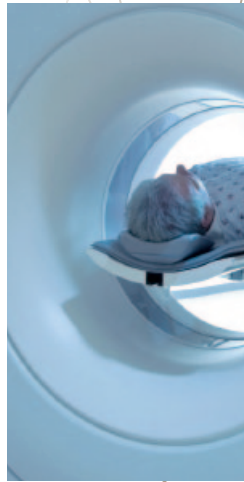




Spitzenverband

## Geschäftsbericht 2010



**Zusammen denken.  
Gemeinsam handeln.**



**Impressum**

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288 - 0

Telefax: 030 206288 - 88

E-Mail: [info@gkv-spitzenverband.de](mailto:info@gkv-spitzenverband.de)Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Nach § 217b Abs. 1 SGB V wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet, der von der Mitgliederversammlung gewählt wird. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht erfüllt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine satzungsmäßige Aufgabe, den Mitgliedern durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2010.

Redaktionsschluss: 22. Februar 2011

Redaktion: Sabine Altenkamp, Manuela Ill-Groß, Florian Lanz, Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)

Koordination: Manuela Ill-Groß

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Druck: SpreeBoPrint, Berlin

Fotos © iStockphoto; außer

S. 7 (Portrait Hansen), S. 9, S. 19, S. 27 (Verabschiedung Voß), S. 75: GKV-SV; S. 47: MDS;

S. 7 (Portrait Zahn): Lopata;

S. 27 (Portrait Voß), S. 28, S. 32, S. 45, S. 55, S. 79, S. 114, S. 115: walkscreen.de

**Zusammen denken.  
Gemeinsam handeln.**



## Geschäftsbericht 2010

Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates .....	6
Vorwort des Vorstandes .....	8
Quo vadis GKV? Die Reformen 2010 und was 2011 notwendig ist .....	10
<b>Bericht aus den Gremien</b>	
Die Stimme der GKV – Meinungsbildung im System .....	15
Der Spitzenverband im Dialog – das neue Extranetportal für Verbandsmitglieder .....	18
Verwaltungsrat: Kompetenz und Verantwortung .....	20
Mann der ersten Stunde – K.-Dieter Voß verabschiedet sich .....	27
Sozialwahlen – Mitgestaltung und Mitbestimmung .....	29
Gerald Weiß: Die Sozialwahl ermöglicht Mitbestimmung jedes Einzelnen .....	31
Bericht zur Arbeit des Fachbeirats –	
Spiegelbild der gesundheits- und versorgungspolitischen Diskussion des Jahres .....	33
Neue Geschäftsgrundlage für die gematik – eine Weichenstellung .....	36
Institut des Bewertungsausschusses .....	39
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus .....	40
ITSG – Premium-Dienstleister des GKV-Spitzenverbandes .....	41
Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses – Beispiel Brachytherapie .....	42
Wissenschaft ohne Elfenbeinturm –	
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit neuer Führung .....	45
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. unter neuer ärztlicher Leitung .....	47
<b>Aufgabenschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2010</b>	
Innovationszentren in der GKV-Versorgung – Patientenwohl als Wettbewerbsvorteil .....	51
Parlamentarischer Abend „Innovationszentren in der GKV-Versorgung“ .....	54
Die unglaubliche Geschichte der Arzthonorare in Deutschland – Ambulante ärztliche Vergütung .....	57
Sektorübergreifende Bedarfsplanung – Neue Wege in der ärztlichen Versorgung .....	61
Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung .....	65
Stationäre Versorgung – Schwerpunkte 2010 .....	70
Präzise Vorgaben sichern Qualität – Aktualisierung des Präventionsleitfadens .....	74
Vom Modellvorhaben zur Regelversorgung –	
Ausschreibung für Unabhängige Patientenberatung erfolgreich abgeschlossen .....	76
Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	78
Wie viel Wettbewerb braucht das Kassensystem? – Kartellrecht in der GKV .....	80



Überforderung durch Zusatzbeiträge – Ein neuer Sozialausgleich wird eingeführt.....	82
Finanzentwicklung 2010/2011 – Kurzfristige Konsolidierung.....	86
Finanzcontrolling und Risikomanagement im Jahr 2010 – Erste Insolvenzanzeigen.....	89
Der GKV-Spitzenverband in den Medien – Statements, Interviews und Talkrunden.....	92
Pflege-Transparenzvereinbarungen – Mehr Verbraucherschutz in der Pflege.....	94
Datentransparenz in der Anwendung – Nutzung von Routinedaten.....	96
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA): Herausforderungen gemeinsam lösen.....	98
Organisationsentwicklung im GKV-Spitzenverband 2010.....	102
Informationstechnologie – Die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes als zentrale Datendrehscheibe der GKV.....	107
<b>Anhang</b>	
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes.....	110
Fusionen im Jahr 2010.....	112
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2010.....	114
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2010.....	116
Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2010.....	118
Der Verwaltungsrat: Themen und Termine 2010.....	122
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter/-innen des Fachbeirates.....	128
Referentenrunden.....	129
Organigramm.....	130

## Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Skepsis und gewisser Sorge blickten wir Ende 2009 den Entwicklungen des Jahres 2010 entgegen – kaum abzusehen war zum damaligen Zeitpunkt, ob und wie die Bundesrepublik die Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise bewältigen würde. Unseren sozialen Sicherungssystemen und damit auch der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung drohten bei ungünstigem Konjunkturverlauf massive Einnahmeausfälle. Im Frühjahr verabschiedete der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stabilisierung der Finanzlage der Sozialversicherungssysteme mit einem zusätzlichen Bundeszuschuss für die GKV i. H. v. 3,9 Mrd. Euro, für den wir uns gemeinsam eingesetzt hatten.

Erleichtert dürfen wir aus heutiger Sicht feststellen, dass die schlimmsten Szenarien abgewendet werden konnten und die Konjunktur sich im Jahres-

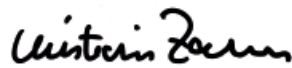
verlauf zunehmend erholt hat. Inzwischen können wir ein bemerkenswertes Wirtschaftswachstum mit positiven Auswirkungen auf Beschäftigung und Sozialkassen verzeichnen. Grundlage für die Überwindung dieser enormen Herausforderung war ein abgestimmtes Paket der Regierung aus stabilisierenden und impulsgebenden Instrumenten einerseits und der dabei unverzichtbaren Bereitschaft von Arbeitgebern und Gewerkschaften andererseits, die Maßnahmen mit hoher Flexibilität und Kompromissbereitschaft zu unterstützen und umzusetzen.

Gemeinsames und entschlossenes Handeln der verantwortlichen Akteure aus Haupt- und Ehrenamt erwies sich als Schlüssel, den Folgen der Krise wirksam entgegenzutreten und damit die Koordinaten des Sozialstaates vor gravierenden Verschiebungen zu bewahren. Das auch hier praktizierte konstruktive Zusammenwirken der Sozialpartner,

eng orientiert an der Lebenswirklichkeit und den Problemlagen, erreicht im Ergebnis weite Teile der Bevölkerung und steht exemplarisch für das erfolgreiche Modell der Selbstverwaltung auch in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Die Reformgesetzgebung des Jahres 2010 zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes und das GKV-Finanzierungsgesetz haben zu wichtigen strukturellen Änderungen bei der Preisbildung von Medikamenten geführt und die GKV-Finzen für 2011 vorerst stabilisiert. Dennoch ist festzuhalten, dass Versicherte und Arbeitgeber durch die überaus kräftige Beitragssatzerhöhung in hohem Maße belastet werden, während die Ausgabenseite nur unzureichend in den Blick genommen wurde, zumeist nur durch eine Begrenzung der Zuwächse anstelle von Nullrunden. Sparpotenziale bei den Leistungsanbietern, auf die der GKV-Spitzenverband und seine Selbstverwaltung immer wieder hingewiesen haben, wurden kaum genutzt. Darüber hinaus kam es zu beträchtlichen Einkommenszuwächsen bei den Ärzten. Auch vor diesem Hintergrund

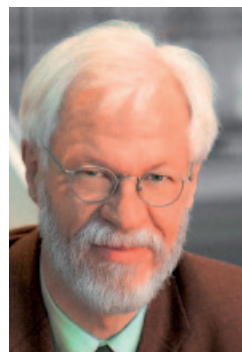
sehen wir uns gemeinsam in der Pflicht, uns bei den anstehenden Reformvorhaben weiterhin mit aller Kraft dafür einzusetzen, dass die Belange der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Beitragszahler stärker im Fokus der Debatte stehen.



Christian Zahn



Dr. Volker Hansen



## Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Jahr 2010 war erneut ein Reform-Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung: Nach intensiven, teils hitzig geführten gesundheitspolitischen Debatten im Frühjahr und Sommer brachte die schwarz-gelbe Regierungskoalition umfangreiche Gesetzespakete auf den Weg. Vor allem in der Arzneimittelversorgung und bei der GKV-Finanzierung wurden wichtige Weichenstellungen vorgenommen.

Für die Krankenkassen stand dabei viel auf dem Spiel: Zeitweilig musste mit einem Defizit von 9 bis 11 Mrd. Euro im Jahr 2011 gerechnet werden. Ursache hierfür vor allem: Politisch gewollte, erhebliche Einnahmenezuwächse für Ärzte und Krankenhäuser.

Das Gute vorweg: Das drohende Defizit und Leistungskürzungen wurden verhindert. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz hat die Politik dafür gesorgt,

dass die Finanzen der GKV zunächst auf einem soliden Fundament stehen. Das ist ein wichtiges Signal: Es ist davon auszugehen, dass es vorerst nicht zu einer flächendeckenden Erhebung von Zusatzbeiträgen kommen wird.

Wo Licht ist, ist aber auch Schatten: Auf eine konsequente Sparpolitik bei Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern wurde verzichtet, bezahlen müssen dies Versicherte und Arbeitgeber durch eine deutliche Beitragssatzerhöhung. Mit der Fixierung des Beitragssatzes müssen künftig alle überproportionalen Ausgabensteigerungen durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert werden. Für die dauerhafte Steuerfinanzierung des dafür notwendigen Sozialausgleichs gibt es bisher keine konkrete Festlegung. Zugleich geht der erleichterte Wechsel von Arbeitnehmern in die PKV einseitig zu Lasten der GKV, während die Privaten künftig von den Arzneimittel-Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbandes profitieren sollen.

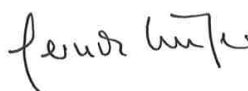
Der GKV-Spitzenverband wird sich auch zukünftig konsequent für die hochwertige und finanzierbare Versorgung der Versicherten einsetzen. Die nächsten Reformen sind bereits angekündigt: die Neuordnung der ambulanten Versorgung und die Reform der Pflegeversicherung. Vor allem durch die Überwindung der starken Sektorisierung des deutschen Gesundheitswesens wird man eine Verbesserung der Versorgungsqualität und mehr wirtschaftliche Effizienz erreichen. Andere Themen wie der Umgang mit Innovationen und Wettbewerb bei den Krankenhäusern werden wir in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Ebenfalls wichtig ist die zukunftssichere Ausgestaltung der Pflegeversicherung, welche die Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, die zu erwartenden Mehrbelastungen und deren Finanzierung berücksichtigt. Der Fokus muss bei allen Reformüberlegungen auf der Weiterentwicklung der Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten liegen. Der GKV-Spitzenverband hat hierfür Konzepte entwickelt. Er wird sie auch im Jahr 2011 in den Dialog mit Politik und Öffentlichkeit einbringen.



Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes



Gernot Kiefer  
Mitglied des Vorstandes



**Das deutsche Gesundheitswesen gilt als eines der besten der Welt. Dennoch führen eine ungesteuerte Mengenentwicklung und Qualitätsdefizite insbesondere durch unzureichende Indikationsstellung und fehlende Vernetzung der einzelnen Versorgungsbereiche zu Problemen und ungebremseter Dynamik bei den Ausgaben. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher für den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen ein. Dazu gehört es auch, die starke Sektorierung des Systems aufzubrechen und mehr Vertragsfreiheiten für die Krankenkassen zu ermöglichen. Zum Beispiel müssen die vielfältigen Formen der Behandlung besser vernetzt werden. Innovative Behandlungsmethoden sollten vor einer flächendeckenden Einführung auf ihren patientenrelevanten Nutzen hin evaluiert werden. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz wurde 2010 ein Meilenstein bei der Markteinführung neuer Medikamente gesetzt. Die ursprünglich für das Jahr 2011 geschätzte enorme defizitäre**

## Quo vadis GKV? Die Reformen 2010 und was 2011 notwendig ist

### **Die Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen**

Das deutsche Gesundheitswesen braucht keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen in der Welt zu scheuen. Dennoch bestehen kaum Zweifel, dass dieses System auch Mängel aufweist und Antworten z. B. auf die Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen oder auch den technologischen Wandel durch die Verwissenschaftlichung der Medizin und den Einsatz neuer Informationstechnologien geben muss. Hinzu kommen die bekannten Probleme, wie manifestierte Überkapazitäten in nahezu allen Versorgungsbereichen und eine ungesteuerte Mengenentwicklung. Verantwortlich für Defizite in der Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung sowie der Effizienz der Mittelverteilung sind vor allem die starke Sektorierung des deutschen Gesundheitswesens und die gleichzeitig fehlenden Vertragsfreiheiten für die Krankenkassen.

Es bedarf daher mit den nächsten Reformen Anpassungen, um die Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu steigern.

### **Wichtige Handlungsfelder**

Die gesundheitliche Versorgung muss sich zukünftig an ihren Ergebnissen und damit am Nutzen der Intervention und am medizinisch notwendigen Bedarf messen lassen. Vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen Versicherte die für sie am besten geeignete Versorgung wählen können, müssen die fragmentierten Formen der Behandlung ersetzen. Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und soziale Dienste

### **Hauptursachen für Qualitätsdefizite, fehlende Effektivität und Effizienz im deutschen Gesundheitswesen sind**

- die Fragmentierung und Verkrustung der Versorgungsstrukturen,
- die manifestierten Überkapazitäten bei gleichzeitig regional teilweise bestehender Unterversorgung,
- die ungesteuerte Mengenentwicklung in vielen Versorgungsbereichen,
- die sektorale Trennung der Steuerungsinstrumente zur Planung und zur Honorierung,
- das unzureichende Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen,
- die Fokussierung auf die Akutversorgung und die damit einhergehende Vernachlässigung von Prävention, Rehabilitation und Pflege,
- die zu starke Arztzentrierung und die im Verhältnis dazu zu schwache Stellung anderer Gesundheitsberufe,
- die unzureichende Patienten- und Nutzerorientierung,
- die Konzentration von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement auf Struktur- und Prozessqualität und nicht auf die Ergebnisqualität,
- die Phobie vor Messbarkeit und Ergebnisqualität.

**Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz abgewendet. Die vom GKV-Spitzenverband geforderte Nullrunde in der ambulanten ärztlichen Versorgung und für Krankenhäuser setzte die Politik dagegen nicht um. Der GKV-Spitzenverband wird sich weiterhin mit eigenen Konzepten für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems engagieren. Dies gilt beispielsweise für eine Honorarreform, die Qualität belohnt und ungerechtfertigte Honorarsteigerungen verhindert. Das Reformjahr 2011 muss den Krankenkassen zudem mehr Möglichkeiten geben, Zusatzbeiträge zu vermeiden oder zumindest zu begrenzen. Hierzu gehören vor allem mehr selektivvertragliche Freiräume. Bei der Neuordnung der Bedarfsplanung müssen zukunfts-feste Lösungen insbesondere für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen gefunden werden.**

müssen vernetzt werden, um die Qualität und Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

Die Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsangebote für Versicherte und Patientinnen und Patienten muss transparenter werden. Allerdings würde dieses Ziel mit dem in diesem Zusammenhang immer wieder diskutierten Kostenerstattungsprinzip nicht erreicht. Der Rechnung des Arztes allein können Patientinnen und Patienten keinerlei Informationen über die Angemessenheit oder gar Qualität der abgerechneten Leistungen entnehmen. Eine Zunahme der Steuerungskompetenz der Patientinnen und Patienten und damit auch eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit sind daher insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht zu erkennen.

Innovationen im Gesundheitswesen ergeben sich nicht nur durch die Entwicklung und Einführung neuer Produkte und Behandlungsmethoden, sondern auch durch die Verbesserung von Behandlungsprozessen, Versorgungsstrukturen und der Transparenz der Leistungsqualität. Aber auch bei den medizinischen Innovationen selbst, etwa bei der Einführung neuer Medizinprodukte im Zusammenhang mit neuen medizinischen Verfahren, müssen neue Wege beschritten werden. Die Einführung von medizinischen Innovationen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt heute in der Regel über die Krankenhäuser. Der GKV-Spitzenverband steht dafür ein, dass alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren. Medizinische Innovationen sollen schnellstmöglich allen Versicherten zur Verfügung stehen. Die Bedingung für die Zukunft sollte allerdings lauten: Der

patientenrelevante Nutzen der Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein, denn die Sicherheit der Patienten hat absoluten Vorrang. Nur dann ist die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft gerechtfertigt. Neue Methoden gehören deshalb an Innovationszentren, die ausgewiesene Erfahrung mit der neuen medizinischen Leistung haben und aussagekräftige klinische Studien durchführen können. Diese Zentren stehen dann allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

#### **Das Reformjahr 2010**

Die Reformgesetzgebung im Jahr 2010 gibt bislang nur bedingt die notwendigen Antworten in diesen zentralen Handlungsfeldern. Allerdings hat die Regierungskoalition angekündigt, mit einer Versorgungsgesetzgebung im Jahr 2011 auf die drängenden Probleme z. B. bei der Bedarfsplanung zu reagieren.

Dennoch wurden auch bereits im Jahr 2010 vor allem im Arzneimittelmarkt und bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wichtige Weichenstellungen vorgenommen. So wurde die für das Jahr 2011 geschätzte defizitäre Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 9 bis 11 Mrd. Euro durch das GKV-Finanzierungsgesetz einseitig zu Lasten der Beitragszahler abgewendet. Eine flächendeckende Erhebung von Zusatzbeiträgen erscheint daher fürs Erste unwahrscheinlich. Leider wurde gleichzeitig aber darauf verzichtet, die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser konsequent zum Sparen zu verpflichten. Versicherte und Arbeitgeber müssen dies mit einer deutlichen Beitragserhöhung mit einem Gesamtvolumen von gut 6 Mrd. Euro bezahlen. Künftig müssen alle über der Einnahmeentwicklung liegenden

Ausgabensteigerungen durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge allein durch die Versicherten finanziert werden. Die aktuell höheren Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aus der günstigeren Konjunktorentwicklung stehen den Krankenkassen dabei nicht unmittelbar zur Verfügung, sondern verbleiben im Gesundheitsfonds zum Aufbau der Liquiditätsreserve.

Konsequent ist es, dass für Versicherte mit geringem Einkommen ein Sozialausgleich bei den Zusatzbeiträgen vorgesehen ist. Keineswegs konsequent ist es allerdings, dass dieser Sozialausgleich nicht wie angekündigt vollständig aus Steuern finanziert wird, sondern aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Beitragsgeldern, wenn die hierfür vorgesehenen 2 Mrd. Euro an Bundesmitteln nicht ausreichen. Der vollständige Sozialausgleich aus Steuergeldern wurde lediglich ab 2015 in Aussicht gestellt. Damit wurde das Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ auf das Jahr 2014 vertagt. Ohne eine klare gesetzliche Regelung zur Übernahme der Sozialausgleichslasten durch den Bund wäre der Sozialausgleich ab 2015 vollständig oder partiell durch entsprechende Kürzungen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zu finanzieren. Zuweisungskürzungen aber führen unmittelbar zur Erhebung von Zusatzbeiträgen, sodass der Sozialausgleich bei nicht ausreichenden Steuerzuschüssen letztlich durch diese Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert würde. Im Übrigen wird auch das angestrebte Reformziel eines „gerechteren Sozialausgleichs“ nicht erreicht, weil der Anspruch auf Sozialausgleich allein auf Basis der beitragspflichtigen und nicht auf Basis der steuerpflichtigen Einnahmen festgestellt werden soll. Eine Belastung für die GKV stellt die Rücknahme der erst 2007 eingeführten 3-Jahres-

Regel zur Versicherungsfreiheit von besser verdienenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern dar. Allein 2011 und 2012 werden die gesetzlichen Krankenkassen durch die Zunahme der Abgänge in die PKV mehrere hundert Millionen Euro verlieren. Geld, das für die Krankenversorgung in der GKV nicht mehr zur Verfügung steht.

Ein positiver Meilenstein der Reformpolitik aus dem Jahr 2010 ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Damit wird die bisher freie Preisbildung bei der Markteinführung von neuen Arzneimitteln in Deutschland neu geregelt. In Zukunft spielt ein Jahr nach der Markteinführung der therapeutische Nutzen die entscheidende Rolle für die Höhe des Rabattes auf den Listenpreis für Medikamente. Dass Scheininnovationen über die frühe Nutzenbewertung schneller den Festbeträgen zugeführt werden können, ist ebenfalls ein Erfolg. Positiv zu werten ist auch die Erhöhung des Herstellerrabattes von 6 auf 16 % durch das GKV-Änderungsgesetz. Der Pharmabereich wurde so bereits frühzeitig im Jahr 2010 in die Sparmaßnahmen einbezogen.

Ohne Einschnitte oder wesentliche Begrenzungen sind dagegen die niedergelassenen Ärzte aus den Reformen hervorgegangen: Ungläubig steht der Beitragszahler vor Honorarzuwachsen in Höhe von insgesamt 4,3 Mrd. Euro in den Jahren 2009 und 2010 (gegenüber 2007). Im Jahr 2011 ist mit einem weiteren Anstieg der ärztlichen Ausgaben zwischen 1,3 und 1,5 Mrd. Euro zu rechnen. Insgesamt wird damit die ärztliche Gesamtvergütung auf voraussichtlich 33 Mrd. Euro im Jahr 2011 ansteigen. Mit dem für 2011 geplanten Versorgungsgesetz wurde gleichzeitig eine Honorarreform angekündigt. Es ist zu befürchten, dass die Geschichte der fortgesetzten Steigerungen der Arzthonorare noch immer



nicht zu Ende ist: Im GKV-Finanzierungsgesetz ist eine neue Regelung zur sogenannten Konvergenz der ärztlichen Vergütungen für die nächste Reform vorgegeben. Es ist hier wohl eher nicht an eine Anpassung der Arzthonorare an den unteren Level gedacht worden. Jedenfalls wird der GKV-Spitzenverband mit eigenen Konzepten auf eine Honorarreform drängen, die Qualität belohnt und ungerechtfertigte Honorarsteigerungen verhindert.

#### **Was sollte das Reformjahr 2011 noch bringen?**

Das Reformjahr 2010 hat die Krankenkassen in einen harten Wettbewerb um Zusatzbeiträge geschickt. Das Reformjahr 2011 muss daher den Krankenkassen Handlungsoptionen geben, Zusatzbeiträge vermeiden oder zumindest reduzieren zu können. Neben den kollektivvertraglichen Lösungen sind deshalb mehr Möglichkeiten für selektive kassenspezifische Verträge notwendig. Gerade der Krankenhausbereich ist heute noch wettbewerbsfrei. Mit dem Konzept „Elektiv wird selektiv“ hat der GKV-Spitzenverband Perspektiven aufgezeigt. Auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung müssen die wettbewerblichen Spielräume der Krankenkassen erweitert werden. Ein erster wichtiger Schritt muss daher die Abkehr vom Kontrahierungszwang der Krankenkassen in der hausarztzentrierten Versorgung sein. Das Angebotsmonopol der Hausarztverbände muss beseitigt werden, damit die Krankenkassen wieder frei über den Abschluss von Hausarztverträgen entscheiden können.

Bei der Neuordnung der Bedarfsplanung müssen Lösungen für die teilweise in ländlichen Regionen gefährdete hausärztliche Versorgung gefunden werden. Dabei sollte trotz des gelegentlich in den Medien dargestellten angeblichen Ärztemangels nicht

vergessen werden, dass in vielen Regionen eine Überversorgung besteht. Über- und Unterversorgung sind zwei Seiten derselben Medaille. Dabei ist der Abbau von Überversorgung genauso voranzutreiben wie der Abbau von Unterversorgung bzw. die Verhinderung von Unterversorgung in der Zukunft. Ein Problem in diesem Zusammenhang ist, dass es einen Rechtsanspruch gibt, einen Arztsitz weiter zu verkaufen, auch in überversorgten Gebieten. Es kann nicht angehen, die Berechtigung, mit der Krankenkasse abrechnen zu dürfen, weiterzuverkaufen oder „vererben“ zu können. So wird eine teure und unnötige Überversorgung auf Kosten der Beitragszahler dauerhaft festgeschrieben. Damit die Gesundheitspolitik auf notwendige Veränderungen reagieren kann, darf deshalb die Zulassung in Zukunft nicht mehr dem „Ewigkeitsprinzip“ gehorchen. Diese Problematik muss zumindest für die nächste Ärztegeneration angegangen werden. Diese Systematik steht dem Aufbruch in ein neues bedarfsgerechtes, vernetztes Versorgungssystem im Wege. Um bei der Bedarfsplanung auch kurzfristig voranzukommen, sind in Zukunft unterschiedliche Wege für die ärztliche Primärversorgung auf der einen und die fachärztliche Versorgung auf der anderen Seite zu gehen. Sinnvoll erscheint es auch, die spezialisierten fachärztlichen Versorgungsbereiche aus der allgemeinen fachärztlichen Versorgung herauszulösen. Diese Ziele sind nur langfristig erreichbar, aber die Weichen hierfür sollten jetzt gestellt werden.

# Bericht aus den Gremien



**Grundlage für die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes als Interessenvertretung aller gesetzlichen Krankenkassen sind die Positionen seiner Mitglieder, die in einer gemeinsamen Meinungsbildung auf den Punkt gebracht werden. Dafür wurden Gremien geschaffen, die einen schnellen Informationsaustausch zwischen den Partnern ermöglichen.**

## Die Stimme der GKV – Meinungsbildung im System

Bericht aus den Gremien

Der GKV-Spitzenverband ist die Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Bei Stellungsnahmeverfahren oder Anhörungen z. B. zu Gesetzgebungsverfahren im Bundestag vertritt er die Interessen seiner 156 Mitglieder. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland weisen eine höchst unterschiedliche Struktur auf. Der Versicherte kann zwischen Krankenkassen mit regionalem Schwerpunkt oder Unternehmensbezug und bundesweit agierenden Krankenkassen wählen. Entsprechend ihrer Unternehmensphilosophie verfolgen die einzelnen Krankenkassen auch unterschiedliche Zielsetzungen. Die hieraus resultierenden, teilweise konträren Positionen hat der GKV-Spitzenverband bei der Interessenvertretung zu berücksichtigen. Für den kollektivvertraglichen Bereich bedeutet dies beispielsweise, dass bei der Sicherstellung einer möglichst umfassenden flächendeckenden gesundheitlichen Versorgung der Versicherten auch Räume für selektivvertragliche Ansätze eröffnet werden, die der einzelnen Krankenkasse einen Vertragswettbewerb zum Wohle ihrer Versicherten ermöglichen. Um trotz der Meinungsvielfalt unter seinen Mitgliedern rasch auf politische Entwicklungen reagieren zu können, wurden mit dem Vorstand beratenden Fachbeirat und den Referentenrunden Gremien für die Meinungsbildung geschaffen, die einen schnellen Informationsaustausch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband sicherstellen.

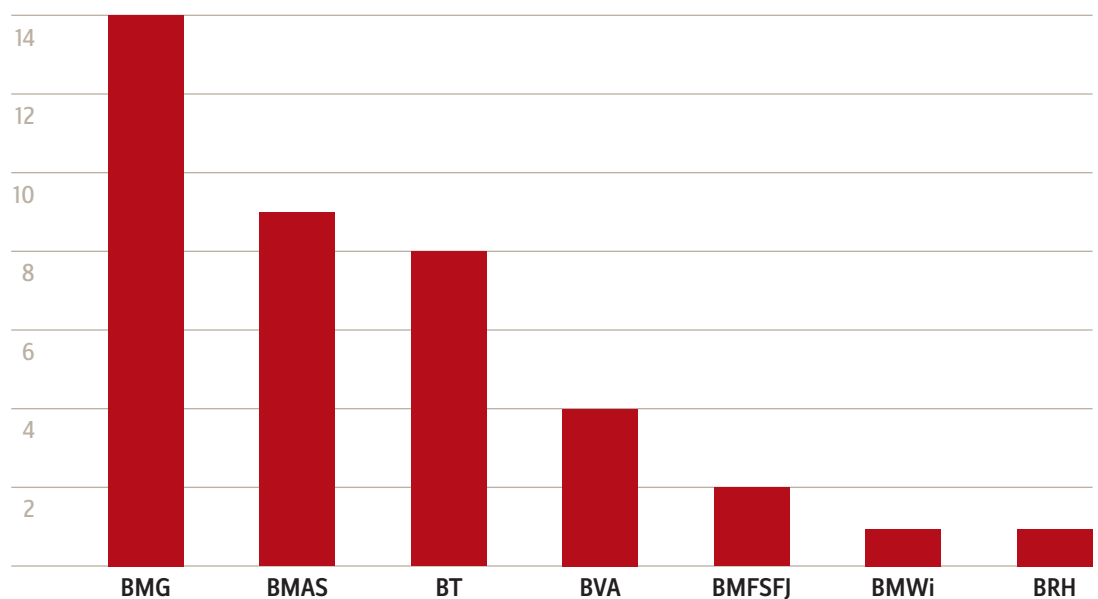
### **Verwaltungsrat – entscheidendes Gremium des GKV-Spitzenverbandes**

Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen, die für den GKV-Spitzenverband von grundsätzlicher Bedeutung sind. Hierzu gehören insbesondere gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatzfragen, strategische Fragen der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik. Eine fachliche Unterstützung erfolgt hierbei durch Fachausschüsse der Selbstverwaltung, die dem Verwaltungsrat Empfehlungen zur Beschlussfassung geben. Vom Verwaltungsrat wurden die vier Fachausschüsse „Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik“, „Organisation und Finanzen“, „Verträge und Versorgung“ sowie „Prävention, Rehabilitation und Pflege“ gebildet. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes kann außerdem den Fachbeirat zu Stellungnahmen auffordern.

### **Fachbeirat – Gremium der Meinungsbildung**

Der Fachbeirat des GKV-Spitzenverbandes ist ein satzungsgemäß eingerichtetes Gremium, das den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes berät. Dies insbesondere, um die notwendige Transparenz zwischen dem operativen Geschäft der Krankenkassen einerseits und den vertragsrechtlichen und den sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes andererseits zu gewährleisten. Über ihn erfolgt bei Stellungnahmen zu Gesetzgebungsverfahren der Austausch und die Meinungsbildung mit den gesetzlichen Krankenkassen. Er setzt sich aus je zwei Vertretern der Kassenarten zusammen. Die Mitglieder des Fachbeirates werden auf Vorschlag des Verwaltungsrates vom Vorstand berufen. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes gehört dem Fachbeirat

## Stellungnahmeverfahren im Jahr 2010



BMG = Bundesministerium für Gesundheit  
 BMAS = Bundesministerium für Arbeit und Soziales  
 BT = Bundestag  
 BVA = Bundesversicherungsamt  
 BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
 BMWi = Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie  
 BRH = Bundesrechnungshof

an und führt den Vorsitz. An den Sitzungen des Fachbeirates nehmen die Vorsitzenden des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes regelmäßig teil. Den Mitgliedern des Fachbeirates kommt die Aufgabe zu, den Informationsfluss über die Arbeit und Empfehlungen des Fachbeirates zu den Kassen sicherzustellen und die Positionen der jeweiligen Kassenart zu bündeln und an den GKV-Spitzenverband weiterzuleiten. In jedem Jahr sind sechs Sitzungen des Fachbeirates vorgesehen, die bei Bedarf mit Sondersitzungen ergänzt werden können. Sofern Stellungnahmeverfahren, beispielsweise zur laufenden Gesetzgebung, nach einem kurzfristigen Meinungsbildungsprozess verlangen, erfolgt über

die Mitglieder des Fachbeirates ein schriftlicher Austausch. Im Jahr 2010 wurden zu insgesamt 39 Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes zu Gesetzentwürfen oder parlamentarischen Anträgen die Empfehlungen des Fachbeirates eingeholt.

### Referentenrunden –

#### Ebene des fachlichen Austausches

Auch auf der Fachebene erfolgt ein intensiver Austausch mit den Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes. Nach fachlichem Bedarf wurden rund 70 Referentenrunden eingerichtet, in die Vertreterinnen und Vertreter einzelner Kassen und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bun-

**Detaillierte Darstellung einer  
Beratungskaskade am Beispiel des  
Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes**

1. Zu dem von der Bundesregierung in das parlamentarische Verfahren eingebrachten Gesetzentwurf für ein Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz wird vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine Anhörung angesetzt. Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.
2. Der GKV-Spitzenverband erarbeitet auf der Grundlage des Austausches in den Referentenrunden einen Stellungnahmeentwurf.
3. Die Stellungnahme wird dem Fachbeirat zugeleitet. Die Mitglieder des Fachbeirates stimmen den Stellungnahmeentwurf des

GKV-Spitzenverbandes mit den Kassen ihrer Kassenart ab, fassen die Positionen zu Empfehlungen für den Stellungnahmeentwurf zusammen und übermitteln diese an den GKV-Spitzenverband.

4. Der GKV-Spitzenverband fasst Änderungsbedarfe und Ergänzungen des Fachbeirates zusammen und lässt diese bei Zustimmung des Vorstandes in die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes einfließen.

Sofern Themen von grundsätzlicher Bedeutung betroffen sind, entscheidet der Verwaltungsrat vor Abgabe der Stellungnahme. Im Falle des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes handelte es sich hierbei insbesondere um die mit der erweiterten Anwendung des Kartellrechtes verbundenen Fragestellungen.

desebene entsandt werden. Um eine arbeitsfähige Größe nicht zu überschreiten, setzen sich die Referentenrunden in der Regel analog zum Fachbeirat aus jeweils zwei Vertreterinnen oder Vertretern pro Kassenart zusammen. Die Abgesandten der Kassenarten stellen dabei sicher, dass die Beratungsergebnisse der Referentenrunden allen Krankenkassen der jeweiligen Kassenart zur Verfügung stehen und die von ihnen vorgetragenen Positionen in ihrer Kassenart abgestimmt sind. Über die Referentenrunden erhält die Fachebene des GKV-Spitzenverbandes wichtige Hinweise aus dem operativen Kassengeschäft, die z. B. in die Formulierung von Stellungnahmen für den Bundestag oder in die zu

treffenden Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss einfließen. Auf dieser Grundlage finden die Beratungen im Fachbeirat statt.

Die Beratungskaskade eines Themas von grundsätzlicher Bedeutung, wie beispielsweise die gesundheitspolitische Positionierung des GKV-Spitzenverbandes, umfasst alle Beratungsebenen. Nach einer Beratung auf Fachebene erfolgt die Diskussion im Fachbeirat mit einem Vorschlag zur Beschlussfassung. Zunächst beraten die betroffenen Fachausschüsse des Verwaltungsrates eine Empfehlung zur Beschlussfassung. Die abschließende Entscheidung erfolgt dann im Verwaltungsrat.



## Der Spitzenverband im Dialog – das neue Extranetportal für Verbandsmitglieder

GKV-Dialog, das neue Mitgliederportal des GKV-Spitzenverbandes, ist am 29. März 2010 online gegangen und verzeichnet seither steigende Teilnehmerzahlen. Insgesamt haben sich bisher über 4.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller gesetzlichen Krankenkassen, der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene sowie weiterer Institutionen (mit eingeschränktem Zugriff) registriert. Zeitgleich zur Live-Schaltung des Portals wurden Ende März die Vorstände aller Mitglieder und deren Kassenartenverbände über das neue Mitgliederportal informiert. Ihnen wurden die PINs zur persönlichen Registrierung und zur Weitergabe an die Beschäftigten zugestellt. Zur Beantwortung von Fragen und zur Hilfestellung bei Problemen mit der Registrierung oder der Handhabung des Extranets wurden eine Servicenummer freigeschaltet und eine spezielle E-Mail-Adresse eingerichtet. Diesen Support übernimmt der Stabsbereich Kommunikation als Federführer des Gesamtprojekts.

### **Exklusive Informationen für unsere Mitglieder**

In GKV-Dialog stellen die Abteilungen und Stabsbereiche des GKV-Spitzenverbandes exklusive Informationen bereit. Auf diesen Abteilungsseiten finden sich aktuelle Informationen, thematische Hintergrundinformationen sowie ausführliche Abteilungsprofile mit Ansprechpartnern.

### **Rundschreiben – schnell recherchiert und gefunden**

Ein Herzstück von GKV-Dialog ist die Rundschreibendatenbank. Registrierte Nutzer haben Zugriff auf sämtliche Rundschreiben des Spitzenverbandes inklusive Anlagen. Dank einer komfortablen Suchfunktion können sie auf einfachste Art und Weise in über 5.000 Dokumenten recherchieren. Für den schnellen Überblick werden die Rundschreiben zusätzlich in speziellen Abteilungs- und Themenlisten und nach Jahren sortiert dargestellt.



The screenshot shows the website of the GKV-Spitzenverband (German Health Insurance Association). The main navigation bar includes categories like 'Ambulante Versorgung', 'Arznei- und Heilmittel', 'DVKa', 'Gesundheit', 'IT-Systemfragen', 'Krankenhäuser', 'Medizin', and 'Systemfragen'. The current page is titled 'Fehlverhalten im Gesundheitswesen'. The article text states: 'Die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband koordiniert den regelmäßigen Informationsaustausch zwischen allen Kranken- und Pflegekassen und deren Verbänden untereinander und fördert so eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit. Für die Beratung und Abstimmung der Vorgehensweisen wurde eine Arbeitsgemeinschaft des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene gebildet. Eine weitere Aufgabe ist die Korruptionsprävention im GKV-Spitzenverband.' The page also features a sidebar with a navigation menu, a search bar, and a list of documents and links related to the topic.

### Gruppenräume – Fachexperten unter sich

Ein weiterer Kern des neuen Mitgliederportals sind sogenannte Gruppenräume, in denen ein thematischer Austausch zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Spitzenverbandes und der Krankenkassen ermöglicht wird. Die einzelnen Gruppenräume sind geschützte Bereiche, auf die nur definierte Nutzerinnen und Nutzer (sogenannte Gruppenraummitglieder) Zugriff haben.

Verantwortliche einzelner Fachabteilungen und Stabsbereiche des Spitzenverbandes haben bereits in den ersten Monaten eine große Anzahl von Gruppenräumen initiiert und nutzen diese

Möglichkeit insbesondere zur Vorbereitung und Dokumentation einzelner Referentenrunden und Fachkonferenzen, aber auch Fachtagungen des GKV-Spitzenverbandes – wie z. B. die Fachkonferenz zum Fehlverhalten im Gesundheitswesen im November 2010.

