



Spitzenverband



Nutzen, Qualität und Innovation voranbringen

Geschäftsbericht 2013



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

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 2013.

Redaktionsschluss: 24.01.2014

Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Verena Schröder (Bildredaktion), Elke Sleeboom,
Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis: Titelbild: stokkete/Fotolia; S. 6, S. 9, S. 16, S. 74, S. 82, S. 91: Andrea Katheder I fotografie www.andreakatheder.de; S. 11, S. 50, S. 58, S. 70: iStockphoto; S. 19, S. 45, S. 61: Medizin-fotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, www.schupfner.com; S. 22: Martin Valigursky/Fotolia; S. 34, S. 63, S. 64, S. 79: Thinkstock; S. 55: delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin; S. 67, S. 73, S. 85: Shutterstock; S. 88: Steffen Kugler

Druck: LASERLINE Digitales Druckzentrum Bucec & Co. Berlin KG
Auflage: 2.500

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Nutzen, Qualität und Innovation voranbringen

Geschäftsbericht 2013

Geschäftsbericht 2013

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Grundlagen der Gesundheits- und Pflegepolitik der neuen Legislaturperiode	10

Themen des Jahres

Die gemeinsame Selbstverwaltung - verantwortungsbewusst und leistungsfähig	15
Zukunftsmodell GKV - Positionen für die neue Legislaturperiode	18
Reform der Krankenhausversorgung: 14 Positionen für 2014	21
Wahljahr 2013: Kurzfristige Finanzhilfen für Krankenhäuser beschlossen	24
Transplantationsmedizin neu ordnen	26
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung auf den Weg gebracht	28
DRG-Begleitforschung: Behandlungsqualität gestiegen	29
Mehr Transparenz durch Qualitätsberichte	30
Mehr Geld für Pflege im Krankenhaus	31
Neue Entgelte für die Psychiatrie: Optionaler Umstieg seit 1. Januar 2013	32
Reformbedarf in der ambulanten Versorgung und Vergütung	33
Ambulante Psychotherapie aktuellen Anforderungen anpassen	36
Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung	38
Haus- und fachärztliche Versorgung gezielt fördern	40
Mehr Klarheit bei den Arzthonoraren	42
AMNOG bringt frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln	43
Einigung beim Apothekenabschlag erzielt	46
Apothekenhonorierung angehoben und erweitert	47
Rahmenvereinbarung zur Arzneimittelversorgung	48
Pflegeversicherung besser machen	49
Mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der Pflege	52
Wohnformen und häusliche Betreuung - neue Modellprogramme in der Pflege	54
Pflegebedürftigkeit neu fassen	56
Qualität und Umfang der Hörhilfenversorgung verbessern	59

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken	60
Klinische Krebsregister bundesweit ausbauen	62
Nutzen Personalisierter Medizin überprüfen	65
Aufbau einer Telematikinfrastruktur voranbringen	66
Meldeverfahren in der sozialen Sicherung optimieren	68
GWB-Novelle: Fusionskontrolle kommt	71
Strafbarkeitslücke für korruptives Verhalten im Gesundheitswesen schließen	72
Stabile Finanzlage, kritische Prognose	75
Über Grenzen hinweg - neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband	78
Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verbessern	81
Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes	83
Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	84
Haushalt des GKV-Spitzenverbandes	86
Fachverfahren und Internetauftritte	87
Neues Verwaltungsgebäude des GKV-Spitzenverbandes	88

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	89
--	----

Anhang

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2013 (Stichtag: 1. Januar 2014)	92
Fusionen im Jahr 2013 (Stichtag: 1. Januar 2014)	93
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012-2017)	94
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012-2017)	96
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	98
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes	102
Organigramm GKV-Spitzenverband	104

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2013 stand ganz im Zeichen der Wahl des 18. Deutschen Bundestages. So beschränkten sich die Gesetzgebungsaktivitäten der Legislative naturgemäß auf das erste Halbjahr. Die Sicherstellung der Notdienste der Apotheken, Finanzhilfen für Krankenhäuser, Reform der Organspende, die GWB-Novelle und Regelungen zu Beitragsschulden in der gesetzlichen Krankenversicherung prägten unter anderem das Bild der gesundheitspolitischen Debatten. Über die Beschlüsse des Verwaltungsrats waren die Partner der sozialen Selbstverwaltung aktiv an der Gestaltung der gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen beteiligt.

Die gute Finanzlage des Gesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenkassen hat sich wie erwartet auch 2013 fortgesetzt. Umso schwieriger war es in Zeiten des Wahlkampfs, diese positive Finanzsituation vor der Verlockung kurzfristiger Maßnahmen zu bewahren. Skeptisch stimmt in diesem Zusammenhang das fehlende Bekenntnis im Koalitionsvertrag zum vollen Bundeszuschuss für die kommenden Jahre. Die günstige Einnahmesituation im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen stellt eine Momentaufnahme dar. Für die neue schwarz-rote Bundesregierung gilt es, diese gute Finanzsituation als Chance zu nutzen, weiter an einer zukunftsfesten Kranken- und Pflegeversicherung zu arbeiten.



Wir freuen uns, dass sich viele Ansätze aus den vom Verwaltungsrat beratenen und beschlossenen Positionen im Koalitionsvertrag wiederfinden, so zum Beispiel die Soll-Vorschrift zum Aufkauf von Arztsitzen bei Überversorgung oder die Verwendung neuer Medizinprodukte hoher Risikoklassen ausschließlich unter Studienbedingungen.

Im Kapitel „Arbeit und Soziales“ des Koalitionsvertrags wird bekräftigt, dass soziale Selbstverwaltung Ausdruck der Verantwortung der Sozialpartner für die zuverlässige Gestaltung der Sozialversicherung sei. Die Selbstverwaltung sei zu stärken, heißt es dort richtigerweise. Es ist

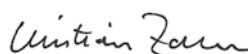
wichtig, dass sich diese Maxime auch in der konkreten Gesetzgebung wiederfindet. Insbesondere die Aussagen des Koalitionsvertrags zu den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen weisen hier allerdings in eine andere Richtung.

Grundlegende Positionen der selbstverwalteten Sozialversicherungsträger finden sich im Koalitionsvertrag wieder. Wie die Umsetzung des Koalitionsvertrags im Einzelnen aussehen wird, bleibt abzuwarten. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes wird umso mehr für eine starke und leistungsfähige soziale und gemeinsame Selbstverwaltung eintreten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Volker Hansen



Christian Zahn

Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit dem im Dezember 2013 verabschiedeten Koalitionsvertrag hat die neue Regierung den Weg für die nächsten Jahre vorgegeben. Die angekündigte gesundheitspolitische Agenda ist lang: Sie reicht von Strukturreformen im ambulanten und stationären Bereich zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung bis hin zu einem neuen Anlauf für ein Präventionsgesetz. CDU, CSU und SPD konnten sich während der Koalitionsverhandlungen überraschend schnell und detailliert über die gesundheits- und pflegepolitischen Eckpunkte der neuen Legislaturperiode verständigen. In der Pflegepolitik ist es das erklärte Ziel, die längst überfällige Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs anzugehen.

Die Regierung befindet sich in der komfortablen Lage, mit hohen Rücklagen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die neue Amtszeit starten zu können. Das ist ein Novum, darf aber nicht dazu verleiten, notwendige Reformen auf die lange Bank zu schieben oder auf eine nachhaltig solide Finanzierung der GKV insgesamt zu verzichten. Die Überschüsse werden aufgrund der künftigen Ausgabenentwicklung nicht von langer Dauer sein. Hinzu kommt, dass schwierige Finanzlagen einzelner Krankenkassen wegen der sehr heterogenen Vermögensverteilung nicht völlig auszuschließen sind. Um vor diesem Hintergrund die Finanzierungsbasis nicht weiter zu schwächen, sollte der Gesetzgeber auch Verlässlichkeit demonstrieren und seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen in angemessener Höhe nachkommen.

Der GKV-Spitzenverband hat sich auch im Wahljahr an der Debatte beteiligt, wie die Weiterentwicklung der GKV als „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ aussehen soll. Vor allem der soziodemografische Wandel und der technologische Fortschritt stellen neue Anforderungen an das Gesundheitswesen, auf die es angemessen zu reagieren gilt. Gleichfalls wird es auch darauf ankommen, die Grundprinzipien der GKV, Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung, zu stärken, denn diese garantieren ein leistungsfähiges Gesundheitssystem und bilden die stabile Basis für die notwendigen Reformen.

Damit Patienten und Beitragszahler weiterhin auf eine hochwertige und zugleich bezahlbare Versorgung vertrauen können, müssen Versorgungsstrukturen stärker als bisher vernetzt und aufeinander abgestimmt werden. In Zukunft wird es darum gehen, die Patientenorientierung und Leistungsqualität im gesamten Versorgungsgeschehen noch stärker in den Mittelpunkt zu stellen. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren sollten konsequent einer wissenschaftlichen Nutzenbewertung unterzogen und der Weg für „echte“ Innovationen frei gemacht werden.

Hohe Qualitätsstandards, Patientennutzen und Innovationen sind für den GKV-Spitzenverband aber keinesfalls Zukunftsvisionen, sondern bereits heute Richtschnur seines Handelns bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Rahmenbedingungen. Seiner daraus erwachsenden Verantwortung gegenüber Patienten und Beitragszahlern wird sich der GKV-Spitzenverband auch weiterhin stellen, aktiv die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen mitgestalten und, wo notwendig, die gesetzlichen Grundlagen einfordern.



Mit freundlichen Grüßen

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes

Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

Grundlagen der Gesundheits- und Pflegepolitik der neuen Legislaturperiode

Mit dem Koalitionsvertrag planen CDU, CSU und SPD die nächsten Schritte in der Gesundheits- und Pflegepolitik. Auf rund zehn von insgesamt 185 Seiten stehen die Vorhaben, auf die sich die Große Koalition geeinigt hat. Auf den ersten Blick fällt der hohe Detaillierungsgrad der einzelnen Vereinbarungen auf, die sich im Laufe der Legislaturperiode in gesetzlichen Regelungen wiederfinden sollen. Dabei lehrt allerdings die Vergangenheit, dass entscheidende Weichenstellungen auch dann den Weg ins Gesetz finden, wenn sie nicht im Koalitionsvertrag vereinbart wurden. Gesundheitspolitische Beispiele der jüngeren Vergangenheit sind der Gesundheitsfonds und die frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel. Hinzukommen können sich schnell verstärkende gesellschaftspolitische Trends und aktuelle wirtschaftliche oder gesundheitspolitische Entwicklungen, die weitere Reformnotwendigkeiten erfordern.

Patientenorientierung und Qualität der Versorgung verbessern

Der Koalitionsvertrag bietet eine Reihe von Ansätzen, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Das betrifft z. B. die vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Arzttermin oder eine psychotherapeutische Behandlung. Die Inhalte sind patientenorientiert und skizzieren zum Teil konkrete Versorgungsaspekte. So sollen z. B. Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Leistungsbereich geschlossen und medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen geschaffen werden. Ein weiteres Merkmal des Koalitionsvertrags ist die Fokussierung auf die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung. So soll die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten ausgebaut und ein unabhängiges Qualitätsinstitut gegründet werden. Dessen Aufgabe soll es sein, die Qualität der ambulanten

und stationären Versorgung zu ermitteln und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) qualitätsbezogene Entscheidungsgrundlagen zu liefern. Erstmals sollen zudem selektive Verträge mit einzelnen Krankenhäusern mit dem Ziel der Stärkung der Qualität möglich werden.

Medizinische Versorgung flächendeckend und bedarfsgerecht sichern

Die neue Bundesregierung bekennt sich im Koalitionsvertrag zur Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung. Mit dem verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist eine geeignete Maßnahme vorgesehen, die einer Überversorgung in Ballungsräumen und einer ärztlichen Fehlverteilung insgesamt entgegenwirken kann. In unterversorgten Gebieten beabsichtigen die Koalitionäre darüber hinaus, Krankenhäuser in die ambulante Versorgung einzubeziehen. Ob hierdurch strukturelle Defizite in der ambulanten Versorgung kompensiert werden können, bleibt abzuwarten.

Eine zentrale Rolle kommt einer geänderten Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen qualifizierten Gesundheitsberufen zu. Die angekündigten Regelungen zur Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliche Gesundheitsberufe im Rahmen der Regelversorgung sowie die Stärkung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen eröffnen neue Perspektiven. Gute Ansätze für eine verbesserte Infrastruktur im Gesundheitswesen dürften die vorgesehenen arztgruppengleichen Medizinischen Versorgungszentren bieten. Um die einzelnen Versorgungsbereiche besser miteinander zu verzahnen, ist ein 300 Mio. Euro schwerer Innovationsfonds vorgesehen, mit dem sektorübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung gefördert werden sollen. Allerdings braucht es für stärker vernetzte Versorgungsformen auch größere wettbewerbliche Entscheidungsräume für die Krankenkassen, als sie der Koalitionsvertrag vorsieht.

Die Große Koalition rückt die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung in den Fokus.



Politik bewegen



Qualität und Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelmarkt durchsetzen

Eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung und Wirtschaftlichkeit sind kein Widerspruch. Das zeigen die Erfahrungen mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Die Koalition hält an den mit dem AMNOG einge-

Für eine hochwertige und effiziente Arznei- und Heilmittelversorgung ist die von der Großen Koalition angekündigte Aufhebung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontraproduktiv.

geführten Instrumenten für eine nutzenorientierte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung fest. So finden weiterhin für neu auf den Markt kommende Arzneimittel frühe Nutzenbewertungen und anschließende Verhandlungen von Erstattungspreisen statt. Der Aufruf des sog. Bestandsmarktes, also von Medikamenten, die vor Einführung des AMNOG auf den Markt gekommen sind und noch dem Patentschutz unterliegen, soll beendet werden. Dieser Schritt ist zu bedauern, da eine Nutzenbewertung von Bestandsmarktarzneimitteln eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung sicherstellt. Das bestehende Preismoratorium wird fortgeführt und der Herstellerrabatt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel von sechs auf sieben Prozent erhöht. Die Absenkung des Herstellerrabatts auf sieben Prozent wird die GKV jährlich mit rund einer Mrd. Euro belasten. Bis Ende des Jahres 2013 lag dieser gesetzlich befristet bei 16 Prozent.

Kontraproduktiv für eine hochwertige und effiziente Arznei- und Heilmittelversorgung ist zudem die Ankündigung, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen aufzuheben. Die Erfahrungen der Vergangenheit belegen, dass freiwillige Vereinbarungen mit KVen in Regionen nicht effektiv sind. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gegenüber Vertragsärzten muss daher weiterhin mit einem entsprechenden Rahmen, der auch Regressmöglichkeiten beinhaltet, durchgesetzt werden. Unverständlich bleibt, dass im Apothekenmarkt ausdrücklich weiterhin an dem bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbot festgehalten werden soll. Schließlich ist eine Liberalisierung dieses Marktes überfällig.

Krankenhausversorgung und -finanzierung neu denken

Im Gegensatz zur Arzneimittelversorgung müssen Krankenhäuser erst noch beweisen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Bereich keinen Widerspruch darstellen. Solange Mindestqualitätsvoraussetzungen des G-BA teilweise ohne Konsequenz durch Krankenhäuser unterlaufen werden und Qualität in der Vergütung stationärer Krankenhausleistungen nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt, darf es kein „Weiter so“ geben. Die Qualität der stationären Versorgung muss verbessert werden – und das nicht einfach durch den Einsatz weiterer Finanzmittel. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Probleme im stationären Sektor rückt der Koalitionsvertrag deshalb Qualität stärker in den Fokus der stationären Versorgung. Dieser Ansatz ist zwar durchaus sinnvoll. Dennoch darf durch die alleinige inflationäre Verwendung des Begriffs der Qualität hier nicht von den grundlegenden Problemen der Krankenhausversorgung und -finanzierung abgelenkt werden. So muss dringend sichergestellt werden, dass die Krankenhausplanung nicht mehr länger im Widerspruch zu den Qualitätsvorgaben des G-BA und des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information steht. Zudem müssen die Landeskrankenhaupläne die Qualitätsvorgaben der Bundesebene vollständig berücksichtigen. Qualität als weiteres Kriterium der Krankenhausplanung ist aber nicht geeignet, die grundlegenden Probleme im Bereich der Krankenhausplanung und -finanzierung zu lösen. Im Gegenteil: Sie führt via Strukturanforderungen in der Regel dazu, dass bestehende Überkapazitäten noch teurer werden. Der vorsichtige Ansatz der Koalitionspartner, den Krankenkassen erstmals die Möglichkeit für „Qualitätsverträge“ in Form von Direktverträgen für ausgewählte Diagnosen zu geben, ist richtig, jedoch zu knapp konzipiert. So bleiben Preise und Mengen von den Verträgen leider unberührt. Ebenfalls unklar ist, wie der Ausschluss schlechter Qualität funktionieren soll, wenn der Kontrahierungszwang nicht gelockert wird.

