



HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18441-2225  
FAX +49 (0)30 18441-1245  
INTERNET [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
E-MAIL [pressestelle@bmg.bund.de](mailto:pressestelle@bmg.bund.de)

# Pressemitteilung

Berlin, 15. Dezember 2016

Nr. 65

## **Hermann Gröhe: „2017 wird ein gutes Jahr für die Pflege“ Neuregelungen im Jahr 2017 im Bereich Gesundheit und Pflege**

Zum 1. Januar 2017 treten im Bereich Gesundheit und Pflege wichtige Änderungen in Kraft. Hier geben wir Ihnen einen Überblick mit Informationen zu folgenden Gesetzen und Regelungen:

- Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
- Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)
- Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
- Regelung zur Beitragsfreiheit für Bezieher von Waisenrenten
- Durchschnittlicher Zusatzbeitrag
- Zweite Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften
- Gesetz zur Umsetzung der EU-Richtlinien zur Einfuhr und zur Kodierung menschlicher Gewebe und Gewebezubereitungen
- Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen
- Rechengrößen in der Sozialversicherung

## Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

Seite 2 von 8

Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene Zweite Pflegestärkungsgesetz schaffte die rechtlichen Grundlagen für die Vorbereitung des neuen Begutachtungsverfahrens und der Umstellung auf Pflegegrade und neue Leistungsbeträge.

**Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe:** „Wir haben uns in der Pflege einen echten Kraftakt vorgenommen und können jetzt sagen: 2017 wird ein gutes Jahr für Pflegebedürftige und ihre Familien sowie unsere Pflegekräfte. Zehn Jahre wurde geredet. Jetzt wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich Wirklichkeit. Die Experten sind sich einig, dass der Unterstützungsbedarf der Pflegebedürftigen damit besser erfasst werden kann. Die Leistungen werden passgenauer auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zugeschnitten. Das wird viele Familien entlasten. Demenzkranke erhalten endlich einen gleichberechtigten Zugang zu allem Unterstützungsangeboten. Außerdem setzt die Hilfe künftig deutlich früher ein und steigt mit wachsendem Unterstützungsbedarf. Dadurch erhalten viele Pflegebedürftige erstmals Leistungen der Pflegeversicherung. Insgesamt stehen für die Pflege fünf Milliarden zusätzlich pro Jahr zur Verfügung.“

Die wichtigsten Regelungen ab 1. Januar 2017 sind:

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff schafft eine **fachlich gesicherte und individuelle Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade**. Die Pflegesituation von Menschen mit geistigen und seelischen Beeinträchtigungen etwa bei demenziellen Erkrankungen wird bei der Begutachtung künftig in gleicher Weise berücksichtigt wie die Pflegesituation der Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument können die Beeinträchtigungen und die vorhandenen Fähigkeiten von Pflegebedürftigen genauer erfasst und die individuelle Pflegesituation in den fünf neuen Pflegegraden zielgenauer abgebildet werden. Viele Menschen erhalten mit dem Pflegegrad 1 erstmals Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung.
- Rund 2,7 Millionen Pflegebedürftige werden automatisch in einen **Pflegegrad** übergeleitet. Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen werden dabei von ihrer Pflegestufe in den nächst höheren Pflegegrad übergeleitet. Menschen mit einer dauerhaft erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz werden in den übernächsten Pflegegrad überführt. Alle, die bereits Pflegeleistungen beziehen, erhalten diese mindestens in gleichem Umfang weiter, die allermeisten erhalten mehr Unterstützung.
- Die **neuen Leistungsbeträge** bedeuten für viele Menschen höhere Leistungen. Die spürbaren Leistungsverbesserungen zum 1. Januar 2015 werden weiter ausgeweitet. Insgesamt stehen ab Januar 2017 jährlich rund fünf Milliarden Euro zusätzlich für die Pflege zur Verfügung.

Mit der gesetzlich vorgeschriebenen Dynamisierung der Leistungen stehen weitere rund 1,2 Milliarden Euro für bessere Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung.

