

Die Krankenhäuser können auch andere Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen, beispielweise unter den Gesichtspunkten der Wohnortnähe oder der Behandlungskontinuität. Das können Vertragsärzte, psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) oder medizinische Versorgungszentren (MVZs) sein.

Das PsychVVG tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

IV Heil- und Hilfsmittel-Versorgungsgesetz (HHVG) (Inkrafttreten voraussichtlich 1. April 2017)

Bessere Qualität der Hilfsmittel

Das HHVG hat zum Ziel, die Qualität der Hilfsmittel für Versicherte zu verbessern. So müssen Krankenkassen bei der Ausschreibung von Hilfsmitteln, zum Beispiel Inkontinenzhilfen oder Tensgeräten, neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte stärker beachten. Qualitätsaspekte sollen bei der Auftragsvergabe zu mindestens 40 Prozent berücksichtigt werden. Dazu gehören auch Kriterien wie Erreichbarkeit der Leistungserbringer, Kundendienst oder Anwendungshilfen.

Wahlmöglichkeiten für Versicherte

Die Krankenkassen werden verpflichtet, auch bei der Hilfsmittelversorgung, die auf dem Wege der Ausschreibung zustande gekommen ist, ihren Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen aufzahlungsfreien Hilfsmitteln einzuräumen.

Modellprojekt "Blankorezept"

Heilmittelerbringer, vor allem Physiotherapeuten, sollen durch die sogenannte "Blanko-Verordnung" stärker in die Versorgungsverantwortung eingebunden werden. Dafür soll es Modellprojekte in allen Bundesländern geben, bei denen der Arzt das Heilmittel verordnet, Art und Umfang der Therapie aber der Heilmittelerbringer festlegt. Anschließend soll entschieden werden, ob diese Versorgungsform für die Regelversorgung geeignet ist.

Einrichten von Wundzentren

Mit dem HHVG sollen Maßnahmen für eine bessere Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden auf den Weg gebracht werden. Es ist vorgesehen, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege künftig auch in Wundzentren möglich sind, also außerhalb der Häuslichkeit der Patienten.

Verbesserte Beratung

Versicherte sollen künftig umfangreicher über ihre Leistungsansprüche und die Versorgungsmöglichkeiten informiert werden.

So müssen Leistungserbringer die Patienten in Kenntnis setzen, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen innerhalb des Sachleistungssystems für sie geeignet sind und somit von den Krankenkassen als Regelleistung bezahlt werden. Darüber hinaus werden die Leistungserbringer verpflichtet, im Rahmen der Abrechnung mit den Krankenkassen auch die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten anzugeben.

Auch die Krankenkassen sollen zur besseren Beratung der Versicherten beitragen. Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, für die zuvor eine Genehmigung einzuholen ist, müssen die Krankenkassen künftig über ihre Vertragspartner und die wesentlichen Inhalte der abgeschlossenen Verträge informieren. Die Krankenkassen werden zudem verpflichtet, über die von ihnen abgeschlossenen Verträge im Internet zu informieren.

V Sonstiges

Wahlmöglichkeit bei Hörgeräten für Ersatzkassenmitglieder

Versicherte der Ersatzkassen können künftig wählen, ob sie sich bei der Auswahl eines Hörgerätes wie bisher von einem Hörakustiker oder – neu – von einem Hals–Nasen–Ohren–Arzt (HNO–Arzt) beraten lassen wollen. Der neue, sogenannte verkürzte Versorgungsweg über den HNO–Arzt sieht neben der Hörgeräteberatung durch den Arzt auch vor, dass Versicherte zwischen fünf verschiedenen aufzahlungsfreien Hörgeräten wählen können. Die Geräte sind auf dem aktuellen Stand von Medizin und Technik, zudem klein und leicht. Beim Ausgleich des Hördefizits und der Verbesserung des Sprachverstehens entsprechen sie dem modernen Stand der Versorgung.

Anspruch auf Medikationsplan

Durch das E–Health–Gesetz haben alle Versicherten seit dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan, sofern sie mindestens drei verordnete Arzneimittel gleichzeitig anwenden. Der Medikationsplan soll das Risiko unerwünschter Wechselwirkungen verringern und für Transparenz und Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie sorgen.

Der Plan wird in der Regel durch den Hausarzt in Papierform erstellt. Ab 2019 sollen die Inhalte auch auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden können.

Der Medikationsplan umfasst:

- Wirkstoff, optional zusätzlich den Handelsnamen des Medikaments
- Stärke
- Darreichungsform
- Hinweise zur Dosierung und Anwendung
- Anwendungsgrund

Der ausgedruckte Medikationsplan ist zusätzlich mit einem Barcode ausgestattet, der alle oben genannten Informationen enthält. Damit kann ein mitbehandelnder Arzt oder der Apotheker Aktualisierungen vornehmen, ohne den Plan neu abtippen zu müssen. Auf diese Weise erhält der Versicherte bei jeder Änderung der Medikation einen aktuellen Plan.

Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG)

Neue, künstlich hergestellte Rauschmittel, auch bekannt als "Designerdrogen" oder "Legal Highs", verbreiten sich zunehmend. Gelegentlich werden sie auch verharmlosend als Badesalze oder Kräutermischungen beworben. Dabei sind diese Stoffe extrem gesundheitsgefährdend.

Wer solche psychoaktiven Substanzen konsumiert, riskiert schwerwiegende gesundheitliche Folgen. Die Symptome reichen von Erbrechen, Herzrasen und Orientierungsverlust über Kreislaufversagen, Lähmung und Wahnvorstellungen bis hin zum Versagen der Lebensfunktionen.

Das „Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe“ (NpSG) sieht vor, dass künftig ganze Stoffgruppen verboten sowie deren Herstellung und Verbreitung unter Strafe gestellt werden. Das betrifft im Moment vor allem synthetische Cannabinoide, Phenethylamine und Cathinone. Weitere Stoffgruppen können bei Bedarf aufgenommen werden. Das Verbot erfasst auch das Handeltreiben, die Ein-, Aus- und Durchfuhr, den Erwerb, den Besitz und das Verabreichen von neuen psychoaktiven Substanzen. Es ermöglicht den zuständigen Behörden die Vernichtung dieser Substanzen – unabhängig von einem Strafverfahren.

Das NpSG ist am 26. November 2016 in Kraft getreten.