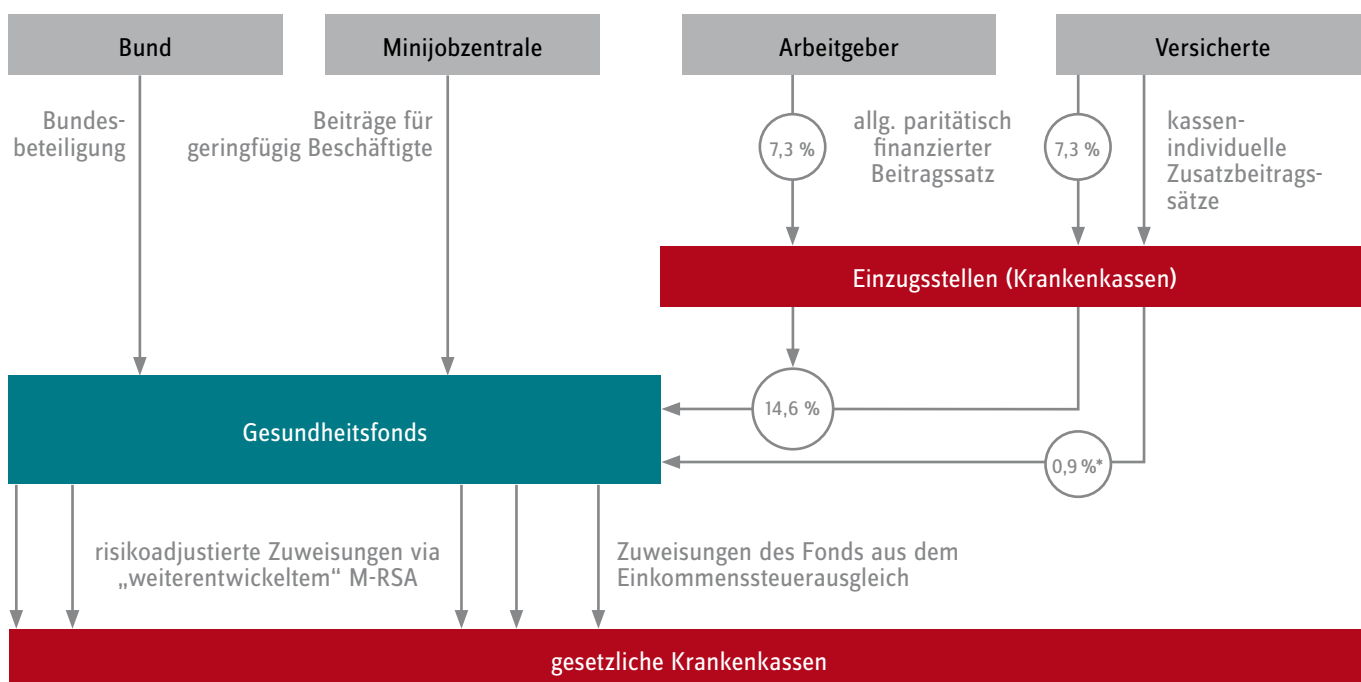
GKV solide finanzieren

Bei der Frage der zukünftigen Finanzierung der GKV war aufgrund der erheblichen Differenzen zwischen den Positionen von CDU, CSU und SPD von Beginn an allen Beteiligten klar, dass eine Vereinbarung nur schwer zu treffen sein würde. Positiv zu werten ist, dass die für Krankenkassen und Arbeitgeber besonders verwaltungsaufwendige Durchführung des Sozialausgleichs künftig wegfällt. Durch die Möglichkeit, die über den gesetzlich festgeschriebenen Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent hinausgehenden notwendigen Finanzmittel über einen einkommensabhängigen, individuellen Beitragsanteil allein für die Versicherten zu erheben, ist der Sozialausgleich automatisch enthalten. Ab dem Jahr 2015 haben also die Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsautonomie einen kassenindividuellen einkommensunabhängigen Zusatzbeitragssatz

festzulegen. Der bereits 2005 vom Gesetzgeber zur Finanzierung von Krankengeld und Zahnersatz geschaffene und vom Versicherten allein zu tragende Sonderbeitrag von 0,9 Beitragssatzpunkten soll in diesen kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz einfließen. Der Arbeitgeberbeitrag soll auf 7,3 Prozent festgeschrieben werden. Steigende Einkommen führen damit zu höheren Arbeitgeber- und Versichertenbeiträgen. Steigende Ausgaben, soweit sie über das Einkommenswachstum hinausgehen, werden über steigende Zusatzbeiträge allein von den Versicherten getragen. Eine Vereinbarung, an der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Eine Vereinbarung, an der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von jährlich 14 Mrd. Euro festzuhalten, fehlt im Koalitionsvertrag. Stattdessen hat die Große Koalition für das Jahr 2014 eine weitere Kürzung in Höhe von 3,5 Mrd. Euro beschlossen.

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Umsetzung der Reformvorgaben des Koalitionsvertrags von CDU, CSU und SPD



* möglicher Durchschnitt der Zusatzbeitragssätze (beispielhaft auf Basis des heutigen Beitragssatzniveaus)
Darstellung: GKV-Spitzenverband (auf Basis des Koalitionsvertrags)

in Höhe von jährlich 14 Mrd. Euro festzuhalten, fehlt im Koalitionsvertrag. Stattdessen hat die Große Koalition für das Jahr 2014 eine weitere Kürzung in Höhe von 3,5 Mrd. Euro beschlossen.

Pflegeversicherung weiterentwickeln

Nachdem die Politik den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff seit mehr als zwei Regierungsperioden angekündigt hat, soll dieser auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirats in der 18. Legislaturperiode so schnell wie möglich eingeführt werden. Für die Akzeptanz eines solchen neuen Begriffs ist entscheidend, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die daraus resultierende Leistungsverteilung keine Ungerechtigkeiten schaffen. Die Koalitionspartner haben hierzu Vereinbarungen getroffen. So soll die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Begutachtungssystematik auf ihre Umsetzbarkeit und Praktikabilität hin erprobt und wissenschaftlich ausgewertet werden. Auf dieser Grundlage sollen die leistungsrechtlichen Bestimmungen in dieser Legislaturperiode schnellstmöglich umgesetzt und damit Leistungen insbesondere für Menschen mit Demenz verbessert werden. Außerdem plant die Koalition nicht nur eine Dynamisierung der bestehenden

Pflegeleistungen, sondern auch einen Ausbau des Leistungsumfangs. Auf der Liste stehen u. a. die Erhöhung der Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes, zusätzliche Lohnersatzleistungen für pflegende Angehörige, Personalstandards im Pflegebereich, Kostenfreiheit der Pflegeausbildung sowie die Verbesserung der Pflegetransparenz, um qualitative Unterschiede der Einrichtungen für den Verbraucher zukünftig deutlich transparenter zu machen. Die Koalition will hierfür den Beitragssatz anheben. Geplant ist ein Plus von insgesamt 0,5 Prozentpunkten, wenn die Pflegeversicherungsreform komplett ist. Fest vereinbart ist zunächst ein Anstieg um 0,3 Prozentpunkte spätestens zum 1. Januar 2015. Davon sollen 0,1 Prozentpunkte für einen Pflegevorsorgefonds zur Abfederung künftiger Beitragssatzsteigerungen zurückgelegt werden.

Mit ihrer gesundheits- und pflegepolitischen Agenda hat sich die Große Koalition viel vorgenommen. Der GKV-Spitzenverband wird die in dieser Legislaturperiode anstehenden gesetzgeberischen Vorhaben konstruktiv-kritisch begleiten. Ziel muss es vor allem sein, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stetig zu verbessern.

Merkmale des Koalitionsvertrags:

- Patienten und Qualität im Mittelpunkt
- Gute Ansätze für verbesserte Infrastruktur
- Krankenhausreform wenig konkret
- Arzneimittelversorgung wird teurer
- Keine nachhaltige Finanzierungsreform
- Fehlendes Bekenntnis zum Bundeszuschuss
- Pflegebedürftigkeitsbegriff kommt im Laufe der Legislaturperiode

Die gemeinsame Selbstverwaltung – verantwortungsbewusst und leistungsfähig

Für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland ergeben sich aufgrund der sich wandelnden soziodemografischen Rahmenbedingungen zunehmend größere Herausforderungen. Um insbesondere die immer älter werdenden Patientinnen und Patienten bei ihrer Gesundheitsversorgung zu unterstützen und ihr Selbstmanagement zu fördern, müssen die Versorgungsstrukturen stärker vernetzt werden. Qualität und Nutzenorientierung als Antworten auf chronische Erkrankungen und Multimorbidität gewinnen zugleich an Bedeutung. Die immer komplexeren Versorgungsprozesse bedürfen einheitlicher Vorgaben, um hohe Qualitätsstandards im Sinne einer patienten- und nutzenorientierten Leistungserbringung sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund der bevorstehenden Herausforderungen kommt der gemeinsamen Selbstverwaltung eine zentrale Rolle zu, denn sie trägt maßgeblich dazu bei, dass auf die gesellschaftlichen Veränderungen flexibel und praxisnah reagiert werden kann. Dabei bringen sich die Versorgungssektoren in unterschiedlichen Konstellationen und mit verschiedenen Aufgabenstellungen ein und gestalten die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Die Fähigkeit der Selbstverwaltung zur adäquaten, staatsfernen Lösung und Erfüllung der ihr übertragenen Aufgaben beweist, dass ihre Stellung als eines der wichtigsten Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsgerichtet ist.

Leistungsbilanz der gemeinsamen Selbstverwaltung

Ihre Leistungsfähigkeit stellt die gemeinsame Selbstverwaltung tagtäglich unter Beweis. Allein im Jahr 2012 hat sie mit Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes – außerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Bereichs Pflege – insgesamt 79 Entscheidungen auf der Grundlage gesetzlicher Aufträge getroffen. Ziel dabei war stets, die Entscheidungen gemeinsam und konsensual mit den Vertretern anderer Leistungsbereiche zu treffen, was fast durchgängig gelang. Nur für einen kleinen Teil der Aufgaben wurden schiedsamtliche Verfahren notwendig. Nicht unerwähnt bleiben sollte hierbei auch die Vielzahl der Aufgaben, die der GKV-Spitzenverband als Teil der Selbstverwaltung eigenständig zu erfüllen hat. Neben der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel gehören hierzu u. a. die Zulassungsempfehlungen für Heilmittel-Leistungserbringer, die ständige Überarbeitung des Präventionsleitfadens und viele weitere Aufgaben.

Auch im G-BA, in dem sich der GKV-Spitzenverband als Mitglied intensiv für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung einsetzt, sind die Konsensbemühungen des unparteiischen Vorsitzenden, der unparteiischen Mitglieder sowie der Trägerorganisationen allgegenwärtig. Im Jahr 2012 wurden von den 225 Beschlüssen über 90 Prozent einstimmig gefasst. Weniger als zehn Prozent der Beschlüsse wurden mehrheitlich –

Für die bevorstehenden Herausforderungen bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland kommt der gemeinsamen Selbstverwaltung eine zentrale Rolle zu. Sie trägt maßgeblich dazu bei, dass auf gesellschaftliche Veränderungen flexibel und praxisnah reagiert werden kann.

klug beraten



gegen eine Bank, mit der ausschlaggebenden Stimme des unparteiischen Vorsitzenden oder mit anderen Mehrheitsverhältnissen – getroffen. Dieser Interessenausgleich zwischen den Beteiligten erhöht die Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen. Ungeachtet der häufig sehr unterschiedlichen Interessenlagen gelingt es damit, eine erhebliche Anzahl wichtiger Beschlüsse zu fassen, weitestgehend ohne breite mediale Beachtung.

Verantwortung setzt klare Handlungsfreiräume voraus

Die gemeinsame Selbstverwaltung steht auch weiterhin bereit, der ihr anvertrauten Verantwortung gerecht zu werden und ihren Beitrag für eine zukunfts- und lösungsorientierte Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung zu leisten. Dies setzt aber auch klare Handlungsfreiräume voraus, um die gesetzlichen Aufgaben in angemessener Weise erfüllen zu können.

Zentrale Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit ist eine paritätische und von der Politik unabhängige Besetzung der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dabei muss sichergestellt werden, dass einzelne Beteiligte die Handlungsspielräume nicht einseitig nutzen, um ihre spezifischen Interessen gegen den ursprünglichen Willen des Gesetzgebers durchzusetzen. Nicht weniger von Bedeutung sind ebenfalls Handlungsfreiheiten sowie angemessene Fristen zur Umsetzung der Aufgaben. Diese Voraussetzungen erfüllen jedoch keinen Selbstzweck, denn ohne eine starke gemeinsame Selbstverwaltung sind die bevorstehenden gesellschaftlichen Herausforderungen kaum zu bewältigen.

Zukunftsmodell GKV - Positionen für die neue Legislaturperiode

Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich aktiv an der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens und der gesetzlichen Pflegeversicherung. Auf der Grundlage einer Analyse des Status Quo der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hat der Verwaltungsrat frühzeitig vor dem Start in die neue Legislaturperiode gesundheits- und pflegepolitische Positionen verabschiedet. Die Positionen mit dem Titel „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ stützen sich dabei auf den breiten Konsens aller gesetzlichen Krankenkassen.

Patientenorientierung und Leistungsqualität zum Maßstab machen

In der neuen Legislaturperiode sind vor dem Hintergrund der sich für unser Gesundheitswesen laufend verändernden ökonomischen, sozialen, demografischen, technologischen und epidemiologischen Rahmenbedingungen zügig notwendige Veränderungsprozesse einzuleiten oder konsequent weiterzuführen. Die gesundheitliche Versorgung muss sich zukünftig viel stärker an ihren Ergebnissen und damit am Nutzen der Intervention messen lassen. Vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen Patientinnen und Patienten 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 sind besser aufeinander abzustimmen, um die Qualität, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung spürbar zu steigern. Die Infrastruktur des Gesundheitswesens muss sich in den nächsten Jahren besser auf immer älter werdende Patienten und ein verändertes Morbiditätsspektrum einstellen.

Die gesundheitliche Versorgung muss sich in Zukunft viel stärker an ihrem Nutzen messen lassen.

In den Mittelpunkt der kommenden Gesundheitspolitik ist vor allem auch die Förderung und Transparenz der tatsächlichen Leistungsqualität zu stellen. Innovationen im Gesundheitswesen dürfen sich nicht nur auf die Entwicklung und

Einführung neuer Produkte und Behandlungsmethoden beschränken, sondern müssen auch zur Verbesserung von Behandlungsprozessen sowie Versorgungs- und Organisationsstrukturen führen. Eine Reform des Gesundheitswesens muss zudem darauf abzielen, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit unklarem Nutzen oder Risiko nur noch im Rahmen klinischer Studien einzusetzen. Dass eine am Nutznachweis angelegte Versorgung qualitativ hochwertig und zugleich wirtschaftlich sein kann, zeigen die Erfahrungen mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG). Hier darf es deshalb auch kein Aufweichen der AMNOG-Regelungen geben. Perspektivisch ist eine Weiterentwicklung zu prüfen, die die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel zeitlich vor den Markteintritt stellt.

Flächendeckende Versorgung sicherstellen

Alle Versicherten müssen auch in Zukunft Zugang zu einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung haben. Besonders in ländlichen und dünn besiedelten Regionen ist es notwendig, das hausärztliche Versorgungsangebot zu stärken und zugleich durch neue Angebotsstrukturen zu ergänzen. Eine zentrale Rolle kommt dabei einer veränderten Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und anderen qualifizierten Gesundheitsberufen zu. Gleichzeitig kann das Problem der Unterversorgung aber nur durch einen Abbau der teuren und nicht notwendigen Überversorgung in Ballungsgebieten gelöst werden.

Krankenhäuser leisten einen wichtigen Beitrag in der medizinischen Versorgung. Dennoch ist die Frage nach der Bedarfsnotwendigkeit von Kapazitäten und Strukturen nicht geklärt. Eine Finanzierung von Überkapazitäten ist im Interesse der Beitragszahler zu vermeiden. Während die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, sollen die Länder Mittel für Investitionen bereitstellen. Da die Länder dieser Verpflichtung seit Jahren kaum noch nachkommen, ist die sog. duale Finanzierung unter den jetzigen Rahmenbedingungen gescheitert. An die Stelle



Patienten stärken



Das hausärztliche Versorgungsangebot muss besonders in ländlichen und dünn besiedelten Gebieten gestärkt werden.

der klassischen bettenorientierten Kapazitätsplanung müssen deshalb

andere Steuerungsmechanismen treten. Zudem sollten Krankenkassen in Ballungsgebieten mehr Spielräume für Einzelverträge mit ausgewählten Kliniken über ein definiertes Spektrum planbarer Leistungen erhalten.

Reformbedarf in der Pflegeversicherung nachkommen

Seit Jahren steht die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Agenda. Die Bundesregierung muss konsequent alle notwendigen gesetzgeberischen und praktischen Schritte unternehmen, um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig einzuführen. Das heißt auch, eine politische Richtungsentscheidung zu treffen, das angestrebte Leistungsspektrum zu benennen und die dafür notwendige Finanzierung aufzuzeigen. Ein zentraler Dreh- und Angelpunkt in der pflegepolitischen Diskussion ist das Thema Qualität.

Für viele Pflegebedürftige ist damit nicht nur eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung verbunden, sondern auch die Chance, trotz körperlicher oder geistiger Einschränkungen ihren Alltag möglichst selbstbestimmt zu bewältigen. Deshalb geht es in der nächsten Legislaturperiode auch darum, die Forschung zur Pflegequalität weiter auszubauen und neue Erkenntnisse kontinuierlich in die Praxis zu überführen. Mit den seit 2010 vergebenen Pflegenoten haben Verbraucher erstmals ein Instrument erhalten, um Pflegequalität zu vergleichen und auf dieser Basis Entscheidungen für oder gegen einen Anbieter zu treffen. Das Instrument für Pflegebedürftige und deren Angehörige bleibt im Moment allerdings hinter seinen Möglichkeiten zurück, da Leistungserbringerverbände in den Vereinbarungen notwendige Weiterentwicklungen immer wieder verschleppen. Hier muss das Prinzip gelten: Qualität ist nicht verhandelbar! Daher sollte der Gesetzgeber die Verantwortung für die Pflegetransparenz in Form einer Richtlinienkompetenz auf den GKV-Spitzenverband übertragen.



Ziele der Gesundheitspolitik

- Förderung des informierten, selbstbestimmten Patienten
- Mehr Transparenz über das gesamte Versorgungsgeschehen
- Kooperation verbessern und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung viel stärker aus der Patientenperspektive gestalten
- Stärkung der Kosten-Nutzen-Bewertung
- Entbürokratisierung vorantreiben

Reform der Krankenhausversorgung: 14 Positionen für 2014

Eine der großen gesundheitspolitischen Herausforderungen der 18. Legislaturperiode ist eine grundlegende Strukturreform der Krankenhausversorgung. Damit das international anerkannte, hohe Niveau der deutschen Krankenhausversorgung erhalten bleibt, muss sich vieles ändern. Vor diesem Hintergrund hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im September 2013 ein umfangreiches Positionspapier verabschiedet, das die Versicherten in den Mittelpunkt einer qualitätsorientierten Reform der stationären Versorgung rückt.