○ **Die Hauptleistungsbeträge in Euro**

	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Geldleistung ambulant (Pflegegeld)	125 <sup>[1]</sup>	316	545	728	901
Sachleistung ambulant		689	1298	1612	1995
Leistungsbetrag vollstationär	125	770	1262	1775	2005

<sup>[1]</sup> Hier keine Geldleistung, sondern eine zweckgebundene Kostenerstattung

- In **stationären Pflegeeinrichtungen** gibt es Verbesserungen für alle Pflegebedürftigen. In jeder vollstationären Pflegeeinrichtung gilt ein **einheitlicher pflegebedingter Eigenanteil** für die Pflegegrade 2 bis 5. Der pflegebedingte Eigenanteil steigt nicht mehr mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, sondern nur noch, wenn ein höherer Pflegesatz vereinbart wird. Zudem erhalten alle Pflegebedürftigen einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsangebote in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen.
- **Pflegerische Betreuungsmaßnahmen** zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld werden Bestandteil der Sachleistung häusliche Pflegehilfe und damit eine Regelleistung der Pflegeversicherung.
- **Der Beitragssatz** der Sozialen Pflegeversicherung steigt um 0,2 Prozentpunkte auf 2,55 bzw. 2,8 Prozent für Kinderlose.

**Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** (abschließende Beratung Bundesrat steht noch aus)

Damit Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie Menschen, die künftig Hilfe benötigen, sich gut über die Leistungen der Pflegeversicherung informieren können, wird **die Pflegeberatung gestärkt und die Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen ausgebaut**. Das Gesetz ist ein weiterer Baustein für eine bessere Bezahlung der Altenpflegekräfte. Außerdem werden die Kontrollmöglichkeiten ausgebaut, um Pflegebetrug noch wirksamer zu verhindern und Pflegebedürftige, ihre Angehörigen, aber auch die Versichertengemeinschaft noch besser davor zu schützen. Die wichtigsten Regelungen des Gesetzes sind:

- Die Beratung in der Pflege wird weiter gestärkt: Um **das Netz der Beratungsstellen** weiter auszubauen, erhalten Kommunen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, wenn sie sich angemessen an den entstehenden Kosten

beteiligen. Die Kommunen können künftig Beratungsgutscheine für eine Pflegeberatung einlösen und auf Wunsch auch Bezieher von Pflegegeld beraten.

- In bis zu 60 Landkreisen und kreisfreien Städten für die Dauer von fünf Jahren wird eine Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen „aus einer Hand“ durch **kommunale Beratungsstellen** modellhaft erprobt. Für diese Modellvorhaben ist eine systematische Evaluation mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität vorgesehen.
- Für Auf- und Ausbau von **Angeboten zur Unterstützung und Entlastung** Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen im Alltag stellt die Pflegeversicherung bis zu 25 Millionen Euro zur Verfügung, wenn Länder bzw. Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen. Weitere 10 Millionen Euro werden zur **Förderung kommunaler Netzwerke** zur Unterstützung Pflegebedürftiger bereitgestellt. Auch hier müssen Länder und Kommunen den gleichen Förderbetrag aufbringen.
- Künftig können auch nicht-tarifgebundene Einrichtungen in den Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern einfacher **Löhne bis zur Höhe des Tarifniveaus** durchsetzen. Pflegekassen und Sozialhilfeträger müssen diese künftig grundsätzlich als wirtschaftlich anerkennen und entsprechend finanzieren. Die Kostenträger erhalten auf der anderen Seite ein Nachweisrecht, dass die verhandelten Löhne auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Die Zahlung von tariflicher und kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung muss in Vergütungsverhandlungen bereits vollumfänglich berücksichtigt werden.
- Um Abrechnungsbetrug wirksamer zu verhindern, werden die **Kontrollmöglichkeiten der Pflege- und Krankenkassen** ausgeweitet: Die gesetzliche Krankenversicherung erhält ein systematisches Prüfrecht für Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen. In die Stichproben bei den Qualitätsprüfungen von Pflegediensten werden auch Personen einbezogen, die allein Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten.
- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird auch im **Recht auf Hilfe zur Pflege** nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) eingeführt. So können auch finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden.
- Die **Kooperation der Pflegekassen mit den Trägern der Eingliederungshilfe** wird im Interesse behinderter Menschen verbessert, wenn Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammentreffen.

- Im Ergotherapeuten-, Hebammen-, Logopäden- sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz werden die vorhandenen **Modellklauseln zur Erprobung einer Akademisierung** dieser Berufe bis 2021 verlängert. Die Modellvorhaben werden evaluiert. Darüber hinaus wird eine rechtliche Grundlage geschaffen, um **Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern** einzuführen. Dies wird die Qualität der Überprüfung erhöhen.