Insgesamt verzeichnet GKV-Dialog derzeit über 50 Gruppenräume mit insgesamt mehr als 750 Mitgliedern, die sich zu den unterschiedlichsten Themenbereichen wie Rechnungswesen und Statistik, Datenaustausch, ambulante Versorgung, Telematik, Prävention und Rehabilitation sowie Beitragswesen austauschen.

**Die im Verwaltungsrat beratenen bedeutenden Themen des Jahres 2010 waren vor allem das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, das GKV-Finanzierungsgesetz sowie die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen. Mit der Neuausrichtung der Telematik ist ein Erfolg versprechender Weg beschritten worden, der Präventionsleitfaden wurde überarbeitet, Konzepte zu Innovationen in der stationären Versorgung sowie zur zukünftigen Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung wurden verabschiedet.**

## Verwaltungsrat: Kompetenz und Verantwortung

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat sich im Jahr 2010 mit den zentralen Fragen, die die gesundheits- und pflegepolitische Agenda prägen, befasst und u. a. die Reformgesetzgebung der neuen Bundesregierung und ihre weiteren Vorhaben in den Mittelpunkt seiner Diskussionen gestellt. Auch im dritten Jahr nach Errichtung des GKV-Spitzenverbandes war das Gremium eng in die internen Entwicklungs- und Ausbauprozesse des GKV-Spitzenverbandes eingebunden, dessen Strukturen den Anforderungen entsprechend dynamisch anzupassen sind. Die vier Fachausschüsse des Verwaltungsrates unterstützten ihn durch intensive fachliche Vorbereitung der Beratungsthemen und erarbeiteten auf dieser Basis zahlreiche Beschlussempfehlungen für das Plenum. Neben seinen vier quartalsmäßigen Sitzungen ist der Verwaltungsrat außerdem im Rahmen von vier Sondersitzungen zusammengekommen. In einem Workshop im Februar befassten sich die Mitglieder des Verwaltungsrates mit den maßgeblichen IT-Projekten des GKV-Spitzenverbandes. Unter externer fachlicher Begleitung führte der Verwaltungsrat darüber hinaus einen Workshop zum Thema Pflegefinanzierung durch, der dazu diente, Grundlagen und maßgebliche Aspekte für die weitere themenbezogene Beratung der Gremien zu dieser relevanten politischen Fragestellung aufzuarbeiten. Auf Ebene der Fachausschüsse fanden neben 16 turnusmäßigen Sitzungen sechs Sondersitzungen statt.

### **Stabile Strukturen schaffen:**

#### **Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz**

Um den stetig steigenden Arzneimittelausgaben entgegenzuwirken, hat die Bundesregierung im Frühjahr „Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitions-

vertrages für die Arzneimittel-Versorgung“ veröffentlicht und mit dem GKV-Änderungsgesetz erste, kurzfristig wirkende Maßnahmen zur Kostensenkung auf den Weg gebracht. Die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes hat sich aktiv in die Debatte eingebracht und unterstrichen, dass neben den Sofortmaßnahmen ein Gesamtkonzept notwendig sei, dessen strukturelle Maßnahmen eine nachhaltige Wirkung bei der Ausgabenentwicklung der Arzneimittel entfalten. Um dem gemeinsamen Anliegen der Krankenkassen Nachdruck zu verleihen und wichtige Impulse in die Reformdiskussion einzubringen, empfahl der Fachausschuss Verträge und Versorgung ein gemeinsames Positionspapier zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Das weitere Gesetzgebungsverfahren des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes wurde durch den Verwaltungsrat und die beteiligten Fachausschüsse im ständigen Austausch mit dem Hauptamt intensiv begleitet. Eines der wesentlichen Elemente bildet die nun vorgesehene frühe Bewertung des Zusatznutzens für alle neuen Arzneimittel zum Zeitpunkt des Markteintritts. Es zeichnete sich schnell ab, dass aus diesem Gesetz auch neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband resultieren würden. Neben der eingehenden inhaltlichen Diskussion der gesetzlichen Neuregelungen hat der Verwaltungsrat auch deren Auswirkungen auf die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes analysiert und erörtert. In seiner Verantwortung für eine angemessene Ressourcenbereitstellung hat der Verwaltungsrat in Koordination mit seinen zuständigen Fachausschüssen frühzeitig personelle und strukturelle Voraussetzungen geschaffen, die dem GKV-Spitzenverband eine adäquate Aufgabenwahrnehmung ermöglichen.



**Kurzfristige Stabilisierung:****GKV-Finanzierungsgesetz**

Vor dem Hintergrund der drohenden defizitären Finanzlage der Kassen im Jahr 2011 und der hohen Steigerungen bei der ärztlichen Vergütung sowie steigenden Ausgaben im stationären Bereich der letzten Jahre hat sich die Selbstverwaltung nachdrücklich für eine Nullrunde bei den Vertragsärzten sowie im Krankenhausbereich ausgesprochen. Hieraus resultierte eine Kernforderung des GKV-Spitzenverbandes, das bisherige Ausgabenniveau zu stabilisieren und einen weiteren Anstieg der Ausgaben durch eine Nullrunde längerfristig zu verhindern. Die Regierungskoalition brachte im Sommer 2010 das GKV-Finanzierungsgesetz auf den Weg mit dem Ziel, ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem zu schaffen. Durch Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes hat der Gesetzgeber für eine kurzfristige Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung gesorgt und damit ein gewisses Maß an Planungssicherheit für die Kassen geschaffen. Kritisch hervorgehoben hat der Verwaltungsrat jedoch, dass die Beitragszahler vor allem mit der Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte in hohem Maße einseitig belastet werden, während für Ärzte und Krankenhäuser lediglich die finanziellen Zuwächse begrenzt wurden. Der GKV-Spitzenverband hatte hingegen eine Nullrunde gefordert. Ebenso kritisch hat der Verwaltungsrat in diesem Zusammenhang die Verhandlungen um die vertragsärztliche Vergütung 2011 und die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses – gegen die Stimmen der Kassen –, nach der die Ärzte einen Honorarzuwachs von insgesamt 1,3 bis 1,5 Mrd. Euro erwarten können, beurteilt. Nach Auffassung der Verwaltungsratsmit-

glieder hätten die Belastungen der Beitragszahler weitgehend minimiert werden können, wenn die Sparvorschläge des GKV-Spitzenverbandes konsequent aufgegriffen worden wären.

**Positionen verabschiedet:****Krankenkassen und Kartellrecht**

Ein weiteres zentrales Thema in den Gremienberatungen der Selbstverwaltung war die vom Gesetzgeber im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes vorgesehene Anwendung des allgemeinen Wettbewerbsrechts auf Krankenkassen. Angesichts der weitreichenden Konsequenzen für die gesetzliche Krankenversicherung hat sich die Selbstverwaltung im Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik und im Fachausschuss Verträge und Versorgung für eine gemeinsame Positionierung ausgesprochen, um die Sprachfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten. Eine auf Selbstverwaltungsebene gebildete Arbeitsgruppe hat auf der Grundlage eines Überblickpapiers zu den Auswirkungen der Anwendbarkeit des Kartellrechts Eckpunkte für eine Positionierung erarbeitet und dem Verwaltungsrat vorgelegt. Trotz teilweise kontroverser Auffassungen verabschiedete der Verwaltungsrat mit einem knappen Mehrheitsbeschluss in seiner Sitzung am 2. September 2010 die Eckpunkte für eine Positionierung zu den kartellrechtlichen Regelungen im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, die rechtzeitig in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden konnten. Im Ergebnis ist der Gesetzgeber den Argumenten des GKV-Spitzenverbandes gefolgt und hat eindeutig festgelegt, dass das Kartellverbot nicht auf Kollektivverträge und auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) anzuwenden ist.

**Verantwortung übernehmen:****Neuausrichtung der Telematik**

Mit seiner maßgeblichen Initiative, eine Neuausrichtung des Telematikprojektes zu realisieren, hat der Verwaltungsrat im Herbst 2009 wesentliche Voraussetzungen für die laut Koalitionsvertrag der Bundesregierung beabsichtigte Bestandsaufnahme und Überprüfung des Projektes geschaffen. Neben den fortlaufenden Beratungen und Informationen in den Fachausschüssen Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Organisation und Finanzen über den jeweiligen aktuellen Sachstand und die Fortschritte der Neuausrichtung waren die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und der beteiligten Fachausschüsse gemeinsam mit dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes in ein Steuerungsgremium eingebunden und aktiv an der Begleitung der Prozesse beteiligt. Durch die einsetzende dynamische Entwicklung zeigte sich bald, dass mit der Neuausrichtung ein Erfolg versprechender Weg beschritten worden war. Mit Unverständnis reagierte der Verwaltungsrat demzufolge auch in seiner Sitzung am 7. Dezember 2010 auf die im GKV-Finanzierungsgesetz enthaltene Sanktionsregelung, nach der Kassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet haben, im Jahr 2012 mit einer Kürzung ihrer Verwaltungsausgaben um 2 Prozent gegenüber den Ausgaben 2010 bestraft werden. Mit Blick auf diese gesetzliche Neuregelung beauftragte der Verwaltungsrat den GKV-Spitzenverband, die Arbeit in den Projekten im geplanten und notwendigen Umfang fortzusetzen. Darüber hinaus soll die Machbarkeit von Alternativen mit dem Schwerpunkt der Online-Kartenprüfung/-aktualisierung mit Verfügbarkeit in zwei Jahren überprüft werden. Das Plenum erinnerte in diesem Zusammenhang

daran, dass die Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes als Vertreter der Kassen mit ihrem Beschluss im Jahr 2009 die Initiative ergriffen und damit die neue Projektstruktur der Telematik angestoßen hatten, mithilfe derer letztlich eine Dynamisierung der bis dahin eher stagnierenden Prozesse bewirkt werden konnte. Die Sanktionsregelung erweist sich aus Sicht des Verwaltungsrates als besonders problematisch, da immer wieder neue Aufgaben, die für die gesetzliche Krankenversicherung aus der Reformgesetzgebung resultieren, bereits zu einem Zuwachs bei den Verwaltungskosten führen. Ungeachtet dessen haben die Kassen in den nächsten zwei Jahren aber zusätzlich eine Verwaltungskostenbudgetierung auf dem Niveau des Jahres 2010 zu bewältigen.

**Positionen vertreten: Modifizierung der Pflege-Transparenzvereinbarungen**

Im Mittelpunkt der Beratungen des Verwaltungsrates und seines zuständigen Fachausschusses Prävention, Rehabilitation und Pflege stand die Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen, die einen wichtigen Meilenstein für mehr Transparenz in der Pflege und für die Stärkung der Verbraucherinteressen darstellen. Kontinuierlich hat die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes das Thema begleitet sowie Strategien und Maßnahmen für die laufenden Verhandlungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Vereinbarungspartnern verabschiedet. Ausgehend von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation hat sich der Verwaltungsrat für eine kurzfristige Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen ausgesprochen, die sich vor allem auf die stärkere Berücksichtigung von Risikokriterien und die Stichprobenziehung bezieht. Angesichts der Blockadehaltung der Pflegeverbände in den laufenden Verhandlungen



bekräftigte der Verwaltungsrat seine Positionen im Hinblick auf den kurzfristigen Änderungsbedarf. Obwohl sich in den weiteren Verhandlungen eine weitgehende Annäherung der Vereinbarungspartner in den strittigen Punkten abzeichnete, erklärten zwei kleine Anbieterverbände, die zusammen weniger als zehn Prozent des Marktes vertreten, Ende November 2010 das Scheitern der Verhandlungen. Der Verwaltungsrat hat daraufhin den Gesetzgeber aufgefordert, einen Konfliktlösungsmechanismus für die Verhandlungen zu schaffen und sich weitere Maßnahmen vorbehalten, wenn eine kurzfristige gesetzgeberische Neuregelung nicht zustande kommt. Zudem sprach sich der Verwaltungsrat für eine Fortführung der Verhandlungen aus, um bisher mehrheitlich erzielte Ergebnisse für den durch die Regierung zu entscheidenden Konfliktlösungsmechanismus bzw. das weitere Verfahren zu sichern und eine Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen zu erstellen. Gleichzeitig werden die Versicherten über den Umgang mit den Pflegegenoten informiert.

#### **Intensive Diskussionen:**

##### **Finanzierung der Pflegeversicherung**

Ausgehend von der Koalitionsvereinbarung von Union und FDP, das bestehende Umlageverfahren in der Pflegeversicherung durch eine verpflichtende, individualisierte Kapitaldeckung bei generationengerechter Ausgestaltung zu ergänzen, wurde das Thema mehrfach in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes mit dem Ziel beraten, eine Positionierung zur künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung herbeizuführen. Im Rahmen eines Workshops wurden zunächst Grundlagen und maßgebliche Aspekte für die themenbezogene Beratung der Gremien zu dieser relevanten politischen Fragestellung aufgearbeitet. Da die Positio-

nen der Arbeitgeber- und der Versichertenvertreter jedoch zu weit auseinander lagen, konnte im Jahr 2010 keine Positionierung des Verwaltungsrates erfolgen.

#### **Richtung vorgegeben:**

##### **Prävention und Gesundheitsförderung**

Mit Blick auf die Steuerungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Prävention hat sich der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege auf Basis der vom Verwaltungsrat 2009 verabschiedeten Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes für die Weiterentwicklung von Prävention und betrieblicher Gesundheitsförderung intensiv mit dem Themenfeld auseinandergesetzt. Neben den Aufgaben und Zielen der Prävention hat sich der Fachausschuss mit dem Präventionsbericht 2009 und der Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention befasst. Außerdem wurden mögliche Kooperationsfelder mit wichtigen anderen für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlichen Akteuren beleuchtet. Insbesondere hat der Fachausschuss die Anregung des Verwaltungsrates aufgegriffen, sich mit dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung im Hinblick auf bereits initiierte Maßnahmen und Möglichkeiten der Stärkung und Weiterentwicklung intensiver mit dem Ziel zu beschäftigen, Schnittstellen- und Synergiepotenziale zu identifizieren. Der Fachausschuss empfiehlt, bei der anstehenden Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen für die GKV ein gemeinsames Ziel mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und den anderen Trägern der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zu erarbeiten. Darüber hinaus regt er an, gemeinsam mit der DGUV und unter Einbeziehung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine Handlungshilfe zur Koope-

ration in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erstellen.

#### **Ideen entwickeln: Innovationsmanagement**

Im Hinblick auf eine sichere und bessere Versorgung der Versicherten hat sich der Fachausschuss Verträge und Versorgung mit der Frage befasst, wie künftig qualitätsgesichert und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten die Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Sektor organisiert werden kann. Bisher werden im Krankenhaus neue Methoden entsprechend dem „Verbotsvorbehalt“, d. h. ohne vorherige Prüfung, zu Lasten der GKV eingeführt. Erst wenn der G-BA auf Antrag zu dem Ergebnis kommt, dass diese Verfahren weniger nutzen als vergleichbare Methoden, kann er sie aus dem Leistungskatalog der GKV ausschließen. Hingegen gilt im ambulanten Sektor der „Erlaubnisvorbehalt“. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen durch den G-BA als wirksam und wirtschaftlich anerkannt sein, bevor sie als vertragsärztliche Leistung eingeführt werden. Kritisch setzte sich die Selbstverwaltung mit der diskrepanten Regelung im stationären Sektor auseinander und befürwortete ein Konzept zur Innovationssteuerung im Krankenhaus. Hierdurch sollen nichtmedikamentöse Verfahren besser als bisher in Innovationszentren evaluiert werden. Patienten haben in solchen Innovationszentren einen schnellen Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Mit dem Ziel, auf eine Gesetzesänderung hinzuwirken, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes das Konzept einstimmig verabschiedet.

#### **Versorgung sicherstellen:**

##### **Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung**

Vor dem Hintergrund der öffentlichen Debatte über

einen angeblich zunehmenden flächendeckenden Ärztemangel hat sich der Fachausschuss Verträge und Versorgung frühzeitig mit der Ausgangssituation der aktuellen vertragsärztlichen Bedarfsplanung befasst und versorgungsstrukturelle Probleme hinsichtlich der räumlichen und arztgruppenbezogenen Fehlverteilungen identifiziert. Um sich rechtzeitig in die Neugestaltung der Bedarfsplanung im Rahmen der im Jahr 2011 zu erwartenden gesetzlichen Vorgaben einbringen zu können, unterstützte die Selbstverwaltung das von der Fachebene vorgelegte Positionspapier zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, auf dessen Basis eine breite Diskussion innerhalb der Krankenkassen initiiert wurde. Das Reformkonzept des GKV-Spitzenverbandes macht zur Sicherung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung ohne finanzielle Mehrbelastungen der Krankenkassen u. a. Lösungsvorschläge zum Abbau der Überversorgung, zur Vermeidung von Unterversorgung, für eine gezielte Steuerung der ärztlichen Niederlassung innerhalb von Planungsregionen, für eine Trennung von ärztlicher Primärversorgung und allgemeiner fachärztlicher Versorgung sowie für eine sektorübergreifende Versorgung im spezialärztlichen Bereich.

Mit dem Reformkonzept setzt sich der GKV-Spitzenverband insbesondere für eine zukunfts- und verteilungsgerechte Versorgungsplanung ein, die den Anforderungen der veränderten Versorgungsansprüche der Gesellschaft gerecht wird.

#### **Infrastruktur ausbauen:**

##### **IT-Projekte des GKV-Spitzenverbandes**

Zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben und den daraus resultierenden Datenanforderungen hatte der GKV-Spitzenverband eine leistungsfähige

IT-Infrastruktur zu implementieren und IT-Projekte kurzfristig zu entwickeln und umzusetzen, über die der Fachausschuss Organisation und Finanzen kontinuierlich unterrichtet wurde. Angesichts der Bedeutung des IT-Bereichs hat sich der Verwaltungsrat in einem Workshop im Detail über die IT-Strategie des GKV-Spitzenverbandes, die Entwicklung eines IT-Gesamtprojektes und die maßgeblichen IT-Projekte informiert. Der GKV-Spitzenverband nutzt für die Umsetzung der zahlreichen Aufgaben die Infrastruktur der Informationstechnischen Service-stelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG). Zu den maßgeblichen Projekten zählt u. a. der schrittweise Ausbau des Datawarehouse, eine Datenbank, in der alle Daten für Abfragen und Analysen zur Verfügung stehen, wie z. B. Daten für den Risikostrukturausgleich sowie die amtlichen Statistiken der GKV.

#### **Finanzen überwachen:**

##### **Jahresrechnung 2009 und Haushalt 2011**

Der Fachausschuss Organisation und Finanzen und der Verwaltungsrat sind laufend über den aktuellen Finanz- und Personalstatus des GKV-Spitzenverbandes unterrichtet worden. Gegenstand ausführlicher Beratungen des zuständigen Fachausschusses Organisation und Finanzen sowie des Verwaltungsrates waren im Berichtsjahr die Jahresrechnung 2009 und der Haushalt 2011. Ein im Vorfeld abgestimmter Beratungsfahrplan der beteiligten Gremien sicherte die gesetzlichen Vorlagefristen. Der Verwaltungsrat hat in Kenntnis des uneingeschränkten Bestätigungsvermerks der KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in seiner Sitzung am 9. Juni 2010 die vom Vorstand aufgestellte Jahresrechnung einstimmig beschlossen. Die Haushaltsberatungen, die bereits Anfang September mit den Vorsitzenden des Fachausschusses Organisation und Finanzen anhand von Eckdaten

eingeleitet wurden, endeten nach Vorlage einer entsprechenden Empfehlung des Fachausschusses mit der einstimmigen Verabschiedung des Haushalts durch den Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 7. Dezember 2010. Der Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes (inklusive der Mittelzuführung für die Fremdhaushalte MDS und gematik) im Jahr 2011 ist insbesondere durch den Sondereffekt der gematik geprägt. Aufgrund der Liquiditätsüberschüsse im Haushalt der gematik bleiben die Gesamtausgaben des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2011 unter den Ausgaben von 2010 und entsprechen damit der Neuregelung im GKV-Finanzierungsgesetz zur Deckelung der Verwaltungskosten auf dem Niveau von 2010. Als Vergleichsmaßstab der Ausgabensumme im Plan 2011 diente zunächst die auf Ganzjahreswerte bezogene normierte Summe der Plan-Verwaltungsausgaben 2010. Dem Verwaltungsrat wurde dargestellt, dass die Normierung sich auf in der Planung nur anteilig berücksichtigte Kostenbestandteile bezieht. Diese werden aber in den Folgejahren vollständig anfallen, wodurch das als Vergleichsmaßstab fungierende Volumen der Verwaltungsausgaben 2010 um diese Kostenbestandteile entsprechend zu erhöhen ist. Der aus dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz resultierende Stellenmehrbedarf des GKV-Spitzenverbandes wurde vor dem Hintergrund der Verwaltungskostendeckelung intensiv im Fachausschuss und Verwaltungsrat vor Verabschiedung des Haushaltes beraten.



**K.-Dieter Voß hat seit Oktober 2007 als Vorstandsmitglied den Aufbau des GKV-Spitzenverbandes maßgeblich gestaltet und begleitet. Mit seinem Fachwissen und seinen vielfältigen Erfahrungen aus über 50 Jahren Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung hat er viele Themen und Projekte im GKV-Spitzenverband entscheidend geprägt. Im April 2010 übergab er seinen Vorstandsbereich planmäßig an Gernot Kiefer, der anknüpfend an die Arbeit von K.-Dieter Voß einen Schwerpunkt seiner Arbeit in der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie der Erhöhung der Qualität von Pflegeleistungen und der Gewährleistung einer umfassenden Transparenz der ambulanten und stationären Pflege setzen will.**

## Mann der ersten Stunde – K.-Dieter Voß verabschiedet sich

Bericht aus den Gremien

Nach zweieinhalb Jahren Amtszeit hieß es für K.-Dieter Voß als Mitglied des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes Abschied zu nehmen. Am 23. März 2010 trafen sich in der Landesvertretung Saarland hochrangige Vertreter aus Politik, Ministerien, Selbstverwaltung, Verbänden und der Leistungserbringer sowie persönliche Weggefährten. Dr. Volker Hansen, Vorsitzender des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, dankte K.-Dieter Voß für die erfolgreiche Arbeit und seine Leistungen zur Errichtung des GKV-Spitzenverbandes. Auch das Bundesministerium für Gesundheit ließ es sich nicht nehmen, durch den Parlamentarischen Staatssekretär Daniel Bahr K.-Dieter Voß seine Anerkennung auszusprechen. Seine langjährige Erfahrung und tiefgreifenden, detaillierten Kenntnisse in allen relevanten Bereichen der gesetzli-

chen Kranken- und Pflegeversicherung hob die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer bei ihrer Verabschiedungsrede besonders hervor. Dies habe ihm die besondere Achtung bei den Akteuren im Gesundheitswesen und in der Pflegeversicherung eingebracht. Sie dankte K.-Dieter Voß für die gute Zusammenarbeit und die großen Aufbauleistungen für den GKV-Spitzenverband.

K.-Dieter Voß war als Vorstandsmitglied in der Gründungsphase vor allem für den Aufbau einer funktionierenden Verwaltungsstruktur verantwortlich. Voß gilt als exzellenter Kenner der Kassen- und Verbändelandschaft. Er begann seine Karriere bei der AOK und wechselte dann zum BKK Bundesverband. Seine Kompetenz im Bereich „Aufbau“ konn-



## Bericht aus den Gremien

te er bereits unter Beweis stellen, als er 1990 als persönlicher Berater des Ministers für Gesundheit der DDR abgeordnet wurde und sich erfolgreich für den Aufbau der Krankenversicherung in den neuen Bundesländern engagierte. 1996 wurde K.-Dieter Voß Vorstand des BKK Bundesverbandes, den er am 1. Oktober 2007 verließ, um seine gesammelten Erfahrungen in den GKV-Spitzenverband einzubringen. Voß gilt als Experte des Präventions- und Rehabilitationsrechts. Große Verdienste hat er sich auch beim Aufbau und der Weiterentwicklung der deutschen Pflegeversicherung erworben. Er verließ nach sehr erfolgreichen 52 Jahren Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung den GKV-Spitzenverband. Der gelungene Aufbau des GKV-Spitzenverbandes und unzählige Themen und Projekte sind von K.-Dieter Voß entscheidend geprägt worden und bleiben untrennbar mit seinem Namen verbunden.

**Gernot Kiefer wird Nachfolger von K.-Dieter Voß**

Am 1. April 2010 trat Gernot Kiefer als Vorstandsmitglied die Nachfolge von K.-Dieter Voß an. Gemeinsam mit der Vorstandsvorsitzenden Dr. Doris Pfeiffer und dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Johann-Magnus von Stackelberg bildet er seitdem die Führungsspitze des GKV-Spitzenverbandes. Gewählt wurde Kiefer bereits am 21. September 2007 vom Verwaltungsrat, da eine Teilung der Amtszeit zwischen K.-Dieter Voß und Gernot Kiefer in der Errichtungsphase vereinbart wurde. Gernot Kiefer war zuvor Geschäftsführer der BITMARCK Holding GmbH, bei der er das Projekt zur Errichtung einer kassenartenübergreifenden IT-Allianz leitete. Nach seiner Zeit als Abteilungsleiter beim IKK-Bundesverband, wurde er 1996 dessen stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Gernot Kiefers Vorstandsbereich umfasst die Bereiche Gesundheit, die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland und die Abteilung Zentrale Dienste des GKV-Spitzenverbandes.

Einen persönlichen Schwerpunkt seiner Arbeit sieht Gernot Kiefer in der Sicherung und Weiterentwicklung einer stabilen und leistungsfähigen sozialen Pflegeversicherung. Die besondere Herausforderung wird aus seiner Sicht die Modifikation des Pflegebedürftigkeitsbegriffs darstellen. Darüber hinaus ist es Kiefer ein wichtiges Anliegen, im ambulanten und stationären Bereich Transparenz zu schaffen und so die Qualität der Pflegeleistungen zu erhöhen. Die hierzu verankerten Pflegenoten im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarung haben erstmals für die Verbraucherinnen und Verbraucher verständliche und vergleichbare Informationen über die Qualität in Pflegeheimen und bei Pflegediensten erbracht. Die Weiterentwicklung der Pflegenoten voranzubringen, ist für Gernot Kiefer von großer Bedeutung.



**Am 1. Juni 2011 finden die nächsten Sozialwahlen statt. Die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung werden alle sechs Jahre neu gewählt. Nach der Konstituierung der neuen Verwaltungsräte der Kassen werden die Delegierten für die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes bestimmt, die im Dezember 2011 den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes wählen.**

## Sozialwahlen – Mitgestaltung und Mitbestimmung

Bericht aus den Gremien

### **Bedeutung der Sozialwahlen 2011 für den GKV-Spitzenverband**

Die Sozialversicherungswahlen – kurz: Sozialwahlen – sind das demokratische Kernstück der sozialen Sicherungssysteme und bilden die Basis für deren selbstverwaltete, staatsferne Strukturen. Die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung werden alle sechs Jahre neu gewählt und setzen sich überwiegend je zur Hälfte aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammen, die ihre Aufgaben ehrenamtlich wahrnehmen. Versicherte und Arbeitgeber wählen ihre Vertreterinnen und Vertreter getrennt aufgrund von Vorschlagslisten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Mit der Stimmabgabe nehmen die Wählenden ihr Recht auf gesellschaftliche Partizipation wahr und stärken außerdem die zentralen Funktionen der Selbstverwaltung als wichtigen Bestandteil des Sozialstaats. Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter in den Organen der Sozialversicherungsträger treffen wichtige organisatorische und strategische Entscheidungen. Sie vertreten die Interessen der Beitragszahler, der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen sowie der Rentnerinnen und Rentner und nehmen politisch Einfluss auf die Weiterentwicklung der Sozialversicherungssysteme.

Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen einer Wahl mit und ohne Wahlhandlung, der sogenannten Friedenswahl. Bei den meisten Sozialversicherungsträgern erfolgen Friedenswahlen. Dabei werden auf den Vorschlagslisten nicht mehr Kandidaten aufgestellt als Mitglieder zu wählen sind. Wahlen mit Wahlhandlung, sogenannte Urwahlen,

werden bei einigen Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen sowie bei der Deutschen Rentenversicherung Bund durchgeführt. Die nächsten Sozialversicherungswahlen finden am 1. Juni 2011 statt.

### **Wahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes**

An die Sozialwahlen schließt sich die Wahl des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes durch die Mitgliederversammlung an. Als Bindeglied zu den Kassen bildet die Mitgliederversammlung mit ihren Delegierten der Versicherten- und Arbeitgeberseite aus allen Kassen das grundlegende Selbstverwaltungsorgan des GKV-Spitzenverbandes und ist damit das Fundament des Verbandes. Sie wählt in einem Turnus von sechs Jahren die Mitglieder des Verwaltungsrates, in dem alle Kassenarten repräsentiert sind.

In der Errichtungsphase des GKV-Spitzenverbandes wurde der Verwaltungsrat der ersten Amtsperiode durch die Mitgliederversammlung am 21. Mai 2007 gewählt. Die Amtsdauer der 2007 gewählten Mitglieder des Verwaltungsrates endet sieben Monate nach den Sozialversicherungswahlen 2011, die der Vertreterinnen und Vertreter in der Mitgliederversammlung mit der ersten ordentlichen Mitgliederversammlung nach den Sozialwahlen.

Nach den Konstituierungen der bei den Sozialwahlen neu gewählten Verwaltungsräte der Kassen, die bis einschließlich 1. November 2011 vollzogen werden müssen, bestimmen die Kassen ihre Delegierten für die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes. Jede Kasse entsendet je ei-

nen Versicherten- und Arbeitgebervertreter in die Mitgliederversammlung. Ersatzkassen, deren Verwaltungsräte sich ausschließlich aus Versichertenvertretern zusammensetzen, entsenden zwei Versichertenvertreter. Die entsandten Delegierten der Kassen in der Mitgliederversammlung wählen im Rahmen der nächsten Mitgliederversammlung am 20. Dezember 2011 den neuen Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes für die zweite Amtsperiode.

#### **GKV-Änderungsgesetz –**

##### **Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat**

Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 sind auch kassenartenübergreifende Fusionen möglich. Bisher entsandten die Ersatzkassen ausschließlich Versichertenvertreter in den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Infolge von kassenartenübergreifenden Fusionen von Ersatzkassen und der damit verbundenen paritätischen Besetzung dieser Verwaltungsräte hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Änderungsgesetz die Grundlagen für die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes neu gefasst. Für die Ersatzkassen, deren Verwaltungsräte durch kassenartenübergreifende Fusionen inzwischen paritätisch besetzt sind, ist für die Festlegung der Zahl der Arbeitgebervertreter der Ersatzkassen im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes die Hälfte des Anteils der Versichertenzahlen dieser Ersatzkassen zugrunde zu legen. Die Zahl der Sitze der Versichertenvertreter der Ersatzkassen ist entsprechend zu reduzieren. Dabei wird an den Kriterien zur Festlegung der Sitz- und Stimmenverteilung hinsichtlich der Höchstzahl von 52 Sitzen, der paritätischen Sitzverteilung innerhalb einer Kassenart mit Ausnahme der Ersatzkassen, der Parität der Stimmen innerhalb des gesamten Verwaltungsrates und der bestmöglichen Anpassung der

Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproportionen der Kassenarten festgehalten. Neu geregelt wurde die Datengrundlage zur Festlegung der Sitz- und Stimmenverteilung nach den bundesweiten Versichertenzahlen der Kassenarten nunmehr zum 1. Januar des Jahres, in dem die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat wählt.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Festlegung der Sitz- und Stimmenverteilung hat der GKV-Spitzenverband in seiner Satzung zu regeln. In Vorbereitung der zu beschließenden Satzungsänderungen durch den Verwaltungsrat im Wahljahr 2011 hat sich die Selbstverwaltung bereits 2010 im Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie im Fachausschuss Organisation und Finanzen mit dem Berechnungsverfahren zur Festlegung der Sitz- und Stimmenverteilung und den präzisierenden Satzungsänderungen befasst.



## Gerald Weiß: Die Sozialwahl ermöglicht Mitbestimmung jedes Einzelnen

Seit 1. Oktober 2009 ist Gerald Weiß Bundeswahlbeauftragter für die Sozialversicherungswahlen. Der GKV-Spitzenverband sprach mit dem ehemaligen Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Arbeit und Soziales über die Bedeutung der Sozialwahlen und der Selbstverwaltung.

**GKV-Spitzenverband:** Am 1. Juni 2011 finden die nächsten Sozialwahlen statt. Warum sind diese Wahlen so wichtig?

**Weiß:** Bei den Sozialwahlen geht es um die strategische Mitbestimmung des Einzelnen in seiner Sozialversicherung – also darum, wer bei den Krankenkassen das Sagen hat. Wie in der Demokratie üblich, wird die Macht durch Wahlen von unten her aufgebaut. Der Baustein „Selbstverwaltung“ gehört zu den besten Elementen unseres Systems. Deshalb sollte man sich dafür einsetzen.

**GKV-Spitzenverband:** Die Selbstverwaltung spielt eine tragende Rolle bei der Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Worin liegt ihre Stärke?

**Weiß:** Die große Stärke der Selbstverwaltung liegt in der Nähe zu den Versicherten und den Arbeitgebern. Dies kommt nicht zuletzt in den Widerspruchsausschüssen zum Ausdruck, in denen man Entscheidungen der Kassenverwaltung überprüfen lassen kann. In den nächsten Jahren wird sich vielfach die Frage stellen: Zusatzbeitrag? Und wenn ja, wie und wie hoch? Die falsche Entscheidung kann die Existenz der Kasse gefährden. Versichertenvertreter mit ihrem Kontakt zu den Versicherten liegen mit ihrem Votum oftmals besser als Marketingexperten.



GKV-Spitzenverband: Welche Vorteile hat aus Ihrer Sicht die Selbstverwaltung gegenüber rein staatlichen Systemen oder auch rein privatwirtschaftlichen?

Weiß: Der Vorteil eines Systems mit Selbstverwaltung besteht darin, dass Markt und Wettbewerb, Selbstverwaltung und Staat zusammenspielen. Der Markt allein lenkt sehr gut knappe Ressourcen in die optimale Verwendung. Aber er ist blind für die Gerechtigkeit. Umgekehrt kann alleine der Staat nicht alles regeln. Deshalb ist das Modell der Selbstverwaltung das überlegene Modell. Dort gestalten die Praktiker ihre Versicherung. Selbstverwaltung ist Selbstgestaltung! Dieser Gedanke ist zeitlos aktuell.

GKV-Spitzenverband: Wie sehen Ihrer Einschätzung nach die Perspektiven für die Selbstverwaltung aus?

Weiß: Mögliche Zusatzbeiträge und Fusionen werden die Selbstverwaltungen fordern, aber zugleich ihre Bedeutung verstärken.

GKV-Spitzenverband: Wie muss sich die Selbstverwaltung Ihrer Meinung nach entwickeln, um Veränderungen in der Gesellschaft aufzunehmen und abzubilden?

Weiß: Die Selbstverwaltung entscheidet über die bedeutenden Fragen in einer Krankenkasse. Leider nehmen viele Versicherte diese Bedeutung nicht wahr. Denn viele Selbstverwalter verzichten darauf, über ihre Arbeit zu berichten. Internetpräsenzen und Mitgliederzeitschriften der Kassen wären hierfür zum Beispiel die geeigneten Medien, um verstärkt auch jüngere Männer und Frauen anzusprechen und für die Selbstverwaltung zu aktivieren.





Der Fachbeirat hat sich als Beratungsplattform in vielen Bereichen bewährt, weil Kassen, Verbände und der GKV-Spitzenverband schnell und fundiert gemeinsame Positionen formulieren konnten. Ob es sich um das GKV-Finanzierungsgesetz oder die Neuordnung des Arzneimittelmarktes handelte, um die Pflegekostenvereinbarung, die Bedarfsplanung oder neue Behandlungsmethoden in Krankenhäusern: Stets wurden die Themen im Fachbeirat frühzeitig erörtert und konstruktiv kritisch begleitet. Beispielsweise wurde ein Konzept zur Innovationssteuerung im Krankenhaus beraten, mit dem sichergestellt werden soll, dass Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nur mit neuen Behandlungsmethoden behandelt werden, die sie keinen unnötigen Risiken aussetzen. Empfehlungen zu Ärztehonoraren oder zur elektronischen Gesundheitskarte gehörten ebenfalls zu den Beratungsergebnissen des Fachbeirats.

## Bericht zur Arbeit des Fachbeirats – Spiegelbild der gesundheits- und versorgungspolitischen Diskussion des Jahres

Bericht aus den Gremien

### **Beratungen zu den gesundheitspolitischen Reformprojekten des Jahres 2010**

Die Arbeit des Fachbeirates im Jahr 2010 war geprägt von den großen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen des Jahres. Alle wesentlichen Gesetzgebungsverfahren mit Bezug zur GKV wurden im Fachbeirat beraten. An erster Stelle sind hier das GKV-Finanzierungsgesetz und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zu nennen.