1. Krankenhausversorgung auf den Versicherten ausrichten

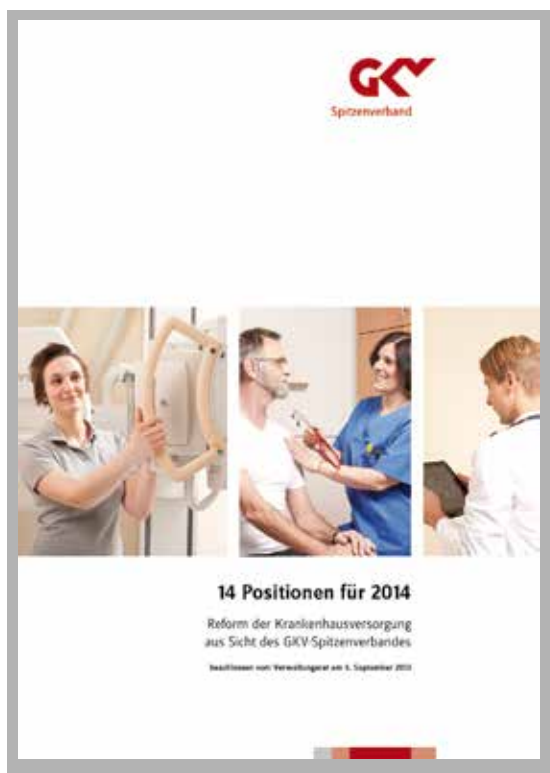
Gegenwärtig dominieren häufig arbeitsmarkt-, industrie- und standespolitische Partikularinteressen die Krankenhausgesetzgebung. In dieser Legislaturperiode müssen die Weichen für eine versichertenorientierte Krankenhauspolitik gestellt werden. Deren Ziel sollte es sein, die gesetzliche Krankenversicherung ohne Leistungskürzungen für alle dauerhaft bezahlbar und leistungsfähig zu erhalten.

2. Krankenhausfinanzierung und -planung neu ordnen

Die Grundprinzipien der deutschen Krankenhausfinanzierung und -planung sind inzwischen 40 Jahre alt. Während das Vergütungssystem durch die DRG-Einführung leistungsorientiert und dynamisch modernisiert wurde, sind die Kapazitätsplanung und die Investitionsfinanzierung überholungsbedürftig. Deshalb ist es dringend erforderlich, den bislang umfassenden Kontrahierungszwang qualitätsorientiert zu beschränken und grundsätzliche krankenhausesplanerische Entscheidungen neu zu regeln.

3. Strukturbereinigungen einleiten

Die Krankenhausplanung der Länder ist überholt. Sofern die Übergabe der Planungsverantwortung an die Krankenkassen oder den Bund abgelehnt wird, muss die Planung durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und durch Maßnahmen zur Strukturbereinigung grundlegend modifiziert werden. Krankenhausträger brauchen finanzielle



Anreize, um nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern einen sozial verträglichen, geregelten Marktaustritt oder eine Umstrukturierung zu ermöglichen.

4. Durch Direktverträge Qualitätsanreize setzen

In definierten Versorgungsregionen, insbesondere in Ballungsräumen, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, planbare Krankenhausleistungen auszuschreiben. Qualität, Menge und Preis sollten verpflichtender Bestandteil der Ausschreibung sein. Dadurch würde die Versorgungsqualität erhöht. Schlechte Qualität könnte ausgeschlossen werden.

5. DRG-Erfolgsgeschichte fortschreiben

Die Vergütung von Krankenhausleistungen wurde durch die Einführung des DRG-Systems von einer ungerechten und intransparenten Selbstkostenbasis auf eine empirisch ermittelte, leistungsgerechte und transparente Finanzierung umgestellt. Die DRG-Systematik muss im Sinne eines lernenden Systems weiterentwickelt werden.

Qualität leben



6. Preisentwicklung fair gestalten

Eine sinnvolle Begrenzung der Preise im Krankenhausbereich muss zwingend neben der reinen Kostenentwicklung auch die Produktivitätsentwicklung der Krankenhäuser berücksichtigen. Eine faire Preisentwicklung in einem Fallpauschalensystem muss sich an den Kosten je Fall orientieren.

7. Verhandlungen auf Landesebene stärken

Durch die gegenwärtigen Regelungen zur Basisfallwertkonvergenz findet eine Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene statt. Für rund die Hälfte aller Bundesländer werden lediglich noch „Phantomverhandlungen“ geführt. Damit die Preise auch künftig auf Landesebene verhandelt werden, sollen temporäre Abweichungen vom Bundeskorridor zugelassen werden.

8. Überhitzte Mengenentwicklung stoppen

In der Krankenhausversorgung ist kaum mehr als ein Drittel des Mengenwachstums demografisch erklärbar. Es bedarf eines Bündels von Maßnahmen, um diese problematische Mengenentwicklung zu stoppen. Hierzu gehören: Kapazitätsreduktion, Direktverträge, Strukturanforderungen, Mehrleistungsabschläge, Innovationsbewertungen. Zentral ist jedoch der ökonomische Anreiz: die Absenkung des Landesbasisfallwertes.

9. Ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten

Um Über- und Fehlversorgung sowie eine unkontrollierte Mengenentwicklung zu vermeiden, müssen bei der ambulanten Leistungserbringung von Krankenhäusern Preise und Mengen verhandelt und eine sachgemäße Bedarfsplanung etabliert werden.

10. Fehlerhafte Abrechnungen reduzieren

Die Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen muss durch eine wirksame Anreizsetzung auf den Weg gebracht werden. Fehlerhaftes Ab-

rechnen darf nicht länger risikolos sein, sondern muss Konsequenzen haben. Die symmetrische Ausgestaltung der 300-Euro-Aufwandspauschale ist ein notwendiger Einstieg, um die Anzahl falscher Rechnungen und damit einhergehender Prüfungen zu vermeiden.

11. Qualität transparent weiterentwickeln

Die Transparenz über die Qualität der Versorgung von Patienten ist weiterzuentwickeln. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass Krankenhäuser oder Praxen über die strukturellen Voraussetzungen verfügen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Sofern Qualitätssicherungsregeln nicht eingehalten werden, müssen Sanktionen möglich sein.

12. Qualitätsorientierte Vergütung ermöglichen

Die Versorgungsqualität ist im Sinne der Versicherten zu stärken und muss in einem Qualitätswettbewerb auch bei der Vergütung berücksichtigt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die relevanten Qualitätskriterien verlässlich gemessen werden.

13. Psychiatrie-Vergütungsreform vorantreiben

Der Umstieg auf das neue pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik soll konsequent fortgesetzt werden. Das Vergütungssystem muss weiterentwickelt und die Erkenntnisse aus Modellvorhaben müssen berücksichtigt werden.

14. Nutzen von Innovationen ermitteln

Für medizinische Innovationen muss in Zukunft der patientenrelevante Nutzen vor ihrer flächendeckenden Einführung belegt werden. Ziel muss daher sein, dass alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen der Nutzen noch unklar ist, künftig nur noch in Innovationszentren eingesetzt werden.

Wahljahr 2013: Kurzfristige Finanzhilfen für Krankenhäuser beschlossen

Mitte des Jahres 2013 wurden im sog. Beitragsschuldengesetz erhebliche Finanzhilfen für Krankenhäuser beschlossen. Infolgedessen werden bis 2014 zusätzliche Gelder in Milliardenhöhe über alle Krankenhäuser ausgeschüttet. Betrachtet man die Einzelmaßnahmen, so flossen allein über einen „Versorgungszuschlag“ im Jahr 2013 250 Mio. Euro an die Krankenhäuser. 2014 sind dafür 500 Mio. Euro vorgesehen. Damit wird für jeden ab dem 1. August 2013 aufgenommenen Patienten ein einheitlicher, prozentual auf die Fallpauschalen zu erhebender Zuschlag abgerechnet. Daneben führt die zusätzliche Finanzierung von Tarifsteigerungen des Jahres 2013 (anteilige Tarif-erhöhungsrate) zu dauerhaften Mehrausgaben in Höhe von 150 Mio. Euro. Im Bereich Hygiene wurde zudem ein Förderprogramm aufgelegt, welches Mehrausgaben von insgesamt 350 Mio. Euro bis 2020 verursacht.

Forschungsauftrag zur Mengenerwicklung in der Krankenhausversorgung

Mit dem Inkrafttreten des Psych-Entgeltgesetzes am 1. August 2012 wurden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung verpflichtet, einen gemeinsamen Forschungsauftrag zur Mengenerwicklung im stationären Bereich zu vergeben. Ziel des Forschungsauftrags ist es, die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Darüber hinaus sind Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung zu entwickeln. Die Vergabe des Forschungsauftrags erfolgte im Juli 2013. Die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse Mitte 2014 fällt in eine Zeit, in der heftig über die Richtung der anstehenden Krankenhausreform diskutiert werden dürfte.

Gelder gezielt einsetzen

Darüber hinaus werden auch die gesetzlichen Änderungen beim Veränderungswert zu hohen dauerhaften Mehrausgaben führen. Der Veränderungswert definiert die maximale Steigerung der Preise auf Landesebene im jeweils kommenden Jahr. Der Ende September 2013 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert 2014 (krankenhausspezifische Inflationsrate) liegt mit 2,02 Prozent unterhalb der im gleichen Monat veröffentlichten Grundlohnrate in Höhe von 2,81 Prozent. Damit bildet nach den Neuerungen des Beitragsschuldengesetzes nun nicht der Orientierungswert, sondern die höhere Grundlohnrate automatisch den Veränderungswert für das Jahr 2014. Aufgrund der deutlichen Differenz in Höhe von 0,79 Prozent wird dies im Jahr 2014 zu basiswirksamen Mehrausgaben der Kostenträger von ca. 400 Mio. Euro führen.

Besonders dramatisch ist es, dass der Großteil der zusätzlichen finanziellen Mittel nicht der gezielten Verbesserung der Versorgung und einem notwendigen Strukturwandel dient. Stattdessen erfolgt die Ausschüttung pauschal an alle Krankenhäuser; die Gelder werden damit undifferenziert eingesetzt.

Anreize für korrektes Abrechnen schaffen

In den letzten Jahren haben fehlerhafte Krankenhausabrechnungen zunehmend für Diskussionsstoff gesorgt. Der GKV-Spitzenverband kritisierte wiederholt die Zahl fehlerhafter Krankenhausrechnungen und forderte Anreize für korrektes Abrechnen. Auch der Bundesrechnungshof befasste sich mit der Problematik und forderte den Gesetzgeber zum Handeln auf. Die im Beitragsschuldengesetz enthaltenen Neuregelungen zur Abrechnungsprüfung werden jedoch den vom Bundesrechnungshof intendierten Änderungen nicht gerecht. Es fehlen nach wie vor Anreize für korrektes Abrechnen. Bislang kann jedes Krankenhaus risikolos falsch abrechnen, die Krankenkasse aber muss 300 Euro „Strafe“ zahlen, wenn sich bei der Prüfung herausstellt, dass die Abrechnung korrekt war.

Im Gesetz finden sich nun - mit enger Fristsetzung - drei neue Regelungsmechanismen für strittige Abrechnungsfragen:

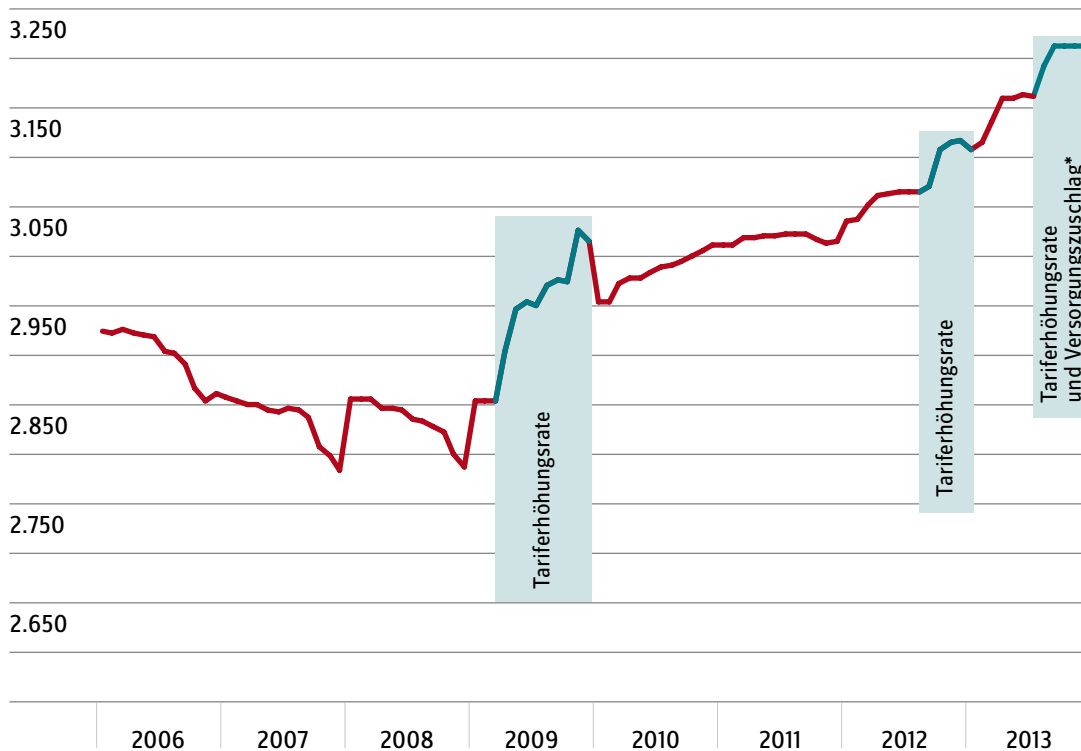
- Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband richten einen Schlichtungsausschuss Bund für die Klärung grundsätzlicher Abrechnungs- und Kodierfragen ein.
- Das Prüfverfahren wird auf Bundesebene vereinbart. Bei der sog. Einzelfallprüfung werden konkrete Behandlungsfälle eines Krankenhauses auf primäre und sekundäre Fehlbelegung sowie auf ordnungsgemäße Abrechnung geprüft.

- Auf der Basis von Abrechnungsdaten aller Krankenhäuser soll nach systematischen Auffälligkeiten gesucht werden.

Darüber hinaus sind in den Ländern Schlichtungsausschüsse zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung einzurichten. Diese sollen bei Forderungen bis 2.000 Euro zwingend angerufen werden. Erst dann kann der Klageweg beschritten werden. Speziell diese Lösung erhöht die Bürokratie und reduziert keineswegs fehlerhafte Abrechnungen und Prüfaufwand.

Preisentwicklung für stationäre Leistungen von 2006 bis 2013

CM-gewichteter Zahlbasiswert der GKV
Angaben in Euro



*Prognose für August 2013 bis Dezember 2013

Quelle und Datengrundlage: Mittleres Preisniveau (Zahlbasisfallwert - Z-Bax), eigene Darstellung auf Basis der Daten des WIdO (www.wido.de/zbox.html).

Transplantationsmedizin neu ordnen

Das Jahr 2013 war für die Transplantationsmedizin kein gutes Jahr. Im Vorjahr hatte das Parlament ausführlich und engagiert über die schwierigen ethischen Fragen im Zusammenhang mit der Organspende diskutiert und schließlich in einem breiten fraktionsübergreifenden Konsens die sog. Entscheidungslösung beschlossen. Kurz darauf kamen Manipulationen von Wartelisten ans Licht. Die Folge war ein eminenter Vertrauensverlust in der Bevölkerung, der zu einem Rückgang der Organspenden führte. Seither beherrscht die Diskussion über eine Neuordnung oder zumindest eine Neuorientierung der Transplantationsmedizin die gesundheitspolitische Debatte. Bereits im August 2012 hatten die zuständigen Organisationen – Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband – mit dem Bundesgesundheitsminister einen umfassenden Maßnahmenkatalog beschlossen. Dadurch sollte das verloren gegangene Vertrauen wiederhergestellt werden. Wesentliche Bausteine des Maßnahmenkatalogs waren die Umstrukturierung der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sowie die Anpassungen der Richtlinien der BÄK zur Organvermittlung.

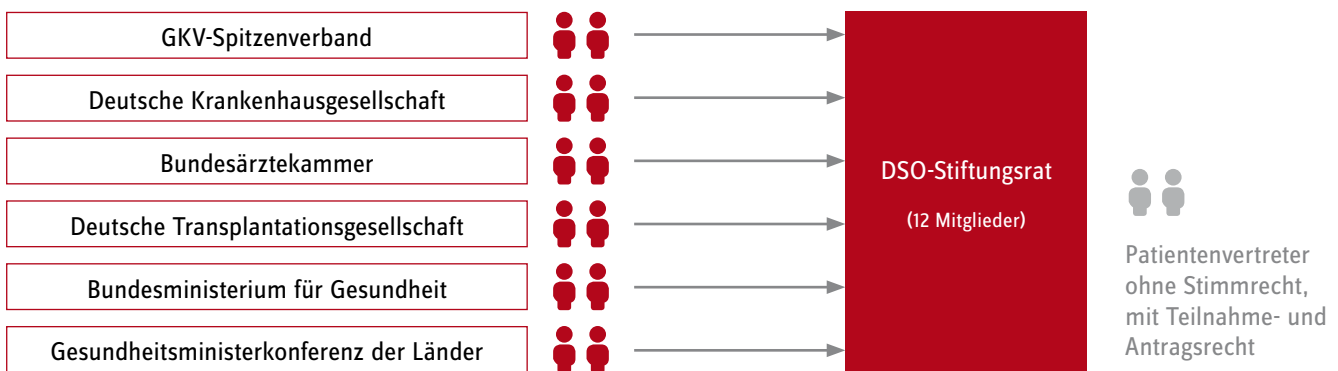
Umstrukturierung der DSO

Die DSO ist die Koordinierungsstelle für den Organspendeprozess in Deutschland. Anfang 2013 mehrten sich die Stimmen, die eine grundsätzliche Neukonstruktion der DSO forderten. Im parlamentarischen Raum sprachen sich insbesondere Teile der Opposition dafür aus, die Koordination der Organentnahme in die Hand einer staatlichen Institution zu geben. Es setzte sich jedoch eine modifizierte Selbstverwaltungslösung mit stärker öffentlich-rechtlichem Charakter durch. Im neuen Stiftungsrat sind nunmehr Bund und Länder direkt vertreten. Sechs verschiedene Organisationen entsenden jeweils zwei Mitglieder in das zwölfköpfige Gremium.