#### **Viertes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften**

(abschließende Beratung Bundesrat steht noch aus)

Das Gesetz enthält eine Vielzahl von Einzelregelungen, die unterschiedliche Bereiche des Arzneimittelrechts betreffen. Die wichtigsten Regelungen sind:

- Um Fehldiagnosen zu vermeiden, darf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel grundsätzlich nur dann abgegeben werden, wenn die **Verschreibung nach einem direkten Arzt-Patienten-Kontakt** ausgestellt wurde.
- Die zuständigen Bundesoberbehörden können über die in Deutschland prinzipiell verfügbare Anzahl und Größe von freigegebenen Arzneimittelchargen informieren. Damit können die Ständige Impfkommission und die medizinischen Fachgesellschaften **Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Liefer- oder Versorgungsengpässen** etwa bei Impfstoffen vorbereiten.
- **Zum Schutz vor gefälschten Arzneimitteln** wird klargestellt, dass ein begründeter Verdacht auf Arzneimittelfälschungen ein Grund für einen möglichen Arzneimittelrückruf durch die Bundesoberbehörden ist.
- Im Heilmittelwerbegesetz wird klargestellt, dass aus Gründen der Patientensicherheit **Teleshopping verboten** ist.
- Die im Gesetz enthaltenen Anpassungen im Arzneimittelgesetz (AMG), die die EU-Verordnung Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln (gruppennützige Studien an nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen) betreffen, treten erst im Laufe des Jahres 2018 in Kraft.

#### **Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)** (Ausfertigung und Verkündung stehen noch aus)

Um den Bedürfnissen seelisch kranker Menschen in der medizinischen Behandlung besser gerecht zu werden, wird **das Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen angepasst**: Behandlungen mit hohem Aufwand sollen künftig besser vergütet

werden als weniger aufwändige. Mit Mindestpersonalvorgaben soll die menschliche Zuwendung gestärkt werden. Außerdem werden ambulante und stationäre Leistungen enger verzahnt, um die Versorgung der Patienten weiter zu stärken. Die wichtigsten Regelungen sind:

- Die Ausgestaltung des Entgeltsystems erfolgt als **Budgetsystem**. Psychiatrische und psychosomatische Kliniken können ihr Budget individuell verhandeln und dabei vorhandene regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung berücksichtigen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird mit der Festlegung **verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung** beauftragt, die in den Einrichtungen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen. Die Einrichtungen müssen Nachweise über die Stellenbesetzung führen.
- Die Versorgung der Patienten wird mit einer stationsäquivalenten **psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld** („home treatment“) als Krankenhausleistung weiter gestärkt. Dabei können ambulante Leistungserbringer einbezogen werden.
- Für Modellvorhaben zur Behandlung von Patienten mit **pädophilen Sexualstörungen** stellt der GKV-Spitzenverband fünf Mio. Euro je Kalenderjahr zur Verfügung. Das Vorhaben wird wissenschaftlich begleitet und ausgewertet.
- Die Höhe des Abschlags für Kostenvorteile, die bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen entstehen (sog. **Fixkostendegressionsabschlag**), wird für die Anfangsjahre 2017 und 2018 gesetzlich festgelegt. Zudem wird für diese Jahre eine Obergrenze für den in bestimmten Fällen auf der Ortsebene zu vereinbarenden höheren Fixkostendegressionsabschlag vorgegeben.
- Bei der Ermittlung des **hausbezogenen Pflegezuschlags**, der 2017 erstmals ausgezahlt wird, wird auch Pflegepersonal berücksichtigt, das ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in den Krankenhäusern tätig ist.
- Aus der **Liquiditätsreserve** werden dem Gesundheitsfonds 1,5 Mrd. Euro zugeführt.

### **Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz**

Der vom BMG festgesetzte **durchschnittliche Zusatzbeitragssatz** in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2017 bleibt stabil und liegt weiterhin bei 1,1 Prozent. Seine Höhe wird jährlich aus der Differenz der vom Schätzerkreis prognostizierten Einnahmen und Ausgaben der GKV im kommenden Jahr errechnet. Wie hoch der individuelle

Zusatzbeitragssatz einer Krankenkasse für ihre Mitglieder tatsächlich ausfällt, legt die jeweilige Krankenkasse selbst fest. Er richtet sich unter anderem danach, wie wirtschaftlich eine Krankenkasse arbeitet, über welche Finanzreserven sie verfügt und welche weiteren Leistungen sie anbietet. Erhöht eine Krankenkasse ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag, haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und können in eine andere Krankenkasse wechseln. Eine Übersicht über die jeweils aktuelle Höhe der kassenindividuellen Zusatzbeiträge ist auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes abrufbar.