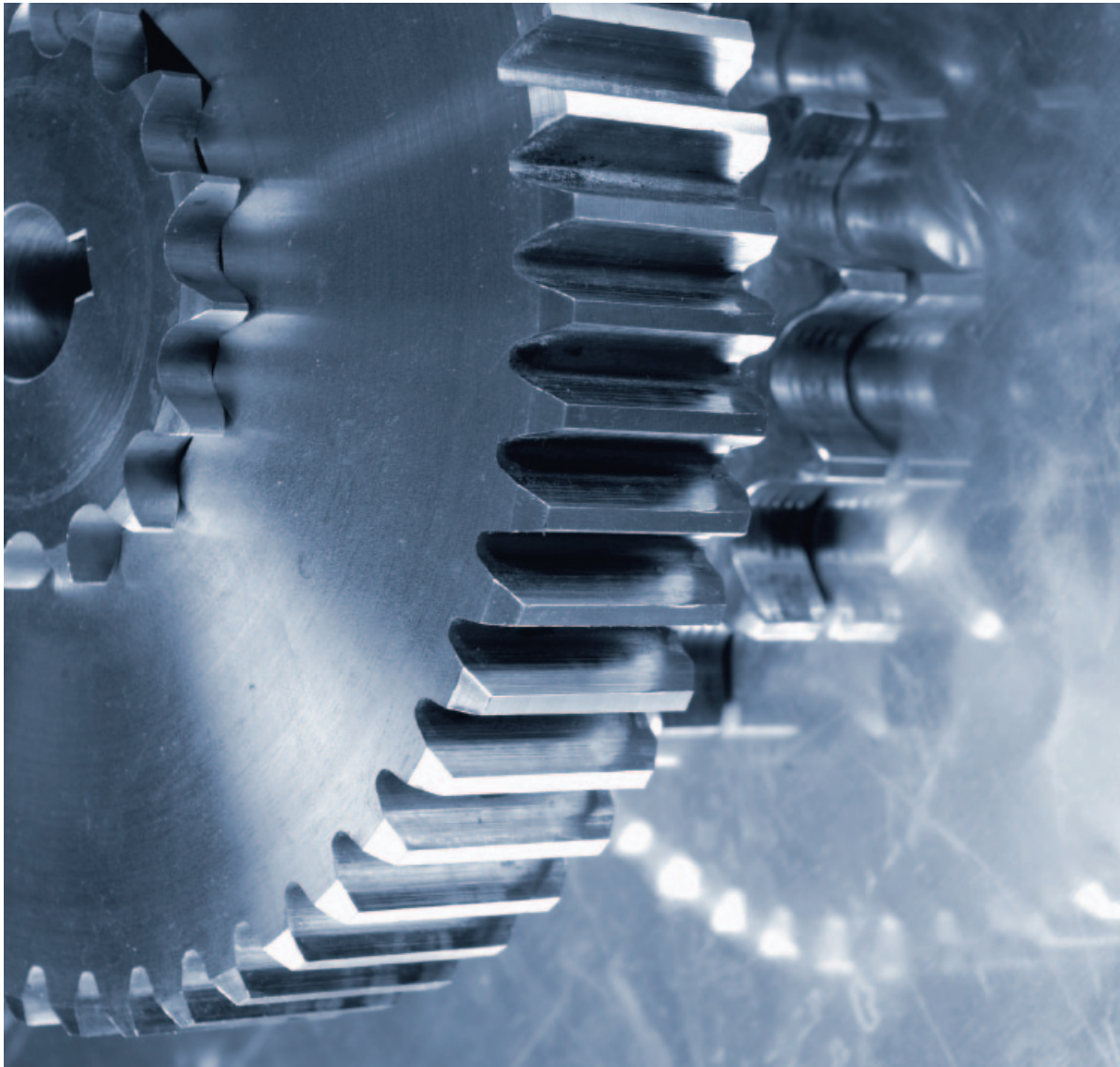
Der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz sichergestellte Ausgleich des für das Jahr 2011 prognostizierten Defizits von rund 9 bis 11 Mrd. Euro wurde in den Beratungen des Fachbeirates begrüßt. Allerdings wurde die starke Belastung der Beitragszahlerinnen und -zahler, die im Falle von Nullrunden der Leistungserbringer spürbar geringer ausgefallen wäre, deutlich kritisiert. Auch die Sicherstellung der zukünftigen Finanzierung des Sozialausgleiches wird als nicht ausreichend verankert angesehen. Bei den Beratungen zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz standen die Nutzenbewertung für neue Arzneimittel, die Mehrkostenregelung für nicht rabattierte Arzneimittel und die Erweiterung der Anwendbarkeit des Kartellrechts im Mittelpunkt der Beratungen des Fachbeirates. Insbesondere die in beiden Gesetzgebungsverfahren enthaltenen Stützungsmaßnahmen der PKV zu Lasten der GKV wurden mehrheitlich kritisch begleitet. Bei den Beratungen zu diesen in der GKV Weichen stellenden Gesetzen hat sich die Beratungsplattform des Fachbeirates bewährt: Kassen, Verbände der Kassen auf Bundesebene und GKV-Spitzenverband waren in der Lage, schnell und wirksam mit gemeinsamen Positionen zur Stärkung der GKV zu agieren und zu reagieren.

Beratungen zu verschiedenen Pflege Themen erfolgten während des gesamten Jahres. Zum Umgang mit der Verweigerungshaltung von zwei kleinen Pflegeverbänden, die eine effektive Umsetzung der Pflegekostenvereinbarung verhinderten, wurden geeignete Lösungsstrategien entwickelt. Die Weiterentwicklung der Pflegenoten soll es ermöglichen, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige sich künftig klar und einfach über die tatsächliche Versorgungssituation in Pflegeheimen informieren können.

### **Versorgungspolitische Themen**

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung dominierten in erster Linie zwei Themenbereiche: die Reform der Bedarfsplanung und die Verhandlungen zu den Ärztehonoraren. Es wurde ein Bedarfsplanungskonzept entwickelt, mit dem die vornehmlich in Städten bestehende Überversorgung angegangen werden kann und gleichzeitig innovative Lösungsansätze für die ländlichen Regionen, in denen Defizite bei der Versorgung bestehen, angeboten werden. Ziel ist eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zu einer Versorgungssteuerung, die zwischen ärztlicher Primärversorgung, allgemeiner fachärztlicher Versorgung und einer sektorübergreifenden Versorgung im spezialärztlichen Bereich unterscheidet. Das Konzept ist in Zusammenhang mit dem für das Jahr 2011 angekündigten Versorgungsgesetz zu sehen, bei dem die Bedarfsplanung im Mittelpunkt stehen wird.

Im Fokus der Beratungen zu den Ärztehonoraren stand die Frage, wie vor dem Hintergrund der deutlichen Honorarzuwächse der letzten Jahre weitere



finanzielle Belastungen der Beitragszahlerinnen und -zahler vermieden werden können. Es erfolgte eine kontinuierliche Berichterstattung zu den Sitzungen des Erweiterten Bewertungsausschusses. Zur Vermeidung weiterer Ausgabensteigerungen im ambulanten Bereich wurde der Vorschlag entwickelt, sich gegenüber dem Gesetzgeber für eine Nullrunde der Leistungserbringer auszusprechen.

Die wesentlichen versorgungspolitischen Themen wurden ebenfalls im Fachbeirat erörtert. So wurde beispielsweise ein Konzept zur Innovationssteuerung im Krankenhaus entwickelt, mit dem sichergestellt werden soll, dass Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nur mit neuen Behandlungsmethoden behandelt werden, die unnötige Risiken vermeiden. Bisher sehen sich Patientinnen



Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem“ Ende 2009 gelegt.

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte nahm bei den Beratungen im Fachbeirat breiten Raum ein. Aus Sicht der Krankenkassen ist es von zentraler Bedeutung, dass die nutzbringende Online-Anwendung vor der Einführung der Karte sichergestellt sein muss. Hierfür ist es auch unabdingbar, dass in den Arztpraxen die notwendigen technischen Voraussetzungen bereitgestellt werden. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Online-Funktionen zu einer Veränderung bei den technischen Spezifikationen der Karte führen werden. Eine verfrühte Einführung der elektronischen Gesundheitskarte würde dazu führen, dass die Karte relativ rasch wieder ausgetauscht werden müsste. Vor diesem Hintergrund sind die nun gesetzlich festgelegten Verwaltungskostenabschläge für den Fall, dass eine Krankenkasse bis Ende 2011 nicht mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten mit der neuen elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet hat, nicht nachvollziehbar.

und Patienten im Rahmen der Routineversorgung im Krankenhaus mit neuen Behandlungsmethoden konfrontiert, deren Nutzen und Risiken nur unzureichend erforscht wurden. Die Ursache hierfür liegt insbesondere im sogenannten Verbotsvorbehalt begründet. Den Grundstein zu diesem Konzept hat der Verwaltungsrat mit dem von ihm beschlossenen Positionspapier „Perspektiven für Reformen –



**Im Jahr 2010 konnten entscheidende Weichen für das weitere Vorgehen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gestellt werden. Die gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH – erhält eine neue Steuerungslogik, mit einer optimierten Entscheidungsstruktur. Die Gesellschafter sind mit mehr Verantwortung eingebunden. Die Einführung der notwendigen Infrastruktur obliegt dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.**

## Neue Geschäftsgrundlage für die gematik – eine Weichenstellung

Die vom BMG bereits Ende 2009 initiierte und von den Gesellschaftern durchgeführte Bestandsaufnahme des Projekts elektronische Gesundheitskarte konnte im Jahr 2010 zum Abschluss gebracht werden. Gleichzeitig konnten die entscheidenden Festlegungen für das weitere Vorgehen in den nächsten Jahren getroffen werden. Diese Festlegungen, die gemeinsam mit den Organisationen der Leistungserbringer und dem BMG abgestimmt wurden, bauen auf den Vorschlägen auf, die der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Krankenkassen und deren Verbänden im Jahr 2009 erarbeitet und erstmals im Dezember 2009 Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler vorgestellt hat.

Wesentliche Neuerung ist die Einführung einer geänderten Steuerungslogik für die gematik, in der die Gesellschafter im Sinne von mehr Effizienz, Schnelligkeit und Reduzierung der Komplexität des Projektes Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen. Grundsätzlich werden die Kostenträger für die administrativen Anwendungen und die Leistungserbringer für die medizinischen Anwendungen zuständig sein. Es werden zunächst drei Anwendungen eingeführt, mit denen direkt beim Start ein Nutzen für alle Beteiligten erreicht werden kann. Der GKV-Spitzenverband verantwortet die Einführung eines online-gestützten Versichertenstammdatenmanagements. Die Bundesärztekammer verant-

wortet die Einführung eines Notfalldatensatzes, der freiwillig auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist verantwortlich für die adressierte Kommunikation der Leistungserbringer, mit deren Hilfe beispielsweise elektronische Arztbriefe ausgetauscht werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat die Verantwortung für das Projekt „Migration von bestehenden Telematikanwendungen in die Telematikinfrastuktur am Beispiel der elektronischen Fallakte“ übernommen.

Die vom GKV-Spitzenverband geforderte stärkere Einflussnahmemöglichkeit der Kostenträger wird dadurch realisiert, dass die Verantwortung für die Einführung der Infrastruktur, die für alle Anwendungen erforderlich ist, der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übernimmt, ohne dass mit den übrigen Gesellschaftern alle Details abzustimmen sind. Derzeit bringen die jeweils verantwortlichen Gesellschafter die Lastenhefte für die Projekte so weit voran, dass anschließend Pflichtenhefte erstellt werden und dann Ausschreibungen durch die gematik erfolgen können, so dass die Industrie entsprechende Leistungsangebote für die anstehenden Tests abgeben kann.

Eine weitere wichtige Neuerung betrifft die Verbesserung der Entscheidungsstrukturen. Zur Klärung strittiger Entscheidungen innerhalb der oben genannten Projekte wurde ein Schlichterverfahren eingeführt. Als Schlichter wurde Staatssekretär a. D. Dr. Klaus Theo Schröder von den Gesellschaftern benannt.

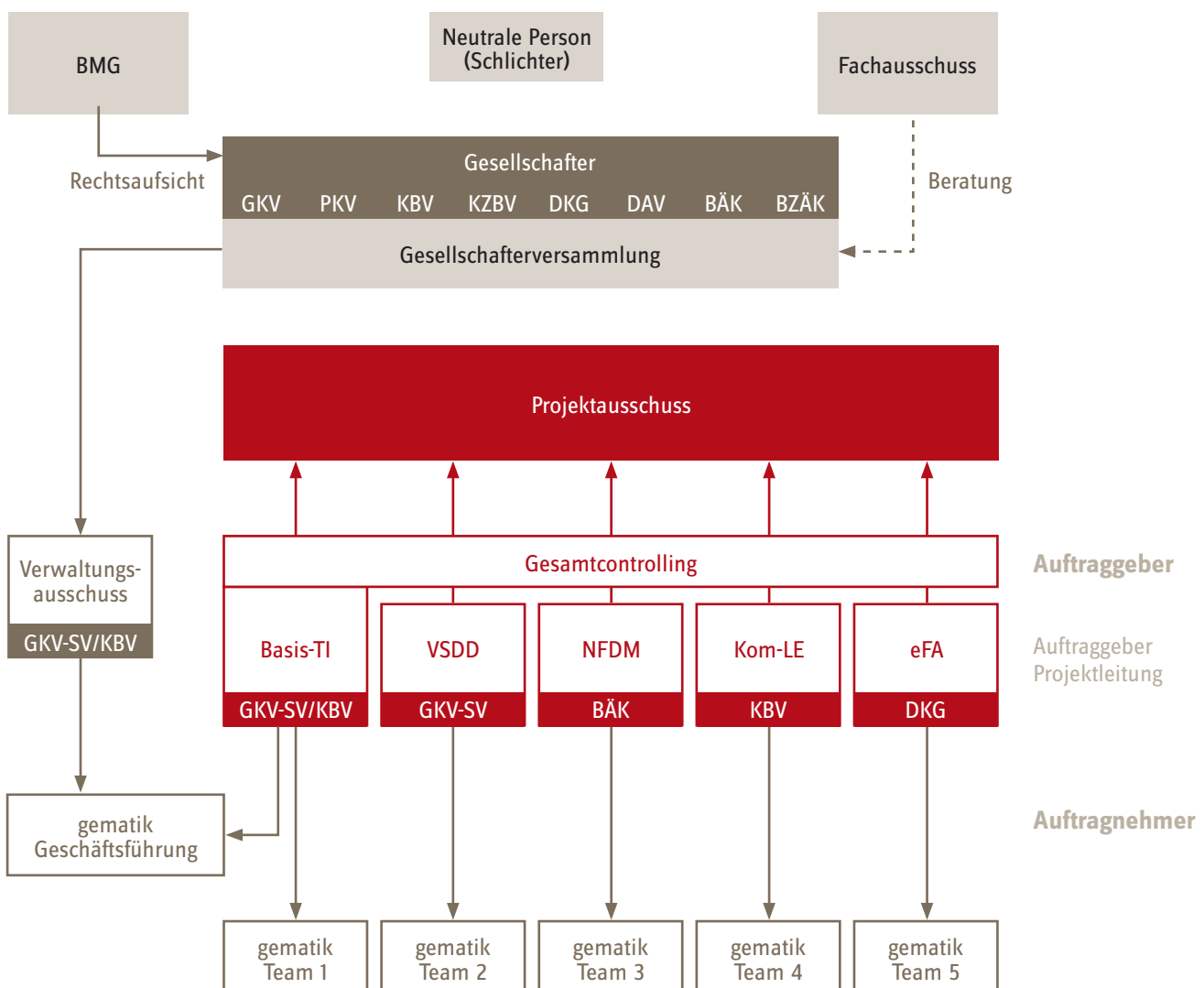


**gematik**



## gematik - Neu-Organisation des Projektes

Bericht aus den Gremien



Stand: 22.02.2011

- Basis-TI = Basis-Telematik Infrastruktur
- VSDD oder auch VSDDM = Versichertenstammdatendienst oder Versichertenstammdatenmanagement
- NFDM = Notfalldatenmanagement
- Kom-LE = Kommunikation der Leistungserbringer
- eFA = elektronische Fallakte
- BMG = Bundesministerium für Gesundheit
- GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

- PKV = Verband der privaten Krankenversicherung
- KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung
- KZBV = Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft
- DAV = Deutscher Apothekerverband
- BÄK = Bundesärztekammer
- BZÄK = Bundeszahnärztekammer

Neben diesen Weichenstellungen wurden vom Gesetzgeber zwei entscheidende Neuregelungen getroffen. Hier ist vor allem die seit langem von der GKV geforderte gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer zur Online-Mitgliedschaftsprüfung zu nennen.

Negativ zu bewerten ist die Neuregelung im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes, die eine

Absenkung der Verwaltungskosten der Krankenkassen für den Fall der Nichteinhaltung der Terminvorgabe zur Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte vorsieht. Danach sollen den Kassen, die nicht bis zum 31. Dezember 2011 an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben, die Verwaltungskosten für das Jahr 2012 um 2 % gekürzt werden.



**Das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) bereitet eine Vielzahl von Beschlüssen für das vertragsärztliche Vergütungssystem durch Analysen und Recherchen vor, z. B. zu einheitlichen Orientierungswerten. Mit den gesammelten Informationen wird der Bewertungsausschuss vor allem dabei unterstützt, das Honorarsystem der vertragsärztlichen Versorgung zu gestalten und weiterzuentwickeln.**

## Institut des Bewertungsausschusses

Bericht aus den Gremien

Mit der Gründung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) im Mai 2006 wurde dem Bewertungsausschuss ein unabhängiges Institut zur fundierten Analyse, Erstellung von Berichten und zur Vorbereitung von Beschlüssen zur Seite gestellt. Das Institut unterstützt den Bewertungsausschuss vor allem bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütungssystematik. Dies ist angesichts der komplexen gesetzlichen Vorgaben eine wichtige Voraussetzung für Beschlussfassungen. Die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses ist eine weitere Aufgabe des InBA. Durch seine Unabhängigkeit stellt das Institut sicher, dass für die Beschlussfassung entscheidende Informationen, Datenanalysen und Kalkulationen beiden Trägern des

Bewertungsausschusses gleichermaßen zur Verfügung stehen. Das InBA erstellt darüber hinaus die Richtlinien für die Vergabe und Dokumentation der ICD-Kodes für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (Kodierrichtlinien).

Die Träger des InBA sind der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit des Instituts des Bewertungsausschusses bildet das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Die Finanzierung des Instituts erfolgt über die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen.



**Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die Aufgabe, das Vergütungssystem für Krankenhausleistungen zu pflegen und weiterzuentwickeln. Die Entwicklung eines pauschalierenden Systems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, dessen Start für 2013 geplant ist, konnte mit einem erfolgreichen Test fortgeführt werden. Außerdem gehörte die Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen zu den Arbeitsschwerpunkten des Jahres 2010.**

## Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

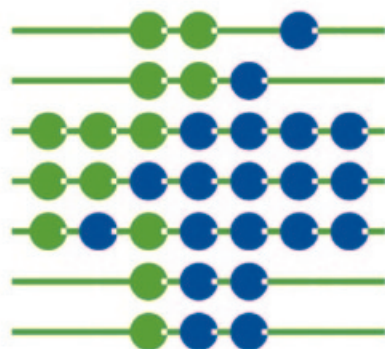
Der GKV-Spitzenverband ist – zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – Gesellschafter des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Das InEK erledigt alle Aufgaben, die im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des in Deutschland für stationäre Krankenhausleistungen geltenden Vergütungssystems, dem so genannten G-DRG-System, anfallen. G-DRG steht für German Diagnosis Related Groups, also diagnosebezogene Fallpauschalen. Mittels dieser Fallpauschalen erfolgt die pauschalierende, leistungsbezogene Honorierung stationärer Leistungen. Derzeit arbeiten

35 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Institut in Siegburg.

Seit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahre 2009 steht für das InEK die Arrondierung des DRG-Systems im Vordergrund. So ist es im Rahmen der Umsetzung des KHRG Aufgabe des InEK, ein pauschalierendes Entgeltsystem jetzt auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Hierfür hatte die gemeinsame Selbstverwaltung im Jahr 2009 die notwendigen Grundstrukturen vereinbart. Das neue Entgeltsystem soll im Jahr 2013 eingeführt werden; das InEK hat 2010 erfolgreich einen Prä-Test mit psychiatrischen Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt.

Neben der Entwicklung des psychiatrischen Entgeltsystems hat das InEK die Aufgabe, Investitionsbewertungsrelationen zu kalkulieren. Pauschale Fördermittel der Länder sollen künftig nicht mehr nach Bettenzahl, sondern nach Krankheitsspektrum vergeben werden können. Der Reigen kalkulatorischer Arbeiten wird abgerundet im Bereich von Ausbildungsstätten und Aufwandspauschalen für Spenderkrankenhäuser im Falle von Organtransplantationen.

Inzwischen wurden auch die internationalen Aktivitäten erfolgreich ausgebaut. So entwickelt das InEK beispielsweise DRG-Anwendungsvarianten für die Schweiz und für Zypern.



# InEK

**Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) sichert mit ihren Diensten und Produkten den Aufbau und die Weiterentwicklung des Datenaustausches mit den Leistungserbringern und Arbeitgebern. Der GKV-Spitzenverband hat die Zusammenarbeit im Berichtsjahr weiter vertieft und durch Rahmenverträge mit langen Laufzeiten eine verlässliche Basis für die technische und personelle Ausstattung geschaffen.**

## ITSG – Premium-Dienstleister des GKV-Spitzenverbandes

Bericht aus den Gremien

Als Mehrheitsgesellschafter nutzt der GKV-Spitzenverband die Kernkompetenz der ITSG und verzichtet aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf die Errichtung und den laufenden Betrieb eines eigenen Rechenzentrums.

Aufgrund der Vielzahl der umzusetzenden und zu betreuenden IT-Projekte hat der GKV-Spitzenverband die Zusammenarbeit im Jahr 2010 weiter vertieft und die ITSG als „Premium-Dienstleister“ mit IT-Aufgaben betraut. Hierzu wurden Rahmenverträge mit langen Laufzeiten abgeschlossen, um der ITSG eine belastbare Grundlage für die personelle und technische Planung und Ausstattung zu geben. Der Betrieb eines leistungsstarken und hochflexiblen Rechenzentrums ist dadurch sichergestellt. Zudem werden mögliche Synergieeffekte beider

Organisationen bestmöglich ausgeschöpft, sodass sich der GKV-Spitzenverband auf die fachlichen Arbeiten konzentrieren kann, während die ITSG die operativen Routinearbeiten übernimmt.

Vor dem Hintergrund des wesentlich erweiterten Geschäftsfeldes hat der Beirat der ITSG empfohlen, als zusätzliches Gremium innerhalb der ITSG einen Finanzausschuss zu etablieren. Dem Finanzausschuss, der dem ITSG-Geschäftsführer als beratendes Gremium zur Verfügung steht und der dem ITSG-Beirat berichten wird, werden jeweils ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der AOK-Beteiligungsgesellschaft mbH angehören. Diese Empfehlung des Beirates wird der ITSG-Gesellschafterversammlung 2011 zur Beschlussfassung zugeleitet.



**Der GKV-Spitzenverband setzt sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für eine evidenzbasierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ein. Dass der G-BA bei unzureichender Datenlage die Möglichkeit hat, weitere Evidenz einzufordern, zeigt sich am Beispiel der Brachytherapie. Der GKV-Spitzenverband hat hier eine Studie von internationaler Bedeutung angestoßen.**

## Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses – Beispiel Brachytherapie

Der GKV-Spitzenverband setzt sich im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dafür ein, dass die Patientinnen und Patienten mit nachgewiesenermaßen nützlichen medizinischen Leistungen versorgt werden. Ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nützlich ist oder nicht, muss im Rahmen klinischer Studien untersucht werden. Daher analysiert der G-BA entsprechend den Kriterien der evidenzbasierten Medizin – so wie in seiner Verfahrensordnung niedergelegt – welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zu einem Verfahren vorliegen und welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können.

### **Entscheidung im Gemeinsamen Bundesausschuss über die LDR-Brachytherapie**

Im Dezember 2009 hat der G-BA entschieden, die Beschlussfassung zur Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms auszusetzen. Dabei handelt es sich um ein strahlentherapeutisches Verfahren, bei dem radioaktive Partikel in die erkrankte Prostata eingeführt werden, mit dem Ziel, den Tumor zu zerstören. Grundlage dieses Beschlusses war eine umfangreiche Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die über diese Therapieform weltweit zur Verfügung stehen.

Während sich die Leistungserbringer dafür einsetzen, die LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom für die vertragsärztliche Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zuzulassen, konnte schließlich der GKV-Spitzenverband mit seiner Position überzeugen, dass ein Einschluss der Methode in den ambulanten Leistungskatalog derzeit nicht gerechtfertigt ist. Bislang fehlen verlässliche wissenschaftliche Belege, ob die LDR-Brachytherapie den Tumor genauso erfolgreich beseitigen kann wie eine Operation; zudem liegen keine systematischen Erkenntnisse über die mittel- und langfristigen Nebenwirkungen vor. Es stimmt bedenklich, wie begrenzt die wissenschaftlichen Belege zu den Therapien sind, die bei der häufigsten Tumorerkrankung des Mannes, dem Prostatakarzinom, verwendet werden.

### **Studie zur LDR-Brachytherapie**

Der GKV-Spitzenverband hat im G-BA eine bessere Evidenz zum Nutzen der LDR-Brachytherapie beim Prostatakarzinom gefordert. Hierzu hat er ein Studienkonzept in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund e. V., dem Kompetenz Centrum Onkologie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erarbeitet, dessen Eckpunkte mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 3. März 2010 im Bundesanzeiger erschienen sind.

In der Studienkonzeption wird nicht nur die für den G-BA relevante Forschungsfrage nach dem Nutzen der LDR-Brachytherapie im Vergleich zum heutigen





Der Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der  
Patientinnen und Patienten

#### Grußwort zur

#### **"Präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom"**

Als Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten möchte ich für die Gelegenheit danken, einige Grußworte zur "Präferenzbasierten randomisierten Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom" an Sie zu richten. Zunächst möchte ich der Deutschen Gesellschaft für Urologie und den anderen Akteuren, wie der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie, dem GKV-Spitzenverband, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, der Deutschen Krebshilfe und dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe danken, die gemeinsam diese Studie auf den Weg bringen möchten. Aus meiner täglichen Arbeit weiß ich um das Leid, welches mit einer Erkrankung am Prostatakarzinom verbunden ist. Die Erkrankung ist eine der häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und daher ist jeder Schritt zur Erforschung von Ursachen und Therapiemöglichkeiten lobenswert. Insofern findet das Vorhaben meine volle Unterstützung, denn es dient dem Wohle der Patienten.

Wolfgang Zöller, MdB



## Bericht aus den Gremien

operativen Standard, der Prostatektomie, aufgegriffen, es soll auch der Stellenwert der perkutanen Strahlentherapie, d. h. der äußeren strahlentherapeutischen Behandlung, und der sogenannten Active Surveillance untersucht werden. Bei letzterer wird das Tumorwachstum aktiv überwacht. Erst wenn sich herausstellt, dass der Tumor tatsächlich voranschreitet, wird die Operation oder eine Strahlentherapie empfohlen. Damit stößt der GKV-Spitzenverband eine Studie von internationaler Bedeutung an. So hat beispielsweise das Institute of Medicine der USA die in der Studienkonzeption aufgegriffene Problematik als eine der 25 wichtigsten medizinischen Fragestellungen klassifiziert.

**Namhafte Unterstützung**

Der GKV-Spitzenverband setzt sich in besonderem Maße dafür ein, dass die geforderte und skizzierte Studie tatsächlich in Deutschland realisiert wird. Hierzu ist das Engagement vieler Akteure des deut-

schen Gesundheitswesens notwendig, die auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes zusammengefunden haben.

Im Rahmen einer Sonderveranstaltung auf dem 62. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V. am 24. September 2010 wurde die „Präferenzbasierte randomisierte Studie beim Niedrig-Risiko-Prostatakarzinom“ präsentiert. Nicht nur der GKV-Spitzenverband und das IQWiG haben sich bei diesem Termin öffentlich für die Studie ausgesprochen, sondern auf medizinischer Seite auch die Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V., die Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie e. V. der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., die Deutsche Gesellschaft für Radio-Onkologie e. V. und der Berufsverband der Deutschen Urologen e. V. Auch der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. sowie der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten unterstützen die Initiative zur Verbesserung der Therapieoptionen beim Prostatakarzinom.

**Studienfinanzierung**

Die anspruchsvolle Studie kann nur gelingen, wenn auch ihre Finanzierung gesichert ist. Nach Auffassung des Gesetzgebers ist dies nicht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. So haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene in der Deutschen Krebshilfe bereits früh einen Kooperationspartner gefunden. Die Deutsche Krebshilfe hat sich bereit erklärt, unter bestimmten Voraussetzungen den Studienoverhead, d. h. die wissenschaftlichen Begleitkosten, zu finanzieren. Die medizinischen Leistungen, die im Rahmen der Studie eingesetzt werden, werden durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert.





**Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patientinnen und Patienten untersucht. Sein neuer Leiter, Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, betont im Interview die Unabhängigkeit gerade auch gegenüber Versuchen der Einflussnahme seitens der Politik: „Standhaftigkeit wird auch künftig ein Markenzeichen des IQWiG sein.“**

## Wissenschaft ohne Elfenbeinturm – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit neuer Führung

Bericht aus den Gremien

Seit dem 1. September 2010 leitet Prof. Dr. med. Jürgen Windeler das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Zuvor war er beim Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer. Der GKV-Spitzenverband sprach mit ihm über seine Ziele und die Rolle des Instituts.

GKV-Spitzenverband: Herr Prof. Windeler, der Blick der Öffentlichkeit und auch der Politik fällt gerade dann auf das IQWiG und auf Sie als die Person an der Spitze, wenn eine Bewertung veröffentlicht wird, die Leistungen kritisch bewertet. Kann Wissenschaft unter diesen Bedingungen neutral und unabhängig arbeiten und bewerten?

Windeler: Das IQWiG muss das können, sonst wird es zu einer beliebigen und austauschbaren Institution. Es ist aber auch völlig klar, dass das Institut und ich als dessen Leiter nicht in einem wissenschaftlichen Elfenbeinturm arbeiten können und arbeiten wollen. Wenn das IQWiG einen Sachverhalt bewertet, dann hat das immer auch politische Folgen, denn die Bewertung findet im (gesundheits-) politischen Raum statt. Aber auch wenn es so ist, dass die Ergebnisse der Wissenschaft entscheidenden Einfluss auf politische Entscheidungen haben, gehört es zu meinen Aufgaben sicherzustellen, dass es nicht umgekehrt abläuft. Politik darf keinen Einfluss auf die Ergebnisse der Wissenschaft haben.



## Bericht aus den Gremien

GKV-Spitzenverband: Steht es nicht in einem Widerspruch, einerseits wissenschaftlich zu sein und andererseits in dem Bewusstsein zu arbeiten, dass man im politischen Raum agiert?

Windeler: Nein. Das politische Ziel, das ich als Leiter des Instituts habe, ist, die Neutralität der Arbeit des Instituts zu sichern und auch dann die Fahne der Neutralität hochzuhalten, wenn es politisch turbulent wird. Denn eins ist doch völlig klar: Die Unabhängigkeit des Instituts und die Qualität der Methoden, mit denen das Institut arbeitet, werden immer nur von denen in Frage gestellt, die mit den Ergebnissen der Arbeit nicht zufrieden sind. Standhaftigkeit hat das Institut in der Vergangenheit bewiesen, und die Standhaftigkeit wird auch künftig ein Markenzeichen des IQWiG sein.

GKV-Spitzenverband: Sie gelten als entschiedener Verfechter der evidenzbasierten Medizin. Gibt es Bereiche, bei denen Sie sagen, da gerate dieser Leitgedanke des Evidenzbasierten an seine Grenzen?

Windeler: Das sehe ich nicht. Der Leitgedanke ist ja nur, dass Nutzen und Schaden objektiv geprüft werden. Da gibt es keine Grenzen für evidenzbasierte Medizin. Unser Ziel muss es sein, die Frage des Nutzens weit über den Arzneimittelbereich hinaus in der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verankern. Wir wollen den Tunnelblick auf die Arzneimittel weiten und zum Beispiel auch die Methodenanwendung in Klinik und Praxis hinterfragen. Wir halten es ebenfalls für sinnvoll, Medizinprodukte sowie Heil- und Hilfsmittel in den Blick zu nehmen.

GKV-Spitzenverband: Wir haben jetzt viel über Politik und Wissenschaft gesprochen. Was hat denn der Einzelne davon?

Windeler: Zum einen kommt unsere Arbeit mittelbar den Patientinnen und Patienten zugute, denn unsere Erkenntnisse fließen z. B. in die praktische Arbeit von Ärzten und Krankenhäusern ein. Zum anderen haben wir unter [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) Informationen zu Erkrankungen und zu Therapien so aufbereitet, dass auch der medizinische Laie sich auf diesem Wege gut informieren kann.



**Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) stellt mit seiner Arbeit sicher, dass der GKV-Spitzenverband die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung mit dem erforderlichen medizinischen und pflegerischen Know-how vertreten kann. Das Nützliche vom Nutzlosen zu trennen, um fundiert zu medizinischen Verfahren beraten zu können, ist dem neuen ärztlichen Leiter, Dr. med. Stefan Gronemeyer, ein besonderes Anliegen. Den engagierten Mediziner reizt vor allem die Mitarbeit an der Gestaltung der Versorgung in Medizin und Pflege.**

## Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. unter neuer ärztlicher Leitung

Bericht aus den Gremien

Seit dem 1. Oktober 2010 ist Dr. med. Stefan Gronemeyer neuer Leitender Arzt des MDS und gleichzeitig Stellvertretender Geschäftsführer. Er trat damit die Nachfolge von Prof. Dr. med. Jürgen Windeler an, der seit dem 1. September an der Spitze des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln steht. Vorausgegangen war die Wahl durch den MDS-Verwaltungsrat am 31. August 2010.

Der 49-jährige Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie ist kein System-Neuling: Bereits seit 2005 leitete er das Fachgebiet Rehabilitation/Geriatrie beim MDS und führte seit 2007 den Bereich Sozialmedizin – Teilhabe/Pflege. Damit konnte er u. a. vielfältige Erfahrungen in den Gremien der Selbstverwaltung sammeln. Zuvor war Gronemeyer, nach seinem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, viele Jahre klinisch tätig – zuletzt als Leitender Oberarzt in einer großen Rehabilitationseinrichtung in Essen.

„Der Wechsel von der Rolle des klinisch tätigen Arztes in die des medizinischen Beraters ist wohl für jeden engagierten Mediziner ein einschneidender Schritt“, sagt Gronemeyer heute rückblickend. Bedauert hat er ihn nicht. Im Gegenteil: Für Gronemeyer war der Wechsel folgerichtig, denn er hat in der Rehabilitationsmedizin gelernt, nicht nur die Krankheit zu sehen, sondern auch die auslösenden (Risiko-) Faktoren und die Krankheitsfolgen zu behandeln. „Diese systemische Sichtweise erleichtert das Denken in Versorgungsprozessen, das in der Grundsatzberatung von enormer Bedeutung ist“, so der neue Leitende Arzt des MDS. Die Mitwir-

kung an der Gestaltung von Versorgungsprozessen in Medizin und Pflege ist es denn auch, was Gronemeyer an seiner neuen Aufgabe reizt. „Dafür ist der MDS eine gute Plattform. Denn über die Beratung der Kranken- und Pflegeversicherung in Systemfragen sind die Medizinischen Dienste aktiv an der Gestaltung der Versorgung beteiligt.“

### **Versorgungsgestaltung bedarf evidenzbasierter Grundlage**

Versorgungsgestaltung auf rationaler Basis ist für Gronemeyer nicht ohne die evidenzbasierte Medizin denkbar. Entscheidungen über die Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten müssen mit Hilfe der Methoden der evidenzbasierten Medizin getroffen werden, so sein Credo, damit das Nützliche vom Nutzlosen getrennt werden kann. Das gelte für diagnostische und therapeutische Verfahren ebenso wie für Medikamente und Medizinprodukte. „Die Beratung zu Wirksamkeit und Nutzen medizinischer Verfahren ist für mich daher auch in Zukunft wie schon bei meinem Vorgänger Prof. Windeler eine der Hauptaufgaben des MDS. Dafür sind wir personell und organisatorisch gut aufgestellt. Dabei sollten wir noch stärker deutlich machen, dass das Pochen auf die Belegung des medizinischen Nutzens nichts mit der Realisierung von Sparzielen zu tun hat, dafür aber viel mit Patientensicherheit und Nutzerorientierung.“



**MDS**  
Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.



#### **MDS für Beratung des GKV-Spitzenverbandes gut aufgestellt**

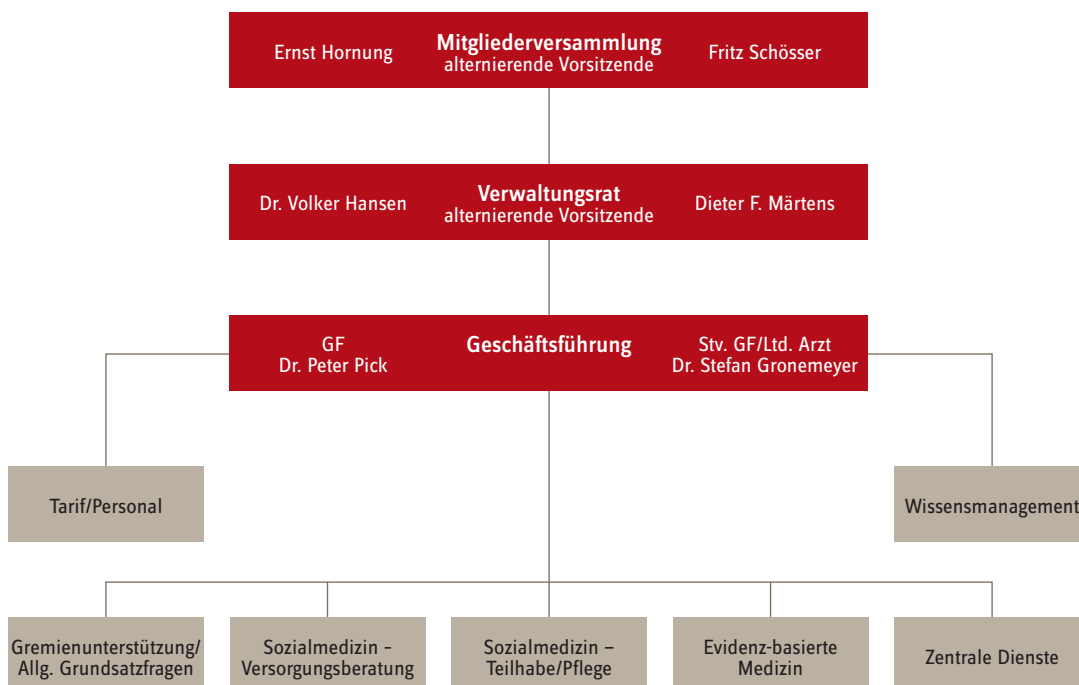
Im Berichtsjahr wurden die Gespräche auf Vorstandsebene zur Konsolidierung der Zusammenarbeit zwischen MDS und dem GKV-Spitzenverband fortgesetzt. Gemeinsame Absprachen zum Ausbau der wechselseitigen Information und Kommunikation zwischen MDS und GKV-Spitzenverband wurden getroffen und umgesetzt.

Außerdem wurde in 2010 eine Organisationsuntersuchung im MDS durchgeführt, die gezeigt hat, dass der MDS entsprechend dem Beratungsbedarf

des GKV-Spitzenverbandes insgesamt gut aufgestellt ist. Die Untersuchung wurde mit einem Maßnahmenkatalog u. a. zur Optimierung von Schnittstellen erfolgreich abgeschlossen.

Der Verwaltungsrat des MDS hat im November 2010 einen Standortwechsel des MDS in Essen beschlossen. Ab dem 1. Januar 2012 wird der MDS seinen Sitz im Büropark Bredeney im Südwesten von Essen haben.