Manipulationen verhindern, Vertrauen zurückgewinnen

Zur Vermeidung von Manipulationen wurden darüber hinaus Transplantationskonferenzen und das Sechsaugenprinzip eingeführt. Über die Aufnahme in die Wartelisten entscheidet nun nicht mehr ein einzelner Transplantationsmediziner, sondern ein interdisziplinäres Team. Diesem obliegt auch die Organisation der Wartelisten. Die notwendigen

Zusammensetzung des neuen DSO-Stiftungsrats



Darstellung: GKV-Spitzenverband

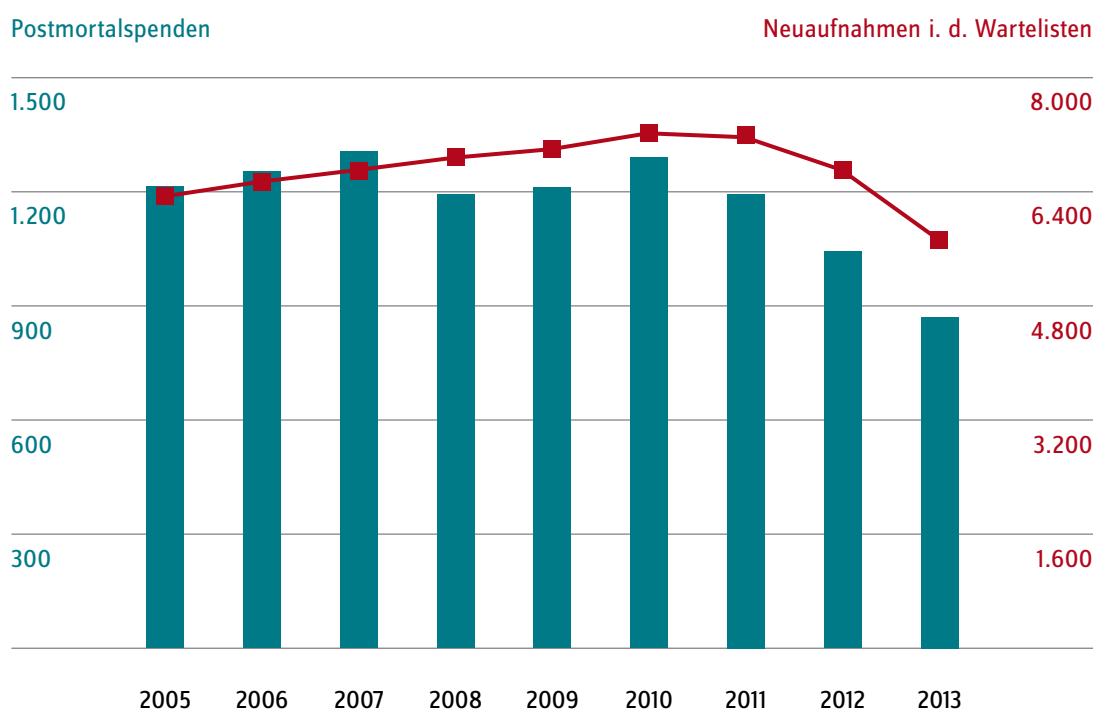
Anpassungen der BÄK-Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung wurden von der Ständigen Kommission Organtransplantation noch im Jahr 2012 diskutiert und traten zum 9. Dezember 2012 in Kraft. Organspezifische Regelungen folgten 2013.

Mit dem Beitragsschuldengesetz beschloss der Gesetzgeber nun auch strafrechtliche Konsequenzen für die Manipulation von Wartelisten. Das Transplantationsgesetz enthielt zwar von Anfang an Straf- und Bußgeldvorschriften, sie umfassten allerdings nicht den Tatbestand der Manipulation von Wartelisten. Der Gesetzgeber hat nunmehr strafrechtliche Konsequenzen geschaffen, die Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren umfassen.

Darüber hinaus wurde im Beitragsschuldengesetz festgelegt, dass die BÄK-Richtlinien nach dem Vorbild der G-BA-Richtlinien künftig zu begründen und vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes kann dies nur ein erster Schritt sein. Anstelle der BÄK sollte künftig ein breiter legitimes Gremium für die Regeln der Organvermittlung verantwortlich zeichnen.

Die Manipulationen von Wartelisten haben innerhalb kürzester Zeit zu einer skeptischen Wahrnehmung der Transplantationsmedizin geführt. Das Vertrauen zurückzugewinnen, wird ein langwieriger Prozess sein. Der Anfang für eine Neuordnung ist gemacht.

Entwicklung Organspende und Wartelisten für Organtransplantationen 2005–2013



Bezugsland Deutschland; Quelle: DSO, Eurotransplant; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung auf den Weg gebracht

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber den bestehenden § 116 b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ umgestaltet und einen neuen, von der Bedarfsplanung ausgenommenen Versorgungssektor geschaffen – die „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV). Zukünftig können Vertragsärzte und Krankenhäuser für definierte Leistungsbereiche unter gleichen Bedingungen dieselben Leistungen zu gleichen Vergütungssätzen erbringen. Allerdings erweist sich der Regelungsbedarf als sehr komplex: Allein die Ergänzung der Definitionen von

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wurde ein neuer, leider von der Bedarfsplanung ausgenommener Versorgungssektor geschaffen. Ziel ist die verbesserte interdisziplinäre und patientenorientierte Versorgung.

„schweren“ Verlaufsformen und „besonderen“ Krankheitsverläufen erzeugte einen erheblichen Aufwand in der Umsetzung. Der GKV-Spitzenverband begleitete die Imple-

mentierung des neuen Versorgungsbereichs intensiv und lösungsorientiert. Ein Schwerpunkt stellte mangels anderer Mengensteuerungsmöglichkeiten die Festlegung einzelner Strukturqualitätsmerkmale dar.

Leistungen konkretisieren

Nachdem der G-BA am 21. März 2013 die Richtlinie über die ASV verabschiedet hatte, wurde zum Jahresende 2013 die erste indikationsbezogene Konkretisierung verabschiedet. Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose können künftig nach bestimmten Vorgaben ambulant spezialfachärztlich in Kliniken und Praxen versorgt werden. Die Richtlinie umfasst die erforderliche Diagnostik, Behandlung und Beratung dieser Patienten sowie die personellen, sachlichen und organisatorischen Anforderungen an die Vertragsärzte und Krankenhäuser, die diese Versorgung anbieten.

Erstmalig legt der G-BA damit auch Gebührenordnungspositionen für die jeweiligen Behandlungsumfänge genau fest. Erste Abrechnungen sind für das zweite Quartal 2014 geplant. Zudem fand am 1. Juli 2013 die konstituierende Sitzung des ergänzten Bewertungsausschusses (aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbandes, ergänzt um die Deutsche Krankenhausgesellschaft) statt. Die Beratungen sind aufgenommen. Nun gilt es, langfristig eine eigenständige Vergütungssystematik für die Leistungen in der ASV zu entwickeln.

Bei der Weiterentwicklung muss es darum gehen, Potenziale weiter auszuschöpfen und das Risiko einer rasanten Kostenentwicklung durch geeignete Steuerungsinstrumente zu minimieren.

Potenziale ausschöpfen

Ab dem zweiten Quartal 2014 startet der neue Versorgungssektor. Die ersten Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Evaluation werden frühestens im Jahre 2017 vorliegen. Bei der Weiterentwicklung des

neuen spezialfachärztlichen Versorgungsbereichs wird es darum gehen, das Potenzial der verbesserten, interdisziplinären und patientenorientierten Versorgung auszuschöpfen. Gleichzeitig muss auch das Risiko der rasanten Kostenentwicklung der ASV durch geeignete Steuerungsinstrumente minimiert werden. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung müssen darüber hinaus geeignete Bereinigungsverfahren etabliert werden, um nachgewiesene Leistungsverlagerungen in den ASV-Sektor aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung herauszulösen.

DRG-Begleitforschung: Behandlungsqualität gestiegen

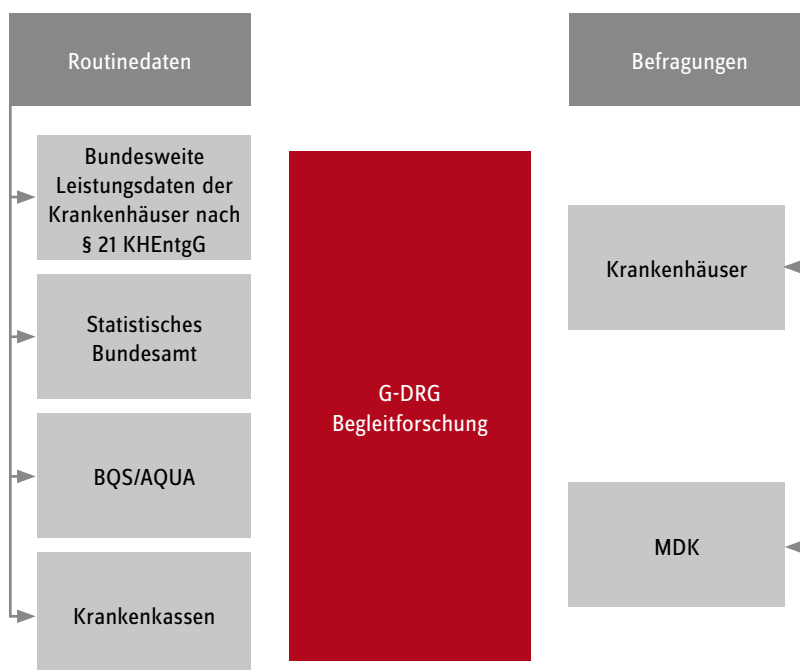
Die Einführung von DRG-Fallpauschalen als leistungsorientierte Form der Krankenhausvergütung gilt als die bedeutsamste Reform im Krankenhausbereich seit Jahrzehnten. Sie wird deshalb im Rahmen einer Begleitforschung evaluiert. Im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie des GKV-Spitzenverbandes wurde diese Untersuchung des Fallpauschalensystems vom IGES-Institut durchgeführt und mit der Veröffentlichung des Berichts zum dritten Forschungszyklus Anfang 2013 erfolgreich abgeschlossen. Der dritte und gleichzeitig letzte Forschungszyklus untersucht den Zeitraum von 2008 bis 2010 und damit das Ende der Konvergenzphase. Die Konvergenzphase bezeichnet jene Phase, in der die krankenhausspezifischen Vergütungshöhen in Richtung eines einheitlichen Landesniveaus konvergieren. Dies leitet das Ende der Einführungsdekade ein und markiert den Beginn des Routinebetriebs. Zusammen mit den Endberichten der ersten beiden Forschungszyklen (2004-2006, 2006-2008) liegen jetzt rund 2.000 Seiten an Begleitforschungsmaterial vor. Sie beschreiben den gesamten Umstellungsprozess von der krankenhausspezifischen Vergütung nach Tagessätzen zu einer fallpauschalierten landeseinheitlichen Vergütung.

Auswirkungen der Fallpauschalen bewerten

Im Rahmen der Auswertung wurde, wie vom Gesetzgeber gefordert, untersucht, welche Auswirkungen das neue pauschalierende Vergütungssystem hat. Hierbei ging es insbesondere um:

- Strukturen der Krankenhäuser
- Qualität der Versorgung
- Mögliche Leistungsverlagerungen
- Kapazitäts- und Leistungsentwicklung im stationären Sektor
- Personaleinsatz
- Anpassung interner Strukturen in den Krankenhäusern
- Investitionsverhalten
- Veränderung von Kosten und Erlösstrukturen

Datengrundlagen der G-DRG-Begleitforschung



KHEntG: Krankenhausentgeltgesetz

BQS: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH

AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen

MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Quelle: IGES; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Eine wesentliche Erkenntnis der Begleitforschung ist, dass sich allen kritischen Voraussagen zum Trotz die Qualität stationärer Leistungen durch das seit 2004 geltende pauschalierende Vergütungssystem nicht verschlechtert hat. Ganz im Gegenteil: Die Analysen weisen durchweg auf eine Qualitätssteigerung im untersuchten Zeitraum hin.

Die Selbstverwaltungspartner haben damit ihren gesetzlichen Auftrag erfüllt, für die Politik und die interessierte Öffentlichkeit eine wichtige Informationsbasis zur Beurteilung der Auswirkungen des deutschen DRG-Systems zu schaffen. Die umfangreichen Forschungsberichte und statistischen Auswertungen sind auf der Webseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter www.g-drg.de abrufbar.

Mehr Transparenz durch Qualitätsberichte

Krankenhäuser sind seit 2005 verpflichtet, strukturierte Qualitätsberichte zu erstellen – zunächst alle zwei Jahre, seit 2012 jährlich. Diese Berichte beinhalten Struktur- und Leistungsdaten sowie Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung und werden u. a. von den Verbänden der Krankenkassen für jedes Krankenhaus differenziert im Internet veröffentlicht.

Die ersten Qualitätsberichte enthielten lediglich das Mengengerüst der Krankenhäuser, so z. B. die häufigsten Operationen. Inzwischen werden rund 300 Qualitätsindikatoren veröffentlicht, beispielsweise auch die Komplikationsraten bei Operationen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss

In der Vergangenheit konnten Krankenhäuser standortübergreifende Qualitätsberichte erstellen und kritische Ergebnisse eines Standorts auf diese Weise verschleiern. Das wird in Zukunft nicht mehr möglich sein.

stieß der Wunsch nach erhöhter Transparenz oft auf den Widerstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der GKV-Spitzenverband konnte jedoch eine standortspezifische Berichterstattung durchsetzen. Die bisherigen Regelungen waren noch zu weit gefasst. So erstellten einige Krankenhäuser standortübergreifende

Qualitätsberichte und konnten kritische Ergebnisse eines einzelnen Standortes auf diese Weise verschleiern. Das wird in Zukunft nicht mehr möglich sein. Um neben dem Standortbericht gleichzeitig eine Darstellung des gesamten Krankenhausverbundes zu ermöglichen, werden im sog. Gesamtbericht die Daten aller Berichte zusammengefasst.

Qualität der Berichte weiterentwickeln
Künftig entfallen die bislang verpflichtenden Qualitätsberichte im wenig leserfreundlichen PDF-Format. Da mit den Internetportalen mittlerweile nutzerfreundliche Such- und Informationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, haben die PDF-Berichte an Bedeutung verloren.

Für die nächsten Jahre steht die Aufgabe im Vordergrund, die Datenqualität der Qualitätsberichte, z. B. durch verstärkte Datenvalidierung und -plausibilisierung, zu steigern, um so die Aussagekraft und Verlässlichkeit der Berichte zu erhöhen. Außerdem setzt sich der GKV-Spitzenverband für die Einführung von Sanktionen ein, wenn ein Krankenhaus seiner gesetzlichen Pflicht zur Qualitätsberichterstattung nicht oder nicht vollständig nachkommt.

Mehr Geld für Pflege im Krankenhaus

Das Pflegesonderprogramm wurde mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes zu Beginn des Jahres 2009 eingeführt. Mit dem Programm finanzierten die Krankenkassen in den Jahren 2009 bis 2011 die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte in Krankenhäusern. DRG-Krankenhäuser hatten die Möglichkeit, bis zu 0,48 Prozent ihres Erlösbudgets zusätzlich zu erhalten, um im Förderzeitraum insgesamt bis zu 17.000 zusätzliche Pflegekräfte einzustellen oder Teilzeitstellen aufzustocken.

Der GKV-Spitzenverband ist beauftragt, jährlich über die Umsetzung des Förderprogramms zu berichten. Aufgrund der verzögerten Nachweissführung der Krankenhäuser waren Aussagen zur tatsächlichen Besetzung der zusätzlichen Stellen in den jährlichen Berichten nur in begrenztem Umfang möglich, sodass der GKV-Spitzenverband 2013 einen vierten und abschließenden Bericht erstellte.

Personalsituation in der stationären Pflege verbessert

Im Programmzeitraum sind zusätzliche Finanzmittel in einer Größenordnung von 1,1 Mrd. Euro an die Krankenhäuser geflossen. 1.125 Krankenhäuser haben in mindestens einem Jahr am Pflegesonder-

programm teilgenommen. 15.343 zusätzliche Pflegevollkräfte wurden vereinbart und finanziert. Aufgrund der um ein Jahr verlängerten Datenerfassung konnten im Abschlussbericht auch belastbare Aussagen darüber getroffen werden, wie hoch die Beschäftigung tatsächlich ausgefallen ist: Nach Bestätigung von Jahresabschlussprüfern konnten ca. 13.600 Vollkräfte (89 Prozent) tatsächlich zusätzlich beschäftigt werden.

Ein Abgleich mit den Daten des Statistischen Bundesamtes für den Programmzeitraum ergab, dass im Förderzeitraum alle Krankenhäuser einen Zuwachs von insgesamt 9.200 Pflegekräften verzeichnet haben. Demzufolge stand der Einstellung und Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte durch das Sonderprogramm in Höhe von 13.600 Vollkräften auch ein Abbau von ca. 4.400 Vollkräften an anderer Stelle gegenüber.

Die pauschale krankenhausesindividuelle Zuschlagsfinanzierung über das Pflegesonderprogramm wurde ab dem Jahr 2012 in eine leistungsbezogene Finanzierung durch Landesbasisfallwerte und Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege überführt. Inwiefern der langfristig angelegten Zusatzfinanzierung auch ein dauerhafter Stellenzuwachs gegenübersteht, bleibt abzuwarten.

