

> Pflege: Gerechtigkeitslücke wird geschlossen

Berlin (pag) – Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird zum 1. Januar 2017 Realität. Damit finde ein notwendiger und überfälliger Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung statt, betont Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, auf einer Pressekonferenz.

Die Pflegebedürftigkeit werde sich künftig nicht mehr an einem in Minuten gemessenen Hilfebedarf orientieren, sondern ausschließlich daran, wie stark die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt ist und in welchem Umfang er deshalb Hilfe durch andere bedarf, führt Kiefer aus. Er hebt hervor, dass durch die umfassende Berücksichtigung von körperlichen und psychischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen die Belange von 1,6 Millionen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung erstmals gleichberechtigt berücksichtigt würden. Damit werde eine „nennenswerte und zu Recht beklagte Gerechtigkeitslücke in der Bundesrepublik Deutschland“ geschlossen. Auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bekräftigt: „Unser Ziel ist mehr Pflege nach Maß, noch besser zugeschnitten auf die Bedürfnisse des oder der Einzelnen und der Angehörigen.“ Die Grünen-Abgeordnete Elisabeth Scharfenberg weist unterdessen darauf

hin, dass man ausreichend Personal benötige, das Zeit hat, sich auf eine andere Art der Pflege einzulassen. „Dieses Personal fehlt in der Pflege.“ Die Bundesregierung müsse schnell ein bundesweit verbindliches Personalbemessungsinstrument einführen. Die erforderlichen Fachkräfte müssten finanziert werden, verlangt sie. „Die pflegebedürftigen Menschen benötigen jetzt auf den neue Pflegebegriff abgestimmte, individuell passende neue Leistungsbeschreibungen in der Pflege“, verlangt Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland. Sie fordert die Vertragspartner auf, zügig die Leistungsbeschreibungen in den Verträgen zwischen den Kassen und den Leistungserbringern entsprechend anzupassen, beispielsweise über eine konsequente Umsetzung einer Zeitvergütung.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 werden der neue Pflegebedürftig-

keitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zum 1. Januar 2017 eingeführt. Die Selbstverwaltung in der Pflege ist beauftragt, im Jahr 2016 die Umstellung auf die fünf



© AOK-Mediendienst

neuen Pflegegrade und die neuen Leistungsbeträge in der Praxis vorzubereiten, so dass die neuen Leistungen den 2,7 Millionen Pflegebedürftigen ab 2017 zugutekommen. <<<

> Versorgungsforscher vermissen Gesundheitsziele

Berlin (pag) – „Wir haben keine Gesundheitsziele in Deutschland“, kritisiert Prof. Edmund Neugebauer auf dem 15. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung. Ein Konsensprozess, um diese zu vereinbaren, müsse auf den Weg gebracht werden, verlangt der Vorsitzende des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung.

Neugebauer fragt sich in diesem Zusammenhang unter anderem, nach welchen Kriterien der Innovationsausschuss entscheide, welche Versorgungsprojekte gefördert werden sollen – und welche nicht. Eine weiteres Problem, das der

Wissenschaftler adressiert: „Keiner versteht mehr unser Gesundheitssystem“, dieses sei „sehr komplex“. Neugebauer macht sich dafür stark, die Forschung zu der Frage, welche Faktoren systemverändernd seien, zu intensivieren. Als Begründung

verweist er darauf, dass Reformgesetze häufig ins Leere liefen oder umgangen würden. Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) hebt Dr. Antonius Helou hervor, dass die Politik die Versorgungsforschung „als wich-



Dr. Antonius Helou (links), Bundesministerium für Gesundheit, und Prof. Edmund Neugebauer, Vorsitzender des Netzwerks Versorgungsforschung © pag

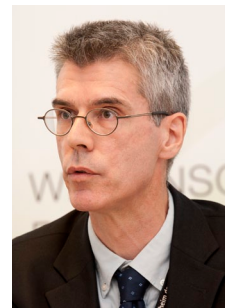
tiges Instrument der wissenschaftlichen Politikberatung“ erkannt habe. Als konkrete Beispiele für gesundheitspolitische Programme, die durch diese Disziplin erfolgreich unterstützt wurden, nennt er unter anderem den nationalen Krebsplan sowie die Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut. Der Leiter des

BMG-Referates „Nicht übertragbare Krankheiten“ erläutert, dass man bei allen größeren Kooperationsprojekten mit divergierenden Interessen der verschiedenen Akteure konfrontiert sei. Da eine einheitliche Bewertung der Versorgung oft nicht gegeben sei, fungiere die Versorgungsforschung als „gemeinsame Währung, auf die sich alle einlassen“.

Auf der Eröffnungspressekonferenz des Kongresses kritisieren die Versorgungsforscher, dass medizinische Innovationen und neue Erkenntnisse zur Verbesserung der Krankenversorgung oft nicht beim Patienten ankommen. Der unmittelbare Nutzen medizinischer Maßnahmen für den Patienten solle künftig stärker in den Fokus von Forschung und Gesundheitspolitik rücken. Dabei gehe es nicht nur um die medizinisch messbare Verbesserung des

Gesundheitszustandes, sondern unter anderem auch um eine aus Patientensicht angemessene Lebensqualität. Als weiteres Defizit wird die fehlende systematische Entwicklung von Implementierungsstrategien genannt, besonders bei neuen Versorgungspfaden oder -strukturen. „Wir brauchen grundsätzlich mehr Evaluation der Behandlungsergebnisse und

-abläufe und auch mehr Forschung zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte“, sagt Prof. Michel Wensing, Versorgungsforscher am Universitätsklinikum Heidelberg. <<<



Prof. Michel Wensing, Uniklinikum Heidelberg © pag, Fiolka

> Arzneimittelreform: Kabinett gibt grünes Licht für neues Gesetz

Berlin (pag) – Das Bundeskabinett hat den Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV“ (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz – AMVSG) beschlossen. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe spricht von einem ausgewogenen Maßnahmenpaket.

Der Gesetzentwurf greife zum einen wichtige Anregungen aus dem „Pharmadialog“ auf und beinhaltet zum anderen weitere Maßnahmen zur Stärkung und Erhaltung des hochwertigen Versorgungsniveaus mit Arzneimitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung. „Gleichzeitig tragen die Maßnahmen zur finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung bei“, sagt der Minister.

Einige der wichtigsten Regelungen im Überblick:

Die Besonderheiten von Kinderarzneimitteln sollen bei der Nutzenbewertung besser berücksichtigt werden können. Bei Antibiotika

wird die Resistenzsituation bei der Nutzenbewertung (und bei der Festbetragsgruppenbildung) künftig einbezogen. Die freie Preisbildung für ein Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung gilt künftig nur bis



Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit © pag, Fiolka

zum Erreichen eines Schwellenwerts in Höhe von 250 Millionen Euro. Ärzte sollen über ihre Praxissoftware besser über die Ergebnisse der Nutzenbewertung informiert werden. Auf eine öffentliche Listung der vereinbarten Erstattungsbeträge für Arzneimittel wird verzichtet. Diese Regelung soll mit einer Verordnung ausgestaltet werden.

In begründeten Einzelfällen wird es möglich sein, bei der Vereinbarung von Erstattungsbeträgen bei nicht belegtem Zusatznutzen von der Vorgabe abzuweichen, dass der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Vergleichsthe-