### **Beitragsfreiheit für Waisenrentner**

Die mit dem E-Health-Gesetz beschlossene **Regelung entlastet die Bezieher einer gesetzlichen Waisenrente oder einer vergleichbaren Leistung eines berufsständischen Versorgungswerkes:**

- Es tritt ein neuer Versicherungspflichttatbestand in Kraft, der mit Beitragsfreiheit für die Waisenrente bis zu den Altersgrenzen der Familienversicherung (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. für Schüler, Studierende und Auszubildende bis maximal zum 25. Lebensjahr) verbunden ist.
- Die Regelung gilt für Waisenrentner, die schon bislang in der GKV – in der Krankenversicherung der Rentner – pflichtversichert, familienversichert oder freiwillig versichert waren. Auch bisher privat versicherte Waisenrentner, die alternativ über den verbliebenen Elternteil, über Großeltern oder Pflegeeltern in der GKV familienversichert sein könnten, können von der neuen Versicherungspflicht profitieren.

### **Die Zweite Verordnung zur Änderung medizinproduktrechtlicher Vorschriften**

Zur weiteren Verbesserung der Patienten- und Anwendersicherheit ist die **Medizinprodukte-Betreiberverordnung grundlegend überarbeitet** worden. In der Medizinprodukte-Verordnung und in der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung werden wichtige Vorschriften neu gefasst. Die wichtigsten Änderungen sind:

- Damit größere Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser und große Arztpraxen bei akuten Vorfällen einen zentralen Ansprechpartner für Behörden und Unternehmen haben, müssen Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 20 Beschäftigten **einen Beauftragten für Medizinproduktesicherheit** bestimmen. Dieser ist für die interne Zuordnung von Risikomeldungen und Umsetzung korrektiver Maßnahmen zuständig.
- Es wird festgelegt, wer für die Einhaltung der Vorschriften der Medizinproduktebetreiberverordnung verantwortlich ist, dazu wird der **Begriff des Betreibers** definiert. Bei der Versorgung mit Medizinprodukten im häuslichen und privaten

Umfeld müssen gesetzliche Kranken- und Pflegekassen oder private Krankenversicherungen die Pflichten eines Betreibers wahrnehmen und z.B. für die Einhaltung von sicherheitstechnischen Kontrollen und regelmäßigen Wartungsarbeiten sorgen. Sie können diese Aufgaben auch z.B. an Sanitätshäuser übertragen.

### **Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen**

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) wurden die Regelungen zu den **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** neu strukturiert, damit regionale Gegebenheiten stärker als bisher berücksichtigt werden können. Ab 2017 wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen grundsätzlich anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft.

### **Gesetz zur Umsetzung der Richtlinien (EU) 2015/566 und (EU) 2015/565 zur Einfuhr und zur Kodierung menschlicher Gewebe und Gewebezubereitungen**

Das Gesetz ist ein wichtiger Beitrag zur weiteren Verbesserung der Sicherheit von menschlichen Gewebezubereitungen für Patientinnen und Patienten.

- Mit der Einfuhr-Richtlinie werden **technische Verfahrensvorschriften** für die Einfuhr menschlicher Gewebe und Zellen in die Europäische Union geschaffen.
- Ziel der Kodierungs-Richtlinie ist die Schaffung eines verpflichtenden Einheitlichen Europäischen Codes, um **die Rückverfolgbarkeit** vom Spender zum Empfänger und umgekehrt in den Mitgliedstaaten bzw. in der Europäischen Union zu erleichtern. Dafür steht eine öffentlich zugängliche EU-Kodierungsplattform zur Verfügung.

### **Rechengrößen für die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung**

- Die **Jahresarbeitsentgeltgrenze** (Versicherungspflichtgrenze) der GKV steigt auf jährlich 57.600 Euro (2016: 56.250 Euro).
- Die **Beitragsbemessungsgrenze** der GKV steigt auf jährlich 52.200 Euro (2016: 50.850 Euro) bzw. auf monatlich 4.350 Euro (2016: 4.237,50 Euro).
- Die **Bezugsgröße**, die für viele Werte in der Sozialversicherung wichtig ist, etwa für die Festsetzung der Mindestbeitragsbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, erhöht sich auf 2.975 Euro monatlich in den alten Bundesländern und auf 2.660 Euro in den neuen Bundesländern. (2016: 2.905 Euro/2.520 Euro).

Weitere Informationen finden Sie auf:

[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) und [www.wir-staerken-die-pflege.de](http://www.wir-staerken-die-pflege.de)