Zusätzlich vereinbarte Finanzmittel im Programmzeitraum

in Mio. Euro	2009	2009-2010	2009-2011	kumuliert
2011			164,2	
2010		186,4	186,4	
2009	185,2	185,2	185,2	
Gesamt	185,2	371,6	535,8	1.092,6

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband; Meldestand 15.05.2013

Neue Entgelte für die Psychiatrie: Optionaler Umstieg seit 1. Januar 2013

Bei der Fallpauschalen-Einführung (DRG) im Jahr 2003 blieben die psychiatrischen Krankenhäuser zunächst außen vor. Rund zehn Jahre später werden nun auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung leistungsorientierte Entgelte eingeführt. Das neue Entgeltsystem soll die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöhen und mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen schaffen. Wer aufwendige Leistungen erbringt, soll diese auch besser vergütet bekommen. Die erste Einführungsphase in den Jahren 2013 bis 2016 ist bewusst für die Krankenhäuser budgetneutral ausgestaltet.

Anwendungserfahrungen sammeln

Auf Basis umfangreicher Vorbereitungen und einer breiten empirischen Datengrundlage hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2012 einen ersten Entgeltkatalog unter der Bezeichnung „Pauschalierendes Entgeltsystem

Das neue Entgeltsystem in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll die Transparenz erhöhen und mehr Vergütungsgerechtigkeit schaffen.

für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PEPP) entwickelt. Wegen der ablehnenden Haltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft mussten der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen per Ersatzvornahme in Kraft gesetzt werden. Seit dem 1. Januar 2013, dem Beginn der sog. Optionsphase, kann das neue Vergütungssystem von Krankenhäusern und Krankenkassen angewendet werden. Für die Vertragsparteien vor Ort besteht damit die Möglichkeit, erste Anwendungserfahrungen zu sammeln, bevor die PEPP-Anwendung am 1. Januar 2015 in allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlich wird.

Am 6. September 2013 stellte das InEK die zweite Version des Katalogs vor. Grundlage der Kalkulation sind Kostendaten von 70 Krankenhäusern.

Der Entgeltkatalog enthält insgesamt 77 PEPPs, davon 57 vollstationäre und 20 teilstationäre. Neue schweregraderhöhende Differenzierungsmerkmale sind:

- Erhöhte Therapieintensität (Therapieeinheiten von Ärzten und Psychologen)
- Behandlung in einem Eltern-Kind-Setting
- Durchführung eines qualifizierten Entzugs

Weitere Schwerpunkte der Weiterentwicklung waren:

- Behandlung bei Sucht
- Einzel- und Kleingruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand
- Behandlung von Verhaltensstörungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vergütung in der Praxis prüfen

Nach umfangreichen Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene konnte die PEPP-Vereinbarung Anfang November 2013 geschlossen werden. Viele psychiatrische Verbände kritisieren insbesondere den degressiven Verlauf der Tagessätze im PEPP-System. Die Degression wurde eingeführt, weil die Kalkulation hohe Tagesaufwände bei kurzen Verweildauern und vergleichsweise niedrigere Aufwände bei langen Verweildauern zeigt. Da aber im Einzelfall ebenso Phasen mit wieder steigendem Therapieaufwand vorkommen können, enthält die Einigung auf das PEPP-System 2014 auch einen Prüfauftrag an das InEK: In Ergänzung zum derzeitigen Verfahren der Katalogentwicklung sollen weitere tagesbezogene Analysen durchgeführt und nach Lösungen gesucht werden, damit Erlös- und Aufwandsverlauf für die Patientengruppen nicht extrem auseinanderfallen. In die Prüfung sollten zudem tagesbezogene Vergütungskomponenten einbezogen werden. Bisher haben nur wenige der rund 400 Einrichtungen die Chance des frühen Umstiegs genutzt.

Reformbedarf in der ambulanten Versorgung und Vergütung

Deutschland verfügt über ein sehr gut ausgebauten System der ambulanten Versorgung mit einer insgesamt hohen Arztdichte und einer im internationalen Vergleich beispiellosen Dichte an ambulant tätigen Fachärzten und Psychotherapeuten. Die Versicherten haben freien Zugang zum Versorgungssystem und Anspruch auf alle erforderlichen vertragsärztlichen Leistungen.

Allerdings ist das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zu anderen relativ teuer. Die ambulante Versorgung muss sich zukünftig nicht nur den Fragen der Effizienz und Effektivität stellen. Sie muss sich auch an dem verändernden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft und am technischen Fortschritt orientieren. Ziel muss dabei stets eine nachprüfbar bessere Versorgung sein, statt teure Innovationen ohne Zusatznutzen zu entwickeln.

Ambulante Versorgung zukunftsfähig gestalten

Ausgehend von den sich ändernden Anforderungen hat der GKV-Spitzenverband in einem Positionspapier den Reformbedarf in der ambu-



lantent Versorgung analysiert und zielorientierte Weiterentwicklungen beschrieben.

Der künftige Versorgungsbedarf in der ambulanten Versorgung wird durch mehrere Faktoren bestimmt: Während die Patientenzahl aufgrund der Bevölkerungsentwicklung sinkt, führt der höhere Altersdurchschnitt in einzelnen Bereichen zu einem steigenden Versorgungsbedarf. Gleichzeitig können die Menschen heute verhältnismäßig gesünder altern. Mit der Alterung ist daher insgesamt nicht zwingend ein Anstieg des Versorgungsbedarfs verbunden. Allerdings werden sich die Versorgungsschwerpunkte verschieben.

Flächendeckende Versorgung sicherstellen

In stark alternden Regionen mit geringer Besiedlungsdichte und rückläufiger Bevölkerungsentwicklung ist es eine besondere Herausforderung, eine angemessene medizinische Versorgung sicherzustellen. Selbst durch erhebliche finanzielle Förderung können die strukturellen Nachteile langfristig kaum ausgeglichen werden. Deshalb ist es für Ärzte vergleichsweise unattraktiv, eine Praxis zu

Positionen zur vertragsärztlichen Vergütung

- Wirksamere Steuerung der Ausgaben für ärztliche Leistungen
- Finanzierbarkeit sichern - Konstruktionsmängel des derzeitigen Vergütungssystems beseitigen
- Morbiditätsentwicklung sachgerecht bestimmen
- Mängel bei der Bestimmung der Preise beseitigen
- Finanzmittel gerechter verteilen
- EBM transparent und am Versorgungsbedarf orientiert weiterentwickeln
- Gestaltungsmöglichkeiten auf Landesebene ausbauen



lokal behandeln



übernehmen. In den Städten hingegen wirkt sich der demografische Wandel weniger stark aus. Hier besteht eher ein Überangebot an Leistungen und Leistungsanbietern. Für Ärzte ist die Niederlassung im städtischen Umfeld nicht zuletzt auch wegen der höheren Anzahl Privatpatienten attraktiver. Das führt zu einem Überangebot an Vertragsärzten einerseits und einem umfangreichen stationären Angebot andererseits. Die Konkurrenz der vielen Anbieter schafft starke Anreize für eine angebotsinduzierte Nachfrage.

Häufig werden dadurch Leistungen erbracht, die für den Patienten keinen oder nur geringen Nutzen haben, im schlimmsten Falle sogar schädlich sind. Daneben besteht die Gefahr, dass die medizinisch-technische Entwicklung immer neue Versorgungsbereiche eröffnet, die bei geringem Zusatznutzen erhebliche Ressourcen binden. Hier müssen zukünftig in erster Linie Möglichkeiten zum Abbau von Überversorgung gefunden werden. Angesichts der großen Herausforderungen gilt es, die Versorgung effizienter zu gestalten und besser zu strukturieren. Das ambulante Leistungsangebot muss dabei konsequent an den Versorgungsbedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft ausgerichtet werden. Es ist notwendig, unwirtschaftliche Strukturen und Fehlanreize bei der ärztlichen Vergütung abzubauen und die Wirksamkeit und Qualität der erbrachten Leistungen zu verbessern. Die Fehlversorgung durch nicht koordinierte Behandlungsprozesse muss durch eine sektorübergreifende, integrierte Versorgung abgelöst werden.

IGeL-Leistungen transparenter gestalten

Mehr Transparenz ist bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) dringend erforderlich. Mit dem IGeL-Monitor des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes findet eine neutrale Bewertung von IGeL-Leistungen statt. Angesichts der deutlichen Zuwächse und bekannten Fehlentwicklungen sollten die Ärzte ihre Patienten insbesondere darüber informieren, warum diese Leistungen nicht von den Krankenkassen bezahlt werden und welche Risiken und Folgen mit der jeweils angebotenen Diagnostik und Therapie verbunden sind.

Ausgaben für ärztliche Leistungen wirksam steuern

Die Steuerung der Ausgaben für ärztliche Leistungen im Rahmen der Gesamtvergütung ist nach wie vor unverzichtbar. Allerdings wurde ihre Wirkung in den letzten Jahren durch vielfältige, oft unsystematische Regelungen eingeschränkt. Darüber hinaus müssen Versorgungsziele und definierte Prioritäten bei der Festsetzung der vertragsärztlichen Vergütungen stärker berücksichtigt werden. Nur so lässt sich eine bessere Orientierung des Leistungsgeschehens am Versorgungsbedarf der Patienten bewirken. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten verpflichtet werden, mit einem festzulegenden Anteil der Gesamtvergütung Leistungen zu fördern, die in besonderem Maße die Qualität der Versorgung verbessern.

Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

- Überversorgung abbauen/Unterversorgung vermeiden
- Nichtärztliche Leistungserbringer stärker einbeziehen
- Flexible Angebotsstrukturen fördern
- Zulassung und Versorgungsauftrag verknüpfen
- Primärärztliche Versorgung stärken
- Fachärztliche Versorgung neu strukturieren
- Versorgungsstrukturen zukunftsfähig ausgestalten

Ambulante Psychotherapie aktuellen Anforderungen anpassen

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitsbedingte Frühverrentungen werden immer häufiger mit psychischen Erkrankungen begründet. Unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob sich die Morbidität im Bereich psychischer Erkrankungen wirklich erhöht hat oder annähernd konstant bleibt, ist deshalb aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu prüfen, ob das derzeitige Versorgungs- und Behandlungsangebot den heutigen Anforderungen anzupassen ist.

In der psychotherapeutischen Versorgung verfügt Deutschland bereits heute über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung. Die Finanzierung tragen weitestgehend die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme, d. h. die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Rentenversicherung.

Einen Leistungsausschluss aufgrund von Vorerkrankungen gibt es, anders als bei der privaten Krankenversicherung, nicht. Der Wissenschaft-

liche Beirat Psychotherapie konstatiert zudem eine im internationalen Vergleich herausragende Integration der Psychotherapie in die allgemeine Krankenversorgung. Dennoch ist die Versorgung offensichtlich nicht optimal.

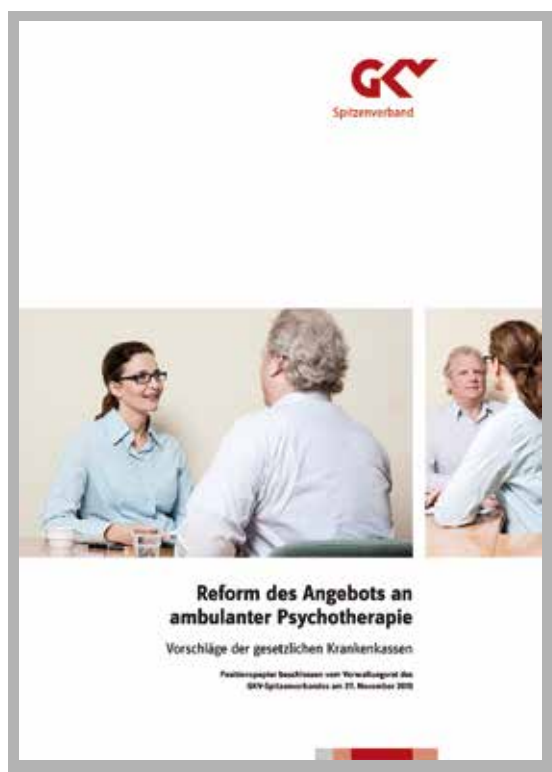
Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen erleichtern

Um zweifellos bestehende Unterschiede in der Versorgung der einzelnen Regionen zu vermindern und den veränderten Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen, muss das bestehende System weiterentwickelt werden. Ziel ist es, allen Versicherten niedrigschwellig Zugang zu einer guten psychotherapeutischen Versorgung zu verschaffen, ohne die Versicherungsgemeinschaft der GKV finanziell zu überfordern. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband ein Reformkonzept entwickelt.

Bisher sind die Antrags- und Bewilligungsschritte für eine ambulante Psychotherapie sehr eng gefasst. Je nach Psychotherapie-Verfahren werden unterschiedliche Kontingente Behandlungsstunden durch den Versicherten beantragt und – ggf. nach Prüfung durch einen Gutachter – von den Krankenkassen bewilligt. Die neue Struktur sieht vor, Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien zu schaffen, indem auf das Antrags- und Bewilligungsverfahren in diesem Segment verzichtet wird. Der Versicherte kann das Angebot über seine Krankenversichertenkarte wie andere Leistungen auch in Anspruch nehmen; der Therapeut ist von einer Berichtspflicht bei Kurzzeittherapie generell befreit.

Mehr Transparenz schaffen, adäquat behandeln

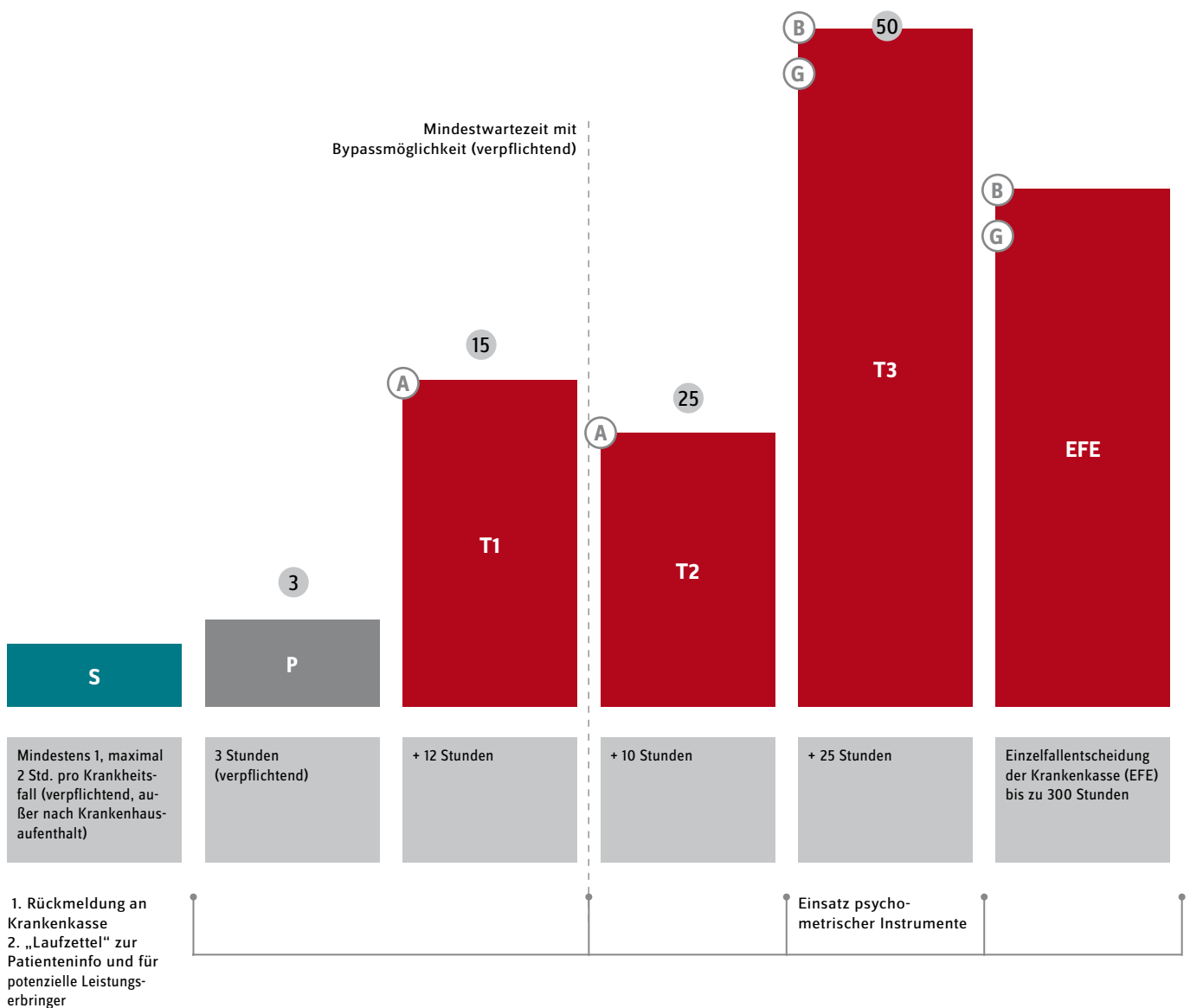
Damit der Versicherte auch das seiner Erkrankung entsprechende Behandlungsangebot erhält, ist eine orientierende Sprechstunde bei einem Psychotherapeuten vor Beginn einer Therapie vorgesehen. Hierbei soll über die verschiedenen Therapieformen informiert und alternative Angebote wie z. B. eine Selbsthilfegruppe oder auch eine stationäre Behandlung erwogen werden.



Die Förderung der Kurzzeittherapie soll dabei nicht zu Lasten der Langzeittherapie gehen. Nach wie vor soll es möglich sein, aus der Probatorik direkt in die Langzeittherapie, z. B. eine Psychoanalyse, überzuleiten. Hierfür bleiben das

Gutachterverfahren wie auch der bisherige Stundenumfang bestehen. Mit dem neuen Konzept zur Reform der ambulanten Psychotherapie wird es gelingen, mehr Transparenz und einen adäquaten Behandlungsrahmen für die Patienten zu schaffen.

Zukünftige Strukturierung - ambulante Psychotherapie



S= Sprechstunde für Beratung, Steuerung und ggf. Krisenintervention, P = Probatorik, T = Therapie; Std. entspr. jeweils 50 Minuten.

(A) anzeigepflichtig (B) antrags-/genehmigungspflichtig (G) Gutachten

Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung

Auf Bundesebene werden jährlich bis zum 31. August zentrale Entscheidungen zur vertragsärztlichen Vergütung des nächsten Jahres im Bewertungsausschuss von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) getroffen. Dabei geht es insbesondere um Empfehlungen zur Anpassung des von den Krankenkassen zu vergütenden Behandlungsbedarfs (Mengenkomponente) und um die Festlegung des zentralen Preises, des sog. Orientierungswertes.