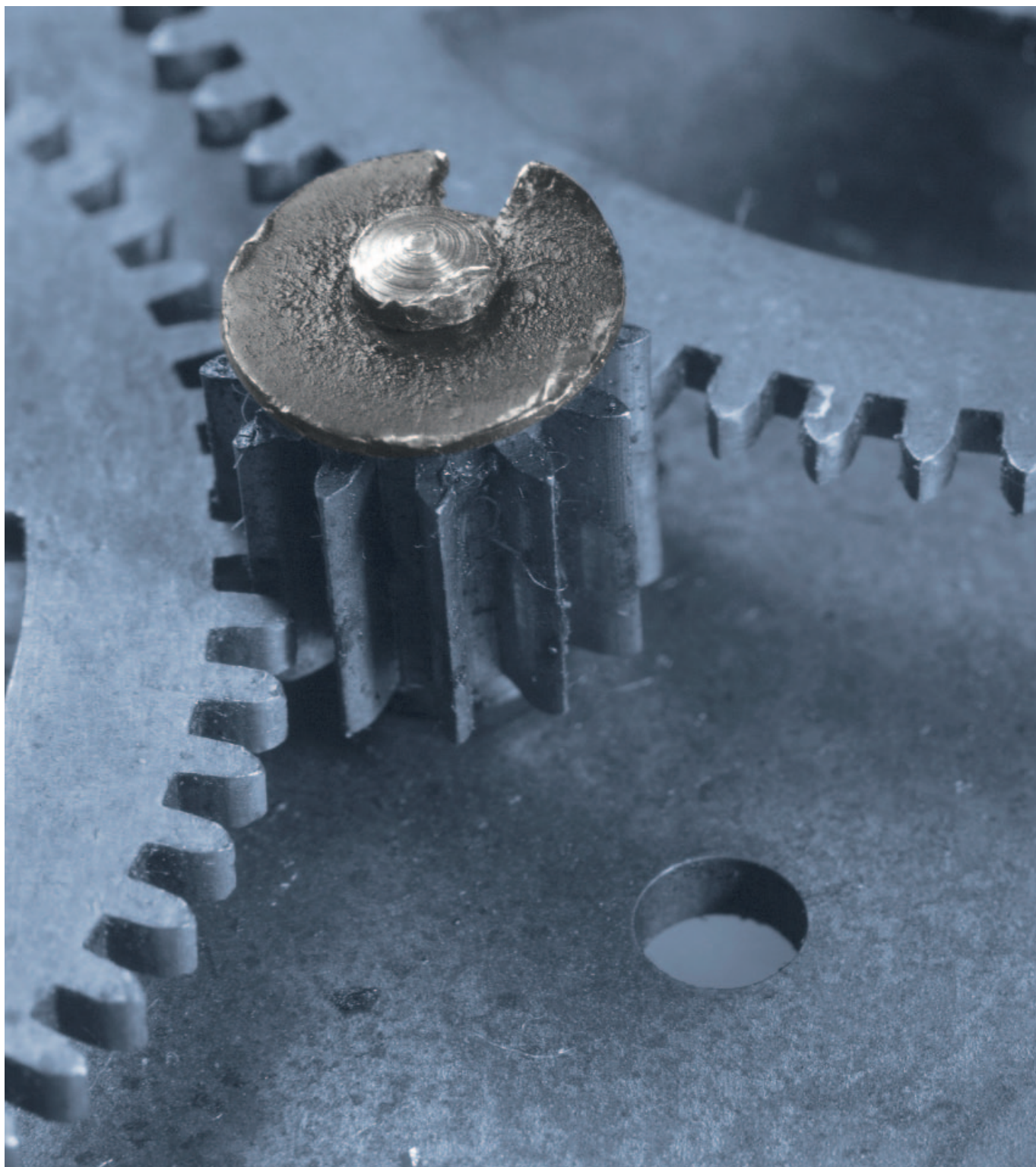
## Organisationsdiagramm: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. gebildet vom GKV-Spitzenverband



Stand: Februar 2011



# Aufgabenschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2010





**Neue nichtmedikamentöse Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden oft ohne ausreichende und fundierte Forschungen zu Nutzen und Nebenwirkungen an Patientinnen und Patienten angewendet. Der GKV-Spitzenverband fordert, innovative Methoden vor einer flächendeckenden Einführung in ausgewählten Krankenhäusern oder spezialisierten Einrichtungen im ambulanten Bereich in aussagekräftigen Studien auf ihren patientenrelevanten Nutzen hin zu evaluieren.**

## Innovationszentren in der GKV-Versorgung – Patientenwohl als Wettbewerbsvorteil

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren. Die Bedingung: Der patientenrelevante Nutzen der Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein, denn die Sicherheit der Patientinnen und Patienten hat absoluten Vorrang. Neue nicht-medikamentöse Methoden, deren Nutzen unzureichend erforscht ist, gehören vor einer flächendeckenden Anwendung an Innovationszentren. Diese sollen ausgewiesene Erfahrung mit der neuen medizinischen Leistung haben und aussagekräftige klinische Studien durchführen.

### **Medizinische Innovationen – per se „gut“?**

Patientinnen und Patienten werden in der Routineversorgung im Krankenhaus häufig mit neuen Methoden behandelt, deren Nutzen und Risiken unzureichend erforscht sind. Erst nach weit verbreiteter Anwendung in der Praxis wurde das Schadenspotenzial zahlreicher Verfahren erkannt (z. B. Hochdosis-Chemotherapie bei Brustkrebs, Robodoc in der Hüftgelenksendoprothetik, transmyokardiale Laserrevaskularisation am Herzen) – diese Erkenntnisse kamen allerdings für tausende Patientinnen und Patienten zu spät. Innovationen sind bei Patienten und Ärzten oft sehr positiv besetzt, versprechen sie doch Heilung oder Linderung einer Krankheit. Doch geht das Versprechen nicht immer in Erfüllung. Ob Innovationen die in sie gesetzte Hoffnung tatsächlich erfüllen, muss zum Schutz von Patientinnen und Patienten durch Studien belegt werden.

### **Gesetzliche Rahmenbedingungen heute**

Die Einführung von medizinischen Innovationen in den Leistungskatalog der GKV erfolgt, sofern es um Medizinprodukte im Zusammenhang mit neuen Verfahren und Methoden geht, über die Krankenhäuser. Eine vorab durchgeführte transparente Bewertung des patientenrelevanten Nutzens der Verfahren erfolgt in der Regel nicht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den gesetzlichen Auftrag, medizinische Methoden auf ihren Nutzen und ihre Notwendigkeit zu überprüfen. Diese Prüfung erfolgt auf Basis publizierter Studien. Bei der Mehrheit der im G-BA beratenen Methoden wurden – obwohl sie bereits seit Jahren Gegenstand des Versorgungsgeschehens im Krankenhaus waren – keine aussagekräftigen Studien durchgeführt. Noch problematischer: Aussagefähige Studien, die nicht das vom Auftraggeber angestrebte Ziel erfüllen, werden häufig gar nicht publiziert. Eine Nutzenbewertung ist dem G-BA daher oftmals nicht möglich. Das bedeutet: Die geltenden Gesetze stellen nicht sicher, dass es einen Anreiz zur Evaluation dieser Verfahren gibt. Somit wird nicht überprüft, ob die „Innovation“ dem Patienten tatsächlich hilft bzw. mehr hilft oder gar schadet.

### **Lösungsvorschlag:**

#### **Neue Methoden gehören in Innovationszentren**

Innovative Methoden ohne Nutzenbeleg gehören in die Hand von Experten an spezialisierten Zentren. Dies können Krankenhäuser oder (wo das möglich ist) spezialisierte Einrichtungen im ambulanten Bereich sein.

### Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010

Jede Einrichtung, die hochwertige Studien macht, kann ein Innovationszentrum sein. Das konkrete medizinische und wissenschaftliche Handeln zählt. Es ist kein Titel, der einmal verteilt wird und der dann auf Dauer auf dem Türschild steht. Für die Auszeichnung müssen sich die Einrichtungen immer wieder neu qualifizieren. Innovationszentren sind verpflichtet, entsprechende Verfahren in aussagekräftigen Studien zu erforschen. Konkret geht es hier um nichtmedikamentöse neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den sogenannten NUB-Status 1 verliehen bekommen. Diesen Status erhalten neue Methoden oder Leistungen, deren Anwendung durch bestehende Fallpauschalen nicht ausreichend vergütet ist. Krankenhäuser, die eine entsprechende Anfrage gestellt haben, können dafür ein krankenhausindividuelles NUB-Entgelt vereinbaren.

Der GKV-Spitzenverband schlägt folgendes Verfahren vor:

- Nichtmedikamentöse Verfahren mit NUB-Status 1, die in Krankenhäusern angewendet werden sollen, werden vom G-BA einer Methodenfrühbewertung anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin unterzogen. Hierzu haben die interessierten Kliniken Unterlagen mit allen relevanten Informationen zu der Innovation vorzulegen.
- Der G-BA trifft eine Ampelentscheidung: Überwiegen die Risiken des Verfahrens (rot), ist die Methode nicht zulasten der GKV erbringbar. Bei Vorliegen eines patientenrelevanten Nutzens (grün) kann sie flächendeckend angewendet werden.
- Ist der Nutzen nicht ausreichend belegt (gelb), sollen interessierte Einrichtungen in Deutsch-

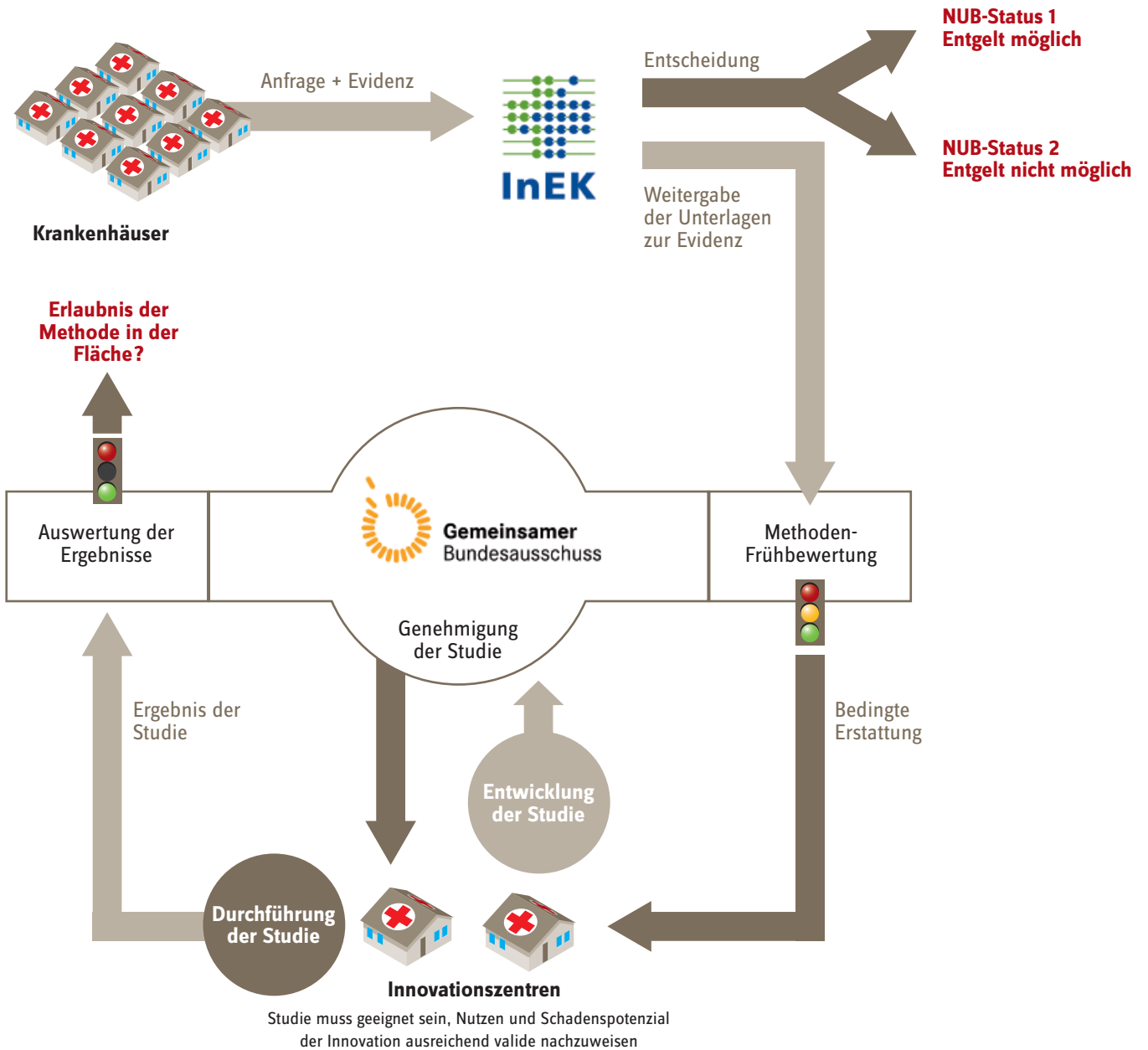
land Studien auflegen und das Verfahren evaluieren dürfen. Voraussetzung ist, dass die Einrichtungen ein tragfähiges und begründetes Studienkonzept vorlegen. Dazu gehört auch der Nachweis, dass sie zur Studiendurchführung personell und ausstattungstechnisch in der Lage sind. Medizinprodukte müssen ein CE-Kennzeichen tragen. Die Aufwendungen für die Patientenversorgung werden dann durch die GKV finanziert.

- Nach Abschluss der mehrjährigen Studien bewertet der G-BA die Ergebnisse und entscheidet auf Grundlage seiner Verfahrensordnung und der darin niedergelegten Kriterien der evidenzbasierten Medizin, ob das Verfahren für die flächendeckende Versorgung zu Lasten der GKV geeignet ist.

Das Modell des GKV-Spitzenverbandes gewährleistet auf diese Weise, dass medizinische Innovationen vor ihrer Anwendung in der Fläche in qualitativ hochwertigen Studien untersucht werden – zum Nutzen und zur Sicherheit der Patientinnen und Patienten.

# Methodenbewertung mit Innovationszentren

Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010



## Parlamentarischer Abend „Innovationszentren in der GKV-Versorgung“

Das deutsche Gesundheitssystem ist eine Reformbaustelle: Der GKV-Spitzenverband engagiert sich in diesem Zusammenhang selbstbewusst im Sinne seiner Mitglieder, vor allem aber für die Patientinnen, Patienten und Beitragszahler in Deutschland und bringt sich in den gesundheitspolitischen Dialog ein. In diesem Kontext sieht er sich als Partner der Politik in der Pflicht, politischen Entscheidungsträgern bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Versorgung mit seiner Fachexpertise beratend zur Seite zu stehen.

Rund 40 gesundheitspolitische Entscheidungsträger nahmen am 30. November 2010 am Parlamentarischen Abend des GKV-Spitzenverbandes in der Landesvertretung der Freien und Hansestadt Hamburg in Berlin teil. Der GKV-Spitzenverband widmete die Veranstaltung inhaltlich dem Thema „Innovationszentren in der GKV-Versorgung“ und stellte das Konzept des GKV-Spitzenverbandes einem Kreis von Bundestagsabgeordneten und Fraktionsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern vor.

Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, betonte an diesem Abend, dass die Förderung von Innovationen auch für die gesetzlichen Krankenkassen von grundsätzlicher Bedeutung sei: Neue Methoden müssten den GKV-Versicherten so schnell wie möglich zur Verfügung stehen. Sie gab einen Einblick in die gegenwärtige Praxis und skizzierte das Konzept „Innovationszentren in der GKV-Versorgung“ mit konkreten Handlungsempfehlungen zum Schutz des Patientenwohls. Abschließend machte Frau Dr. Pfeiffer klar: Jedes Behandlungszentrum oder Kranken-

haus, das hochwertige Studien macht, kann ein Innovationszentrum sein. Von Bedeutung ist, dass sie ausgewiesene Erfahrung mit der neuen medizinischen Leistung haben und aussagekräftige klinische Studien durchführen können. Im Mittelpunkt der anschließenden gesundheitspolitischen Diskussion standen innovative Ansätze, die gesetzlich Versicherten Zugang zu medizinischem Fortschritt sicher, effizient und wissenschaftlich fundiert ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband wird auch zukünftig den gesundheitspolitischen Dialog fortsetzen. Ziel bleibt dabei die Gestaltung einer hochwertigen wie effizienten gesundheitlichen Versorgung für Millionen Versicherte, Patientinnen und Patienten in Deutschland. Politik und Selbstverwaltung sind hier gemeinsam in der Pflicht.

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010







**Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach einer Nullrunde der ärztlichen ambulanten Vergütung wurde von der Politik nicht aufgegriffen. Vielmehr waren die Verhandlungen über die Honorare für Ärzte geprägt von politischen Vorgaben, die eine Stagnation oder gar eine Verringerung des Vergütungsvolumens nicht vorsahen. Der GKV-Spitzenverband nahm in den Verhandlungen im Bewertungsausschuss eine kritische Haltung insbesondere gegenüber der asymmetrischen Verteilung der Finanzmittel ein, wurde aber überstimmt. So wird es auch 2011 wieder eine erhebliche Steigerung der Ärztehonorare geben.**

## Die unglaubliche Geschichte der Arzthonorare in Deutschland – Ambulante ärztliche Vergütung

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

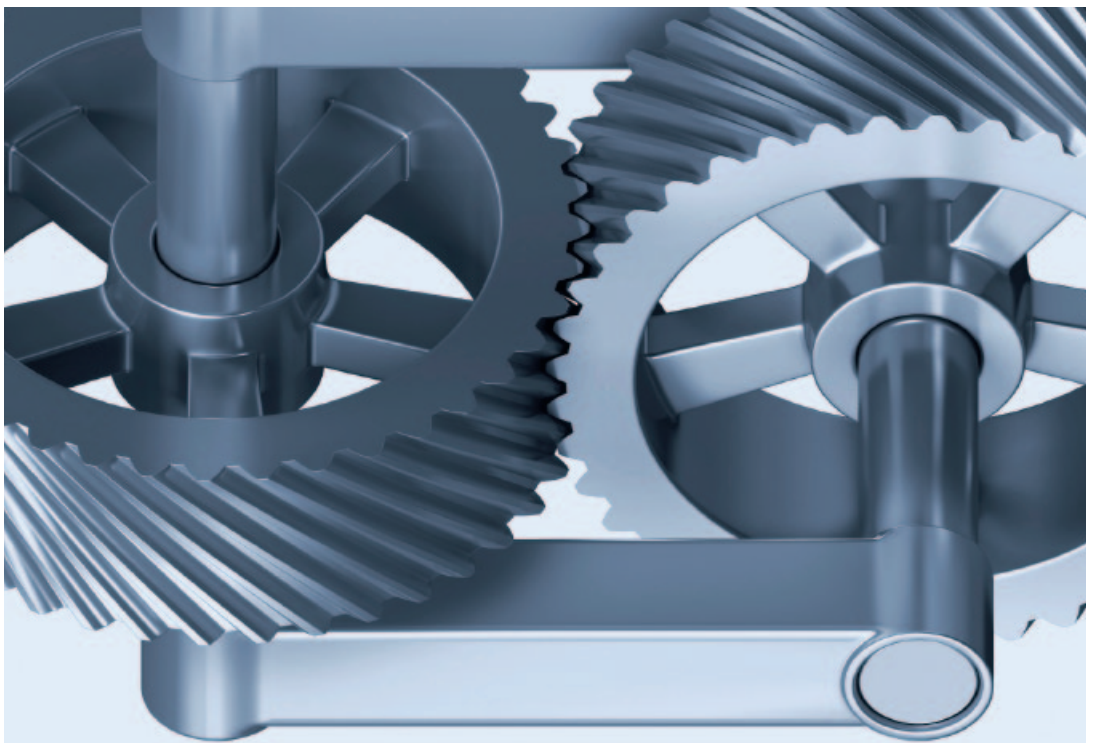
Noch stärker als in den letzten Jahren waren die Honorarverhandlungen für das Jahr 2011 durch politische Vorgaben bestimmt. Der Bewertungsausschuss wird zunehmend als Instrument zur Durchsetzung politischer Ziele verstanden. Obwohl die niedergelassenen Ärzte insbesondere 2009 und 2010 erhebliche Honorarzuwächse in Höhe von insgesamt 4,3 Mrd. Euro (gegenüber 2007) durchsetzen konnten, ist der Sparbeitrag der Ärzteschaft im GKV-Finanzierungsgesetz mit der Lupe zu suchen. Dabei hätte die schwierige finanzielle Situation der Krankenkassen auch die Einbeziehung der Vertragsärzte in notwendige Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung erfordert.

Bereits im Vorfeld zum GKV-Finanzierungsgesetz wurde von der Politik deutlich gemacht, dass eine Verringerung der Vergütung der Ärzte nicht beabsichtigt war, sondern vielmehr eine Anhebung gewollt war. Zwar wurde in der von der Regierungskoalition beschlossenen Fassung der Ausgabenanstieg auf 0,75 % der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung begrenzt, dafür sollte der Bewertungsausschuss aber eine zusätzliche, nach Regionen unterschiedliche (asymmetrische) Steigerung der Vergütung beschließen.

In Anbetracht dieser politischen Vorgaben gestalteten sich die Verhandlungen im Bewertungsausschuss sehr schwierig, da die Kassenärztliche Bundesvereinigung Maximalforderungen insbesondere zur asymmetrischen Verteilung des Honorarzuwachses vorbrachte. Der GKV-Spitzenverband hatte von Anfang an eine kritische Haltung gegenüber der asymmetrischen Verteilung eingenommen; die

se betraf neben sachlichen Einwänden zur Eignung der Aufgreifkriterien auch die Befürchtung, dass eine ungleichmäßige Verteilung der Finanzmittel auf die Kassenärztlichen Vereinigungen nur weitere finanzielle Forderungen nach sich ziehen werde – was dann auch geschehen ist. Der Erweiterte Bewertungsausschuss traf am 5. Oktober 2010 mit der Mehrheit der Stimmen einen Beschluss über das asymmetrische Vergütungsvolumen in Höhe von 500 Mio. Euro. Damit blieb zwar das Ergebnis hinter noch höheren Forderungen der Ärzteschaft zurück, die Regierungskoalition erhöhte aber umgehend die lineare Steigerungsrate von bisher 0,75 % auf 1,25 % bzw. um weitere 120 Mio. Euro. In der Begründung ist hierzu nachzulesen, dass nunmehr denjenigen „Regionen, die nicht von der asymmetrischen Zuwachsverteilung profitieren“, diese Anhebung zugute kommen soll. Also erst einmal Asymmetrie mit dem Ziel einer gerechteren Verteilung und dann wieder linear, weil die Asymmetrie offensichtlich nicht gerecht genug ist? Im Ergebnis steigt nunmehr die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um insgesamt rund 800 Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr an und übertrifft sogar den Vorjahresanstieg um 340 Mio. Euro bzw. 74 %. Zusammen mit den extrabudgetären Leistungen ist mit einem Anstieg der ärztlichen Ausgaben für das Jahr 2011 zwischen 1,3 und 1,5 Mrd. Euro zu rechnen. Insgesamt wird damit die ärztliche Gesamtvergütung auf über 33 Mrd. Euro im Jahr 2011 ansteigen.

Die Geschichte der fortgesetzten Steigerung der Arzthonorare ist damit nicht zu Ende: Im GKV-Finanzierungsgesetz ist eine neue gesetzliche Re-



gelung zur sogenannten Konvergenz der ärztlichen Vergütungen für die nächste Reform vorgegeben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine Konvergenzregelung im Mai 2010 formuliert. Verbunden wird dies mit der weiteren Forderung nach einem verständlichen und einfachen Vergütungssystem. Es ist zu befürchten, dass notwendige Regelungen zur Mengensteuerung aufgegeben werden sollen. Festzuhalten bleibt, dass die politische Bereitschaft, den niedergelassenen Ärzten mit weiteren Honorarsteigerungen entgegenzukommen, nicht zur Befriedung führt, sondern im Gegenteil mit immer höheren Forderungen beantwortet wird.

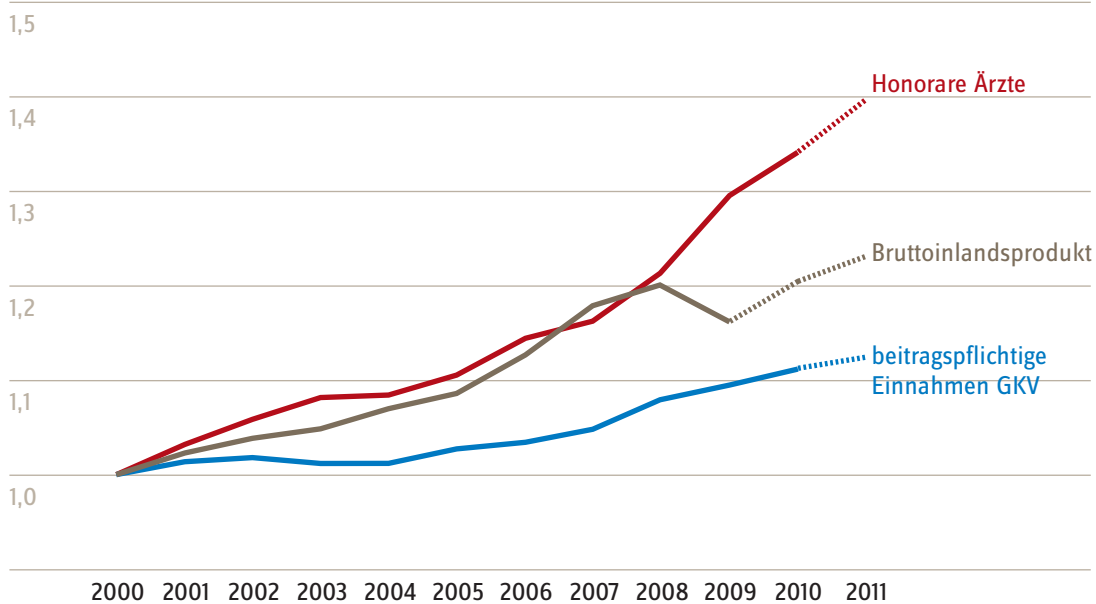
Demgegenüber gerät die gute gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten aus dem Blick. Hier bestehen weiterhin Probleme mit der Qualität, der ungleichen Versorgungsdichte und

der notwendigen Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken und anderen Leistungserbringern.

Dass die Ärzte im Jahr 2011 im Gesamtergebnis nicht nur keinen Sparbeitrag leisten müssen, sondern eine weitere deutliche Honorarsteigerung durchsetzen konnten, zeigt, dass die Interessen von rund 150.000 Ärztinnen und Ärzten, die mit einem Jahreseinkommen von durchschnittlich 164.000 Euro zu den Spitzenverdienern gehören, offenbar mehr Gewicht haben als die der Beitragszahler. Die Verantwortung für dieses Ergebnis liegt nicht beim Bewertungsausschuss, sondern ist das Ergebnis politischer Vorgaben. Es bleibt zu hoffen, dass sich aus dieser „unglaublichen“ Geschichte keine „unendliche“ Geschichte entwickelt.

## ...Schere zwischen Arztvergütung und Finanzierungsbasis geht immer weiter auseinander...

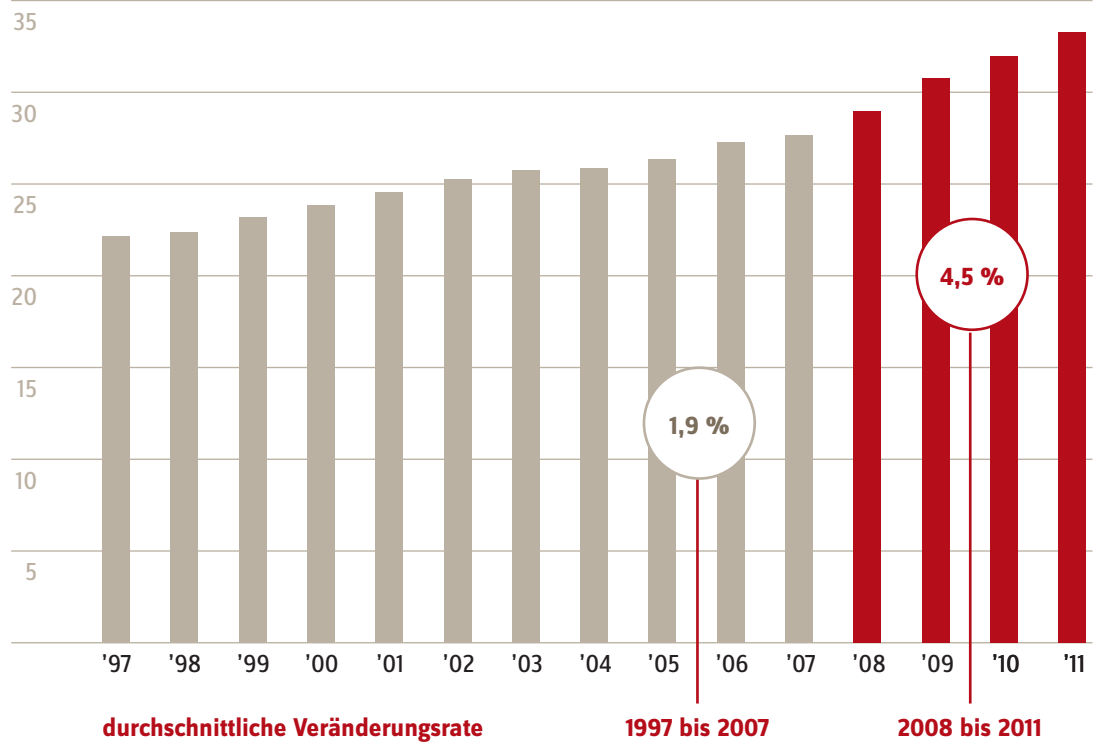
Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



Angaben Vergütung Ärzte, beitragspflichtige Einnahmen und Bruttoinlandsprodukt (Index); BIP 2010/2011 lt. SVR 2010; Hochrechnung Vergütung Ärzte 2011 auf Basis GKV-FinG und Beschlüsse Erweiterter Bewertungsausschuss; Fortschreibung beitragspflichtige Einnahmen

## Entwicklung ärztliche Gesamtvergütung

Angaben in Mrd. Euro\*



\* 2010/2011 geschätzt (vorläufig); 2009 einschließlich Bereinigungen § 73b/c-Verträge; geometrisches Mittel auf Basis der jährlichen Veränderungsrate (gegenüber Vorjahr) für die jeweiligen Jahre (1997 bis 2007 und 2008 bis 2011)

**Die bisherige Bedarfsplanung muss auf eine zukunftsorientierte und verteilungsgerechte Versorgungssteuerung umgestellt werden. Das vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Konzept beinhaltet dazu eine Trennung von flächendeckender und wohnortnaher ärztlicher Primärversorgung, fachärztlicher Versorgung sowie spezialärztlicher Versorgungsbereiche. Langfristig muss vor allem die teure Überversorgung abgebaut werden, während gleichzeitig eine Unterversorgung vermieden wird.**

## Sektorübergreifende Bedarfsplanung – Neue Wege in der ärztlichen Versorgung

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

In der Öffentlichkeit diskutierte Forderungen nach einer Reform der Bedarfsplanung gehen oft von falschen Voraussetzungen aus, denn die Entwicklung der Arztzahlen in den letzten 20 Jahren zeigt: Zwischen 1990 und 2007 hat sich die Anzahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte um fast 46.000 (50 %) erhöht. Die meisten Planungskreise sind für fast alle Arztgruppen für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen Ärztemangel kann deshalb keine Rede sein.

Das versorgungsstrukturelle Hauptproblem liegt demnach nicht in einer zu geringen Anzahl an Vertragsärzten, sondern in der räumlichen und arztgruppenbezogenen falschen Verteilung sowie in einem strukturellen Grundproblem: Arztsitze, die einmal eingerichtet worden sind, lassen sich im Grunde nicht mehr abbauen.

Um auch sozial- oder infrastrukturell benachteiligte Regionen zu versorgen, bestehende Fehlverteilungen abzubauen und dabei auch die demographische Entwicklung zu berücksichtigen, ohne die Versicherten zusätzlich finanziell zu belasten, ist es notwendig, die bisherige Bedarfsplanung als Versorgungssteuerung auf eine neue Grundlage zu stellen.

### **Von der Bedarfsplanung zur Versorgungssteuerung**

Der GKV-Spitzenverband hat in enger Abstimmung mit den Krankenkassen und deren Verbänden ein 3-stufiges Konzept für eine zukunftsorientierte und verteilungsgerechte Versorgungssteuerung entwickelt:

### **1. Trennung von ärztlicher Primärversorgung und fachärztlicher Versorgung**

Die ärztliche Primärversorgung hat die Aufgabe, die flächendeckende wohnortnahe Versorgung aller Versicherten durch ein vergleichsweise engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird die ärztliche Berufsausübung mit flexibleren und sektorübergreifenden Versorgungskonzepten (z. B. Teilzeittätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung) gestärkt. Schließlich wird eine Ergänzung der ärztlichen Primärversorgung durch nichtärztliche Leistungserbringer (z. B. Gemeindeschwestern) sowie die Nutzung von Telemedizin dazu beitragen, solche Gebiete besser auszustatten, die für Niederlassungen von Ärzten bisher unattraktiv erschienen.

### **2. Größere Flexibilität in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung**

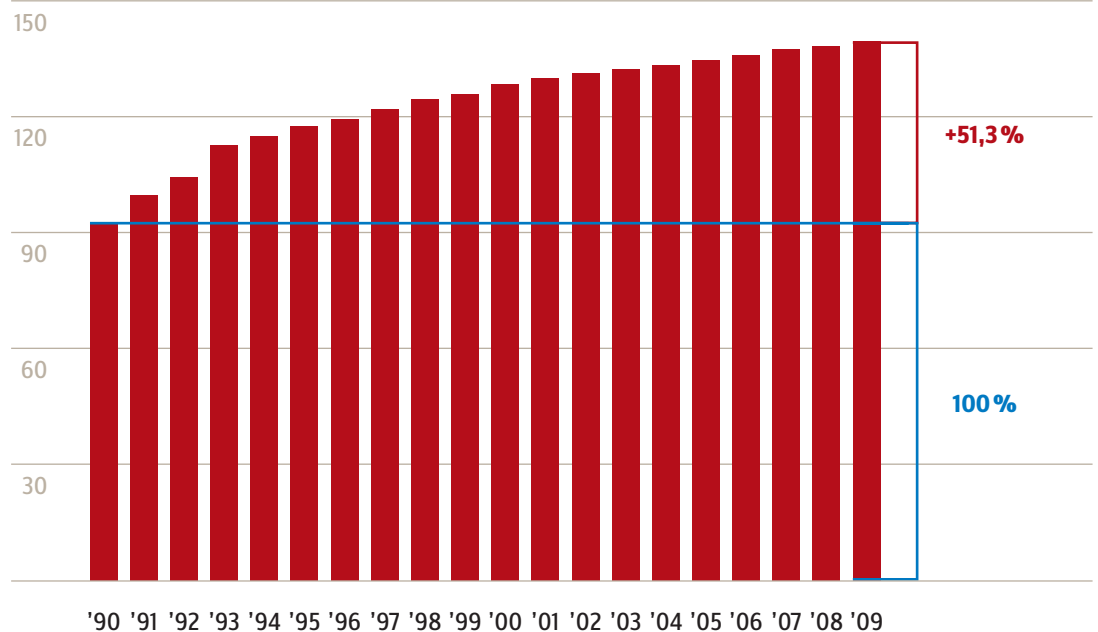
Das Netz an Versorgungseinrichtungen (Praxen, Ambulanzen, Arzt- oder neue Gemeindegesundheitszentren) wird in der fachärztlichen Versorgung im Vergleich zur ärztlichen Primärversorgung wesentlich weiter gespannt. Die bisherige Planung allgemeiner fachärztlicher Leistungen wird grundsätzlich beibehalten. Die Versorgungssituation wird aber durch Zulassungs- und Landesausschüsse ggf. planungsbereichsübergreifend bewertet.

### **3. Sektorübergreifende Versorgungsplanung für die spezialärztliche Versorgung**

Die spezialärztliche Versorgung wird aus der allgemeinen fachärztlichen Versorgung herausgelöst. Die spezialärztlichen Leistungen werden sektorübergreifend organisiert und an ein gesondertes

## Anzahl ambulant tätiger Ärzte von 1990 bis 2009

Angaben in Tausend



**1990 bis 2009: Anstieg der Anzahl ambulant tätiger Ärzte um mehr als 50%.**

Quelle: Bundesarztregister der KBV, 2010

Zulassungsverfahren geknüpft, in dem Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte gleichberechtigt sind. Das Ziel ist ein qualitativ hochwertiges Angebot, indem die fachärztliche Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen gebündelt wird.

#### Beseitigung der Allokationsprobleme

Überversorgung und Unterversorgung können nicht dauerhaft als Begleiterscheinungen einer in diesen Punkten unzureichenden Planung toleriert werden, denn Fehlallokationen binden personelle und finanzielle Mittel, die dort fehlen, wo sie dringend gebraucht werden: in unterversorgten

Gebieten. Die Überversorgung kostet die GKV etwa 5 Mrd. Euro pro Jahr allein für ärztliches Honorar.

Der Abbau von Überversorgung ist eine Schlüsselaufgabe, um eine versorgungsgerechte Verteilung des vertragsärztlichen Angebots zu erreichen. Insgesamt fehlen etwa 800 Ärztinnen und Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25.000 mehr zugelassen, als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Das ärztliche Niederlassungsverhalten muss in Zukunft ganz wesentlich über Preisanreize gesteuert werden.



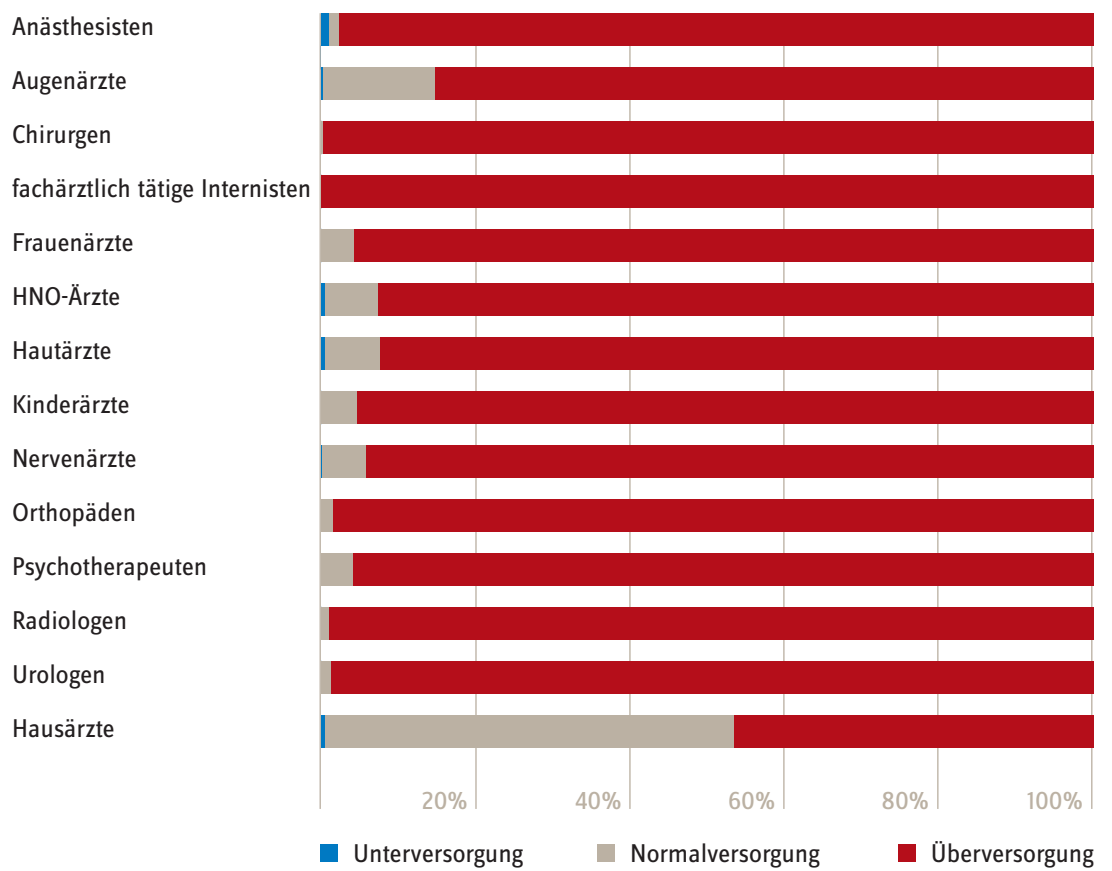


Die Vermeidung von Unterversorgung gewinnt mit der Alterung der Gesellschaft wie auch der Ärzteschaft an Bedeutung. Steuerungsmöglichkeiten bleiben begrenzt, wenn sie nur auf eine Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in bestimmten, standortbenachteiligten Gebieten abzielen. Eine zentrale Forderung der Krankenkassen zielt deshalb auf die Einrichtung von Gesundheitszentren ab. Das Angebot regelmäßiger Arztsprechstunden durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus den umliegenden Gemeinden bzw. Krankenhäusern trägt dazu bei, eine kontinuierliche medizinische Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.