Tatsächlichen Behandlungsbedarf ermitteln

Die Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs beruhen auf Morbiditätsraten, die von jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Rahmen eines standardisierten Verfahrens ermittelt werden.

Die Grundlage dafür bilden demografische Veränderungsdaten und Diagnosen, die seitens der Ärzte selbst kodiert werden. Die große Schwankungsbreite und das Niveau

der diagnosebezogenen Raten verdeutlichen aber, dass diese offensichtlich weniger durch die unterschiedliche Morbiditätsentwicklung in den Regionen beeinflusst werden als vielmehr durch das ärztliche Kodierverhalten. Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das Anfang 2012 in Kraft getreten ist, konnte diese Problematik zwar abmildern, indem es auf Landesebene eine Gewichtung der deutlich niedrigeren und stabileren demografischen Raten sowie der diagnosebezogenen Raten vorsieht. Das grundsätzliche Problem der mangelhaften Qualität der diagnosebezogenen Raten wird dadurch aber nicht gelöst, sondern nur auf die regionale Verhandlungsebene verlagert.

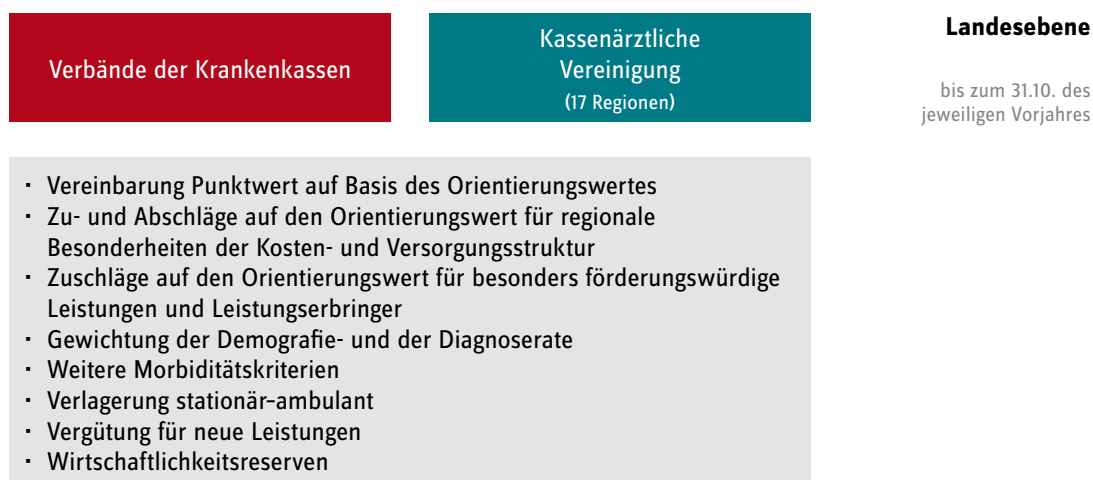
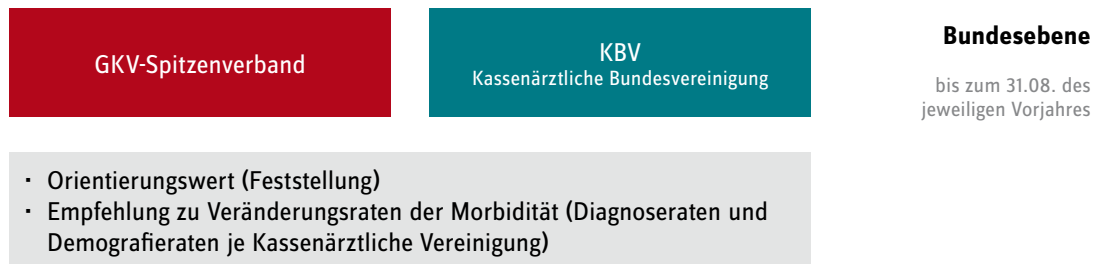
Die gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverhandlungen wirken nicht nur ausgabentreibend, sondern erschweren auch die notwendige Konsensfindung. Eine zukünftige Vergütungsreform sollte sich auf wenige, sachlich begründbare Vorgaben konzentrieren.

Vergütungssystem vereinfachen

Im Jahr 2012 führten die Preisverhandlungen zur Festlegung des Orientierungswertes zu auch öffentlich ausgetragenen Konflikten. Auf Basis der vorab getroffenen Vereinbarung eines datengestützten Verfahrens zur Ermittlung des Orientierungswertes konnte 2013 eine einvernehmliche Lösung erreicht werden. Diese beinhaltet eine Anhebung des Orientierungswertes um 1,3 Prozent und die Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung in Höhe von 140 Mio. Euro. Ferner konnte die von der KBV geforderte Herausnahme von Leistungen aus der Budgetierung mit einem Volumen von rund zehn Milliarden Euro, die für die Krankenkassen erhebliche finanzielle Risiken beinhaltet hätte, verhindert werden.

Wie hoch die vertragsärztlichen Vergütungen 2014 letztendlich ausfallen werden, hängt seit der Regionalisierung vieler honorarrelevanter Entscheidungen durch das GKV-VStG von Vereinbarungen auf Landesebene ab. Die KVen können nunmehr eine Reihe weiterer Anpassungsfaktoren geltend machen. Nach den Erfahrungen des letzten Jahres führte dies oft zu Maximalforderungen, in deren Folge Landesschiedsämter angerufen werden mussten. Die gesetzlichen Vorgaben für die Honorarverhandlungen wirken nicht nur ausgabentreibend, sondern erschweren auch die notwendige Konsensfindung. Eine zukünftige Vergütungsreform mit dem Ziel der stabilen Finanzierung vertragsärztlicher Versorgung sollte die Systemmängel beseitigen und sich auf wenige, sachlich begründbare Vorgaben konzentrieren. Hierdurch kann ein einfacheres Vergütungssystem erreicht und die fast zur Regel gewordenen Verfahren vor den Schiedsämtern können vermieden werden.

Verhandlungsebenen der ärztlichen Vergütung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Haus- und fachärztliche Versorgung gezielt fördern

Die Weiterentwicklung des EBM soll die ambulante ärztliche Versorgung verbessern und mögliche Defizite beheben. Ab 2013 stellen die Krankenkassen jährlich zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von 250 Mio. Euro bereit.

Der GKV-Spitzenverband verfolgt im Rahmen der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) konsequent das Ziel, die ambulante ärztliche Versorgung für Patientinnen und Patienten zu verbessern und mögliche Versorgungsdefizite zu beheben. In Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verständigte sich

der GKV-Spitzenverband auf konkrete Schritte zur Weiterentwicklung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. Die Maßnahmen, die zum 1. Oktober 2013 wirksam wurden, zielen auf die Förderung der „sprechenden Medizin“ sowie der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung durch Hausärzte und auf die Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung.

Um Anreize für eine bedarfsgerechtere Versorgung zu schaffen, stellten die Krankenkassen ab 2013 zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von 250 Mio. Euro bereit und definierten spezifische Leistungen für Haus- und Fachärzte im Rahmen der EBM-Reform. 2014 steigt dieser zweckgebundene Gesamtbetrag um weitere 140 Mio. Euro auf insgesamt 390 Mio. Euro.

Leistungen am Bedarf ausrichten

Zur gezielten Förderung der „sprechenden Medizin“ wurde eine Gesprächsleistung aus der Versichertenpauschale für Haus- und Kinderärzte herausgelöst. Kinderärzte können darüber hinaus künftig sozialpädiatrische Gesprächsleistungen abrechnen.

Auch die Behandlung von chronisch kranken Erwachsenen und Kindern durch die betreuenden Hausärzte soll verbessert werden. Entsprechende Leistungsanpassungen zielen auf die optimale Beratung, Koordination und eine leitliniengerechte Therapie dieser Patienten.

Weitere Maßnahmen sehen die Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung vor. Auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes wurde der EBM zum Oktober 2013 dahingehend verändert, dass eine qualifizierte Beurteilung der individuellen Situation geriatrischer Patienten ebenso wie die damit im Zusammenhang stehenden Betreuungsleistungen berechnungsfähig sind. Zudem wurden Leistungen zur Eingangsdagnostik und palliativmedizinischen Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen für sterbende Patienten eingeführt.

Fachärztliche Grundversorgung sichern

Um die Attraktivität der Grundversorgung in der fachärztlichen Tätigkeit zu steigern, wurden für 16 Facharztgruppen wie z. B. Augenärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte oder Orthopäden spezifische Zuschläge geschaffen. Fachärzte, die bei Patienten ausschließlich typische Grundversorgerleistungen erbringen, können seit dem 1. Oktober 2013 zusätzlich einen Zuschlag für die fachärztliche Grundversorgung abrechnen. Mit diesen Maßnahmen sollen die fachärztliche Grundversorgung sichergestellt und die Versorgung der Patienten durch diese Arztgruppen verbessert werden.

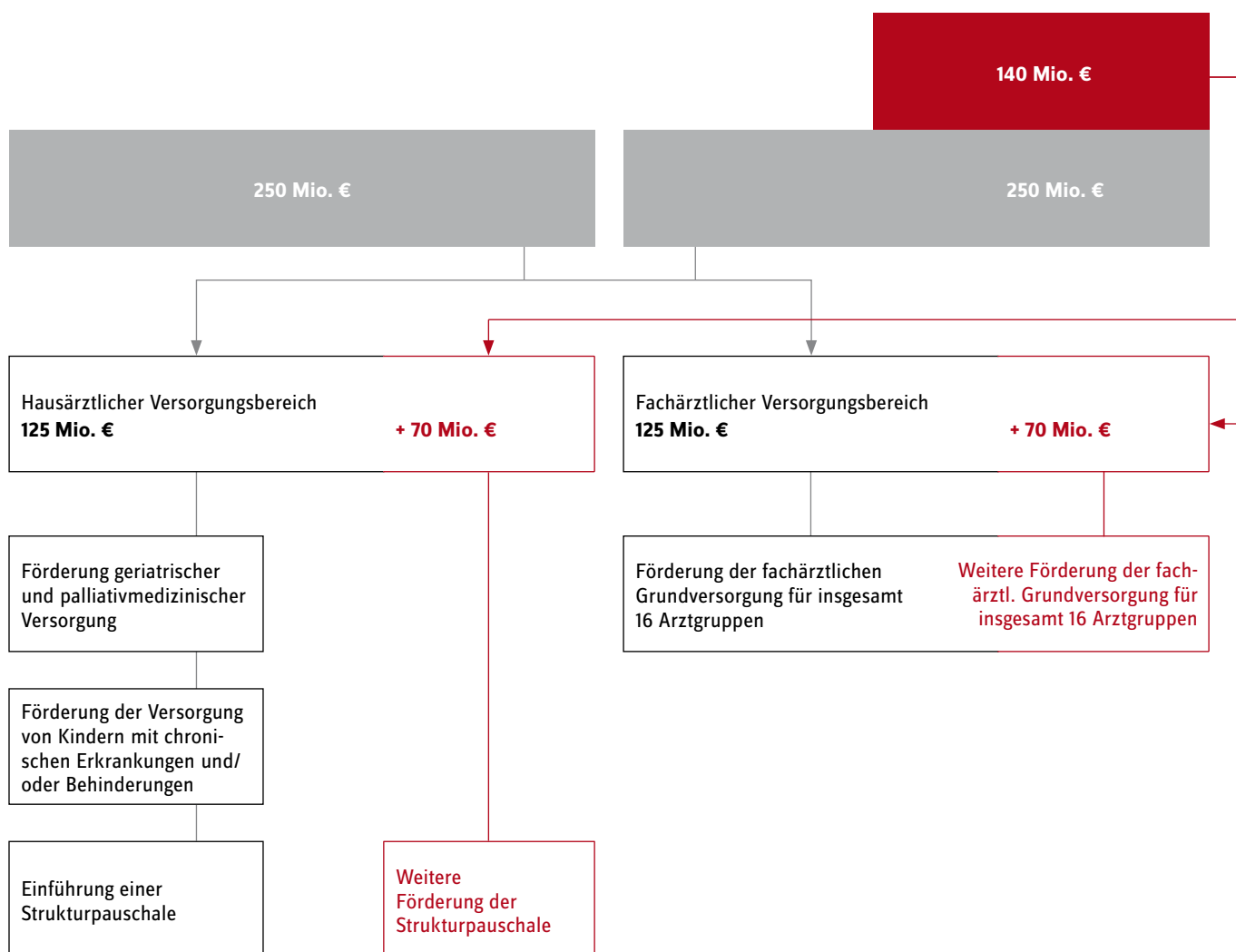
Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung

2013

2014

Beschluss des Bewertungsausschusses: Bereitstellung von zusätzlichen 250 Mio. € ab dem Jahr 2013 durch die Krankenkassen zur gezielten Förderung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Beschluss des Bewertungsausschusses: Bereitstellung von weiteren 140 Mio. € ab dem Jahr 2014 durch die Krankenkassen zur gezielten Förderung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich



Bei den dargestellten Förderbeträgen der Jahre 2013 und 2014 handelt es sich um basiswirksame Erhöhungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. So stehen im Jahr 2014 (und in den Folgejahren) für die Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung jährlich jeweils insgesamt 195 Mio. Euro zur Verfügung (125 Mio. Euro aus 2013 und zusätzlich 70 Mio. Euro aus 2014).

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mehr Klarheit bei den Arzthonoraren

Zum 1. Oktober 2013 wurde der Orientierungswert kosten- und ausgabenneutral angehoben und mit dem kalkulatorischen Punktwert einheitlich auf 10 Cent festgesetzt.

Die Bewertungen der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) – als in Punkten ausgedrücktes Verhältnis der Leistungen zueinander – erfolgten bislang auf Basis des sog. kalkulatorischen Punktwertes in Höhe von 5,1129 Cent. Die Höhe des zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen herangezogenen Orientierungswertes lag zuletzt bei 3,5363 Cent. Die Differenz zwischen beiden Werten wurde in der Vergangenheit von der Ärzteschaft als Argument für die angeblich dauerhafte Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung angeführt. Um dieses Argument vor

dem Hintergrund der kontinuierlichen Honorar erhöhungen der letzten Jahre zu entkräften, setzte sich die Kassenseite für eine ausgabenneutrale Angleichung der beiden Werte ein.

Berechnungsgrundlage vereinfachen

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 beschloss der Bewertungsausschuss die kosten- und ausgabenneutrale Anhebung des Orientierungswertes und setzte Orientierungswert und kalkulatorischen Punktwert einheitlich auf 10 Cent fest. Um die vereinbarte Ausgabenneutralität umzusetzen, wurden die Punktzahlen des EBM und weiterer vergütungsrelevanter Größen wie z. B. Behandlungsbedarfe um einen einheitlichen Faktor linear gekürzt.

Gleiche Leistung, gleiches Honorar, einfache Berechnung am Beispiel der Zusatzpauschale für die kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten

	EBM-Bewertung in Punkten	X	Orientierungswert	=	EBM-Bewertung in Euro
Systematik bis 30.09.2013	590 Punkte	X	3,5363 Cent	=	20,86 €
Systematik ab 01.10.2013	209 Punkte	X	10 Cent	=	20,90 €

Darstellung: GKV-Spitzenverband

AMNOG bringt frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Am 1. Januar 2011 trat das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) mit dem Ziel in Kraft, die rasant steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist es seither, mit den pharmazeutischen Unternehmen Erstattungsbeträge zu vereinbaren. Dies betrifft sowohl neue, nicht festbetragsfähige Arzneimittel, als auch den Bestandsmarkt, d. h. bereits zugelassene und im Verkehr befindliche Arzneimittel. Grundlage für entsprechende Vereinbarungen ist die frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Hierbei werden Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens eines Wirkstoffs gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt.

Seit Inkrafttreten des AMNOG initiierte der G-BA 99 Verfahren zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt. Insgesamt 242 Beratungsverfahren wurden durchgeführt. Dabei stellte der G-BA neun Wirkstoffe wegen der geringfügigen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung von der Nutzenbewertung frei. Auf Grundlage dieser Nutzenbeschlüsse führte der GKV-Spitzenverband insgesamt 41 Erstattungsbeitragsverfahren durch. Davon konnten 37 Verfahren durch Einigung der Vertragsparteien und vier mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen werden. Zwei Arzneimittel wurden bislang nach dem Inverkehrbringen direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet.

Im Jahr 2013 fanden für 35 Wirkstoffe Erstattungsbeitragsverhandlungen statt. Zwei davon waren sog. Wiederaufnahmeverhandlungen. Diese wurden notwendig, weil entweder der G-BA Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten zu treffen hatte oder durch Kündigung bestehender Vereinbarungen eine Neuverhandlung erforderlich wurde. Bisher wurden rund 180 Verhandlungstermine mit 25 unterschiedlichen pharmazeutischen Unternehmen absolviert. Das erzielte Einsparvolumen lässt sich für die Jahre 2012 und 2013 auf ca. 180 Mio. Euro beziffern.

Erste Erstattungsbeträge für Bestandsmarkt wirksam

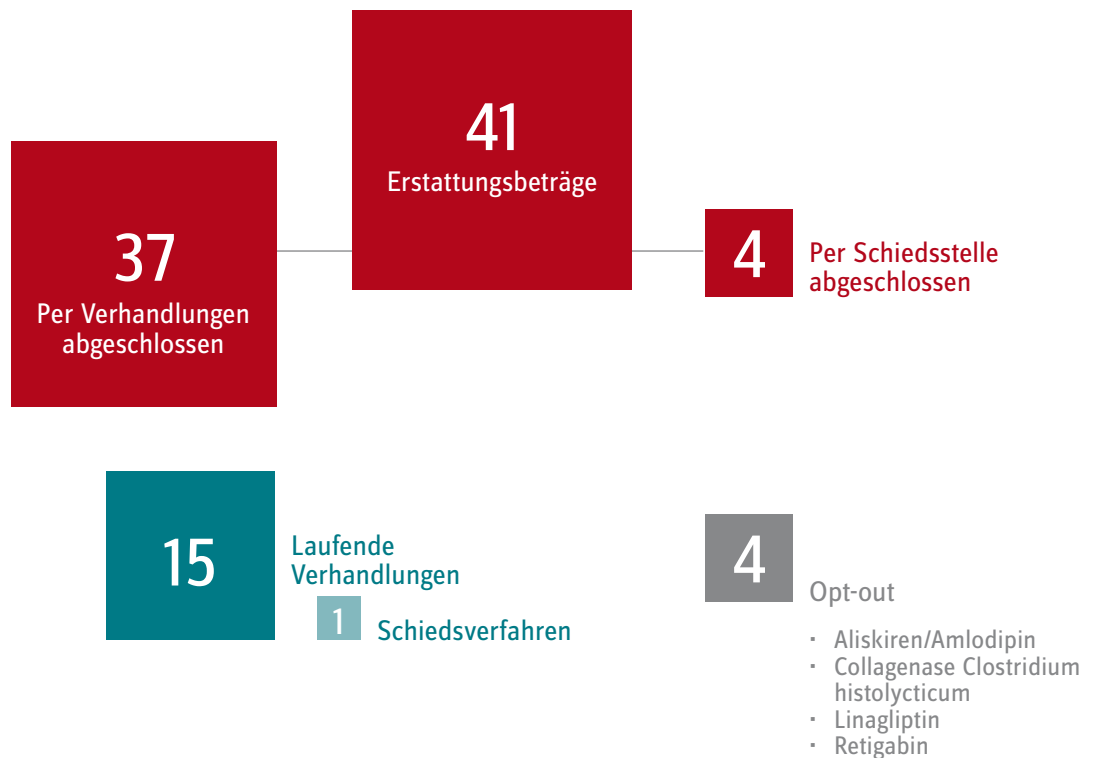
2014 werden erstmals Erstattungsbeträge wirksam, die auf Grundlage des AMNOG für Arzneimittel des Bestandsmarktes ausgehandelt wurden. Aufgrund rechtlicher Auseinandersetzungen zwischen dem G-BA und einem pharmazeutischen Unternehmer kam es hier im Vorjahr zu Verzögerungen. Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg musste klären, ob gegen Maßnahmen, die der G-BA für eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln im Bestandsmarkt veranlasst hat, isoliert Rechtsmittel eingelegt werden können. Die Klage wurde am 15. Mai 2013 abgewiesen. Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften stellte der Gesetzgeber die Rechtslage seinerseits klar. Vor diesem Hintergrund konnten die ersten Beschlüsse durch den G-BA erst am 1. Oktober 2013 getroffen werden. Betroffen waren hiervon fünf Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen aus der Gruppe der Gliptine.

Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens eines Wirkstoffs gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie fest.

Erstattungsbetrag als Bezugsgröße konkretisieren

Vor dem Hintergrund der zu meldenden Erstattungsbeträge bzw. Rabatte nach § 130b SGB V passte die Informationsstelle für Arzneispezialitäten GmbH ihr Meldeverfahren zum 1. Februar 2013 an. Trotz verschiedener Modifikationen, die seitdem vorgenommen wurden, und einer zwischenzeitlichen Klarstellung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verlief die regelkonforme Umsetzung weiterhin schleppend. Entgegen der unmissverständlich geäußerten Auffassung des BMG, dass der Erstattungsbetrag an die Stelle des bisherigen Listenpreises tritt, wurde letzterer weiterhin als Bezugsgröße für die Handelszuschläge herangezogen. Der GKV-Spitzenverband forderte deshalb wiederholt eine gesetzliche Konkretisierung.

Bilanz AMNOG



Stand 31.12.2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

AMNOG-Änderungen: Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurde das Verfahren der Nutzenbewertung 2013 weiterentwickelt. Der GKV-Spitzenverband begleitete das Gesetzgebungsverfahren aktiv. Neben der Klärstellung hinsichtlich des Umgangs mit Bestandsmarktarzneimitteln eröffnet der Gesetzgeber dem pharmazeutischen Unternehmer die Möglichkeit, bei mehreren vom G-BA festgelegten Vergleichstherapien selbst auszuwählen, gegenüber welcher der Zusatznutzen nachgewiesen wird. Im Gegenzug wurde festgelegt, dass bei einem nicht belegten Zusatznutzen der Erstattungsbetrag nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führen darf als die wirtschaftlichste Alternative der zweckmäßigen Vergleichstherapien. So kann ausgeschlossen werden, dass nur hochpreisige Therapien zum Vergleich herangezogen werden.

Mit dem AMNOG sollen die rasant steigenden Arzneimittelausgaben eingedämmt werden. Das erzielte Einsparvolumen lässt sich für die Jahre 2012 und 2013 auf ca. 180 Mio. Euro beziffern.



gezielt wirken



Einigung beim Apothekenabschluss erzielt

Nachdem der Apothekenabschluss für die Jahre 2011 und 2012 gesetzlich auf 2,05 Euro festgesetzt wurde, war die Höhe für das Jahr 2013 zwischen GKV-Spitzenverband und Deutschem Apothekerverband (DAV) wieder vertraglich zu vereinbaren. Parallel zu den Verhandlungen wurde der packungsbezogene Festzuschlag nach der Arzneimittelpreisverordnung zum 1. Januar 2013 um 0,25 Euro angehoben. Trotz dieser Honorarsteigerung von insgesamt 190 Mio. Euro jährlich forderten die Apotheker eine massive Absenkung des Apothekenabschlags.

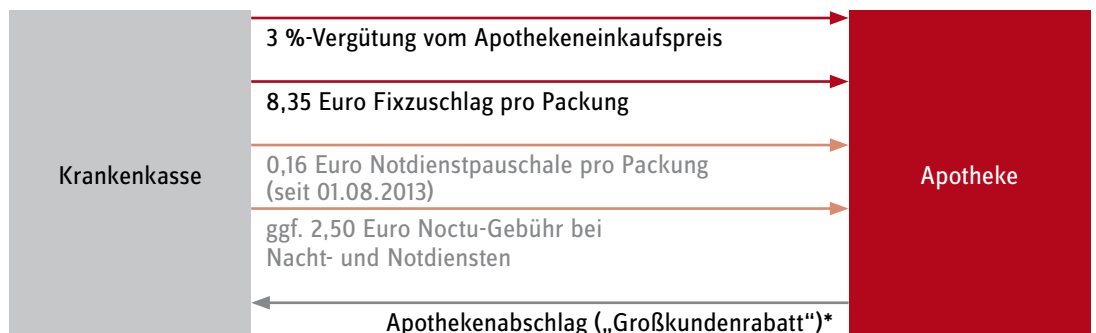
In den Verhandlungen konnten sich die Vertragspartner nicht über Ausgangswert und Anpassungskriterien verständigen. Die Initiative des GKV-Spitzenverbandes, die für die Anpassung notwendigen Informationsgrundlagen zu schaffen und damit dem gesetzlichen Auftrag des AMNOG nachzukommen, stieß bei der Gegenseite auf keine Resonanz. Trotz fehlender Informationsgrundlagen beharrte der DAV auf einer Festsetzung des Apothekenabschlags durch die Schiedsstelle. Bereits die Verhandlungen für die Jahre 2009 und 2010 führten zu Schiedsstellenentscheidungen, die den Abschlag von 2,30 Euro auf 1,75 Euro absenkten. Beide Verfahren mündeten in Klageverfahren vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, die bis dato nicht abgeschlossen waren.

Regelungen vereinfachen, Rechtssicherheit schaffen

Die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle stellten angesichts der kaum überschaubaren Komplexität der teils voneinander abhängigen Rechtsverfahren die Notwendigkeit einer umfassenden Lösung heraus. In diesem Sinne erörterte der Schiedsstellenvorsitzende in einem Mediationsgespräch mit den Parteien mögliche Konsenslinien und forderte zu einer nochmaligen Verhandlungsrunde auf.

Daraufhin verständigten sich die Vertragspartner am 22. Mai 2013 auf eine langfristig angelegte Gesamtlösung: Die Schiedsentscheidungen 2009 und 2010 wurden anerkannt, laufende Gerichtsverfahren beigelegt. Auf komplexe Rückabwicklungen der Abschlagsabrechnung wurde verzichtet. Für 2013 konnte ein Abschlag von durchschnittlich 1,80 Euro und für 2014 von 1,77 Euro vereinbart werden. Das entspricht einer weiteren Honorarverbesserung von rund 150 bis 170 Mio. Euro. Zudem soll gemeinsam der Gesetzgeber aufgefordert werden, die Parallelität der Anpassungsregelungen zur Apothekenvergütung aufzuheben. Diese erfolgreiche Verständigung im Wege der Selbstverwaltung machte eine Schiedsentscheidung entbehrlich.

Apothekenhonorierung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel



* im Jahr 2013 und 2014 im Durchschnitt 1,80 Euro.
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Apothekenhonorierung angehoben und erweitert

Nach der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) erhalten Apotheken je abgegebener verschreibungspflichtiger Packung einen variablen Vergütungsanteil in Höhe von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis sowie einen Festzuschlag. Die Regelung geht auf das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 zurück, mit dem die Vergütungssystematik auf einen packungsbezogenen Festzuschlag, also preisunabhängig, umgestellt wurde.

Mehrfachvergütung verhindern

Die vorgesehene Anhebung des Festzuschlags von bisher 8,10 Euro um 0,25 Euro und damit eine Honorarerhöhung von rund 190 Mio. Euro kritisierte die Apothekerschaft als zu niedrig. Sie forderte ihrerseits eine Anhebung um mehr als 600 Mio. Euro. Der GKV-Spitzenverband machte klar, dass es keinen doppelten Kostenausgleich durch die AMPreisV einerseits und den Apothekenabschlag andererseits geben dürfe. Der Festzuschlag wurde zum 1. Januar 2013 schließlich auf 8,35 Euro angehoben.

Flächendeckende Arzneimittelversorgung sicherstellen

Mit dem Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz hat der Gesetzgeber eine Notdienstpauschale von 0,16 Euro je Packung ab dem 1. August 2013 eingeführt. Dies entspricht einem weiteren Honorarplus von 114

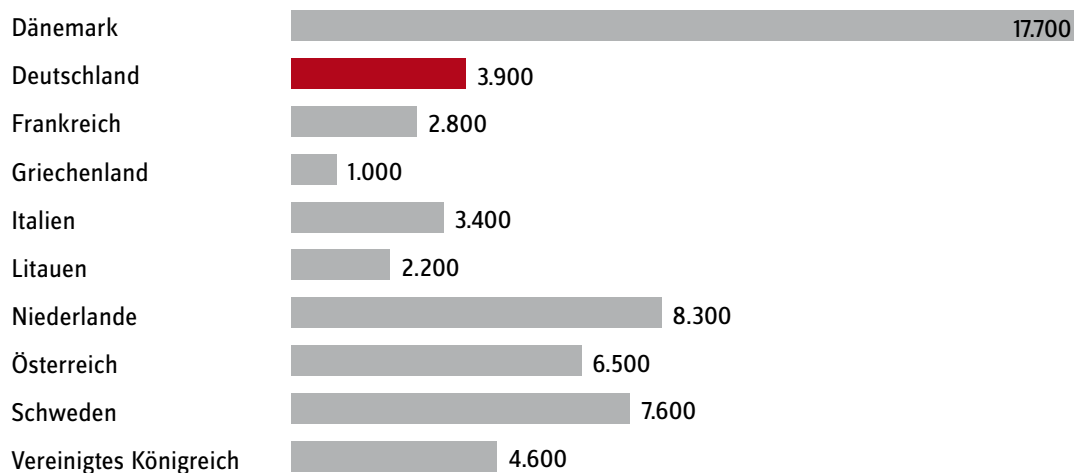
Mio. Euro für die Apotheker. Die Intention des Gesetzgebers, die Arzneimittelversorgung in Regionen mit ge-

ringer Bevölkerungsdichte sicherzustellen, wurde vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Gleichzeitig kritisierte er jedoch, dass der Sicherstellungsauftrag für Nacht- und Notdienste in den originären Aufgabenbereich der Apotheken fällt und nicht mit zusätzlichen Beitragsgeldern zu finanzieren ist. Mit der sog. Noctu-Gebühr in Höhe von 2,50 Euro je Rezept wird zudem das bisherige Instrument zur Vergütung von Nacht- und Notdiensten zusätzlich weitergeführt.

Einen doppelten Kostenausgleich durch die Arzneimittelpreisverordnung einerseits und den Apothekenabschlag andererseits darf es nicht geben.

Apothekendichte im europäischen Vergleich

Einwohner je Apotheke



Quelle: Jahresbericht ABDA 2012/2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Rahmenvereinbarung zur Arzneimittelversorgung

Im Herbst 2011 entzündete sich eine öffentliche Diskussion über Rechnungskürzungen einzelner Krankenkassen gegenüber Apotheken. In der Kritik standen vollständige Rechnungsabsetzungen aus rein formalen Gründen („Null-Retaxierungen“).

Der GKV-Spitzenverband führte daraufhin ab 2012 Verhandlungen mit dem Deutschen Apothekerverband (DAV). Parallel lag dem Bundessozialgericht ein Musterstreitverfahren zu der Frage vor, ob ein

Gemeinsam festgelegte Kriterien sollen sicherstellen, dass die Substitutionsausschlussliste willkürfrei, nachprüfbar und zukünftig weiterentwicklungsfähig ist.

Vergütungsanspruch auch besteht, wenn der Abgabevorrang für Rabattvertrags-Arzneimittel nicht beachtet wurde. Der

Rechtsstreit wurde am 2. Juli 2013 zugunsten der klagenden Krankenkassen entschieden. Eine bis dahin erarbeitete Neuregelung zur Handhabung von Rechnungsbeanstandungen wurde bis zur Veröffentlichung der Urteilsbegründung zurückgestellt, um nach einer Bewertung Klarheit über den sich daraus ergebenden Vertragsrahmen zu erhalten.

Darüber hinaus ergibt sich zur Austauschverpflichtung der Apotheken zugunsten rabattierter und preisgünstiger Arzneimittel ein weiteres konfliktbeladenes Thema. Die mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom Oktober 2012 eingeführte Kann-Bestimmung ermächtigt die Rahmenvertragspartner, Arzneimittel von der gesetzlichen Substitutionsverpflichtung auszuschließen. Zurückzuführen

ist diese Regelung auf eine Petition der Deutschen Schmerzliga und der Deutschen Epilepsievereinigung, die die Versorgung durch die Austauschverpflichtung beeinträchtigt sahen.

Objektive und prüfbare Kriterien festlegen

Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages hatte die Vertragspartner zuletzt im Juni 2013 dazu aufgerufen, bis zum 1. August 2013 Ausnahmen von der Austauschregel festzulegen. In den Expertengesprächen im Gesundheitsausschuss hatte der GKV-Spitzenverband zuvor wiederholt betont, dass nach geltender Rechtslage bereits heute von der Substitution abgesehen werden kann, sofern seitens des Arztes und Apothekers medizinische und pharmakologische Bedenken bestehen.

Zum Substitutionsausschluss forderte der DAV eine umfangreiche Liste. Demgegenüber plädierte der GKV-Spitzenverband dafür, zunächst versorgungsspezifisch objektive und prüfbare Kriterien zu vereinbaren und daran ausgerichtete Substitutionsausschlüsse auf Wirkstoffebene festzulegen. Nach mehreren ergebnislosen Verhandlungsrunden verständigten sich die Rahmenvertragspartner im September 2013 darauf, eine Entscheidung auf dem Schiedsweg herbeizuführen. Am 8. Januar 2014 hat daraufhin die Schiedsstelle eine Entscheidung zur Festlegung von Kriterien und ersten Inhalten eines Substitutionsausschlusses getroffen, die garantiert, dass die Substitutionsausschlussliste willkürfrei, nachprüfbar und zukünftig weiterentwicklungsfähig ist.

Pflegeversicherung besser machen

Am 30. Oktober 2012 trat das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) in Kraft. Ziel des Gesetzgebers ist es, die Pflegeversicherung zukunftsfähig zu gestalten. Neben einer Erhöhung des Beitragssatzes enthält das Gesetz folgende Kernpunkte:

- Leistungsausweitung insbesondere für demenziell erkrankte Menschen
- Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme
- Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen
- Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen
- Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegeleistungen verbessern

Mit dem PNG hat der Gesetzgeber den Leistungsumfang für Pflegebedürftige und insbesondere für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen verbessert. Zur Umsetzung dieser Leistungsverbesserungen hat der GKV-Spitzenverband

gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene die leistungsrechtlichen Voraussetzungen beschrieben. Zentrale Inhalte betreffen:

- Beratungsgutscheine für die Versicherten
- Zusatzzahlungen, die von der Pflegekasse bei verzögerter Bescheiderteilung zu leisten sind
- Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Begutachtung
- Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes während der Kurzzeit- oder Ersatzpflege
- Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
- Verbesserung der Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Mit der Veröffentlichung der Umsetzungsempfehlungen auf seiner Internetseite macht der GKV-Spitzenverband diese nicht nur für die Pflegekassen, sondern auch für die Versicherten frei zugänglich und transparent.

Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Personen

	Pflegestufe 0 mit PEA	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Gesamt	Gesamt ohne Stufe III*
davon:						
keine PEA	-	782.788	281.879	60.597	1.125.264	1.064.667
PEA	143.427	298.896	213.829	83.870	740.021	656.151
keine PEA in %	-	72,4 %	56,9 %	41,9 %	60,3 %	61,9 %
PEA in %	100 %	27,6 %	43,1 %	58,1 %	39,7 %	38,1 %
Gesamt	143.427	1.081.684	495.708	144.467	1.865.285	1.720.819

Geschätzte Anzahl der demenziell erkrankten Personen (PEA=Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz), die im Jahr 2013 von den Leistungsverbesserungen des PNG profitiert (Stufe I und II) bzw. erstmalig Leistungen (Pflegestufe 0) der Pflegeversicherungen erhalten haben. Die Angaben beziehen sich auf den ambulanten Bereich.

* Für demenziell erkrankte Personen mit Pflegestufe III bleiben die Pflegeleistungen unverändert.