#### **Fazit**

Eine zukunftsorientierte verteilungsgerechte Versorgungsplanung hat die gesetzlich vorgesehenen prezialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen, die Kapazität stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und weitere Anreize zu schaffen, um Unterversorgung zu vermeiden und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen. Nur dann kann die vertragsärztliche Versorgung wirkungsvoll und nachhaltig sichergestellt werden. Das Konzept des GKV-Spitzenverbandes zeigt Lösungsvorschläge auf, die in die Beratungen eines Versorgungsgesetzes eingebracht werden.

## Versorgungssituation nach Arztgruppen



Quelle: Planungsblätter der Bedarfsplanung GKV-Spitzenverband 2010  
Eigene Darstellung: jeweiliger Anteil der Planungsbereiche

**Im Jahr 2010 hat der GKV-Spitzenverband Festbeträge in über 100 Gruppen angepasst und für rund 400 Arzneimittel neue Festbeträge bestimmt. Weitere Medikamente wurden von der Zuzahlung ganz freigestellt. Recherchen des GKV-Spitzenverbandes zum Generikaabschlag, nach denen den gesetzlichen Krankenkassen Rabatte in dreistelliger Millionenhöhe vorenthalten wurden, führten zu einer Korrektur der Abrechnungen. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz bringt mit umfassenden strukturellen Änderungen auch anspruchsvolle und umfangreiche neue Aufgaben: Neben der Bewertung des Zusatznutzens für neu zugelassene Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss führt der GKV-Spitzenverband Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen und Verordnungsanforderungen mit den pharmazeutischen Unternehmen, ihm obliegt das Management der Erstattungsbetragsverhandlungen. Er soll eine neue Schiedsstelle einrichten sowie deren Geschäftsführung übernehmen.**

## Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

### Erfolgsgeschichte Festbeträge

Stabile Preise bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind in Deutschland seit 1989 im Wesentlichen den Festbeträgen zu verdanken. Arzneimittel-Festbeträge gelten für alle gesetzlich Versicherten und fördern den Wettbewerb um niedrige Preise, ohne die therapeutisch notwendige Arzneimittelauswahl einzuschränken. Sie werden in regelmäßigen Abständen anhand der eingetretenen Marktentwicklung überprüft und bedarfsweise angepasst. So hat der GKV-Spitzenverband im Jahre 2010 Anpassungen in 104 Gruppen vorgenommen und für rund 400 Arzneimittel neue Festbeträge bestimmt. Die Festbetragsregelung umfasst gut 30.000 Arzneimittel in 429 Festbetragsgruppen. Das entspricht insgesamt rund 72 % aller Verordnungen und 37 % der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Das mit Festbeträgen erreichte jährliche Einsparvolumen beträgt rund 5,2 Mrd. Euro (Stand 1. Januar 2011).

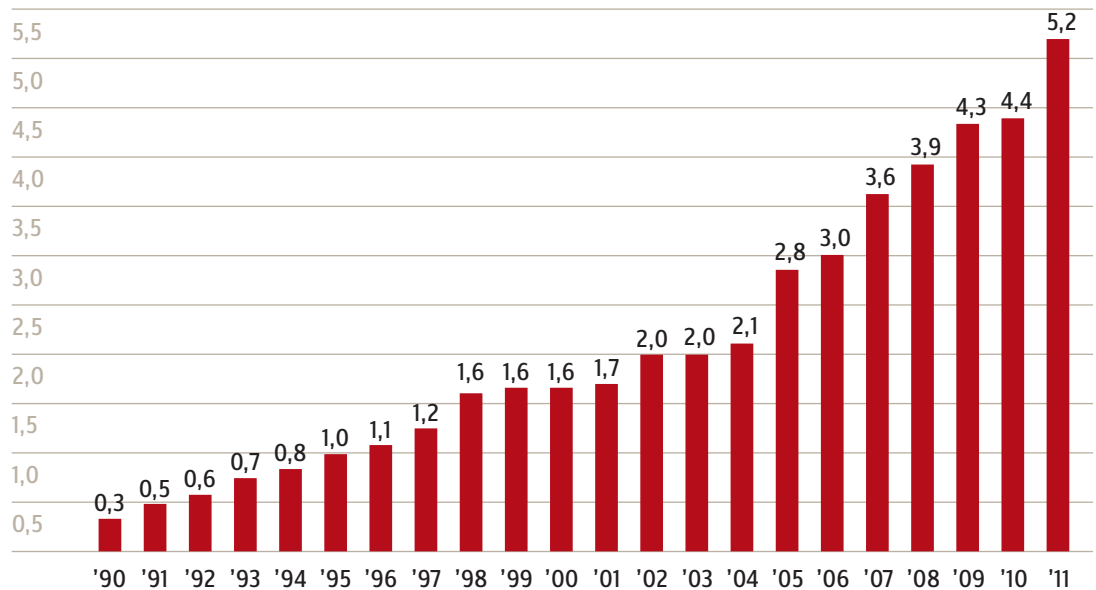
Eine weitere Handhabe, auf die Arzneimittelpreise stabilisierend einzuwirken, ist dem GKV-Spitzenverband durch die gesetzliche Ermächtigung eingeräumt, besonders preisgünstige Arzneimittel von der Zuzahlung freistellen zu können. Nach den gesetzlichen Kriterien müssen die Preise um mindestens 30 % unter dem geltenden Festbetrag liegen. Derzeit sind rund 6.700 Arzneimittel in 159 Festbetragsgruppen von der Zuzahlung freigestellt (Stand 1. Januar 2011). Versicherte brauchen bei Arzneimitteln, die den freigestellten Gruppen zugeordnet sind und zugleich den Preisabstand einhalten, somit die gesetzliche Zuzahlung in Höhe von 10 % des Abgabepreises mit mindestens fünf und

höchstens zehn Euro nicht zu leisten. Die Regelung zur Zuzahlungsfreistellung findet breite Akzeptanz bei pharmazeutischen Unternehmen, Ärzten, Versicherten und Krankenkassen. Pharmazeutische Unternehmer können frei entscheiden, nach Festbetragsänderungen ihre Preise an den Freistellungsgrenzen neu auszurichten.

Waren neue Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen bislang weitgehend dem Festbetragskonzept entzogen, setzt das vom Deutschen Bundestag verabschiedete Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zum 1. Januar 2011 neue Maßstäbe. Alle neu eingeführten Arzneimittel werden zukünftig auf ihren Zusatznutzen hin bewertet. Kann der pharmazeutische Unternehmer diesen nicht belegen, können diese Arzneimittel unmittelbar in das eingerichtete Festbetragsystem überführt werden, sofern sie nach den gesetzlichen Einordnungskriterien dazu geeignet sind. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz sieht zudem eine stärkere Berücksichtigung des Zusammenspiels von Festbeträgen und Zuzahlungsfreistellungen vor. Mit den Neuregelungen knüpft der Gesetzgeber schlüssig an die bewährten Instrumente zur Preisstabilisierung an.

## Arzneimittel-Festbeträge: großes Einsparpotenzial

jährliche Einsparungen in Mrd. Euro



Auf Grundlage aller bis zum 1. Januar des jeweiligen Jahres in Kraft getretenen Festbeträge

### Herstellerabschläge für die Krankenkassen

Mit gesetzlichen Abschlägen, die pharmazeutische Unternehmer den Krankenkassen zu gewähren haben, greift die Politik unmittelbar in die Preisgestaltung ein. Seit April 2006 steht den Krankenkassen für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel ein Abschlag in Höhe von 10 % des Herstellerabgabepreises zu (der sogenannte Generikaabschlag). Die pharmazeutischen Unternehmer teilen dazu den Marktpartnern über Preisinformationssysteme Höhe und Geltungszeitraum der Abschläge mit, die dann bei der Arzneimittelabrechnung abgeführt werden. Recherchen des GKV-Spitzenverbandes hatten gezeigt, dass den Krankenkassen durch unzutreffende Selbstauskünfte Abschläge in Höhe von etwa 250 Mio. Euro vorenthalten wurden. In einem breit angelegten Fehlerkontrollverfahren hat der GKV-Spitzenverband den gesamten Arz-

neimittelmarkt überprüft und bei etwa 1.500 von rund 50.000 Arzneimitteln die pharmazeutischen Unternehmer zur Korrektur aufgefordert. Bis zum Jahresende 2010 konnten die Abweichungen weitgehend aufgeklärt und bereinigt werden. Die Abschläge werden für die Zukunft bei der maschinellen Apothekenabrechnung korrekt berücksichtigt. Zudem konnten Krankenkassenansprüche auch für zurückliegende Zeiträume ausgeglichen werden. Überproportional wachsende Arzneimittelausgaben bei stagnierenden Einnahmen der Krankenkassen haben die Regierungskoalition zu finanziellen Sofortmaßnahmen veranlasst. Am 1. August 2010 ist das GKV-Änderungsgesetz mit ergänzenden Abschlagsregelungen in Kraft getreten, die bis Ende des Jahre 2013 befristet sind. So haben die pharmazeutischen Unternehmer grundsätzlich einen erhöhten Herstellerabschlag von 16 % zu leisten.

Ausnahmen gibt es für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel, die dem sogenannten Generikaabschlag unterliegen sowie für Arzneimittel unter Festbetrag. Parallel wurde für diesen Zeitraum ein Preismoratorium eingeführt. Bei allen Arzneimitteln, deren Preis nach dem 1. August 2009 erhöht wurde, wird die Differenz als zusätzlicher Abschlag erhoben.

Um Strategien pharmazeutischer Unternehmer, mit denen in der Vergangenheit die Abschlagspflichten unterlaufen wurden, weitgehend auszuschließen, wurde das Preismoratorium um besondere Regelungen ergänzt. Hat ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in vergleichbarer Darreichungsform angeboten, ist das Preismoratorium auch auf ein von ihm neu eingeführtes Arzneimittel anzuwenden. Das Preismoratorium greift ferner bei Erwerb der Zulassung durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer sowie bei Mitvertrieb eines Arzneimittels unter verschiedenen Warenzeichen.

Die Anwendung der Regelungen zum Preismoratorium erweist sich als administrativ äußerst anspruchsvoll. Um eine rasche Umsetzung für die Krankenkassen sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband hierfür eine Datenplattform geschaffen und mit den maßgeblichen Verbänden eine Verfahrensregelung konsentiert. Diese wurde im Oktober 2010 veröffentlicht und klärt im Verhältnis zu den pharmazeutischen Unternehmern die unmittelbare Realisierung von Herstellerabschlägen.

#### **Vertragsverhandlungen mit der Pharmaindustrie**

Arzneimittel außerhalb des Festbetragsmarktes tragen wesentlich zum Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen bei. Mit dem Arzneimit-

telmarktneuordnungsgesetz werden zum 1. Januar 2011 umfassende strukturelle Änderungen für die GKV-Finanzierung von Arzneimitteln eingeführt. Im Mittelpunkt der Neuordnung wie auch des öffentlichen Interesses stehen die Bewertung und die Erstattungsregelung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen. Dies erschließt – wie vorstehend angedeutet – eine breitere Anwendung der Festbeträge und die Durchsetzung von GKV-weiten Rabatten für nicht festbetragsfähige Arzneimittel.

Spätestens zum Zeitpunkt ihres Inverkehrbringens ist für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine Bewertung des Zusatznutzens auf der Basis eines Herstellerdossiers durchzuführen. Die Bewertungsverfahren liegen in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Arzneimittel ohne Zusatznutzen werden unmittelbar der Festbetragsregelung zugeführt.

Für nicht den Festbeträgen zuweisbare Arzneimittel hat der GKV-Spitzenverband mit dem pharmazeutischen Unternehmer Erstattungsbeiträge in Gestalt eines Rabatts zu vereinbaren. Dabei erhalten Arzneimittel ohne Zusatznutzen und ohne Festbetragsgruppe einen Erstattungsbetrag, der nicht höhere Kosten verursacht als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen führt der GKV-Spitzenverband mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer Verhandlungen über den angemessenen Erstattungsbetrag und die Verordnungsanforderungen. Der Abstand gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie wird sich dabei am Ausmaß und der therapeutischen Bedeutung des Zusatznutzens bemessen.

Bei neuen Arzneimitteln, die nicht einer Vergleichstherapie bewertend gegenübergestellt werden

**Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010**

können, fehlt die Bezugsgröße für den Erstattungsbetrag. In diesen Fällen werden die tatsächlichen Abgabepreise in anderen europäischen Ländern bedeutsam. Eine weitere Korrekturmöglichkeit bietet die Kündigungsoption nach einem Jahr. Kommt es in den Verhandlungen über den Erstattungsbetrag nicht zu einer Einigung, erfolgt die Festsetzung durch eine neu einzurichtende Schiedsstelle.

Die Neuordnung verlangt äußerst kurzfristig eine anspruchsvolle Aufbauorganisation und stellt insbesondere für den Gemeinsamen Bundesausschuss und für den GKV-Spitzenverband eine administrative Herausforderung dar. Der GKV-Spitzenverband ist als eine der Trägerorganisationen in die Vorbereitung und Mitwirkung am Nutzenbeschluss des G-BA eingebunden. Dies umfasst die Beratung der pharmazeutischen Unternehmer zum Dossier, die

Plausibilitätsprüfung der Nutzenbewertung, die Beteiligung an Anhörungen der pharmazeutischen Unternehmer und die Vorbereitung des Beschlusses. Über die vermehrten Festbetragsverfahren hinaus obliegt dem GKV-Spitzenverband das Management der Erstattungsbetragsverhandlungen. Gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer ist dazu eine Verfahrensordnung zu vereinbaren. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband die vorgesehene Schiedsstelle neu einzurichten und deren Geschäftsführung zu übernehmen. Als Vertragspartei ist der GKV-Spitzenverband später an jedem einzelnen Schieds- wie auch Klageverfahren beteiligt.

Mit der Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereitet sich der GKV-Spitzenverband auch personell auf die neuen Aufgaben vor.

### Erstattungsbedingungen nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

pU	G-BA/IQWiG	G-BA	GKV-SV, pU	Schiedsstelle	GKV-SV, pU G-BA
	3 Monate	3 Monate	6 Monate	3 Monate	bis zu 45 Monate
spätestens bei Markteintritt		schriftliche/ mündliche Anhörung			Scoping (Versorgungsstudien)
Dossier	frühe Zusatznutzenbewertung	Beschluss	Verhandlung ► Erstattungsbetrag	Festsetzung ► Erstattungsbetrag	Kosten-Nutzen-Bewertung
		AM ohne Zusatznutzen ► Festbetragsgruppe	AM ohne Zusatznutzen und ohne Festbetragsgruppe AM mit Zusatznutzen		
Anforderungen in Verfahrensordnung des G-BA	Veröffentlichung im Internet	Veröffentlichung im Internet	mögliche Anrufung Schiedsstelle	Klagemöglichkeit	

pU = Pharmazeutische Unternehmer  
 G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss  
 IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
 AM = Arzneimittel





Im Rahmen verschiedener Projekte hat sich der GKV-Spitzenverband im Jahr 2010 mit Veränderungen bei der stationären Versorgung beschäftigt. Zur Kalkulation der Investitionskosten wurde vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Handbuch entworfen, damit eine Umstellung der oft noch bettenorientierten Investitionsförderung auf leistungsorientierte Pauschalen möglich wird. Außerdem berichtete der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung des Pflegesonderprogramms.

## Stationäre Versorgung – Schwerpunkte 2010

### Psychiatrieentgeltreform

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 17. März 2009 wurden die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung – der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – beauftragt, ein Entgeltsystem für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Krankenhausleistungen (Psych-Entgeltsystem) zu entwickeln. Die Grundstrukturen hierfür wurden bereits 2009 vereinbart. Auf dieser Basis konnte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine Methodik zur Kalkulation der Behandlungskosten entwickeln, die in diesem Jahr im Rahmen des Prä-Tests erprobt und Grundlage des von der Selbstverwaltung verabschiedeten Kal-

kulationshandbuchs für die Psychiatrie und Psychosomatik wurde.

Der GKV-Spitzenverband beteiligte sich darüber hinaus intensiv an der Weiterentwicklung der Kodierrichtlinien (DKR-Psych) und des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS). Einige Anpassungen wurden für die Versionen 2011 bereits verwirklicht.

GKV-Spitzenverband, PKV und DKG stimmen in ihrer Vereinbarung über die Einführung eines Psych-Entgeltsystems vom 30. November 2009 in ihrer Einschätzung überein, dass rechtzeitig mit der Begleitforschung begonnen werden muss, um die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf die bestehenden Versorgungsstrukturen und die

## Fahrplan für die Einführung psychiatrischer Tagespauschalen

2013: Budgetneutraler Umstieg

2012: Kalkulation

2011: 2. Erweiterung der Leistungsdarstellung

2010: 1. Erweiterung der Leistungsdarstellung,  
Dokumentation der Psychiatrie-Personalverordnungs-Leistungsbereiche

2009: Vereinbarung zu den Grundstrukturen des neuen Entgeltsystems

Qualität der Versorgung frühzeitig einschätzen zu können. Hierzu wurde seitens des GKV-Spitzenverbandes aktiv an dem Konzept für die Beauftragung des InEK zur Vorbereitung der Ausschreibung der Machbarkeitsstudie gearbeitet. Dies stellt eine Voraussetzung für die Vorbereitung der Hauptstudie dar.

#### Pflegesonderprogramm

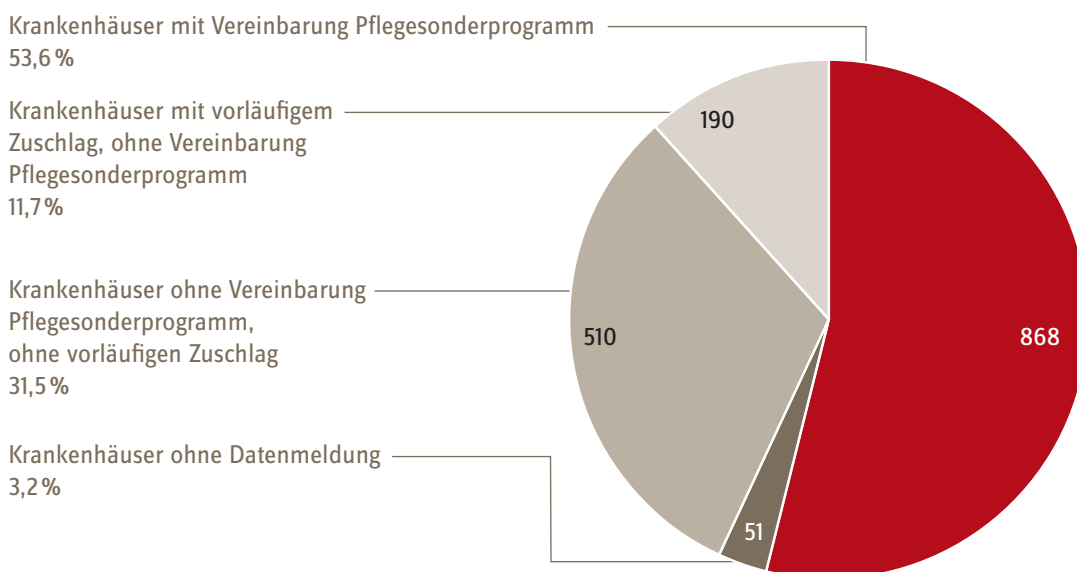
Die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren in den Jahren 2009 bis 2011 über das Pflegesonderprogramm die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals in Krankenhäusern. Durch das Förderprogramm haben sogenannte DRG-Krankenhäuser die Möglichkeit, bis zu 0,48 % ihres Erlösbudgets

zusätzlich zu erhalten, um im Förderzeitraum insgesamt bis zu 17.000 zusätzliche Pflegekräfte einzustellen oder Teilzeitstellen aufzustocken. Hierfür sind bis zu 660 Mio. Euro durch die Krankenkassen bereitzustellen.

Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband beauftragt, jährlich über die Umsetzung des Förderprogramms zu berichten. Als Datengrundlage für die noch vorläufige Einschätzung der Programmwirkung stellten die Krankenkassen Daten aus den Krankenhausverhandlungen 2009 sowie Informationen über vorläufig erhobene Zuschläge zur Verfügung. Der erste Bericht wurde zum 30. Juni 2010 an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010

## Inanspruchnahme des Pflegesonderprogramms



1.619 anspruchsberechtigte Krankenhäuser, Stand Datenmeldung 15.05.2010.

Die Grafik zeigt die Inanspruchnahme des Förderprogramms durch diejenigen Krankenhäuser, die als anspruchsberechtigt im Sinne der gesetzlichen Regelung gelten. Finanzmittel haben demnach 65 Prozent der anspruchsberechtigten Krankenhäuser durch Vereinbarungen mit den Krankenkassen oder durch die Erhebung vorläufiger Zuschläge erhalten. Mehr als jedes zweite Krankenhaus hat 2009 vom Pflegesonderprogramm profitiert.

übermittelt und auf der Website des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

Über den Programmstart konnte eine positive Zwischenbilanz aufgestellt werden. Bezogen auf die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland hat mehr als jedes zweite Krankenhaus im Jahr 2009 vom Pflegesonderprogramm profitiert. Die Krankenkassen stellten Finanzmittel in Höhe von ca. 186 Mio. Euro zur Verfügung, so dass für die Krankenhäuser die Möglichkeit bestand, ca. 5.480 zusätzliche Stellen zu schaffen. Inwieweit die vereinbarten Stellen tatsächlich realisiert wurden, kann erst nach Vorlage der Testate der Jahresabschlussprüfer abschließend beurteilt werden.

#### **Investitionsbewertungsrelationen**

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurden im Jahr 2009 die gesetzlichen Grundlagen für eine Umstellung der Investitionsfinanzierung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen geschaffen. Den Bundesländern soll künftig ein Instrument an die Hand gegeben werden, das es ermöglicht, die oft noch bettenorientierte pauschale Investitionsfinanzierung durch eine leistungsorientierte Investitionsfinanzierung zu ersetzen. Der GKV-Spitzenverband, die DKG und die PKV haben im Rahmen einer gemeinsamen Vereinbarung Anfang 2010 die Grundstrukturen festgelegt. Mit der spezifischen Ausarbeitung der Investitionsbewertungsrelationen wurde das InEK beauftragt. Die Bundesländer können frei wählen, ob sie diese Möglichkeit der Vergabe der Investitionsmittel nutzen. Ende des Jahres 2010 wurde das Handbuch zur Kalkulation der Investitionskosten abgestimmt, mit dem ein einheitliches Verfahren für die Aufbereitung und Übermittlung der Kostendaten von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern ermöglicht wird.

#### **Ambulantes Operieren**

Im Dezember 2009 wurde im Rahmen der damaligen Verhandlungen zum Vertrag zum Ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V vereinbart, dass der Leistungskatalog (AOP-Katalog) dreiseitig zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2010 neu verhandelt wird.

Nach mehreren Verhandlungsrunden im Jahr 2010 wurden aus einer Gesamtzahl von mehr als 800 Änderungsvorschlägen des GKV-Spitzenverbandes, der DKG und der KBV 115 Anpassungen konsentiert. Darunter sind 67 Neuaufnahmen, 45 Streichungen und drei Kategorieveränderungen von „ambulant wie auch stationär durchführbar“ (Kategorie 2) auf „in der Regel ambulant möglich“ (Kategorie 1). Außerdem wurde der Katalog um medizinisch nicht mehr durchgeführte Prozeduren bereinigt. Die bedeutendste Neuaufnahme ist die der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL – kontaktarme Zertrümmerung von Nieren-, Harn- und Blasensteinen). Der GKV-Spitzenverband begrüßt dieses Verhandlungsergebnis, weil nach mehrjährigem Stillstand wieder eine gemeinsam getragene Weiterentwicklung des Kataloges erfolgt. „Ambulant vor stationär“ kann verstärkt umgesetzt werden.



Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



Im Jahr 2010 wurde der Leitfaden Prävention umfassend überarbeitet. Schwerpunkte waren u. a. die Präzisierung und Systematisierung von Qualitätsanforderungen und die Konkretisierung der Förderungsvoraussetzungen. Außerdem wurde im November des Jahres der Präventionsbericht 2010 veröffentlicht, demzufolge die Krankenkassen im Jahr 2009 rund 10 Millionen Menschen in den Bereichen Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung erreichen konnten.

## Präzise Vorgaben sichern Qualität – Aktualisierung des Präventionsleitfadens

### Präventionsleitfaden verabschiedet

Die Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zum Leistungsangebot der Krankenkassen im Rahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung sind am 27. August 2010 als neuer Leitfaden Prävention vom GKV-Spitzenverband verabschiedet worden.

Die Leitfadenüberarbeitung 2010 erfolgte nach Beratung mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und im Konsens mit der Beratenden Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Spitzenorganisationen der Sozialpartner (Bundesver-

einigung der deutschen Arbeitgeberverbände und Deutscher Gewerkschaftsbund) zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Mit der Neufassung wurde der umfangreiche Leistungskatalog der Krankenkassen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung bestätigt. Schwerpunkt der Überarbeitung waren die Präzisierung und Systematisierung der handlungsfeldspezifischen und handlungsfelderübergreifenden Qualitätsanforderungen sowie die Konkretisierung der Fördervoraussetzungen von Maßnahmen des sogenannten Setting- oder Lebenswelt-Ansatzes, insbesondere in Kommunen.





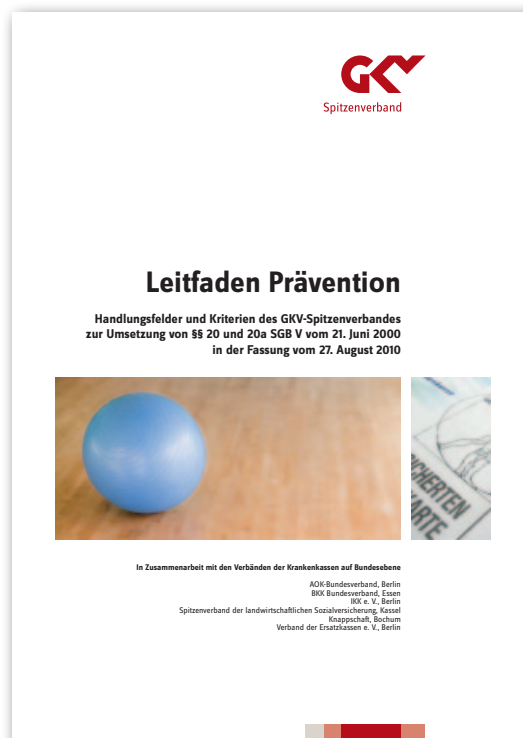
Für die praktische Umsetzung sind vor allem die folgenden Neuregelungen bedeutsam:

- Die Prüfung der Fördervoraussetzungen von Maßnahmen der Primärprävention soll in Zukunft in standardisierter Form erfolgen. Hierzu stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen Musterformulare zur Verfügung.
- Für Maßnahmen der Primärprävention gelten verbindliche Obergrenzen bezüglich der Dauer und Wiederholungsfrequenz.
- Zielgruppen der präventiven Maßnahmen werden detaillierter beschrieben.

### Präventionsbericht 2010 – Engagement der GKV

Nach dem Präventionsbericht 2010, den der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im November 2010 veröffentlicht hat, haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung 2009 weiter vorangetrieben und mehr Menschen erreicht als 2008, nämlich fast fünf Millionen direkt mit ihren Präventionsmaßnahmen und fast ebenso viele indirekt, d. h. über deren Auswirkungen (wie z. B. über gesundheitsförderliche Veränderungen im Arbeitsablauf oder der Betriebsorganisation in Schulen und Betrieben). Insgesamt haben die Krankenkassen im Jahr 2009 rund 311 Mio. Euro für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung ausgegeben. Mit durchschnittlich 4,44 Euro pro gesetzlich Versichertem investierten die Kassen damit fast 60 Prozent mehr als vom Gesetzgeber vorgeschrieben (Richtwert 2009: 2,82 Euro).

Leitfaden und Präventionsbericht stehen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes als Download zur Verfügung.



**Nach fast zehnjähriger Erprobung entsprechender Einrichtungen können sich Ratsuchende seit Beginn des Jahres bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) informieren. Das neutrale und fachlich unabhängige Informations- und Beratungsangebot zu gesundheitlichen und auch gesundheitsrechtlichen Fragen steht in Form von Beratungsstellen vor Ort, unter einer kostenlosen Telefonhotline und im Internet zur Verfügung. Finanziert wird das neue Angebot von der gesetzlichen Krankenversicherung. Der GKV-Spitzenverband konnte mit der PKV eine Förderbeteiligung aushandeln.**

## Vom Modellvorhaben zur Regelversorgung – Ausschreibung für Unabhängige Patientenberatung erfolgreich abgeschlossen

Alle Bürgerinnen und Bürger haben mit Beginn des Jahres 2011 die Möglichkeit, sich zu gesundheitlichen und auch gesundheitsrechtlichen Fragen bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland zu informieren und beraten zu lassen. Dies kann persönlich in Beratungsstellen vor Ort als auch telefonisch oder per e-Mail erfolgen. Möglich wurde dies, weil der GKV-Spitzenverband bereits im August 2010 eine vorzeitige europaweite Ausschreibung auf den Weg gebracht hat. Diese stand unter dem Vorbehalt, dass eine entsprechende Gesetzesinitiative tatsächlich umgesetzt wird und zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt.

Dank dieses ungewöhnlichen Schrittes ist es dem GKV-Spitzenverband gelungen, einen nahezu reibungslosen Übergang vom Modellvorhaben zum Regelangebot sicherzustellen, obwohl die entsprechende gesetzliche Grundlage erst mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz im November 2010 verabschiedet wurde.

Die Anforderungen für die Ausschreibung wurden auf Grundlage der Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung entwickelt und konkretisiert. Dabei flossen die Erfahrungen aus der fast zehnjährigen Modellphase zur Erprobung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung ein. Die Förderung dieses neuen zusätzlichen Beratungsangebots ist daran geknüpft, dass dieses sich durch hohe Beratungsqualität, Neutralität sowie fachliche Unabhängigkeit auszeichnet. Zudem soll es sich in der bestehenden Beratungslandschaft mit anderen Angeboten vernetzen und eine verlässliche Lotsenfunktion übernehmen.

Unterstützt wurde der GKV-Spitzenverband bei dem komplexen und unter hohem Zeitdruck stehenden Ausschreibungsverfahren vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung Wolfgang Zöllner, MdB, sowie dem erweiterten Beirat des bisherigen Modellvorhabens. Dieser Beirat, an dem auch die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene beteiligt sind, wurde im Vorgriff auf die künftige Gesetzesregelung zudem um Patientenvertreter, Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz erweitert. Auf diesem Wege konnten vielfältige Erfahrungsperspektiven zur Ausgestaltung des innovativen Regelangebots mit in das Ausschreibungsverfahren einfließen. Das neue Informations- und Beratungsangebot wird während der fünfjährigen Vertragslaufzeit weiterhin durch den Beirat begleitet und extern wissenschaftlich evaluiert. Dabei werden u. a. Wissenschaftler wie Prof. Rolf Rosenbrock (Berlin), Prof. Robert Francke (Bremen), Prof. Ulrich Bauer (Duisburg), Prof. David Klemperer (Regensburg) und Prof. Marie-Luise Dierks (Hannover) ihre Expertise für die Weiterentwicklung des Regelangebots einbringen.

An Fördermitteln stehen künftig für dieses Regelangebot 5,2 Mio. Euro zur Verfügung, finanziert aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung wird sich auf freiwilliger Basis mit einem zusätzlichen Betrag in Höhe von 7 % der Fördersumme zunächst für drei Jahre an der Finanzierung des Angebots beteiligen. Der GKV-Spitzenverband konnte eine entsprechende Vereinbarung mit der PKV schließen,

damit diese Mittel für die Mitfinanzierung der Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung zur Verfügung stehen. Der nächste Schritt sollte aber eine verbindliche gesetzliche Regelung zur Beteiligung der PKV sein.

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



Damit Fehlverhalten im Gesundheitswesen noch effektiver bekämpft werden kann, fördert der GKV-Spitzenverband eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit. Dazu organisierte der GKV-Spitzenverband am 29./30. November 2010 eine Fachtagung „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Durch eine „Standardisierte Fallerfassung“ soll eine GKV-Gesamtsicht zum Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ermöglicht werden.

## Fehlverhalten im Gesundheitswesen



Fehlverhalten im Gesundheitswesen fügt der gesetzlichen Krankenversicherung große finanzielle Schäden zu. Die Kranken- und Pflegekassen, wenn angezeigt auch ihre Landesverbände, und der GKV-Spitzenverband haben deshalb Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese gehen Hinweisen und Fällen nach, die auf Unregelmäßigkeiten oder rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten.

### Notwendigkeit einer GKV-Gesamtsicht

Über Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfung berichten die Vorstände aller Kassen und des GKV-Spitzenverbandes dem jeweiligen

Verwaltungsrat im Abstand von zwei Jahren. Die Berichte sind der zuständigen Aufsichtsbehörde zuzuleiten. Eine Zusammenführung dieser Berichte an einer zentralen Stelle ist nach der gesetzlichen Regelung jedoch nicht vorgesehen. Da es zudem keine gesetzlichen Vorgaben für den Inhalt der Berichte gibt, sind diese überwiegend nicht vergleichbar. Bis heute fehlt eine bundesweite Übersicht zum tatsächlichen Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Für eine qualifizierte Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an der öffentlichen Diskussion sind valide, belastbare Daten erforderlich. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene haben sich deshalb in der Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen darauf geeinigt, eine Standardisierung und Vereinheitlichung der Berichte zu empfehlen und mit Unterstützung der Mitglieder umzusetzen. Ziele sind eine bessere Vergleichbarkeit, Transparenz und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte.

Durch eine „Standardisierte Fallerfassung“ sollen zum Ende des laufenden Berichtszeitraums 2010/2011 bei jeder Kasse vergleichbare Kennzahlen der eingegangenen Hinweise der verfolgten bzw. abgeschlossenen Fälle, der Fälle, in denen die Staatsanwaltschaft unterrichtet wurde sowie zur Höhe der Schadensrückforderung ermittelt werden. Die gemeldeten Kennzahlen aller Kassen sollen dann durch den GKV-Spitzenverband zu einer GKV-Gesamtsicht zusammengeführt werden.



### **Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit**

Um die kassenartenübergreifende Vernetzung weiter zu fördern, führte der GKV-Spitzenverband am 29./30. November 2010 seine erste Fachtagung „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ durch. Damit entsteht ein Forum, um aktuelle Fragen und Probleme der täglichen praktischen Arbeit aufzugreifen, kassenartenübergreifend zu diskutieren und gemeinsam und regelmäßig nach Lösungen zu suchen.

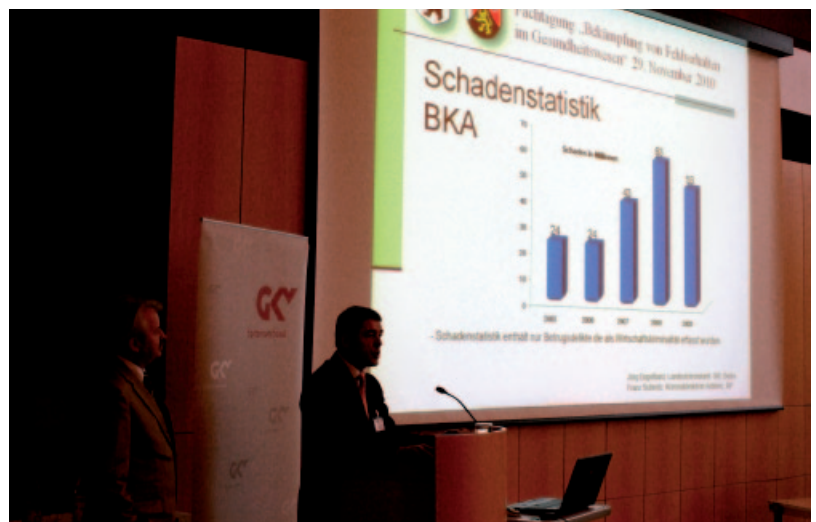
Die bereits erreichten Erfolge können weiter ausgebaut werden, wenn alle Mitglieder in den Regionen auch über die Grenzen ihrer jeweiligen Kassenart hinaus zusammenarbeiten.

Im Rahmen der Fachtagung hat der GKV-Spitzenverband deshalb Mitglieder und deren Verbände aus mehreren Bundesländern eingeladen, um die praktischen Möglichkeiten und Chancen kassenartenübergreifender Kooperationsvereinbarungen zwischen allen Kassenarten vorzustellen und zu diskutieren. In den anschließenden Workshops haben die Vertreterinnen und Vertreter der Kassen gemeinsam ihre Entschlossenheit bekräftigt, unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten auch in weiteren Bundesländern eine regelmäßige kassenartenübergreifende Zusammenarbeit auszubauen.

Die eingeladenen Vertreter der Thüringer Schwerpunktstaatsanwaltschaft für Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen sowie Experten des Landeskriminalamtes Berlin und der Kriminaldirektion Koblenz haben in ihren Vorträgen und in der anschließenden Diskussion überaus praxisnah dargelegt, dass eine wirksame strafrechtliche Ver-

folgung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nur durch spezialisierte Ermittlungsbehörden mit besonderen GKV-Fachkenntnissen möglich ist. Der GKV-Spitzenverband setzt sich deshalb dafür ein, dass zur effektiveren Bekämpfung von Fehlverhalten in allen Bundesländern Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen sowie spezialisierte Ermittlungsgruppen der Kriminalpolizei eingerichtet werden.

Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010



**Im Jahr 2010 beschäftigte sich eine vom GKV-Spitzenverband einberufene Arbeitsgruppe intensiv mit der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Einführung des Kartellrechts für die gesetzliche Krankenversicherung und deren Umsetzung im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Forderungen des GKV-Spitzenverbandes, um negative Folgen für die Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten zu vermeiden, fanden beim Gesetzgeber Gehör. Die Handlungsfähigkeit der Krankenkassen und ihrer Verbände im Kollektivvertragssystem und des Gemeinsamen Bundesausschusses konnte so aufrecht erhalten werden.**

## Wie viel Wettbewerb braucht das Kassensystem? – Kartellrecht in der GKV

Zu den im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP definierten Zielen zählt auch die Einführung des allgemeinen Wettbewerbsrechts als Ordnungsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen – so der Wortlaut des Koalitionsvertrags vom 26. Oktober 2009 – bestehe Überprüfungsbedarf; dazu gehöre auch die Überprüfung des Rechtswegs.

Dieses Ziel setzte der Gesetzgeber im Jahr 2010 mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz teilweise um. Galten bislang für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Leistungserbringern allein die §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in entsprechender Anwendung sowie das Vergaberecht, so sind seit Beginn des Jahres 2011

weite Teile des GWB entsprechend anwendbar, insbesondere auch das in den §§ 1 und 2 GWB normierte Kartellverbot. Darüber hinaus gilt nunmehr für alle Rechtsstreitigkeiten ausschließlich der Zivilrechtsweg.

Bereits im Frühjahr 2010 – also noch vor Bekanntwerden der ersten Entwürfe zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – hatte der GKV-Spitzenverband eine Arbeitsgruppe „Wettbewerbsrecht“ aus Vertreterinnen und Vertretern der Rechts- und Politikabteilungen einzelner Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes eingeladen. Ziel war es, das Thema „Wettbewerbsrecht in der GKV“ aus rechtlicher Sicht aufzubereiten, um eine politische Positionierung der Entscheidungsträger des GKV-Spitzenverbandes





in diesem Bereich zu ermöglichen. Dazu gehörte auch die Darstellung der Konsequenzen der von der schwarz-gelben Koalition gewünschten grundsätzlichen Anwendung des Kartellrechtes für die Träger der Krankenversicherung.

Als die konkrete gesetzgeberische Absicht mit dem Referentenentwurf zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz bekannt wurde, konzentrierte sich die Arbeitsgruppe auf die unmittelbar vorgesehenen Änderungen. Der Referentenentwurf sah vor, dass für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Leistungserbringern und ihren Verbänden – neben dem Missbrauchs- und Diskriminierungsverbot – künftig auch das Kartellverbot (§§ 1 – 3), die Befugnisse der Kartellbehörden (§§ 32 – 34a) und die §§ 48 bis 95 über die Kartellbehörden und ihre Verfahren entsprechend gelten sollen. Die Ausnahmeregelung für gesetzlich vorgeschriebene Verträge mit Schiedsamsregelungen sollte nicht geändert werden. Des Weiteren sollte die gesetzliche Vorgabe, wonach die Anwendung des GWB immer unter besonderer Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der gesetzlichen Krankenkassen zu erfolgen hat, ersatzlos entfallen. Zusätzlich sollte künftig ausschließlich der Zivilrechtsweg eröffnet sein.

Die Diskussion über die Wirkungen dieser Rechtsänderungen sowie über notwendige Ausnahmetatbestände wurde sowohl innerhalb der Arbeitsgruppe als auch in den daran anschließenden Beratungen des Fachbeirates, der Fachausschüsse des Verwaltungsrates und des Verwaltungsrates selbst kontrovers und engagiert geführt. Über bestehende inhaltliche Differenzen hinweg bestand die einhellige Position der GKV, dass der konkret vorgesehene Wortlaut erhebliche negative Auswir-

kungen sowohl auf Kollektivverträge als auch auf Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben würde. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bekräftigte diese Haltung in seiner Sitzung am 2. September 2010 und forderte vom Gesetzgeber präzise Änderungen, um die ansonsten drohenden negativen Folgen für die Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten zu vermeiden.

In diesem Punkt konnte der Gesetzgeber überzeugt werden. Nunmehr ist eindeutig geregelt, dass das Kartellverbot weder auf die zwingend zu schließenden Verträge der Krankenkassen, noch auf die von ihnen zu treffenden einseitigen Entscheidungen oder auf die Beschlüsse und sonstigen Entscheidungen des G-BA anzuwenden ist. Damit bleibt die Handlungsfähigkeit der Krankenkassen und ihrer Verbände im Kollektivvertragssystem und im G-BA erhalten.

Darüber hinaus ist es bei den schon im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen zur Anwendung des Kartellrechtes geblieben. Der bislang im Rahmen des GWB zu berücksichtigende besondere Versorgungsauftrag ist nicht mehr im Gesetz enthalten, er findet sich nunmehr lediglich in der Gesetzesbegründung wieder. Geändert wurde schließlich auch der Rechtsweg: Danach sind ab 1. Januar 2011 nicht mehr die Sozialgerichte, sondern die Zivilgerichte zuständig.

Zum 1. Januar 2011 wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz der Sozialausgleich eingeführt. Der GKV-Spitzenverband erreichte eine Vielzahl von Detailverbesserungen, indem er das Gesetzgebungsverfahren intensiv begleitete, damit die politischen Vorgaben auch technisch umsetzbar sein würden. Wegen der hohen Komplexität der beitragsrechtlichen Thematik und der zu berücksichtigenden Vorlaufzeiten in der elektronischen Datenverarbeitung stehen die Arbeiten unter einem erheblichen Termindruck. Zur Umsetzung war die Schaffung eines ersten echten qualifizierten Meldedialogs in der Sozialversicherung notwendig. Hierfür wurden in mehreren Teilprojekten die Voraussetzungen geschaffen.

## Überforderung durch Zusatzbeiträge – Ein neuer Sozialausgleich wird eingeführt

Der Sozialausgleich ist durch das GKV-Finanzierungsgesetz zum 1. Januar 2011 eingeführt worden. Er soll die Mitglieder der GKV vor finanzieller Überforderung durch Zusatzbeiträge schützen. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds (= Belastungsgrenze), gilt das Mitglied als finanziell überfordert und hat Anspruch auf einen Sozialausgleich. Da der durchschnittliche Zusatzbeitrag für 2011 Null Euro beträgt, ist für 2011 noch kein Sozialausgleich durchzuführen.

Vom 1. Januar 2012 an werden die Beitrag abführenden Stellen (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Bundesagentur für Arbeit, Zahlstellen von Versorgungsbezügen) den Sozialausgleich durchführen, indem sie den einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag des Mitglieds um den individuellen Überforderungsbetrag mindern. Die Krankenkassen sind an der Durchführung des Sozialausgleichs insbesondere in dem Fall beteiligt, wenn ein Mitglied mehrere beitragspflichtige Einnahmen bezieht. Dann sind von den Krankenkassen die beitragsrechtlich relevanten Daten zusammenzuführen und die entsprechenden Informationen an die Beitrag abführenden Stellen weiterzugeben.

### **Der Grundstein für ein funktionsfähiges Verfahren muss bereits im Gesetzgebungsverfahren gelegt sein**

Für den GKV-Spitzenverband bestand eine Aufgabe darin, das Gesetzgebungsverfahren intensiv zu begleiten, damit die politischen Vorgaben in ein technisch umsetzbares Verfahren münden. Damit

konnte zumindest an einigen Stellen eine Erleichterung für die Kassen erzielt werden, die ansonsten wie die Beitrag abführenden Stellen erhebliche Anstrengungen und Investitionen zur Umsetzung des Sozialausgleichs leisten müssen. Im laufenden Gesetzgebungsverfahren konnte eine Fülle von technischen Detailverbesserungen im Interesse einer besseren Umsetzbarkeit eingebracht werden.

### **Komplexität und erheblicher Termindruck**

Wegen der Komplexität der beitragsrechtlichen Thematik wurden die Experten der Kassenorganisationen im Rahmen der Fachkonferenz Beiträge und der Fachkonferenz Meldungen früh und eng eingebunden. In diesen Referentenrunden wurde intensiv über die beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Sozialausgleichs beraten. Ziel aller Aktivitäten war und ist es, die operative Umsetzung des Sozialausgleichs rechtzeitig sicherzustellen. Für die den Sozialausgleich durchführenden Stellen (insbesondere Arbeitgeber) mussten funktionsgerechte Verfahrensbeschreibungen erstellt werden. Aufgrund der zu berücksichtigenden Vorlaufzeiten in der EDV von ca. einem Dreivierteljahr stehen die Arbeiten unter einem erheblichen Termindruck.

Die Auftaktveranstaltung des Meldebereichs fand bereits Ende Oktober 2010 statt. Dort stellte der GKV-Spitzenverband einen Masterplan für die zeitgerechte Umsetzung der erforderlichen Anpassungen in den betroffenen Meldeverfahren in der Sozialversicherung vor. Zielsetzung des Masterplans war neben der Einbindung bestehender Gremien der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



auch der frühzeitige und fortwährende Dialog mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Softwareherstellern von Entgeltabrechnungsprogrammen. Im Vorgriff der konzeptionellen Überlegungen hat der GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen des GKV-InfoShops im September 2010 die Softwarehersteller über die bevorstehenden Veränderungen im Meldeverfahren aufgrund des absehbar einzuführenden neuen Sozialausgleichs informiert.

#### **Umfangreiche Änderungen an den Meldeverfahren abzustimmen**

Ausgangslage der konzeptionellen Umsetzung war die Schaffung eines ersten echten qualifizierten Meldedialogs in der Sozialversicherung. Hierfür wurden im vierten Quartal des Jahres 2010 in mehreren Teilprojekten die Voraussetzungen zur Umsetzung im Verfahren mit den Arbeitgebern (DEÜV-Meldeverfahren), der Deutschen Rentenversicherung Bund (KVdR-Meldeverfahren), der Bundesagentur für Arbeit (DÜBAK-Meldeverfahren) sowie den Zahlstellen (Zahlstellen-Meldeverfahren) geschaffen.

Die Ergebnisse sind in die vom GKV-Spitzenverband federführend für die Sozialversicherungsträger betreuten „Gemeinsamen Grundsätze“ und das „Gemeinsame Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung“ zum Meldeverfahren eingeflossen. Zur technischen Realisierung sind neue Datensätze geschaffen worden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse konnten im Dezember 2010 die fachlichen Maßnahmen zur Ausgestaltung des qualifizierten Meldedialogs den Softwareherstellern gemeinsam mit der ITSG vorgestellt und Optimierungspotentiale im Verfahren analysiert werden.

#### **Gemeinsames Rundschreiben regelt die Verfahrensfragen im Detail**

Die beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Sozialausgleichs auf die Beitragsberechnung der einzelnen Versichertengruppen werden unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes in einem umfangreichen gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Sozialversicherung dargestellt. Ein erster Rundschreibenentwurf des GKV-Spitzenverbandes wurde bereits Mitte November mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene erörtert. Anschließend fand eine weitere Besprechung mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Bundesagentur für Arbeit Anfang Dezember statt.

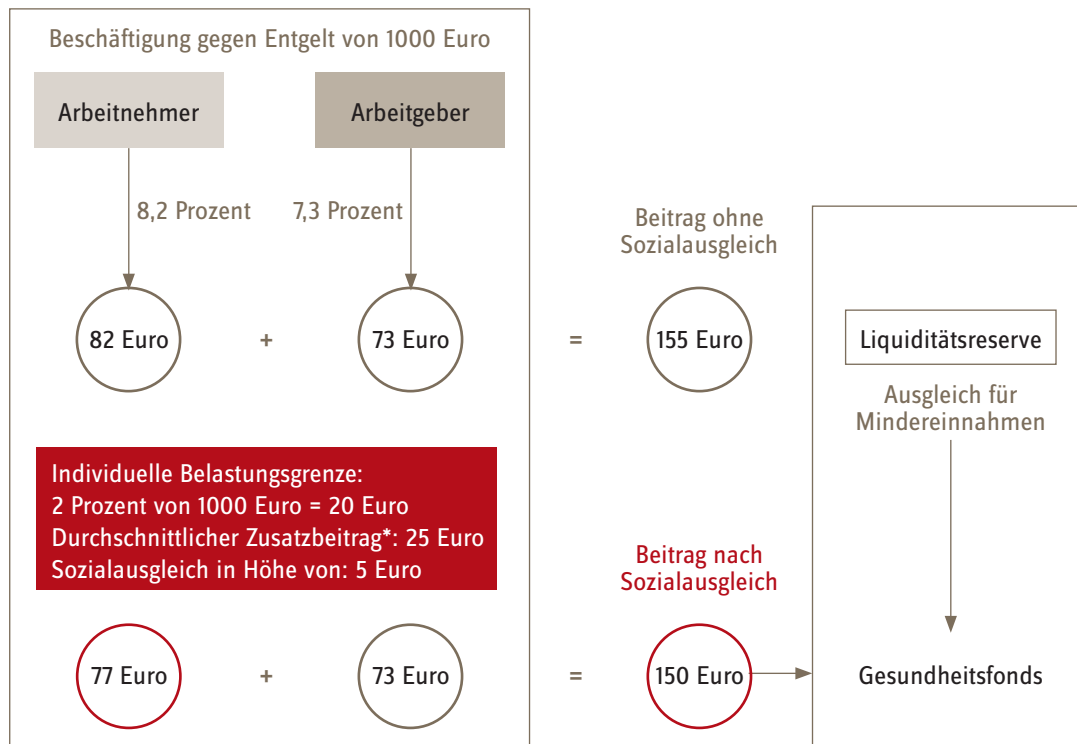
Die Einführung eines grundlegend neuen Sozialausgleichs wirft naturgemäß eine Vielzahl von Fragen auf, die vom Gesetzgeber nicht im Detail geregelt werden können. Deshalb war zur fachlichen Ausgestaltung einzelner Regelungen auch eine regelmäßige Abstimmung mit den Bundesministerien für Gesundheit sowie Arbeit und Soziales erforderlich. Die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände (BDA) wurde frühzeitig eng eingebunden, weil die Arbeitgeber mit der Durchführung des Sozialausgleichs am stärksten betroffen sind.

Nach der Abstimmung letzter offener Fragen zu Beginn des Jahres 2011 konnte das gemeinsame Rundschreiben zur entsprechenden beitrags- und melderechtlichen Umsetzung des Sozialausgleichs im März 2011 veröffentlicht werden. Damit bleibt den Krankenkassen, Softwareherstellern von Entgeltabrechnungsprogrammen und den Beitrag abführenden Stellen, insbesondere den Arbeitgebern, die erforderliche Zeit, um die Umsetzung des Sozialausgleichs ab dem 1. Januar 2012 sicherzustellen.

## Sozialausgleich – ein Beispiel

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

### Quellenabzugsverfahren Krankenversicherungsbeitrag



### Beitragseinzug Zusatzbeitrag durch Krankenkasse

Arbeitnehmer ist Mitglied der

**Krankenkasse A** mit Zusatzbeitrag von 20 Euro → Faktische Belastung = 15 Euro

**Krankenkasse B** mit Zusatzbeitrag von 30 Euro → Faktische Belastung = 25 Euro

\* Schätzwert, wird jeweils bis zum 1.11. vom BMG auf Basis der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises für das Folgejahr festgelegt

Die ursprünglich düsteren Finanzaussichten für 2011, die ein Defizit von 9 bis 11 Mrd. Euro erwarten ließen, konnten im Laufe des Jahres 2010 aufgrund der positiven konjunkturellen Entwicklung sowie angekündigter gesetzlicher Reformen, vor allem der Beitragssatzerhöhung, korrigiert werden. Während der Gesundheitsfonds im laufenden Jahr gut gefüllt werden wird, profitieren die Krankenkassen unmittelbar nicht von der positiven wirtschaftlichen Entwicklung: Die konjunkturell bedingten Mehreinnahmen kommen nicht den Krankenkassen zugute, sondern fließen in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Das GKV-Finanzierungsgesetz hat die Krankenkassen kurzfristig finanziell entlastet. Langfristig stabilisiert wurde die GKV-Finanzierung nicht. So wurde die Entscheidung über die vollständige Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs auf das Jahr 2014 verschoben.

## Finanzentwicklung 2010/2011 – Kurzfristige Konsolidierung

Die Finanzprognose für das Jahr 2010 war unerfreulich. Vor dem Hintergrund des größten konjunkturellen Einbruchs seit der Weltwirtschaftskrise von 1929 prognostizierte der GKV-Schätzerkreis im Dezember 2009 einvernehmlich eine Unterdeckung der erwarteten Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuweisungen des Gesundheitsfonds in Höhe von 4 Mrd. Euro für das Jahr 2010. Berücksichtigt war dabei bereits der zusätzliche Bundeszuschuss von 3,9 Mrd. Euro aus dem Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz. Waren diese Aussichten schon trübe, so waren die Erwartungen für 2011 geradezu finster: Inoffizielle Schätzungen taxierten das für 2011 drohende Finanzdefizit bei unveränderter Entwicklung der Bundesbeteiligung und anhaltend stetigem Ausgabenwachstum auf 9 bis 11 Mrd. Euro.

### Überraschend schnelle konjunkturelle Erholung

Erfreulicherweise bewahrheiteten sich weder die offiziellen Schätzungen für das Berichtsjahr 2010 noch werden sich die düsteren Erwartungen für das laufende Jahr erfüllen. Bereits im ersten Halbjahr 2010 konnte die Einnahmen- und Ausgabensituation auf Basis der vorläufigen Finanzergebnisse des Jahres 2009 sowie der Frühjahrsprognose der Bundesregierung positiver geschätzt werden. In seiner Prognose vom 28. April 2010 rechnete der GKV-Schätzerkreis zum einen mit einem um 0,9 Mrd. Euro erhöhten Beitragsaufkommen infolge der verbesserten Beschäftigungslage. Zum anderen konnten die geschätzten Ausgaben – u. a. aufgrund des mit dem GKV-Änderungsgesetz erhöhten Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel – um etwa 1 Mrd. Euro niedriger angesetzt werden. Die

Prognosen des GKV-Schätzerkreises vom Herbst 2010 schreiben diesen positiven Trend weiter fort. Aufgrund der überraschend günstigen konjunkturellen Entwicklung in Deutschland werden für 2010 und 2011 Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen um 1,7 % bzw. 1,2 % erwartet.

### Entwicklung 2010

Nach der jüngsten Prognose des GKV-Schätzerkreises werden die Einnahmen des Fonds nunmehr 173,9 Mrd. Euro betragen. Hierdurch erhöhen sich allerdings nicht die Einnahmen der Krankenkassen für das vergangene Jahr, denn im neuen Finanzierungssystem der GKV tragen die Krankenkassen das Ausgabenrisiko bei prospektiv im Vorjahr fixierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds. Diese betragen für das Jahr 2010 unverändert 170,3 Mrd. Euro. Die Ausgaben der Krankenkassen betragen nach der neuen Schätzung 172,1 Mrd. Euro, sodass eine Finanzierungslücke von voraussichtlich 1,8 Mrd. Euro bei den Krankenkassen verbleibt. Diese Lücke ist – je nach Haushaltslage der einzelnen Krankenkasse – gegebenenfalls durch Auflösung von Rücklagen oder durch Erhebung von Zusatzbeiträgen zu schließen. Die höheren Beitragseinnahmen fließen in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

### Prognose 2011

Für das Jahr 2011 werden die Einnahmen des Gesundheitsfonds auf 181,6 Mrd. Euro geschätzt, die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen auf 178,7 Mrd. Euro. Berücksichtigt wurden bei dieser Schätzung alle für das Jahr 2011 finanzwirksamen Gesetzesänderungen. Dies gilt insbesondere für die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zum



1. Januar 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozent (+ 6,3 Mrd. Euro) und für die mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2011 beschlossene ergänzende Bundesbeteiligung in Höhe von 2,0 Mrd. Euro.

Auf Basis der Herbstprognose wird den Krankenkassen für das Jahr 2011 ein Zuweisungsvolumen in Höhe der seinerzeit erwarteten Ausgaben von 178,9 Mrd. Euro garantiert. Damit entsteht rechnerisch keine Deckungslücke, d. h. im Durchschnitt werden die – zum Zeitpunkt der Schätzung erwarteten – Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2011 durch die Zuweisungen des Fonds gedeckt. Eine flächendeckende Erhebung von Zusatzbeiträgen ist somit für das Jahr 2011 nicht zu erwarten.

#### **Gesundheitsfonds gut gefüllt**

Die Krankenkassen tragen allerdings das Risiko, dass die tatsächlichen Ausgaben stärker steigen als vom Schätzerkreis prognostiziert. Sollte dieser Fall im Laufe des Jahres 2011 eintreten, würde sich das

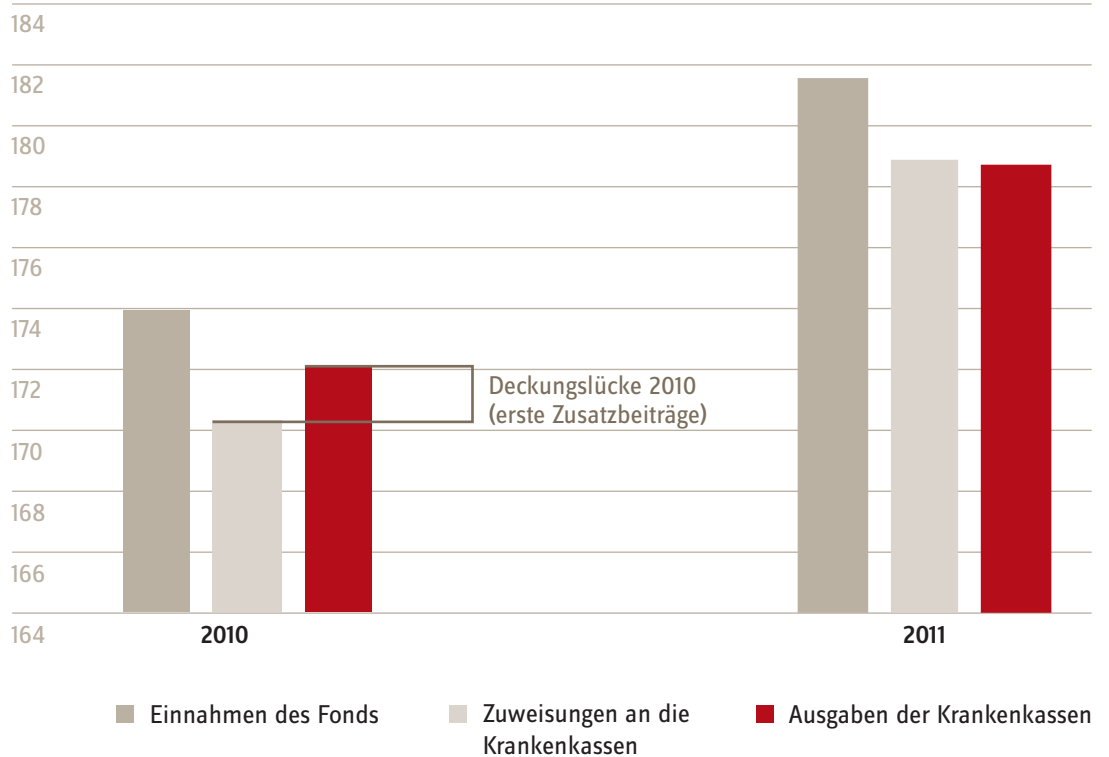
Finanzergebnis der Krankenkassen entsprechend verschlechtern.

Für den Gesundheitsfonds wird dagegen ein Überschuss von 2,7 Mrd. Euro erwartet. Dieser ist der Liquiditätsreserve zuzuführen. Der ergänzende Bundeszuschuss von 2,0 Mrd. Euro steht somit voraussichtlich in voller Höhe für die vorläufige Finanzierung des mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten Sozialausgleichs zur Verfügung. Ob der Sozialausgleich damit bis zum Jahr 2014 auskömmlich finanziert werden kann, ist heute noch nicht absehbar. Der GKV-Spitzenverband hatte deshalb im Gesetzgebungsverfahren eine gesetzliche Regelung gefordert, die einen vollständigen Ausgleich der für den Sozialausgleich aufgewendeten Mittel des Gesundheitsfonds durch den Bund rechtssicher vorsieht; der Gesetzgeber ist dieser Forderung bedauerlicherweise nicht nachgekommen, sondern hat die Entscheidung über notwendige Steuermittel auf das Jahr 2014 verschoben.

Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010



## Finanzprognosen 2010 und 2011



Quelle: GKV-Schätzerkreis, Prognosen vom 24.01.2011

Die finanzielle Konsolidierung der GKV gilt absehbar nur für die Jahre 2010 und 2011. Wie groß der Finanzierungsanteil des Gesundheitsfonds ab 2012 sein wird, ist dagegen ungewiss. Von einer langfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzierung kann daher nicht die Rede sein. Dies gilt umso mehr, als mit den Reformgesetzen des Jahres 2010 strukturelle Maßnahmen unterblieben sind, die das ungebremste Ausgabenwachstum insbesondere in der ambulanten ärztlichen wie der stationären Versorgung begrenzen könnten.

Seit dem 1. Januar 2010 sind alle Krankenkassen insolvenzfähig. Im Falle einer Insolvenzanzeige prüft das Bundesversicherungsamt (BVA), ob es einen Insolvenzantrag stellen muss. Schließungsverfahren haben dabei Vorrang, wenn die dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse negativ bewertet wird; hierzu muss der GKV-Spitzenverband eine Stellungnahme abgeben. In zwei Fällen des Jahres 2010 konnte eine drohende Schließung abgewendet werden, weil Lösungskonzepte entwickelt wurden, die dem BVA eine Beendigung der Schließungsverfahren ermöglichten. Funktionierendes Finanzcontrolling und Risikomanagement werden auch zukünftig für die Haftungsverbände wichtig sein. Der GKV-Spitzenverband hat ein Scoring-Modell entwickelt, das eine Vorauswahl von potentiell gefährdeten Krankenkassen ermöglicht und mittlerweile auch zur Bewertung von Kassenfusionen herangezogen wird.

## Finanzcontrolling und Risikomanagement im Jahr 2010 – Erste Insolvenzanzeigen

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

Mit Einführung der Insolvenzfähigkeit zum 1. Januar 2010 auch bei allen landesunmittelbaren Krankenkassen, die bislang aufgrund von länderspezifischen Regelungen vor dem Insolvenzrisiko ausgenommen waren, hat der Gesetzgeber die Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen zugleich zur Anzeige eines Insolvenzgrundes gegenüber der zuständigen Aufsicht verpflichtet. Liegt ein Insolvenzgrund – Zahlungsunfähigkeit, drohende Zahlungsunfähigkeit oder bilanzielle Überschuldung – vor, macht sich der Vorstand strafbar, wenn eine Anzeige nicht erfolgt.

In der Vergangenheit war die Verschuldung je Mitglied bei einzelnen Krankenkassen durchaus zum Teil deutlich höher als in den im Jahr 2010 durch die ersten Insolvenzanzeigen prominent gewordenen Fälle. Dies war bislang jedoch ohne unmittelbare und gravierende Konsequenz. Der Gesetzgeber hatte zwar alle Krankenkassen zur vollständigen Entschuldung bis zum 31. Dezember 2008 verpflichtet und die Darlehensaufnahme zur Finanzierung eines Ausgabenüberschusses ausgeschlossen. In der Vergangenheit wurden Schließungs- oder Insolvenzverfahren jedoch nicht betrieben, wenn die Verbindlichkeiten einer Krankenkasse nicht mehr durch vorhandenes Vermögen gedeckt waren.

### **Bundesversicherungsamt (BVA) eröffnet erste Schließungsverfahren**

Die Aufsicht, in den aktuellen Fällen das BVA, prüft bei einer Insolvenzanzeige, ob sie bei Gericht einen Insolvenzantrag stellen muss. Dieser Antrag kann nur innerhalb einer Dreimonatsfrist von der zuständigen Aufsichtsbehörde gestellt werden, nicht

aber von der Krankenkasse selbst oder von Gläubigern einer zahlungsunfähigen oder überschuldeten Krankenkasse. Ein Schließungsverfahren hat dabei immer Vorrang, wenn die betroffene Krankenkasse zugleich nicht mehr dauerhaft wirtschaftlich leistungsfähig ist. Zur Bewertung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse muss der GKV-Spitzenverband eine Stellungnahme abgeben.

Nachdem erste Verhandlungen im Haftungsverbund (mit den übrigen Krankenkassen derselben Kassenart) über eine Finanzhilfe an die erste Krankenkasse gescheitert waren, die eine bilanzielle Überschuldung als möglichen Insolvenzgrund anzeigen musste, wurde das Schließungsverfahren durch das BVA eröffnet. Dem GKV-Spitzenverband stellte sich somit im Juli 2010 erstmalig die Frage, ob eine Krankenkasse sanierungsfähig ist und im gegebenen Zeitrahmen entschuldet werden kann. Ein kurzfristig aufgestelltes Sanierungskonzept wurde mit externer Unterstützung begutachtet. Nach einer ersten Überprüfung konnte dem BVA empfohlen werden, den Schlussausgleich 2009 abzuwarten, der erstmalig als direkt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich durchgeführt wurde und dessen finanzielle Auswirkungen deshalb noch nicht sicher prognostiziert werden konnten. In der Zwischenzeit wurden bei der betroffenen Krankenkasse ein engmaschiges Sanierungscontrolling eingerichtet und die Konsolidierung vorangetrieben. Eine Entscheidung des BVA musste noch im November getroffen werden.

Gleiches galt auch für eine weitere von Schließung bedrohte Krankenkasse, die jedoch kein Sanierungskonzept entwickelt hatte. Als Lösung setzte sie auf eine rettende Vereinigung mit einer wirtschaftlich stabilen Krankenkasse.

Nach zahlreichen intensiven Diskussionen in verschiedenen Arbeitsgruppen und Gremien des kasseninternen Haftungsverbundes, die vom GKV-Spitzenverband eng begleitet wurden, konnten am 19. November 2010 in einer Vorständeokonferenz des betroffenen Haftungsverbundes die Weichen für die Rettung beider Krankenkassen gestellt werden. Eine Krankenkasse erhält im Falle einer erfolgreichen Fortsetzung der eingeleiteten Konsolidierungsmaßnahmen einen finanziellen Beitrag zur vollständigen Entschuldung zum 31. Dezember 2012. Die Rettungsvereinigung der anderen Krankenkasse zum 1. Januar 2011 wird durch eine Finanzhilfe ermöglicht.

Die drohende Schließung konnte im Jahr 2010 in beiden Fällen abgewendet werden, weil Lösungskonzepte entwickelt wurden, die dem BVA eine Beendigung der Schließungsverfahren ermöglichten. Für die Bereitschaft zur Leistung finanzieller Hilfen waren drei Faktoren entscheidend:

- Die Einsicht, dass Haftungsprävention im Erfolgsfall weniger kostet als die andernfalls drohende Schließung,
- ein belastbares Konzept und
- wirksame Kontrollmechanismen und Zahlungsmodalitäten, die verhindern, dass „gutes Geld schlechtem hinterhergeworfen wird“.

### **Haftungsprävention durch intensive Zusammenarbeit**

Die Erfahrung mit drohenden Schließungsverfahren im Jahr 2010 zeigt, wie wichtig ein funktionierendes Finanzcontrolling und Risikomanagement auch in Zukunft für die Haftungsverbände sein werden. Es sollten nach Möglichkeit Lösungen gefunden werden, die wirken, bevor Finanzhilfen erforderlich sind. Dies setzt eine frühzeitige und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der betroffenen Krankenkasse, dem Haftungsverbund und dem GKV-Spitzenverband voraus. Es gilt auch, die Akzeptanz für gegebenenfalls doch erforderliche Hilfeleistungen aufrecht zu erhalten.

Der GKV-Spitzenverband hat im Rahmen seiner neuen gesetzlichen Aufgaben (Vermeidung von Schließung und Insolvenz von Krankenkassen) mit dem Scoring-Modell ein Instrument entwickelt, mit dem auf Grundlage von ausschließlich vergangenheitsbezogenen Informationen eine Vorselektion von Krankenkassen möglich ist, die einer intensiveren, zukunftsgerichteten Analyse bedürfen. Dieses Modell wurde mit Finanz- und Risikomanagement-Experten der verschiedenen Kassenarten über das gesamte Jahr in zahlreichen Runden diskutiert und weiterentwickelt. Ähnliche Analyseinstrumente sind mittlerweile auch in den originären Haftungsverbänden im Einsatz. Wichtiger als der Einsatz vergleichbarer Instrumente ist jedoch die partnerschaftliche Nutzung unterschiedlicher Bewertungsmöglichkeiten und der Austausch über Detailinformationen, die nicht allen für Risikomanagement Verantwortlichen gleichermaßen zur Verfügung stehen. Zu den Auffälligkeiten aus dem Finanzcontrolling des GKV-Spitzenverbandes findet ein regelmäßiger Austausch mit den Haftungsverbänden statt. Dieser lässt sich noch weiter ver-

bessern, wenn auch die wenigen verbleibenden Vorstände ihr Einverständnis für den Austausch mit namentlich benannten Experten des jeweiligen Haftungsverbundes erklären, für deren Krankenkasse noch keine Datenfreigabeerklärung vorliegt. Rückblickend auf das Jahr 2010 kann aber dessen ungeachtet festgestellt werden, dass der GKV-Spitzenverband letztlich von allen potenziell als gefährdet eingestuften Krankenkassen die angeforderten ergänzenden Informationen erhalten hat.

Das Scoring-Modell dient mittlerweile nicht nur der Vorselektion gefährdeter Krankenkassen, sondern auch der Bewertung von Kassenvereinigungen. Der Verwaltungsrat hat nach Vorstellung dieses Monitoring- und Selektionsinstruments beschlossen, dass der GKV-Spitzenverband in seiner gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme zur Vereinigung Risiken für den Haftungsverbund aufzeigen soll, die

durch Anwendung des Modells auf die zusammengelegten Krankenkassen erkennbar werden. Die Bewertung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit kann sich jedoch nicht auf Vergangenheitszahlen beschränken. Entscheidend ist vielmehr die Prognose der zukünftigen Entwicklung, sobald aus der Vergangenheitsbetrachtung vermehrte Anzeichen für eine Gefährdung vorliegen. Erforderlich ist bei dieser komplexen Aufgabe ein intensiverer Austausch mit der betroffenen Krankenkasse ebenso wie mit dem Haftungsverbund. Die Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten liegt in der Verantwortung der gefährdeten Krankenkasse. Wie das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure weiter konkretisiert und schriftlich fixiert werden kann, wird aktuell vom GKV-Spitzenverband mit einem Landesverband geprüft. Von diesen Erfahrungen werden 2011 auch andere Partner im Risikomanagement profitieren können.

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010





Hauptthema des Jahres 2010 in den Medien war zweifellos die Frage nach der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der GKV-Spitzenverband konnte die Berichterstattung mitbestimmen und klare Akzente setzen. So wurden in der Berichterstattung vor allem die steigenden Beiträge für Versicherte und Arbeitgeber und eine mangelnde Ausgabenbegrenzung bei Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken thematisiert. Die Medien verwendeten z. B. in Beiträgen zum Ärztehonorar statt kleiner Teilsummen fast durchgängig das zu erwartende Gesamthonorar. In der u. a. vom „Focus“ ausgelösten Debatte um die Finanzsituation einzelner Krankenkassen vom Sommer 2010 konnte der GKV-Spitzenverband eine Art Schutzschild-Funktion übernehmen, indem er schon vor der eigentlichen Veröffentlichung Richtigstellungen platzieren konnte. Aktiv zum Thema gemacht hat der GKV-Spitzenverband außerdem das Problem häufig fehlerhafter Abrechnungen von Krankenhäusern.

## Der GKV-Spitzenverband in den Medien – Statements, Interviews und Talkrunden

Wie ein roter Faden zieht sich die Finanzierungsfrage der gesetzlichen Krankenversicherung durch die gesundheitspolitischen Schlagzeilen der letzten zwölf Monate. Ob es im Frühjahr um die drohende Finanzierungslücke in der Krankenversicherung für 2011 ging oder um die Lösungsansätze durch das GKV-Finanzierungsgesetz – der GKV-Spitzenverband hat die inhaltliche Akzentuierung der Berichterstattung, aber auch die Tonlage mit geprägt. Vertreterinnen und Vertreter des Verbandes meldeten sich in Statements, Interviews und Talkrunden zu Wort, verstanden es jedoch auch in Hintergrundgesprächen, Zusammenhänge aufzuzeigen und Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung darzustellen.

Durch das vorausschauende Setzen von Themenschwerpunkten konnte der GKV-Spitzenverband die zum Jahresbeginn 2010 erneut aufkommende Diskussion um Zusatzbeiträge von den einzelnen Krankenkassen teilweise abkoppeln. Mit der politischen Aussage „Der Zusatzbeitrag ist die logische Konsequenz aus der Konstruktion des einheitlichen Beitragssatzes und des Gesundheitsfonds“ verschob sich der Schwerpunkt der Berichterstattung auf die Bundesebene. Eine Art Schutzschild-Funktion übernahm der GKV-Spitzenverband z. B. auch in der Debatte um die Finanzsituation einzelner Krankenkassen, die durch das Wochenmagazin „Focus“ im Juni ausgelöst wurde. Ausgangspunkt des Berichts war ein GKV-internes Scoring-Mo-





dell zur Finanzkraft von Krankenkassen, das auf statistischen Angaben aus der amtlichen Statistik aufbaut. Der „Focus“ und nach ihm andere Redaktionen versuchten, aus dieser retrospektiven Betrachtung Aussagen über die aktuelle Finanzsituation abzuleiten.

Zwischen Juli und November dominierten das GKV-Finanzierungsgesetz und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz die Medien. Als zentrale Botschaft haben Journalisten mit dem GKV-Spitzenverband hierbei verbunden, dass das drohende zweistellige Milliardendefizit in der GKV vor allem durch die steigenden Beiträge für Versicherte wie Arbeitgeber verhindert wird, während die Koalition die Chancen auf eine Ausgabenbegrenzung bei Ärzten, Krankenhäusern und Apothekern nicht konsequent genutzt hat. Im Arzneimittelbereich lobte der GKV-Spitzenverband positive Effekte der Reform, ohne Negatives zu verschweigen: Die Möglichkeit, das Preismonopol der Hersteller anzugreifen, wird durch methodische Fehler bei der Nutzenbewertung und einem eingeschränkten Aktionsradius des Gemeinsamen Bundesausschusses begleitet. Thematisiert wurde die Ausweitung der Kostenerstattung, die in weiten Teilen der Presse als massive Verschlechterung für die Versicherten (Stichwort: Vorkasse) dargestellt worden ist.

Wenig Verständnis zeigten die Medien für die Versuche der Zahnärzte und Ärzte, auf dem Rücken der Patienten Honorarforderungen gegenüber der Koalition durchzudrücken. Hilfreich waren dabei Fakten und Zahlen des GKV-Spitzenverbandes sowie klare inhaltliche Botschaften. Darauf aufbauend hat sich in der Berichterstattung zu den Honorarverhandlungen für niedergelassene Ärzte die Lesart des GKV-Spitzenverbandes durchgesetzt.

Statt lediglich die beschlossenen, relativ kleinen Teilangaben zu nennen, verwendeten die Medien fast durchgängig das zu erwartende Gesamthonorar 2011 in Verbindung mit der bereits in den letzten Jahren erfolgten Steigerung.

Eine Herausforderung für den GKV-Spitzenverband bleibt die Berichterstattung zu den Pflegenoten. Hier geht es darum, den notwendigen Änderungsbedarf zu thematisieren, ohne den Akteuren, die die Pflegenoten insgesamt in Frage stellen, in die Hände zu spielen. Dabei war das Scheitern der Verhandlungen zur Weiterentwicklung der Pflegenoten eine besondere Schwierigkeit. In Abstimmung mit dem BMG wurde erreicht, dass in der öffentlichen Debatte das Scheitern nicht per se „der Selbstverwaltung“ in die Schuhe geschoben wurde, sondern die beiden kleinen Anbieterverbände, die ihre Veto-Position genutzt hatten, klar als Grund dafür benannt wurden.

Aktiv gesetzt hat der GKV-Spitzenverband das Thema Abrechnungsbetrug durch Krankenhäuser. Ausgangspunkt war ein Bericht der Fachabteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, den die Kollegen zusammen mit Hilfe der Krankenkassen erstellt hatten. Nach einem ersten Akzent im Frühjahr folgten immer wieder kleinere und größere Berichtswellen sowohl in bundesweiten als auch regionalen Medien. Dass sich das Thema so kontinuierlich hält, ist auch der flankierenden Pressearbeit einzelner Krankenkassen zu verdanken, die neben ihren eigenen Materialien auch das umfangreiche Infomaterial des GKV-Spitzenverbandes für die eigene Arbeit genutzt haben.

**Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sollen die Qualität gefördert und die Verbrauchersouveränität gestärkt werden. Die zu diesem Zweck im Internet veröffentlichten Pflege-Transparenzberichte werden mit Hilfe von Informationen aus Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes zusammengestellt und erfreuen sich großer Nachfrage. Im Anschluss an eine gründliche Evaluation der Qualitätskriterien, des Bewertungssystems sowie des Layouts der Transparenzberichte wird seit Mitte 2010 über Anpassungen an den Pflegenoten verhandelt. Trotz intensiver Bemühungen um notwendige Änderungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen kam eine Einigung insbesondere wegen der Blockadehaltung zweier Leistungserbringerverbände zunächst nicht zustande. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher für die Einführung eines effizienten Konfliktlösungsmechanismus im Bereich der Pflege-Transparenzvereinbarung ein, um Blockaden der Leistungserbringer bei Qualität und Transparenz zu unterbinden.**

## Pflege-Transparenzvereinbarungen – Mehr Verbraucherschutz in der Pflege

Mitte 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Wesentliche Anliegen des Gesetzgebers sind hierbei die Förderung von Qualität und die Stärkung der Verbrauchersouveränität durch deutlich verbesserte Verfügbarkeit von relevanten Informationen über Pflegedienste und -heime. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, dass durch die Verbände der Kranken- und Pflegekassen die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar u. a. im Internet kostenfrei veröffentlicht werden. Grundlage dieser hierfür vereinbarten Pflege-Transparenzberichte sind Daten aus Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Bis Ende 2010 wurden 6.677 Transparenzberichte ambulanter Dienste und 7.110 Transparenzberichte stationärer Pflegeheime veröffentlicht. Die große Nachfrage nach den Pflegenoten auf den Internetseiten der Verbände der Kranken- und Pflegekassen belegt das Interesse der Verbraucherinnen und Verbraucher an verlässlichen Informationen über die Qualität von Pflegeeinrichtungen.

Der GKV-Spitzenverband hat mit weiteren Vertragspartnern (Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) bereits Ende 2008 die Vereinbarung für die stationäre und Anfang 2009 für die ambulante Pflege geschlossen. Damit die Transparenzberichte bundesweit einheitlich und qualitätsgesichert veröffentlicht werden können, haben die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen

auf Basis eines vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene entwickelten Fachkonzepts eine DatenClearingStelle (DCS) eingerichtet.

Mit den „Pflegenoten“ wurde ein Bewertungs- und Transparenzsystem neu entwickelt. Zwischen den Vereinbarungspartnern wurde daher frühzeitig Einvernehmen hergestellt, die Pflege-Transparenzvereinbarungen systematisch auszuwerten und den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Bei Aufnahme des Regelbetriebs wurden insbesondere vom GKV-Spitzenverband Verbesserungspotentiale identifiziert, die ab Herbst 2009 in einer von den Vertragspartnern gemeinsam getragenen Evaluation systematisch untersucht wurden. Das gemeinsame Evaluationsvorhaben sollte bis Mitte 2010 gesicherte Erkenntnisse liefern, inwieweit die gewählten Qualitätskriterien, das vereinbarte Bewertungssystem sowie das Layout der Transparenzberichte geeignet sind, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für Pflegebedürftige, deren Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegestützpunkten verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen. Die Evaluation wurde von einem Beirat aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragspartner, der Pflegewissenschaft, des Verbraucherschutzes, der Berufsverbände der Pflege sowie der Politik begleitet. Mitte Juli 2010 lagen der Abschlussbericht der pflegewissenschaftlichen Evaluation und die Empfehlungen des Beirats vor. Bericht und Empfehlungen wurden im Internet veröffentlicht.

Dem GKV-Spitzenverband war frühzeitig an der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung auf Basis der Erkenntnisse der wissenschaftlichen Evaluation und der Empfehlungen des Beirates gelegen. Seit Mitte 2010 wird in hoher Frequenz über Anpassungen an den Pflegenoten verhandelt. Die Beratungen werden durch Gespräche auf Vorstands- bzw. Geschäftsführungsebene mit dem Ziel ergänzt, kurzfristig notwendige Änderungen an zentralen Punkten der Pflege-Transparenzvereinbarungen zu vereinbaren.

In den regelmäßig stattfindenden Gesprächen mit der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, konnten zwischen der überwiegenden Mehrzahl der Vertragspartner auf dem Verhandlungswege erste tragfähige Kompromisse erreicht werden. Insbesondere wurde konsentiert, dass Kriterien mit besonderer Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit von Heimbewohnerinnen und -bewohnern (z. B. Dekubitusprophylaxe, Flüssigkeitsversorgung und Ernährungszustand) auf der Ebene der Bereichs- und Gesamtnoten zu einer Abwertung führen, wenn die Qualität dieser Leistungen nicht den Anforderungen entspricht. Damit sollte erreicht werden, dass Pflegeheime, die bei diesen so genannten Kernkriterien schlecht abschneiden, keine sehr guten Bereichs- und Ge-

samtnoten erhalten. Darüber hinaus bestand u. a. Einvernehmen, durch den GKV-Spitzenverband kurzfristig im Rahmen einer Richtlinie die Anforderungen an die Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen zu regeln und die methodische Güte der Pflege-Transparenzvereinbarungen zu überprüfen.

Trotz intensiver Bemühungen um notwendige Änderungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen kam eine Einigung wegen der Blockadehaltung zweier kleiner Leistungserbringerverbände, die zusammen weniger als zehn Prozent des Anbietermarktes vertreten, 2010 nicht zustande. Da Anpassungen an den Pflegenoten derzeit einstimmig beschlossen werden müssen, war keine abschließende Einigung zur Überarbeitung der Pflegenoten zu erzielen. Um dennoch die notwendigen Anpassungen zu erreichen, ist eine klare gesetzliche Regelung erforderlich. Angestrebt wird daher eine Richtlinienkompetenz für den GKV-Spitzenverband zur Festlegung der Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik von Ergebnissen der Qualitätsprüfung. Der GKV-Spitzenverband setzt sich hierfür eindringlich ein. Der GKV-Spitzenverband wird eine Richtlinie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen erstellen. Die Versicherten werden fortlaufend über den Umgang mit den Pflegenoten (z. B. „Darauf sollten Sie achten“) informiert.



Viele Themen der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nur datengestützt geplant und umgesetzt werden. Prominente Beispiele hierfür sind der morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich sowie die Vergütungsreform bei den Vertragsärzten. Aber auch in vielen weiteren Bereichen wie der Qualitätssicherung oder der Umsetzung von Kosten-Nutzen-Analysen rückt die Nutzung sog. Routinedaten in den Fokus. Als Routinedaten werden dabei Daten bezeichnet, die prinzipiell aufgrund anderer Erfordernisse bereits vorliegen, bspw. Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen, aber wichtige Informationen zur Umsetzung weiterer gesetzlicher Regelungen enthalten. Bei der Nutzung von Routinedaten sind strenge datenschutzrechtliche Regelungen zu beachten. Für die Krankenkassen betreut der GKV-Spitzenverband diese Datenthemen.

## Datentransparenz in der Anwendung – Nutzung von Routinedaten

### **Aktuelles Beispiel: Nutzung von Routinedaten bei der Reform der Arzthonorare**

Vom Bewertungsausschuss wurde auf gesetzlicher Grundlage eine Vielzahl von Datenlieferungen beschlossen, mit denen unterschiedliche Aspekte des vertragsärztlichen Vergütungssystems analysiert und weiterentwickelt werden sollen. Beispielsweise werden Transparenzdaten zu den sogenannten arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (Mengenobergrenzen für den einzelnen Arzt) von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die

Krankenkassen auf Landesebene geliefert. Diese Daten erlauben eine Einschätzung über die Ausschöpfung dieser Regelleistungsvolumina. Zur Bewertung von Verlagerungseffekten zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich sowie zur Entwicklung eines entsprechenden Messverfahrens wurde die Erhebung einer Stichprobe von Krankenhausabrechnungsdaten der Krankenkassen beschlossen. Diese werden vom Institut des Bewertungsausschusses gemeinsam mit einer dem Bewertungsausschuss vorliegenden Stichprobe von



ärztlichen Abrechnungsdaten unter Berücksichtigung strenger und mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit abgestimmter Datenschutzmaßnahmen analysiert. Zur Bewertung der Effekte von Selektivverträgen (z. B. Hausarztverträgen) auf die Vergütungssystematik werden sogenannte Bereinigungsdaten von den Krankenkassen über den GKV-Spitzenverband an das Institut des Bewertungsausschusses geliefert. Diese enthalten Informationen über die Kürzungen (Bereinigung) der kollektiven morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund des Wechsels von Versicherten in die hausärztliche Selektivversorgung sowie die historischen Diagnosen der teilnehmenden Versicherten. Hiermit sollen die Auswirkungen auf die regionale Morbiditätsentwicklung und den regionalen Behandlungsbedarf eingeschätzt werden.

Insbesondere durch die Neugestaltung der ärztlichen Vergütung im Rahmen des geplanten Versorgungsgesetzes gewinnen Daten eine entscheidende Rolle auch bei der Planung neuer gesetzlicher Regelungen. Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz soll der Bewertungsausschuss bis zum 30. April 2011 Vorschläge zu einem Konvergenzmodell der Vergütung entwickeln, welches auch regionale Besonderheiten berücksichtigt. Gerade bei wenig konkreten gesetzlichen Vorgaben sind umfangreiche Analysen auf Basis von Routinedaten unabdingbar, um ein sinnvolles Vergütungssystem zu entwickeln und dessen Auswirkungen einschätzen zu können.

### **Zukünftige Nutzung von Routinedaten zur Qualitätssicherung und zur Kosten-Nutzen-Analyse**

Ein weiterer Aspekt von Routinedaten ist deren Nutzung zur Qualitätssicherung und im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen von Arzneimitteln. Bei der Qualitätssicherung ist es zur Vermeidung von Erhebungsaufwand bei den Leistungserbringern sinnvoll, bestimmte Daten direkt von den Krankenkassen zu erheben. Beispielsweise sollen im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zur Messung der medizinischen Qualität Mortalitätsindikatoren erhoben werden. Diese Daten von den Leistungserbringern erheben zu lassen, ist sehr aufwändig und führt erfahrungsgemäß zu wenig validen Ergebnissen. Es wäre sowohl mit Blick auf den Erhebungsaufwand als auch auf die Datenqualität sinnvoller, diese Daten direkt von den Krankenkassen zu erheben. Auch im Rahmen von sogenannten Kosten-Nutzen-Analysen von Arzneimitteln sind Routinedaten der Krankenkassen, bspw. zur Ermittlung der Kosten einer Vergleichstherapie oder zur Untersuchung der Vermeidung von Krankenhausfällen durch bestimmte neue Arzneimitteltherapien, eine sinnvolle Quelle.

Derzeit gibt es jedoch keine direkte gesetzliche Grundlage für die Nutzung von Routinedaten in diesen Kontexten. Die gesetzlichen Regelungen zur Datennutzung im Rahmen der Qualitätssicherung und der Kosten-Nutzen-Analyse sollten daher den Einbezug von Routinedaten der Krankenkassen ermöglichen und entsprechend ergänzt werden.

Mit seiner Abteilung „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ bringt der GKV-Spitzenverband, in enger Kooperation mit Partnern in anderen Staaten, die Koordinierung unterschiedlicher sozialer Sicherungssysteme voran. Insbesondere durch eine entsprechende Umsetzung neuer gemeinschaftsrechtlicher Regelungen geschieht dies seit dem 1. Mai 2010 im Rahmen erweiterter Kompetenzen und Verantwortung. So sind in Bezug auf Personen, die in mehreren EU-Staaten erwerbstätig sind, neue Aufgaben auf den GKV-Spitzenverband, DVKA übertragen worden: eine Herausforderung vor dem Hintergrund der zunehmenden internationalen Mobilität der Menschen.

## Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA): Herausforderungen gemeinsam lösen

Der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der sozialen Sicherungssysteme kommt insbesondere im vereinten Europa stetig steigende Bedeutung zu. Der GKV-Spitzenverband ist mit der DVKA auf deutscher Seite maßgeblich daran beteiligt, dass die internationale Zusammenarbeit im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit der dynamischen Entwicklung bei der Mobilität von Arbeitnehmern, Rentnern und Reisenden Schritt hält.

Eine besondere Herausforderung, die sich seit 2010 stellt, ist die konkrete Umsetzung umfassender neuer gemeinschaftsrechtlicher Regelungen, die den Kompetenz- und Verantwortungsrahmen für die nationalen Verbindungsstellen erweiterten. Es gilt, administrative Vorgaben des europäischen Gesetzgebers mit den berechtigten Interessen der Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Freizügigkeitsrechte in Übereinstimmung zu bringen. Der Schlüssel zu einer praxistauglichen Koordinierung unterschiedlicher sozialer Sicherungssysteme ist die enge Kooperation mit Partnern in anderen Staaten sowie überstaatlichen Gremien in Brüssel. Der GKV-Spitzenverband hat mit der DVKA deshalb seine unbestrittene Kompetenz sowie die Wertschätzung, die ihm national und international entgegengebracht wird, dazu genutzt, sich noch stärker als bisher in wesentlichen Koordinierungsfragen einzubringen. Kontakte zu wichtigen Ansprechpartnern insbesondere auf internationaler Ebene wurden weiter intensiviert.

### **Kompetenzbereich erweitert: Neue Aufgaben im Rahmen des Gemeinschaftsrechts**

Für Personen, die ihre Erwerbstätigkeit in mehreren Staaten der Europäischen Union ausüben, gelten – wie auch für Personen, die ausschließlich in einem Mitgliedstaat arbeiten – ausschließlich die Rechtsvorschriften eines EU-Staats. Hinsichtlich der Versicherungs- und Beitragspflicht sind die betreffenden Personen damit so gestellt, als ob sie ihre gesamte Erwerbstätigkeit in einem einzigen Staat ausüben würden. Hiervon sind z. B. im internationalen Verkehrswesen beschäftigte Personen, Monteure, die Kunden in verschiedenen Staaten betreuen, oder IT-Spezialisten, die innerhalb eines international operierenden Konzerns projektbezogen in mehreren Staaten eingesetzt sind, betroffen. Dies gilt aber auch für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die neben ihrer Hauptbeschäftigung im Wohnstaat als Saisonarbeitskräfte vorübergehend in einem anderen Staat erwerbstätig sind. Wenn eine solche Person in Deutschland wohnt, ist der GKV-Spitzenverband, DVKA seit dem 1. Mai 2010 dafür zuständig, das im Einzelfall anzuwendende Versicherungsrecht festzulegen sowie alle in Betracht kommenden Stellen im In- und Ausland über das Ergebnis zu informieren. Nach erfolgreicher Übernahme dieser Aufgabe wird nun daran gearbeitet, das Antragsverfahren zu optimieren und die Verfahrensabläufe zu beschleunigen.



**Neuer Abkommenstaat: Brasilien**

Etwa 1.200 in Deutschland ansässige Unternehmen sind in Brasilien aktiv. Durch das voraussichtlich im ersten Halbjahr 2011 in Kraft tretende deutsch-brasilianische Abkommen über Soziale Sicherheit wird sichergestellt, dass für einen lediglich vorübergehend dort eingesetzten Arbeitnehmer weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften gelten. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat mit der brasilianischen Seite in einer Verwaltungsvereinbarung Absprachen zur Operationalisierung getroffen und u. a. vereinbart, wie ein Arbeitnehmer die Voraus-

setzungen für die Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften nachweisen kann, obwohl er die Beschäftigung aktuell tatsächlich in Brasilien ausübt.

**Vernetzung stärken**

Die neue Verordnung (EG) Nr. 883/2004 gibt vor, dass Sozialversicherungsdaten zwischen den Mitgliedstaaten nur noch elektronisch auszutauschen sind. Zur Umsetzung der Vorgabe wurden sämtliche zugrunde liegenden Geschäftsprozesse analysiert, optimiert und mit einheitlichen Verfahrens-

Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010



#### Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010

regeln unterlegt. Die damit erreichte Integrationstiefe lässt eine deutlich effizientere Koordinierung der unterschiedlichen Gesundheitssysteme im Sinne einer Stärkung der Patienten- und Arbeitnehmermobilität zu.

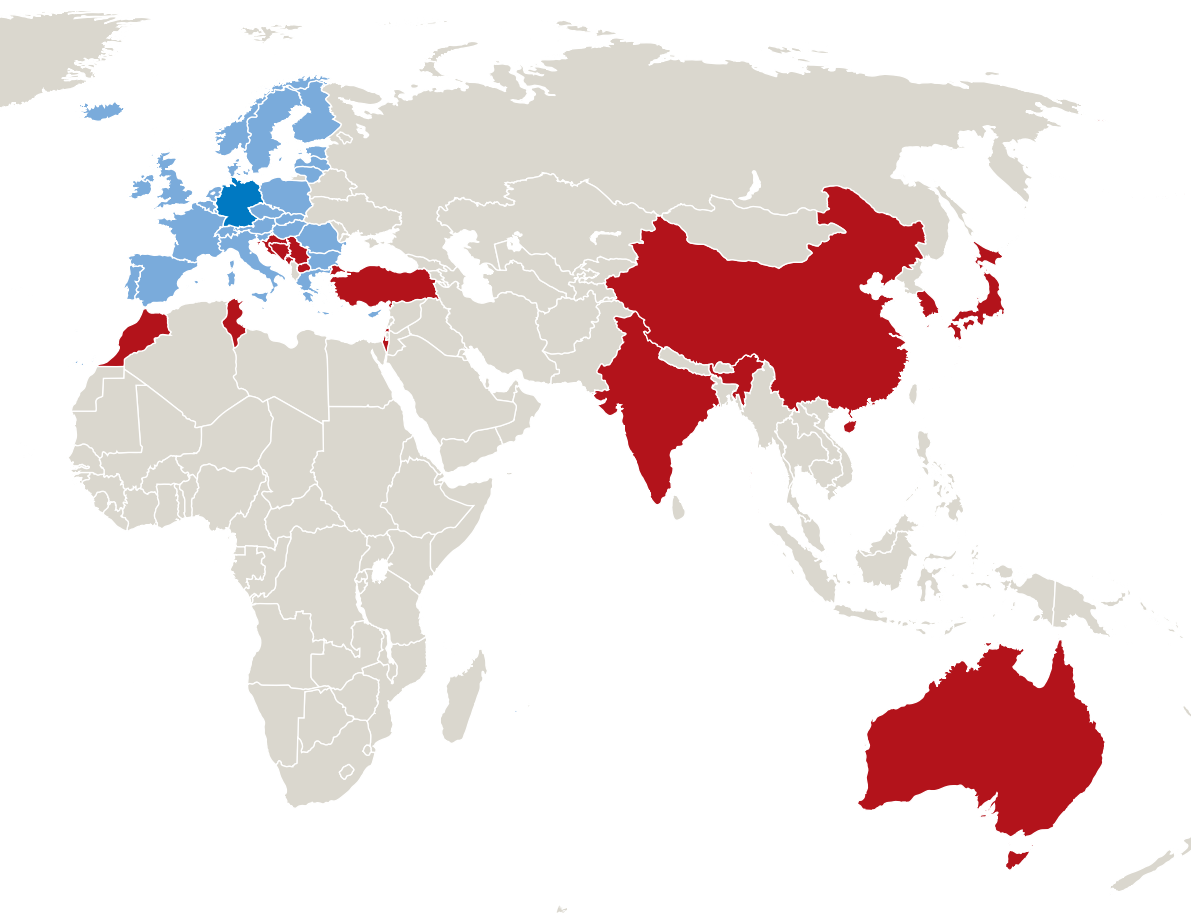
#### Fazit

Das Jahr 2010 stellte besonders hohe Anforderungen an alle Verantwortlichen zur Umsetzung des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts. Gegenüber dem GKV-Spitzenverband, DVKA bestand dabei die Erwartungshaltung, auch in schwierigen Fragen praxistaugliche Lösungswege aufzuzeigen, was nicht zuletzt durch den intensiven Einsatz aller verfügbaren Ressourcen sowie intensiven Schulungsmaßnahmen für die Beschäftigten bei den Mitgliedern ohne nennenswerte Störung gelungen ist.

Die internationale Orientierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, Versicherten und Rentnern aus Deutschland wird sich dynamisch steigern. Große Herausforderungen bleiben also – ja, nehmen sogar stetig zu. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird sich diesen Herausforderungen stellen und alles daran setzen, auch zukünftig den hohen Ansprüchen des damit betroffenen speziellen Bereichs der Rechtsanwendung gerecht zu werden.



Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



- Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA auf Basis der Verordnungen (EWG/EG) über soziale Sicherheit
- Kooperation mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA auf Basis eines bilateralen Abkommens
- Abkommen mit Deutschland unterzeichnet, aber noch nicht in Kraft

Der Aufbau des GKV-Spitzenverbandes wurde auch im Geschäftsjahr 2010 erfolgreich fortgesetzt. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten gewonnen werden, weitere Ausbildungsplätze wurden geschaffen. Die Büroflächen in Berlin wurden erweitert und ein abteilungsübergreifendes Dokumenten-Management-System wurde auf den Weg gebracht. Durch klare und moderne Führungsgrundsätze schafft der GKV-Spitzenverband ein erfolgversprechendes Arbeitsklima. Diverse Prüfungen durch die Aufsichtsbehörden sowie einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ergaben eine ordnungsgemäße und transparente Führung der Geschäfte und Aufstellung der Jahresrechnung.

## Organisationsentwicklung im GKV-Spitzenverband 2010

### Personalentwicklung

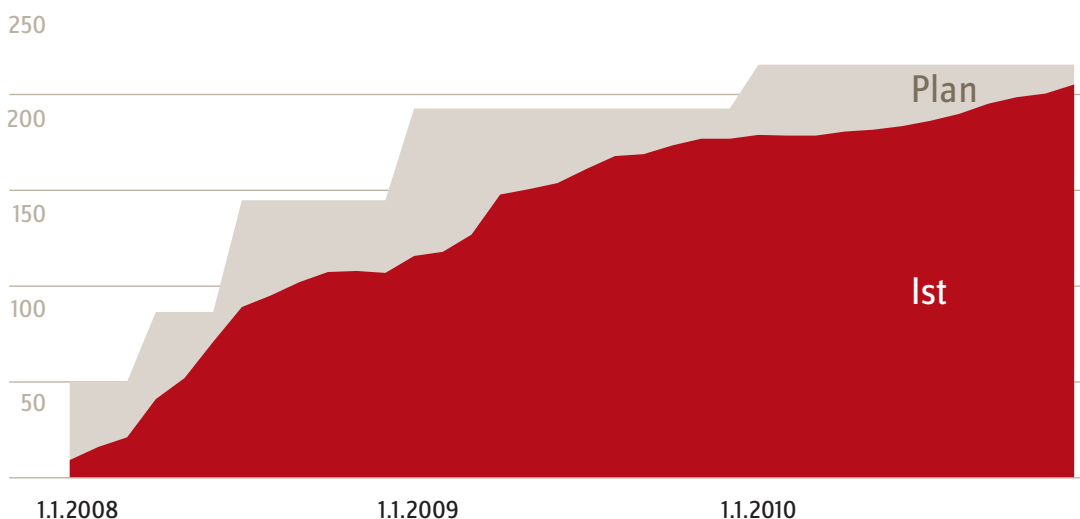
Für das Jahr 2010 sah der Stellenplan des GKV-Spitzenverbandes insgesamt 305 Planstellen vor; davon entfielen 89 auf die Abteilung DVKA in Bonn. Im Laufe des Jahres konnte weiteres Personal für den GKV-Spitzenverband gewonnen werden, so dass 206 Stellen zum Jahresende besetzt waren. Neben den unbefristet beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren bis zu 41 Beschäftigte übergangsweise im Rahmen von Abordnungen, Befristungen oder Zeitarbeit tätig. Die fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für die Personalentwicklung des GKV-Spitzenverbandes eine wichtige Aufgabe. In diesem Sinne wurden im Jahre 2010 die internen Bildungsmaßnahmen qualitativ und quantitativ weiterentwickelt. Zur Jahresmitte 2010

wurde der erste Gleichstellungsplan beim GKV-Spitzenverband in Kraft gesetzt und im Oktober 2010 konstituierte sich die Schwerbehindertenvertretung. Der GKV-Spitzenverband ist seit dem Jahr 2009 ein Ausbildungsbetrieb. Da im Jahr 2011 zwei weitere Auszubildende im Rahmen einer 3-jährigen Berufsausbildung beschäftigt werden sollen, erfolgten im September bzw. Oktober 2010 die Ausschreibungen für Ausbildungsplätze zur/zum Fachinformatiker/-in für Systemintegration und zur Kauffrau/zum Kaufmann für Bürokommunikation.

### Erweiterung der Büroflächen

Wegen des Personalaufbaus beim GKV-Spitzenverband waren im Frühjahr 2010 die Büroräume in der Mittelstraße durch Mehrfachbelegungen überlastet. Es bestand Handlungsbedarf hinsichtlich der

## Personalentwicklung beim GKV-Spitzenverband 2008-2010\*



\* ohne Abt. DVKA in Bonn

Raum- und Immobiliensituation. Als Erweiterung der Bürofläche wurde nur wenige Meter entfernt zusätzlicher Büroraum in dem Mietobjekt „Linden-corso“ angemietet. Darüber hinaus hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen, mittelfristig die Berliner Standorte in einer neu anzumietenden Immobilie zusammenzuführen.

#### **Einführung eines Dokumenten-Management-Systems**

Im Jahr 2010 wurde mit der Einführung eines Dokumenten-Management-Systems (DMS) innerhalb des GKV-Spitzenverbandes begonnen. Das Gremienmanagement des Stabsbereichs Selbstverwaltung ist bereits produktiv. Das Gremienmanagement der Fachabteilungen befindet sich in der Testphase, um abteilungsübergreifende Schnittstellen zu integrieren. Ziel ist die Vereinfachung der Vor- und Nachbereitung von Gremiensitzungen und ein wirtschaftlicherer Einsatz vorhandener Personalressourcen durch ein abteilungsübergreifendes Gremienmanagement. Die Realisierungsphase der darüber hinausgehenden Abteilungsablagen folgt stufenweise in Teilprojekten, zum Teil im Jahr 2011.

#### **Führungs- und Unternehmenskultur im GKV-Spitzenverband**

Der Erfolg von Unternehmen sowie von Non-Profit-Organisationen hängt nicht zuletzt von Fragen der Unternehmens- und Führungskultur ab. Vorstand und Führungskreis haben daher nach intensiven Beratungen Führungsgrundsätze vereinbart. Diese Führungsgrundsätze stellen eine inhaltliche Leitlinie für eine offene Kommunikation dar. Das Fördern von Ideen und Initiativen, klare, angemessene Rückmeldungen und Verbindlichkeit und Vertrauen sollen als Prinzipien den Arbeitsalltag des GKV-Spitzenverbandes prägen.

1. Wir beraten, fördern und ermutigen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu eigenverantwortlichem Arbeiten.
2. Wir führen kooperativ.
3. Die Führungskräfte geben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern konstruktive Rückmeldungen und fordern dies für sich aktiv ein.
4. Es ist Führungsaufgabe, Konflikte zu sehen, anzusprechen, Anstoß und eventuell Hilfestellung zur Lösung zu geben und bei Bedarf Maßnahmen zu ergreifen [Ziel ist es, eine Lösung zu finden, nicht eine/n Schuldige/n].
5. Unser Umgang miteinander ist geprägt durch gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung. Insbesondere wenn wir Führungsverantwortung tragen, sind wir uns unserer Vorbildfunktion bewusst und nehmen unsere soziale Verantwortung aktiv wahr.
6. Wir würdigen Ideen und Kreativität unabhängig von Hierarchie-Ebenen.
7. Ein rechtzeitiger, regelmäßiger, wechselseitiger und vertrauensvoller Informationsaustausch findet über alle Ebenen und Bereiche hinweg statt. Unser Denken und Handeln endet nicht an den Abteilungs- oder Bereichsgrenzen. Wesentliche Entscheidungen sind transparent und werden rechtzeitig kommuniziert.
8. Wir sind konstruktiver Kritik gegenüber aufgeschlossen und bereit zur Selbstkritik.
9. Wir schenken Vertrauen.

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

### **Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes und Prüfankündigungen durch die Aufsicht**

Auch im Jahr 2010 wurde der GKV-Spitzenverband durch Prüfungen der Aufsichtsbehörden und des Bundesrechnungshofes (BRH) begleitet. Im Folgenden wird ein Überblick über die Prüfungen gegeben:

- ▶ Im März 2010 fand die Prüfung des BRH zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) im Hause des GKV-Spitzenverbandes statt. Während der Prüfung erhielt der BRH Einblick in das Beitragswesen, die finanzielle Situation der gematik und die Einflussmöglichkeiten und Interessenvertretung des GKV-Spitzenverbandes. Im Ergebnis wurde die Verfahrensweise des Beitragswesens 2008 bis 2010 zur Finanzierung der gematik durch die Prüfer als transparent und mit dem Grundsatz einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung vereinbar erachtet.

- ▶ Im Juni 2010 erfolgte eine Prüfung des BRH zur einheitlichen Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder durch den GKV-Spitzenverband.

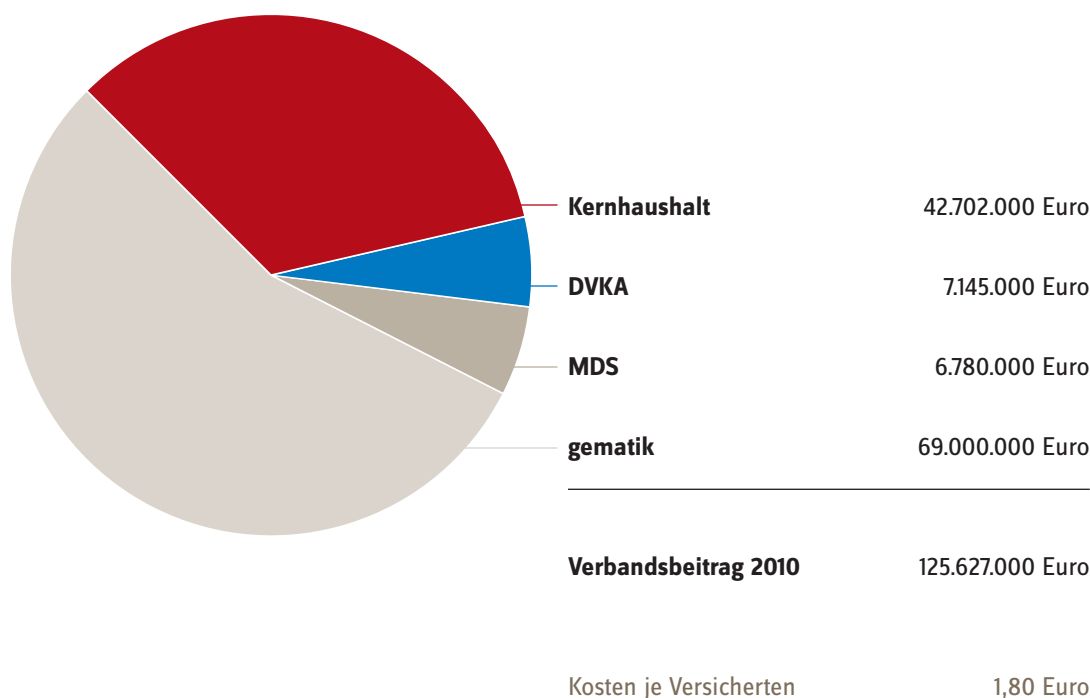
- ▶ Im August 2010 wurde dem GKV-Spitzenverband durch das Bundesversicherungsamt (BVA) der Abschlussbericht zu der im Dezember 2009 erfolgten Prüfung gemäß § 274 Absatz 1 SGB V zugesandt. Im Ergebnis wurde dem GKV-Spitzenverband im Bereich Finanzen/Verwaltung eine transparente Datenlage und, bezogen auf den konkreten Prüfumfang und die Prüfergebnisse, eine ordnungsgemäße Führung bescheinigt. Weiterhin wurden durch das BVA eine ordnungsgemäße Aufstellung der Haushaltspläne 2008 bis 2010 festgestellt und im Wesentlichen alle zuvor benannten Prüfpunkte als erledigt betrachtet.

Über die Prüfungen der Aufsichtsbehörden und des BRH hinaus fand im März 2010 die Prüfung der Jahresrechnung 2009 durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG statt.



## Bestandteile des Haushaltsplans 2010

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010



### Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

#### Jahresrechnung 2009

Mit der Jahresrechnung 2009 legte der GKV-Spitzenverband erstmals eine Jahresrechnung über ein vollständiges Haushaltsjahr vor. Die Prüfung der Jahresrechnung 2009, einschließlich des Teilhaushaltes der zum 1. Juli 2008 in den GKV-Spitzenverband integrierten Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG führte zu keinen Einwendungen. Am 14. April 2010 stellte der Vorstand die Jahresrechnung 2009 des GKV-Spitzenverbandes auf. Zum 15. April 2010 wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. In seiner Sitzung am 9. Juni 2010 entlastete

te der Verwaltungsrat den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2009 ab, die mit einem Gesamtergebnis (Einnahmenüberschuss) von 14,7 Mio. Euro abschließt.

#### Verbandsbeitrag und Hochrechnung 2010

Mit dem Haushaltsplan 2010 legte der GKV-Spitzenverband einen Haushaltsplan vor, der einen Gesamtverbandsbeitrag von 125,6 Mio. Euro (Vorjahr 167,3 Mio. Euro) ausweist. Der Haushaltsplan beinhaltet den Kernhaushalt sowie die Teilhaushalte der DVKA und der externen Organisationen Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. Der Verbandsbeitrag 2010 ist auf Grund

#### Aufgabenschwerpunkte des GKV-SV im Jahr 2010

des Abbaus überschüssiger Betriebsmittel der gematik aus Vorjahren gesunken.

Gegenüber dem geplanten Ergebnis weist die Hochrechnung 2010 ein um fast 4 Mio. Euro besseres Ergebnis aus. Dies ist auf Mehreinnahmen im Wege der Kostenerstattung des Verbandes der privaten Krankenversicherung zur anteiligen Finanzierung der gematik und auf Kosteneinsparungen durch die unterjährige Stellenbesetzung („Qualität vor Quantität“) zurückzuführen. Diesen stehen zum Teil überplanmäßige Ausgaben für die Neuausrichtung der Telematik und für den GKV-Kommunikationsserver (Elektronisches Arbeitgebermeldeverfahren) gegenüber. Die überschüssigen Mittel wurden bereits vor Erstellung der Jahresrechnung 2010 umlagend in die Haushaltsplanung 2011 eingebracht.

#### Haushalt 2011

##### Verwaltungskostendeckelung 2011 und 2012

Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz dürfen die Verwaltungskosten der Krankenkassen für die

Jahre 2011 und 2012 im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen. Entsprechendes gilt für den GKV-Spitzenverband. Der unter dieser Prämisse vom Vorstand aufgestellte und mit dem Fachausschuss Organisation und Finanzen beratene Haushaltsplan 2011 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 7. Dezember 2010 einstimmig festgestellt und beschlossen. Er entspricht den gesetzlichen Vorgaben und weist mit 75,1 Mio. Euro gegenüber dem Vorjahresplan einen um 50,6 Mio. Euro geringeren Verbandsbeitrag aus. Dies ist im Wesentlichen auf den Abbau überschüssiger Mittel sowohl der gematik als auch des Kernhaushaltes aus Vorjahren zurückzuführen. In der Haushaltsplanung 2011 werden erstmals die Aufwendungen des Projektes zur Neuausrichtung der Telematik und für den GKV-Kommunikationsserver sowie die Mehraufwendungen für die Umsetzung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die Aufwendungen für die Zusammenkunft der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes im Dezember 2011 eingeplant.



Die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes wurde auch 2010 weiter ausgebaut. Dateiformate aller Art werden sicher und zuverlässig verarbeitet. Außerdem konnten im Jahr 2010 zahlreiche Entwicklungen im Softwarebereich vom GKV-Spitzenverband zum Erfolg geführt werden, darunter z. B. die Implementierung eines zentralen Prüfprogramms im Bereich amtlicher Statistiken oder die Weiterentwicklung des Verfahrens zur Prüfung, Aufbereitung und Weiterleitung der RSA-Daten von den Krankenkassen an das Bundesversicherungsamt. Das Data-Warehouse des GKV-Spitzenverbandes hatte 2010 eine erhebliche Steigerung sowohl des Datenvolumens als auch der Nutzer zu verzeichnen. Mit Neuentwicklungen, z. B. eines Klassifikationsverfahrens für den Morbi-RSA oder eines Projekts zur Neuausrichtung der Prozesse im Arzneimittelbereich, konnten auch Modularität und Performance deutlich erhöht werden.

## Informationstechnologie – Die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes als zentrale Datendrehzscheibe der GKV

Aufgabenschwerpunkte  
des GKV-SV im Jahr 2010

Die universelle Datenannahme- und Weiterleitungsstelle (DAW) des GKV-Spitzenverbandes hat sich permanent weiterentwickelt. Neben den Standards wie KKS (Krankenkassen-Kommunikationssystem – ein von den Krankenkassen für das Gesundheits- und Sozialwesen entwickelter Standard) und eXtra (ein gemeinsam entwickelter Standard der Wirtschaft und Verwaltung) können auch andere Dateiformate und Dateistandards sicher und zuverlässig verarbeitet werden. Für alle üblichen elektronischen Kommunikationsverfahren steht ein abgesicherter technischer Prozess zur Verfügung.

Die DAW des GKV-Spitzenverbandes wurde 2010 erheblich ausgebaut und gewährleistet aktuell den Datenaustausch für rund 600 Kommunikationspartner innerhalb der GKV. Die schnelle Entwicklungszeit für die sehr umfangreiche Software mit heute mehr als 130.000 Zeilen Programmiercode ist insbesondere der zielorientierten Zusammenarbeit des GKV-Spitzenverbandes und der ITSG zu verdanken. Die Anzahl der betriebenen Verfahren in der DAW wuchs von sechs im Jahr 2009 auf 38 im Jahr 2010.

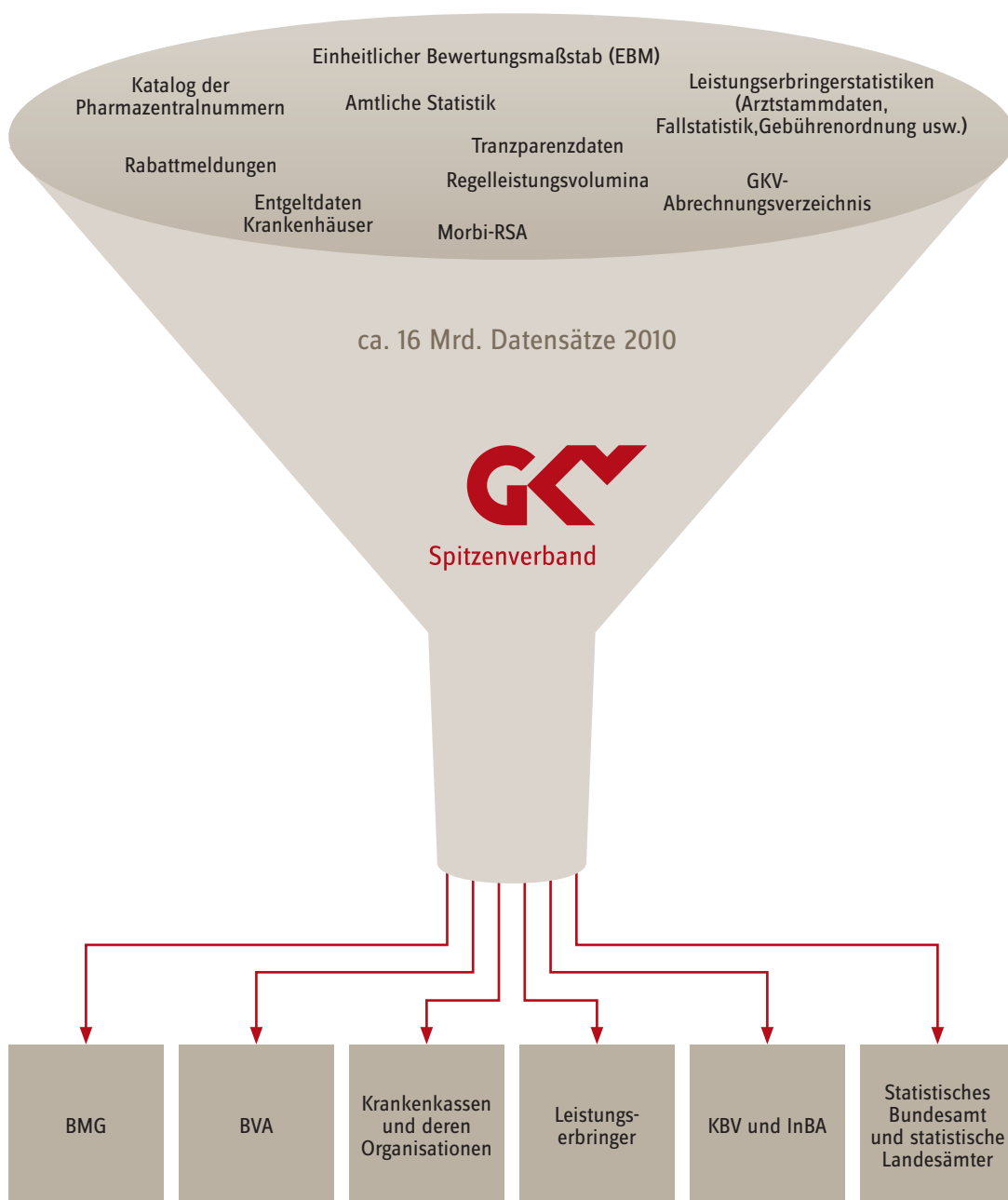
### IT-Koordination

Im Jahr 2010 hat der GKV-Spitzenverband 23 Software-Entwicklungsprojekte erfolgreich durchgeführt. Dazu gehört u. a. die Implementierung eines zentralen Prüfprogramms im Bereich der amtlichen Statistiken. Diese Neuentwicklung ermöglicht eine zeitnahe Pflege und Änderung der derzeit knapp 670 Prüfregele und führte zu einer Vereinheitlichung des gesamten Prüfverfahrens.

Zu den gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes zählt auch die Führung eines strukturierten Hilfsmittelverzeichnisses. Hier werden ca. 30.000 Hilfsmittel in 40 Produktgruppen, 750 Untergruppen und 2.000 Produktarten unterschieden und verwaltet. Ein herausragendes Merkmal der dafür konzipierten Anwendung ist das Online-Verfahren, auf das nicht nur die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes, sondern auch des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Essen zugreifen können. Hierdurch wurde eine deutliche Effizienzsteigerung bei der Zusammenarbeit im Hilfsmittelbereich ermöglicht. Die Erweiterung des Verfahrens um eine zentrale Festbetragsberechnung und -simulation unterstützt den GKV-Spitzenverband bei der zügigen und konsistenten Bewältigung seiner gesetzlichen Aufgaben.

Aus den umfangreichen Neuentwicklungen sind im Bereich IT-Koordination allein im Jahr 2010 16 laufende Verfahren entstanden, die kontinuierlich weiterentwickelt und an die wachsenden Anforderungen angepasst werden. So wurde das Verfahren der Prüfung, Aufbereitung und Weiterleitung der RSA-Daten von den Krankenkassen an das BVA um eine komfortable Lösung zur Fehlerrückmeldung ergänzt und hilft dabei, in diesem Bereich Personalressourcen einzusparen und gleichzeitig die Qualität der Datenlieferungen zu verbessern.

## Datenmanagement im GKV-Spitzenverband



BMG = Bundesministerium für Gesundheit  
 BVA = Bundesversicherungsamt  
 KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung  
 InBA = Institut des Bewertungsausschusses



### Das Data-Warehouse des GKV-Spitzenverbandes

Für das Data-Warehouse (DWH) des GKV-Spitzenverbandes wurden 2010 neben der Umsetzung von 30 Pflege- bzw. Änderungsarbeiten 46 sogenannte Lade- bzw. Entladestrecken entwickelt und bestehende Datenprozesse an geänderte Anforderungen angepasst. Erwartungsgemäß stieg mit der zunehmenden Zahl der Datenkreise im DWH auch das Datenvolumen und die Zahl der Nutzer. Derzeit sind 61 Nutzer für das DWH registriert. Das DWH bildet mit seinen Daten die Grundlage für die Vielzahl der gesetzlichen Aufgaben und Fachanforderungen an den GKV-Spitzenverband und die hieraus resultierenden Datenanforderungen, z. B. die Datenanalyse als Vorbereitung von Budgetverhandlungen mit Ärzten, Modellrechnungen für den Morbi-RSA oder Prüfung, Sammlung und Weiterleitung der amtlichen Statistikdaten.

Speziell für den Morbi-RSA wurde ein rein auf DWH-Technologie basierendes Klassifikationsverfahren entwickelt, ein sogenannter Grouper. Das

Besondere an diesem Grouper ist sein modularer Aufbau: Es sind beliebige Varianten berechenbar, wobei Vor- und Nachteile einzelner Varianten durch die Fachabteilung des GKV-Spitzenverbandes ermittelt und bewertet werden können. Dabei werden bei einem Durchlauf bis zu 2,5 Milliarden Datensätze in vier Stunden verarbeitet. Neben der Modularität ist es also die Performance, die einen großen Mehrwert bietet.

Ähnlich verhält es sich mit einem Projekt zur Neuausrichtung der Prozesse im Arzneimittelbereich. Das Datenmodell und sämtliche Berechnungsroutinen wurden neu entwickelt mit dem Ergebnis, dass die Ermittlung der ca. 400 Festbetragsgruppen in der neuen Umgebung um ein Vielfaches schneller läuft als zuvor. Zudem können erforderliche Anpassungen auf Grund veränderter Anforderungen eigenständig durch den GKV-Spitzenverband umgesetzt werden. Damit spart das neue Verfahren externen Entwicklungsaufwand, ist schlanker, transparenter und flexibler.

# Anhang

## Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 1.7.2010

- |  |   |                                    |  |
|--|---|------------------------------------|--|
| 1. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen              | 16. Audi BKK                            | 48. BKK Euregio                    | 85. BKK PHOENIX                          |
| 2. AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland                    | 17. Bahn-BKK                            | 49. BKK EWE                        | 86. BKK PricewaterhouseCoopers           |
| 3. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen                      | 18. BARMER GEK                          | 50. BKK exklusiv                   | 87. BKK Publik                           |
| 4. AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse              | 19. Bertelsmann BKK                     | 51. BKK Faber-Castell & Partner    | 88. BKK Rieker.Ricosta. Weisser          |
| 5. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse                         | 20. BIG direkt gesund                   | 52. BKK firmus                     | 89. BKK RWE                              |
| 6. AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse             | 21. BKK 24                              | 53. BKK Freudenberg                | 90. BKK salvina                          |
| 7. AOK Bremen/Bremerhaven - Die Gesundheitskasse             | 22. BKK A.T.U.                          | 54. BKK für Heilberufe             | 91. BKK Salzgitter                       |
| 8. AOK Mecklenburg-Vorpommern - Die Gesundheitskasse         | 23. BKK Achenbach Buschhütten           | 55. BKK futur                      | 92. BKK SBH                              |
| 9. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen | 24. BKK advita                          | 56. BKK G&V                        | 93. BKK Scheufelen                       |
| 10. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse             | 25. BKK Aesculap                        | 57. BKK Gesundheit                 | 94. BKK Schott-Rohrglas                  |
| 11. AOK Rheinland-Pfalz - Die Gesundheitskasse               | 26. BKK Akzo Nobel Bayern               | 58. BKK Gildemeister Seidensticker | 95. BKK Schwesternschaft München vom BRK |
| 12. AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse                | 27. BKK ALP plus                        | 59. BKK Grillo-Werke AG            | 96. BKK S-H                              |
| 13. AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse            | 28. BKK Axel Springer                   | 60. BKK Groz-Beckert               | 97. BKK Stadt Augsburg                   |
| 14. AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse               | 29. BKK B. Braun                        | 61. BKK Heimbach                   | 98. BKK Technoform                       |
| 15. atlas BKK ahlmann  | 30. BKK Basell                          | 62. BKK Henschel Plus              | 99. BKK Textilgruppe Hof                 |
|  | 31. BKK Beiersdorf AG                   | 63. BKK Herford Minden Ravensberg  | 100. BKK TUI                             |
|  | 32. BKK BJB                             | 64. BKK Herkules                   | 101. BKK VBU                             |
|  | 33. BKK BMW                             | 65. BKK Hoesch                     | 102. BKK VDN                             |
|  | 34. BKK BPW Bergische Achsen AG         | 66. BKK IHV                        | 103. BKK VerbundPlus                     |
|  | 35. BKK Braun-Gillette                  | 67. BKK Karl Mayer                 | 104. BKK Victoria - D.A.S.               |
|  | 36. BKK Demag Krauss-Maffei             | 68. BKK Kassana                    | 105. BKK Vital                           |
|  | 37. BKK der MTU Friedrichshafen GmbH    | 69. BKK KBA                        | 106. BKK Vor Ort                         |
|  | 38. BKK der SIEMAG                      | 70. BKK KEVAG                      | 107. BKK Voralb Heller Leuze Traub       |
|  | 39. BKK der Thüringer Energieversorgung | 71. BKK Krones                     | 108. BKK Werra-Meissner                  |
|  | 40. BKK Deutsche Bank AG                | 72. BKK Linde                      | 109. BKK Westfalen-Lippe                 |
|  | 41. BKK Diakonie                        | 73. BKK Mahle                      | 110. BKK Wieland-Werke                   |
|  | 42. BKK Die Bergische Krankenkasse      | 74. BKK MAN und MTU                | 111. BKK Wirtschaft und Finanzen         |
|  | 43. BKK Dr. Oetker                      | 75. BKK Medicus                    | 112. BKK Würth                           |
|  | 44. BKK Dürkopp Adler                   | 76. BKK Melitta Plus               | 113. BKK ZF & Partner                    |
|  | 45. BKK ENKA                            | 77. BKK MEM                        | 114. Bosch BKK                           |
|  | 46. BKK Ernst und Young                 | 78. BKK Merck                      |  |
|  | 47. BKK Essanelle                       | 79. BKK Miele                      |  |
|  |   | 80. BKK Mobil Oil                  |  |
|  |   | 81. BKK N-Ergie                    |  |
|  |   | 82. BKK Pfaff                      |  |
|  |   | 83. BKK Pfalz                      |  |
|  |   | 84. BKK Pfeifer und Langen         |  |



- 
- |   |   |
|---|---|
| 115. Brandenburgische BKK                     | 143. LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben |
| 116. City BKK                                 |   |
| 117. Daimler BKK                              | 144. LKK Niedersachsen-Bremen                 |
| 118. DAK - Unternehmen Leben                  | 145. LKK Nordrhein-Westfalen                  |
| 119. Debeka BKK                               | 146. LKK Schleswig-Holstein und Hamburg       |
| 120. Deutsche BKK                             | 147. mhplus BKK                               |
| 121. Die Continentale BKK                     | 148. Novitas Vereinigte BKK                   |
| 122. Dräger & Hanse BKK                       | 149. pronova BKK                              |
| 123. E.ON BKK                                 | 150. R+V BKK                                  |
| 124. Energie-BKK                              | 151. Saint-Gobain BKK                         |
| 125. ESSO BKK                                 | 152. Salus BKK                                |
| 126. Gemeinsame BKK (GBK)                     | 153. Schwenninger BKK                         |
| 127. HEAG BKK                                 | 154. Securvita BKK                            |
| 128. HEK - Hanseatische Krankenkasse          | 155. Shell BKK/ Life                          |
| 129. hkk                                      | 156. Siemens-Betriebskrankenkasse             |
| 130. HypoVereinsbank BKK                      | 157. SKD BKK                                  |
| 131. IKK Brandenburg und Berlin               | 158. Südzucker-BKK                            |
| 132. IKK classic                              | 159. Techniker Krankenkasse                   |
| 133. IKK gesund plus                          | 160. Vaillant BKK                             |
| 134. IKK Nord                                 | 161. Vereinigte BKK                           |
| 135. IKK Südwest                              | 162. Vereinigte IKK                           |
| 136. KKH-Allianz                              | 163. WMF BKK                                  |
| 137. Knappschaft                              |   |
| 138. Krankenkasse für den Gartenbau           |   |
| 139. LKK Baden-Württemberg                    |   |
| 140. LKK Franken und Oberbayern               |   |
| 141. LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland |   |
| 142. LKK Mittel- und Ostdeutschland           |   |
- 

## Fusionen im Jahr 2010 (inklusive Fusionen zum 01.01.2011)

### Vereinigte Kasse

**AOK Berlin-Brandenburg - Die Gesundheitskasse**

**atlas BKK ahlmann**

**BARMER GEK**

**BKK Gesundheit**

**BKK vor Ort**

**DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse**

**IKK classic**

**pronova BKK**

**Schwenninger BKK**

**SBK Siemens-Betriebskrankenkasse**

**Vaillant BKK**

### Fusionspartner

AOK Berlin - Die Gesundheitskasse  
AOK Brandenburg - Die Gesundheitskasse

ATLAS BKK  
BKK Ahlmann

Barmer Ersatzkasse  
Gmünder ErsatzKasse GEK

BKK Gesundheit  
BKK FAHR

BKK vor Ort  
BKK Deutsche BP Aktiengesellschaft

DAK Deutsche Angestellten-Krankenkasse  
Hamburg Münchener Krankenkasse

IKK Baden-Württemberg und Hessen  
IKK Sachsen  
IKK Thüringen  
IKK Hamburg

pronova BKK  
BKK Ford & Rheinland  
BKK GOETZE & Partner

Schwenninger BKK  
BKK Ost-Hessen

SBK Siemens-Betriebskrankenkasse  
neue BKK

Vaillant BKK

**Vereinigte Kasse****Fusionspartner**

Anhang

**AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen**

INOVITA BKK  
 AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
 IKK Niedersachsen

**Audi BKK**

Audi BKK  
 BKK FTE

**Novitas BKK**

NOVITAS BKK - Die Präventionskasse  
 ktpBKK

**pronova BKK**

pronova BKK  
 BKK DER PARTNER

**Vereinigte BKK**

NECKERMANN BETRIEBSKRANKENKASSE  
 BANK BKK

**Vereinigte IKK**

SIGNAL IDUNA IKK  
 IKK Nordrhein

**AOK NordWest - Die Gesundheitskasse**

AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse  
 AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse

**BKK vor Ort**

BKK vor Ort  
 BKK Westfalen-Lippe  
 BKK N-ERGIE

**AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**

AOK Berlin-Brandenburg  
 AOK Mecklenburg-Vorpommern

**BKK Kassana**

BKK Kassana  
 salvina BKK

**mhplus Betriebskrankenkasse**

mhplus Betriebskrankenkasse  
 GBK

**Vereinigte BKK**

Vereinigte BKK  
 BKK ENKA



## Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2010

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Blum, Leo	LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Burger, Winfried	IKK Südwest (am 27.09.2010 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Hansen, Dr. Volker	AOK Berlin-Brandenburg
Hornung, Ernst	Esso BKK
Jehring, Stephan	AOK Plus
Landrock, Dieter	AOK Baden-Württemberg
Mauer, Günter	AOK Rheinland/Hamburg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Niederhausen, Dieter	AOK Hessen
Räde, Hubertus	AOK Bayern (am 24.03.2010 vom Amt entbunden)
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Schmid, Karl-Heinz	Siemens BKK
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens BKK
Wille, Rolf	IKK Niedersachsen (am 09.06.2010 vom Amt entbunden)
Wöhler, Dr. Claudia	AOK Bayern (am 07.06.2010 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Wollseifer, Hans-Peter	Vereinigte IKK

### Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Balzer, Klaus	KKH-Allianz
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bender, Hans	DAK
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Breymaier, Leni	BARMER GEK
Budde, Willi	BKK vor Ort
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Huber, Ludwig	BARMER GEK
Jockel, Heidelind	AOK Berlin-Brandenburg
Keppeler, Georg	AOK NordWest (am 07.06.2010 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Kloppich, Iris	AOK Plus



Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Mathes, Manfred	BARMER GEK
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reumann, Peter	hkk
Schmidt, Andreas	AOK Rheinland/Hamburg (am 24.03.2010 vom Amt entbunden)
Schoch, Manfred	BKK BMW AG
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	Siemens BKK
Stute, Hans-Peter	DAK
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK

## Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2010

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Beetz, Jürgen	Schwenninger BKK
Bernecker, Viktor	AOK Plus
Bögemann, Heiner	AOK Bremen/Bremerhaven
Bruns, Rainer	AOK NordWest
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin (am 27.09.2010 zum stv. Mitglied gewählt)
Fitzke, Helmut	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
John, Rainer	BKK vor Ort
Kreßel, Prof. Eckhard	Daimler BKK
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz
Lampe, Lothar	LKK Niedersachsen-Bremen
Malter, Joachim	AOK Saarland
Projahn, Dr. Horst-Dieter	AOK NordWest
Schneider, Dr. Peter	AOK Sachsen-Anhalt
Schurr, Horst	IKK classic (am 09.06.2010 vom Amt entbunden)
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Zöller, Horst	BKK Gesundheit

### Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK
Balsler, Erich	KKH-ALLIANZ
Bartz, Christoph	Deutsche BKK
Beeskow, Eva	BARMER GEK
Biermann, Ilka	BARMER GEK
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Christen, Anja	BKK VBU
Deutschland, Peter	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Dorneau, Hans-Jürgen	Bahn BKK
Erb, Hartwig	Vereinigte IKK
Fenske, Dieter	DAK
Friederichs, Günter	Shell BKK/Life
Fuchs, Dr. Harry	DAK (am 24.03.2010 vom Amt entbunden)



Göbel, Karl Michael	Techniker Krankenkasse (am 24.03.2010 vom Amt entbunden)
Grunau, Wilfried	Techniker Krankenkasse (am 24.03.2010 vom Amt entbunden)
Habermann, Rolf	Vereinigte IKK
Haigis, Kurt	BKK Gesundheit
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK
Heerbeck, Thomas	BARMER GEK
Holz, Elke	DAK
Hoof, Walter	DAK
Hüfner, Gert	Knappschaft
Klefler, Regina	IKK classic
Köhler, Peter	AOK NordWest
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Krell-Jäger, Barbara	DAK (am 07.06.2010 zum stv. Mitglied gewählt)
Kunzmann, Martin	BARMER GEK
Lieske, Dieter	Vereinigte IKK
Lohre, Karl Werner	BARMER GEK
Lubitz, Bernhard	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Maurer, Matthias	BARMER GEK
Meckel, Klaus	BKK MEM
Metschurat, Wolfgang	AOK Berlin-Brandenburg
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz
Neuendorf, Theo	DAK
Nothof, Karl	BARMER GEK
Richling, Bärbel	Techniker Krankenkasse (am 07.06.2010 zum stv. Mitglied gewählt)
Ringhoff, Hubert	Techniker Krankenkasse
Röhm, Jaqueline	Techniker Krankenkasse
Schäfer, Günter	DAK
Schelter, Wolfgang	DAK
Schwan, Silvia	Techniker Krankenkasse
Seiffert, Stephan	BKK 24
Slovinec, Gertrude	Techniker Krankenkasse (am 07.06.2010 zum stv. Mitglied gewählt)
Söffing, Hans-Jürgen	AOK Bremen/Bremerhaven
Staudt, Alfred	AOK Saarland
Treibmann, Peter	Techniker Krankenkasse
Wittrup, Hermann	KKH-Allianz
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt

## Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2010

### Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Dieter Niederhausen/Willi Budde (alternierend)

#### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. **Dieter Niederhausen (AOK)**
2. Karl-Heinz Schmid (BKK)
3. Hans Peter Wollseifer (IKK)
4. Leo Blum (LKK)
5. Dr. Volker Hansen (AOK)

Versichertenvertreter

1. **Willi Budde (BKK)**
2. Dieter F. Märtens (EK)
3. Matthias Maurer (EK)
4. Fritz Schösser (AOK)
5. Georg Keppeler (AOK)
6. Hans-Jürgen Müller (IKK)
7. Zahn, Christian (EK)

#### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Viktor Bernecker (AOK)
- Detlef E. von Schweinitz (BKK)
- N.N. (IKK)
- Lothar Lampe (LKK)
- Heiner Bögemann (AOK)

Versichertenvertreter

- Klaus Balzer (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Horst Wittrin (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Leni Breymaier (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Eckehard Linnemann (Knappschaft)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7  
Günter Güner (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7  
Peter Deutschland (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7

## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Dieter Landrock/Holger Langkutsch (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dieter Landrock (AOK)
2. Detlef E. von Schweinitz (BKK)
3. Leo Blum (LKK)
4. Dr. Volker Hansen (AOK)
5. N.N. (IKK)

Versichertenvertreter

1. Holger Langkutsch (EK)
2. Erich Balsler (EK)
3. Bärbel Richling (EK)
4. Peter Reumann (EK)
5. Hartmut Tölle (AOK)
6. Detlef Baer (IKK)
7. Ralf Kirch (BKK)

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Dr. Christian Münzer (AOK)
- Ernst Hornung (BKK)
- Lothar Lampe (LKK)
- Dieter Niederhausen (AOK)
- Winfried Burger (IKK)

Versichertenvertreter

- Theo Neuendorf (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4  
Rosemie Bilz (EK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4  
Eva Beeskow (EK)
  3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4  
Iris Kloppich (AOK)
  1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7  
Regina Klefler (IKK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7

## Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Dietrich von Reyher/Eckehard Linnemann (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

Versichertenvertreter

#### 1. Dietrich von Reyher (BKK)

2. Dr. Claudia Wöhler (AOK)

3. N. N. (IKK)

4. Günter Mauer (AOK)

5. Ernst Hornung (BKK)

#### 1. Eckehard Linnemann (Knappschaft)

2. Wolfgang Metschurat (AOK)

3. Angelika Beier (AOK)

4. Manfred Schoch (BKK)

5. Helmut Aichberger (EK)

6. Hans Bender (EK)

7. Manfred Mathes (EK)

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

Versichertenvertreter

Winfried Burger (IKK)

Rainer Bruns (AOK)

Karl-Heinz Schmid (BKK)

Dr. Peter Schneider (AOK)

Detlef E. von Schweinitz (BKK)

Susanne Wiedemeyer (AOK)

1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4

Peter Deutschland (AOK)

2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4

Karl Nothof (EK)

1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7

Wolfgang Schelter (EK)

2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7

Barbara Krell-Jäger (EK)

3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7

## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Ernst Hornung/Fritz Schösser (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Ernst Hornung (BKK)
2. Dr. Christian Münzer (AOK)
3. Hans Peter Wollseifer (IKK)
4. Stephan Jehring (AOK)
5. Dr. Horst-Dieter Projahn (AOK)

Versichertenvertreter

1. Fritz Schösser (AOK)
2. Günter Güner (AOK)
3. Andreas Strobel (BKK)
4. Ludwig Huber (EK)
5. Hans-Peter Stute (EK)
6. Leni Breymaier (EK)
7. Harald Schulte (EK)

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Dietrich von Reyher (BKK)
- Joachim Malter (AOK)
- Dr. Volker J. Geers (IKK)
- Helmut Fitzke (AOK)
- N. N. (AOK)

Versichertenvertreter

- Gert Hüfner (Knappschaft)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Heidelind Jockel (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Georg Keppeler (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Rosemie Bilz (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7  
Dieter Fenske (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7  
Ulrike Hauffe (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-7

## Der Verwaltungsrat: Themen und Termine 2010

Gremien	Themen	Sitzungen im Berichtsjahr 2010
<b>Verwaltungsrat</b>	• Neuausrichtung der Telematik	23.02.2010 (Workshop)
	• Evaluation/Modifizierung der Pflege- Transparenzvereinbarungen	24.03.2010 08.04.2010
	• Künftige Finanzierung Pflegeversicherung	(Sondersitzung)
	• PKV-Beteiligung an den Qualitätsprüfungen Pflege	07.06.2010 (Workshop)
	• Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland	09.06.2010 02.09.2010 22.10.2010
	• Unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung (§ 65b SGB V)	(Sondersitzung) 07.12.2010
	• AMNOG und seine Auswirkungen	
	• Apothekenabschlag	
	• Innovationsmanagement: Konzept zur Innovationssteuerung Krankenhaus	
	• Krankenkassen und Kartellrecht	
	• Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	
	• Finanzcontrolling und Risikomanagement des GKV-Spitzenverbandes	
	• Finanz- und Personalstatus des GKV-Spitzenverbandes	
	• IT-Projekte des GKV-Spitzenverbandes	
	• Jahresrechnung 2009	
	• Prüfung der Jahresrechnung durch KPMG gem. § 31 SVHV einschließlich der Stellungnahme des Vorstandes zu den Feststellungen von KPMG gem. § 32 SVHV i. V. m. § 40 Abs. 2 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes Abnahme der Jahresrechnung 2009 (§ 31 Abs. 1 Nr. 13 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)	
	• Entlastung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes (§ 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 32 SVHV und § 31 Abs. 1 Nr. 14 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)	



- Auswahl Prüfer für die Jahresrechnung 2010 (Prüfungsschwerpunkte)
- Haushalt 2011
- Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e. V. (GDD)
- Geschäftsbericht 2010
- Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes
- Satzungsänderungen:
  - Änderung der Finanzhilfenordnung nach § 265a SGB V
  - Unterstützung bei der Abwicklung von gemeinsam zu finanzierenden Aufgaben (§ 38a)
  - Darlehensaufnahme (§ 4)
- Vereinbarung mit der ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüf-dienste nach § 274 SGB V zur Kostenbeteiligung
- Gremienbesetzung: Fachausschüsse des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, Fachbeirat, MDS-Verwaltungs-rat, G-BA
- Immobilienobjekt

#### **Fachausschüsse des Verwaltungsrates**

Zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Verwaltungsrat vier Fachausschüsse eingerichtet, deren Aufgabenfelder sich an der Aufbauorganisation des GKV-Spitzenverbandes orientieren: Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Fachausschuss Organisation und Finanzen, Fachausschuss Verträge und Versorgung und Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die Ausschüsse bereiten in Form einer Arbeitsteilung Beschlüsse des Verwaltungsrates sowie Themen, die im Plenum zu behandeln sind, fachlich vor.

## Anhang

<b>Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik (FA-GG)</b>	• Neuausrichtung der Telematik	08.02.2010	
	• Künftige Finanzierung der Pflegeversicherung	01.04.2010 (Sondersitzung mit FA-OF)	
	• Referentenentwurf zum GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄG) - hier: Neuregelung der Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes	20.04.2010 08.07.2010 29.07.2010	
	• Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes	(Fortsetzung vom 08.07. und Sondersitzung mit FA-OF)	
	• Europa-Angelegenheiten	14.10.2010	
	• Finanzcontrolling und Risikomanagement des GKV-Spitzenverbandes	(Sondersitzung) 22.11.2010	
	• Krankenkassen und Kartellrecht		
	• Änderung der Finanzhilfenordnung nach § 265a SGB V		
	• Geschäftsbericht 2010		
	• Grundlagen für Presseveröffentlichungen		
	<b>Fachausschuss Organisation und Finanzen (FA-OF)</b>	• Aktueller Finanz- und Personalstatus	20.01.2010 (Sondersitzung)
• Neuausrichtung der Telematik		09.02.2010 23.03.2010	
• Finanzcontrolling und Risikomanagement		(Sondersitzung) 01.04.2010	
• Satzungsänderungen:		(Sondersitzung mit FA-GG)	
• Änderung der Finanzhilfenordnung nach § 265a SGB V		28.04.2010	
• Unterstützung bei der Abwicklung von gemeinsam zu finanzierenden Aufgaben (§ 38a)		30.06.2010 29.07.2010	
• BVA-Prüfung des GKV-Spitzenverbandes nach § 274 Abs. 1 Satz 2 SGB V		(Sondersitzung mit FA-GG) 07.10.2010	
• Jahresrechnung 2009		(Sondersitzung)	
• Prüfung der Jahresrechnung durch KPMG gem. § 31 SVHV einschließlich der Stellungnahme des Vorstandes zu den Feststellungen von KPMG gem. § 32 SVHV i. V. m. § 40 Abs. 2 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes		27./28.10.2010	
• Abnahme der Jahresrechnung 2009 (§ 31 Abs. 1 Nr. 13 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)			
• Entlastung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes (§ 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 32 SVHV und § 31 Abs. 1 Nr. 14 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)			

- Auswahl Prüfer für die Jahresrechnung 2010 (Prüfungsschwerpunkte)
- Synchronisation der Zahlungstermine zur Finanzierung der gematik gem. § 291a SGB V mit den Zahlungsterminen der Verbandsumlage des GKV-Spitzenverbandes gem. § 38 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes
- Vereinbarung mit der ADV-Arbeitsgemeinschaft der Prüfdienste nach § 274 SGB V zur Kostenbeteiligung
- Kosten für die Einrichtung und Fortentwicklung eines GKV-Kommunikationsservers
- Haushalt 2011
- Übersicht über die Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes
- Prüfung gemäß § 274 SGB V
- Status bedeutender IT-Projekte des Jahres 2010
- Mitgliedschaft in der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e. V. (GDD)
- Datenschutz und Datensicherheit im GKV-Spitzenverband
- Bericht Datenschutzbeauftragter
- Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes
- Immobilienobjekt

**Fachausschuss  
Verträge und  
Versorgung  
(FA-VV)**

- Innovationsmanagement in der medizinischen Versorgung 04.02.2010
- Konzept zur Innovationssteuerung Krankenhaus 20.04.2010
- Zukunft der ambulanten Versorgung - Differenzierte, sektorenübergreifende Bedarfsplanung 06.07.2010
- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung 09.11.2010
  
- Forderung einer Minus-Runde 2011 bei Ärzten
- Umsetzung und Auswirkung einer Ausgaben-Nullrunde 2011 im Krankenhaus
  
- Arzneimittelpreisbildung
- Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV
- AMNOG und seine Auswirkungen
  
- Krankenkassen und Kartellrecht
  
- Bericht aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss:
  - Interstitielle Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms
  - Richtlinie zu einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
  
- Bericht aus dem Bereich Krankenhäuser:
  - Entwicklung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems
  - Gescheiterte Verhandlungen zu den Investitionsbewertungsrelationen (§ 10 Abs. 2 Satz 1 KHG)
  - Methodische Diskussion zum Orientierungswert für Krankenhauspreissteigerungen (§ 10 Abs. 6 KHEntgG)
  - Krankenhausvergütung - Aktueller Entwicklungsstand
  
- Quinth - Datenbank für Qualitätsindikatoren
  
- Rahmenvorgaben nach § 84 SGB V für Arznei- und Heilmittelvereinbarungen für das Jahr 2011

<b>Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege (FA-PRP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation der Pflge­transparenz</li> <li>• Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen</li> <li>• Finanzierungsreform der Pflegeversicherung</li> <li>• Modellprojekte Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI</li> <li>• Beteiligung der PKV an Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen</li>   <li>• Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland</li>   <li>• Bericht der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband an den Verwaltungsrat und den Vorstand</li>   <li>• Aufgaben und Beitrag der GKV zu Prävention und Gesundheitsförderung</li> <li>• Präventionsbericht 2009</li> <li>• Aufsichtsrechtliche Anmerkungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prüfungsmitteilung des Bundesrechnungshofes</li> <li>- Beanstandungspraxis des Bundesversicherungsamtes zu § 20 Abs. 2 SGB V</li> </ul> </li> <li>• Weiterentwicklung des GKV-Leitfadens Prävention</li>   <li>• Betriebliche Gesundheitsförderung und Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung</li> <li>• Initiative Gesundheit und Arbeit - Vorstellung von Struktur, Arbeitsweise und Ergebnissen</li> <li>• Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung</li>   <li>• Kooperationsfelder in Prävention und Gesundheitsförderung</li>   <li>• Präqualifizierung von Leistungserbringern im Hilfsmittelbereich</li>   <li>• Umsetzung des Modellvorhabens „Unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung“ (§ 65b SGB V)</li> </ul>	<p>02./03.02.2010</p> <p>27.04.2010</p> <p>07.07.2010</p> <p>10.11.2010</p>	Anhang
---	---	---	--------

---

## Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter/-innen des Fachbeirates des GKV-Spitzenverbandes

**Mitglieder****Stellvertreter/-innen**

---

**BKK**

1. Heinz Kaltenbach

Dr. Hildegard Demmer

(seit 20.10.2010 für Ingo Werner - spectrum|K)

2. Achim Kolanoski

Thomas Bodmer

(seit 20.10.2010 für Dr. Hildegard Demmer)

---

**AOK**

1. Dr. Herbert Reichelt

Jürgen Graalmann

2. Dr. Rolf Hoberg

Rolf Steinbronn

---

**Ersatzkassen**

1. Thomas Ballast

Jörg Meyers-Middendorf

2. Ulrike Elsner

Oliver Blatt

---

**IKK**

1. Rolf Stupardt

Frank Neumann

2. Uwe Schröder

Enrico Kreutz

---

**Landwirtschaftliche Sozialversicherung**

1. Eckhart Stüwe

./.

2. Dr. Erich Koch

---

**Knappschaft-Bahn-See**

1. Rolf Stadié

Hans-Jürgen Fries

2. Gerd Jockenhöfer

Jörg Neumann



## Referentenrunden (Stand 22.02.2011)

Anhang

Fachkonferenz Beiträge	Arztreferenten
Fachkonferenz Meldungen	AG Bedarfsplanung
RSA-Bestimmung	AG Honorar
RSA-Clearingverfahren	AG Vertragsstrategien
Workshop „Verfahren amtliche Statistik“	Zahnarztreferenten
Rechnungswesen und Statistik	AG BEL II
Telematik	AG BMVZ
Kostenträger-Reviewboard Telematik	Hebammenreferenten
Projektleitungsausschuss PLA „Neuausrichtung Telematik“	AG außerklin./klin. Geburten
Vorbereitungsgruppe GSV gematik	Krankenhausreferenten
Technische Kommission zur Umsetzung des DTA nach §295(1b) SGB V	Länderreferenten Krankenhaus
Technische Kommission TP1 Ärzte	AG Abrechnungsprüfung nach § 275 SGB V
Technische Kommission TP2 Zahnärzte	AG AOP-Katalog
Technische Kommission TP3 Apotheke	AG Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG
Technische Kommission TP4 Krankenhäuser	AG Begleitforschung
Technische Kommission TP4b Rehabilitation	AG Frührehabilitation
Technische Arbeitsgruppe TP5 Sonstige Leistungserbringer	AG Investitionsbewertungsrelationen
Technische Kommission TP6 Pflege	AG Pflegesonderprogramm
Technische Arbeitsgruppe Elektronische Archivierung	AG Zuzahlungseinzug nach § 43b SGB V
Technische Arbeitsgruppe Datenaustausch mit Arbeitgebern nach § 23c SGB IV	AG Arzneimittel
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung	AG Heilmitteldaten
AG Umsetzung Qualitätsprüfungsrichtlinien	AG Heilmittel-Referenten
AG Umsetzung Richtlinie nach § 92 SGB V (QeSü)	Hilfsmittel
Methodenbewertung	Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht
DMP/BVA	Fachkonferenz Pflege
AQUA-Fachgruppen	Rehabilitation
Medizin und Recht	Prävention
MDS -Abstimmungsrunde	Fachkonferenz Leitfaden Selbsthilfeförderung
AG Morbi-Vergütung	Beirat § 65b SGB V
AG Bereinigung	AG zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
AG Datenverfügbarkeit	Ständiger Arbeitsausschuss
	Politik
	Selbstverwaltung
	Wettbewerbsrecht

# Organigramm

130

Anhang