Quelle: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hochrechnung); Darstellung: GKV-Spitzenverband

nichts vergessen



Die Position der Versicherten stärken

Ziel des PNG ist es auch, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu verbessern. Hierzu erarbeitete der GKV-Spitzenverband entsprechende Dienstleistungs-Richtlinien, die verbindliche allgemeine Verhaltensgrundsätze und Informationspflichten der Gutachter im Verfahren festlegen. Des Weiteren wird die Beschwerdemöglichkeit der Versicherten gestärkt. Über Befragungen erhalten sie künftig eine direkte Möglichkeit der Rückmeldung. Eine weitere Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes regelt die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit unabhängigen Gutachtern. Hiermit wird sichergestellt, dass die Pflegekassen nach einem einheitlichen Verfahren andere unabhängige Gutachter für die Durchführung des Begutachtungsverfahrens beauftragen. Die Ausweitung des Gutachterkreises über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) hinaus soll nicht zuletzt auch zur Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens beitragen.

Darüber hinaus wurden bestehende Richtlinien aufgrund von Neuregelungen im Leistungs- und im Vertragsrecht entsprechend angepasst. So sehen die veränderten Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit unter anderem vor, dass Pflegezeiten für Angehörige addiert und so besser für die Rente angerechnet werden können. Auch die Informationspflicht zu Rehabilitationsempfehlungen wurde im Begutachtungsverfahren verankert. Die Richtlinien zur Qualifikation und zu

den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Einrichtungen umfassen nunmehr auch teilstationäre Einrichtungen wie z. B. die Tagespflege. Damit stellt der GKV-Spitzenverband sicher, dass für diese Einrichtungen verbindliche und einheitliche Regelungen zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte Anwendung finden. Die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung sichern die bundesweit einheitliche Anwendung der Qualitätsprüfungen des MDK.

Informationen bündeln, Transparenz herstellen

Mit dem PNG weitet der Gesetzgeber auch die Berichtspflicht für die Pflegekassen und den GKV-Spitzenverband aus. Zur Erhöhung der Transparenz im Begutachtungsverfahren veröffentlicht der GKV-Spitzenverband jährlich die Statistik zur Einhaltung der Begutachtungsfristen. Ebenso berichtet der GKV-Spitzenverband darüber, welche Erfahrungen die Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen des MDK zur medizinischen Rehabilitation machen. Grundlage hierfür ist eine detaillierte und einheitliche Datenerhebung durch die Pflegekassen. Diese ermöglicht es darüber hinaus, Aussagen zum Rehabilitationspotenzial zu treffen.

Die veränderten Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit sehen vor, dass Pflegezeiten für Angehörige addiert und so besser für die Rente angerechnet werden können.

Mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der Pflege

Der qualitätsgesicherten Pflege und Betreuung von Menschen, ob im eigenen Haushalt oder in Pflegeheimen, kommt eine immer größere Bedeutung zu. Genauso wichtig ist es, die Qualität pflegerischer Leistungen zu messen und zu bewerten. Der Gesetzgeber sieht die regelmäßige Durchführung von Qualitätsprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen vor. Weiterhin sind Pflegebedürftige und deren Angehörige über die Qualität der Leistungen in Form von Qualitätsberichten (Pflege-Transparenz) zu informieren.

Pflege-Transparenzberichte verbessern

Die Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch Pflegenoten ist für Pflegebedürftige und deren Angehörige ein Instrument für mehr Transparenz und Vergleichbarkeit von Pflegeleistungen. Die gesetzlichen Vorgaben verpflichten die Vereinbarungspartner zur Transparenzberichterstattung.

Anhand von Qualitätsindikatoren können sich Pflegebedürftige und deren Angehörige ab 2016 besser über die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität informieren.

Diese muss an den Erkenntnisstand der Pflegewissenschaft angepasst werden. Mängel der geltenden Fassungen der Pflege-Transparenzverein-

barungen sind zu beseitigen. Aus diesem Grund hat der GKV-Spitzenverband zur Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung für stationäre Pflegeeinrichtungen die Schiedsstelle Qualitätssicherung angerufen. Der Schiedsspruch liegt seit dem 6. September 2013 vor. Mit Wirkung zum 1. Januar 2014 werden die Qualitätsunterschiede in den Einrichtungen differenzierter dargestellt. In wichtigen Punkten ist die Schiedsstelle der Argumentation des GKV-Spitzenverbandes gefolgt.

Wesentliche Anpassungen betreffen die:

- Stichprobenbildung des Personenkreises, der in die Prüfung einbezogen wird
- Bewertungssystematik der Prüfkriterien
- Streichung einiger für den Verbraucher irrelevanter Prüfkriterien

Wenngleich durch den Schiedsspruch zur Weiterentwicklung der Pflegenoten die Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen verbessert und die Rechtssicherheit der Prüfungen erhöht werden, bringen aus Sicht der Verbraucher die Noten weiterhin nicht die erforderliche Transparenz für die zu treffenden Entscheidungen, da sie nur unzureichend differenzieren.

Qualitätsindikatoren entwickeln

Mittelfristig sollen zur Messung und vergleichen der Darstellung der Ergebnisqualität verstärkt Qualitätsindikatoren eingesetzt werden. Dies betrifft z. B. Fragen der Mobilität von Pflegebedürftigen, die Häufigkeit von Druckgeschwüren und Folgen von Stürzen.

Die Pflegeselbstverwaltung, bestehend aus GKV-Spitzenverband, Trägern der Sozialhilfe und Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, berät über das weitere Vorgehen. Hierzu ist noch eine Reihe von Fragen zu klären, eine modellhafte Pilotierung ist in Vorbereitung. Ab dem Jahr 2016 sollen Qualitätsindikatoren zu zentralen Themen der pflegerischen Versorgung verfügbar sein. Anhand dessen können sich Pflegebedürftige und deren Angehörige dann über die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität informieren – verständlich, vergleichbar und übersichtlich.

Zum Umgang mit Qualitätsindikatoren in der ambulanten Pflege gab der GKV-Spitzenverband im Jahr 2013 eine national und international ausgerichtete Literaturstudie in Auftrag, die Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten Pflege identifizieren sollte. Die meisten der ermittelten Indikatoren sind bisher jedoch wenig wissenschaftlich überprüft und diskutiert. Die Bewertung der Güteeigenschaften (Validität und Reliabilität) der Indikatoren ergab ein äußerst heterogenes Bild. Zum Thema Lebensqualität in der ambulanten Pflege konnten gar keine Indikatoren identifiziert werden. Die Literaturstudie liefert somit keine hinreichenden Belege, ob die recherchierten Indikatoren für eine übersichtliche und vergleichende Berichterstattung geeignet sind. Zur Qualitätsmessung in der ambulanten Pflege empfehlen die Autoren die wissenschaftliche Entwicklung von Qualitätskriterien und darauf aufbauenden Indikatoren.

Expertenstandards in der Pflege sicherstellen

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der ambulanten wie stationären Pflege haben sich Expertenstandards als evidenzbasierte Qualitätsinstrumente bewährt. Sie sind Ergebnis eines fachlichen und konsensorientierten Diskussionsprozesses und stellen ein ausgesprochen wichtiges Instrument des internen Qualitätsmanagements dar.

Seit dem Jahr 2000 wurden vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sechs Expertenstandards zu relevanten Themen entwickelt, so z. B. zur Vorbeugung

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der ambulanten wie stationären Pflege haben sich Expertenstandards als evidenzbasierte Qualitätsinstrumente bewährt.

von Druckgeschwüren und Stürzen oder zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ernährung. Aufgabe der Pflegeselbstverwaltung ist es, die Entwicklung und Aktualisierung dieser Standards wissenschaftlich fundiert und fachlich abgestimmt sicherzustellen.

Nach Klärung zahlreicher rechtlicher Fragen zum Vorgehen und Verfahren der Entwicklung von Expertenstandards als Aufgabe der Selbstverwaltung wird ein erster Expertenstandard zum Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ bis Mitte 2014 entwickelt. Dem folgt eine bundesweite modellhafte Implementierung, an deren Ende nach Beschlussfassung durch die Vertragspartner der Expertenstandard für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verbindlich wird. Expertenstandards zu weiteren relevanten Themen sollen folgen. Ebenso wird die fachliche Aktualisierung bestehender Expertenstandards des DNQP durch den GKV-Spitzenverband angestrebt.

Wohnformen und häusliche Betreuung – neue Modellprogramme in der Pflege

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 29. Oktober 2012 hat der Gesetzgeber ein Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen beschlossen, das die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen ermöglicht. Der GKV-Spitzenverband wurde beauftragt, das Modellprogramm bis 2017 umzusetzen. Dafür stehen zehn Millionen Euro zur Verfügung.

Selbstbestimmung in der Pflege fördern

Hintergrund ist der Wunsch vieler älterer und pflegebedürftiger Menschen, auch im Fall der Pflegebedürftigkeit ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im vertrauten Wohnumfeld

führen zu können. Dies gilt auch, wenn ein angemessenes Leben in der häuslichen Umgebung nicht mehr möglich scheint, eine stationäre Unterbringung aber nicht erforderlich bzw. nicht erwünscht ist. Bereits heute steht pflegebedürftigen Menschen ein vielfältiges, regional differenziertes Angebot an verschiedenen Wohnformen zur Verfügung:

Vorhandene Wohnformen für pflegebedürftige Menschen müssen weiterentwickelt werden, um dem Wunsch nach einem individuellen und selbstbestimmten Wohnen bei gleichzeitiger Versorgungssicherheit gerecht zu werden.

derlich bzw. nicht erwünscht ist. Bereits heute steht pflegebedürftigen Menschen ein vielfältiges, regional differenziertes Angebot an verschiedenen Wohnformen zur Verfügung:

- Pflegerische Versorgung im eigenen Zuhause durch Angehörige und ambulante Pflegedienste (Service-Wohnen)
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften
- Andere Formen gemeinschaftlichen Wohnens
- Wohnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Um dem Wunsch nach einem individuellen und selbstbestimmten Wohnen bei gleichzeitiger Versorgungssicherheit gerecht zu werden, müssen die vorhandenen Wohnformen für pflegebedürftige Menschen weiterentwickelt werden. Ziel des Modellprogramms ist es, wissenschaftlich gestützt Wohnformen für pflegebedürftige Menschen als Modelle guter Praxis zu entwickeln, zu erproben

und zu evaluieren. Maßgeblich sind dabei Nutzerorientierung, Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit. Für das Modellprogramm ist eine umfassende wissenschaftliche Begleitung vorgesehen, die ausgeschrieben wurde. Anschließend können die ersten geförderten Modellprojekte im Juni 2014 starten.

Qualität der häuslichen Betreuung sichern

Häusliche Betreuung hat mit dem PNG als neue Leistung Eingang in das Pflegeversicherungsgesetz gefunden. Bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben Pflegebedürftige aller Pflegestufen sowie Versicherte, die unter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz leiden, Anspruch auf häusliche Betreuung als Sachleistung. In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber ein Modellprogramm zur praktischen Erprobung und wissenschaftlichen Evaluation von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste veranlasst. Dienste, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen, können als „Betreuungsdienste“ am Modellprogramm teilnehmen. Auch hier ist der GKV-Spitzenverband mit der Umsetzung des Programms beauftragt. Untersucht werden soll, wie sich der Einsatz von Betreuungsdiensten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung aber auch auf konkret erbrachte Leistungen und die Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen auswirkt. Bereits die Ankündigung des Modellprogramms stieß in der Praxis auf große Resonanz: Schon bis Ende des Jahres 2013 hatten über 300 Dienstleister ihr Interesse beim GKV-Spitzenverband bekundet. Die ausgewählten Dienste sollen über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren wissenschaftlich begleitet werden und behalten ihre Zulassung bis zu zwei Jahre über das Ende des Modellprogramms hinaus. Die Gesamtevaluation wird 2017 abgeschlossen sein.

Pflegeversicherung zukunftsfähig machen

Ein weiterer Schwerpunkt bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung liegt auf der Entlastung pflegender Angehöriger. Eine besondere Herausforderung stellen dabei ländliche Regionen dar, in denen die pflegerische Infrastruktur nicht so entwickelt ist wie etwa in städtischen Räumen. Deshalb zielt eines der geförderten Projekte (DEMAS) darauf ab, ein webbasiertes Schulungsprogramm für pflegende Angehörige

von Demenzerkrankten zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Es soll helfen, Stressbelastung und Depression bei den pflegenden Angehörigen zu reduzieren und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Die Evaluation wird zeigen, wie durch den Einsatz neuer Technologien auch in diesem Bereich pflegende Angehörige in strukturschwachen ländlichen Regionen wirksam unterstützt werden können.

Demas
Demenz anders sehen

Schulung und Beratung für Angehörige von demenzerkrankten Menschen

Schriftgröße: AAA

Kontakt | Dienstreise | Impressum | Datenschutz | Technik

„Ich kann jetzt besser mit meinem Schwiegervater umgehen. Die kleinen Tipps für den Alltag haben es mir viel leichter gemacht.“

Startseite

- Das Programm
- Die Begleitstudie
- Mitmachen
- Über uns
- Demas in der Presse
- Mehr Informationen

Herzlich Willkommen bei Demas

Die Pflege und Betreuung eines demenzerkrankten Familienmitglieds ist alles andere als einfach. Neben aufwändigen Betreuungsaufgaben haben pflegende Angehörige eine Vielzahl emotionaler Belastungen zu bewältigen.

Schulungs- und Beratungsprogramm im Internet

Mit unserem Schulungs- und Beratungsprogramm möchten wir pflegenden Angehörigen helfen, diese Herausforderung gut zu meistern. Im Rahmen des zehnwöchigen, kostenlosen Programms treffen pflegende Angehörige unter Leitung einer psychologischen Fachkraft im **virtuellen Gesprächsraum** hier auf der Webseite von Demas zusammen.

Da die Treffen im Internet stattfinden, kann das Programm bequem von zu Hause aus genutzt werden. Die Bedienung ist einfach und nutzerfreundlich gehalten, besonders Computerkenntnisse sind also nicht nötig. Alles, was Sie zur Teilnahme brauchen, ist ein Computer mit Internetanschluss. Alle Teilnehmer werden zudem telefonisch ins Programm eingeführt.

Neben vielfältigen Informationen und Tipps für den Pflegealltag bietet das Programm die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und Unterstützung durch eine geschulte Fachkraft zu erhalten. Erfahrungsgemäß entlastet es ungemein, mit anderen Menschen zu sprechen, die in einer ähnlichen Situation sind. **Wir würden uns freuen, Sie im Programm zu begrüßen!**

→ [Mehr über das Programm...](#)

Für registrierte Nutzer

Benutzername:

Passwort:

Anmelden

Passwort vergessen? Noch nicht registriert?

Demas ist ein videochat-basiertes Schulungs- und Beratungsprogramm für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen.

Pflegebedürftigkeit neu fassen

Am 27. Juni 2013 legte der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dem Bundesministerium für Gesundheit seinen Bericht vor. In dem Gremium waren alle maßgeblichen Organisationen – darunter auch der GKV-Spitzenverband –, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Sachverständige aus der Pflege vertreten. Der Bericht greift die Vorarbeiten des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ aus dem Jahre 2009 auf und gibt weitergehende konkrete Empfehlungen und Hinweise.

Vorgeschlagen wird die Schaffung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, der fünf Pflegegrade anstelle der bisherigen drei Pflegestufen umfasst.

Die Unterstützungsbedarfe und daraus abgeleiteten Leistungshöhen für die einzelnen Pflegegrade müssen so schnell wie möglich solide wissenschaftlich fundiert werden.

Die Pflegegrade sind maßgebend für die Höhe der Sach- und Geldleistungen. Zu den Leistungshöhen und zur Relation zwischen den Leistungsbeträ-

gen erfolgen Empfehlungen auf Grundlage von beispielhaften Berechnungen. Insgesamt soll das derzeitige Leistungsniveau nicht unterschritten werden.

Außerdem sollen künftig nach Vorschlag des Beirats alle Pflegebedürftigen Betreuungsleistungen erhalten können. Der Bericht umfasst zudem ein Überleitungskonzept, Bestandschutzregelungen, einen konkreten Umsetzungsplan sowie Vorschlä-

ge zur Abgrenzung zwischen den Kostenträgern. Die Umsetzung nach Inkrafttreten des Gesetzes wird voraussichtlich mindestens 18 Monate dauern.

Leistungen fundiert bemessen

Eine zentrale Aufgabe des Expertenbeirats war es, die Entscheidung über die zukünftige Höhe der Leistungen für die einzelnen Pflegegrade fachlich und wissenschaftlich abzusichern. Konkret sollte dazu der Bezug zwischen dem festgestellten Bedarf des Pflegebedürftigen und der Leistungsstufe empirisch belegt werden.

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist notwendig. Die maßgeblichen Grundlagen dafür wurden mit den Berichten der Jahre 2009 und 2013 geschaffen. Für die Umsetzung ist es erforderlich, so schnell wie möglich eine solide wissenschaftliche Fundierung der Unterstützungsbedarfe und der daraus abgeleiteten Leistungshöhen für die einzelnen Pflegegrade herbeizuführen. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband konkrete Vorschläge eingebracht, auch um damit sicherzustellen, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in dieser Legislaturperiode zur Anwendung kommt. Schließlich wird die Akzeptanz eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Versicherten und Leistungserbringer maßgeblich von der Ausgestaltung der Leistungen und der Nachvollziehbarkeit des Begutachtungsinstruments abhängen.

Finanzierung der Pflegeversicherung ab 1. Januar 2015 wie von der Großen Koalition geplant

Heute

- paritätischer Beitragssatz 2,050 %
- Beitragszuschlag für Kinderlose 0,250 %

Ab 01.01.2015

- paritätischer Beitragssatz 2,350 % (+ 0,3 %)
- davon 0,2 % für kurzfristige
Leistungsverbesserungen und Dynamisierung
- davon 0,1 % für Pflegevorsorgefonds
- Beitragszuschlag für Kinderlose 0,250 %

Mit Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

- paritätischer Beitragssatz 2,550 % (+ 0,2 %)
- Beitragszuschlag für Kinderlose 0,250 %

Quelle: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode;
Darstellung: GKV-Spitzenverband

A close-up photograph of an elderly man's head and ear. He is wearing a black-framed pair of glasses and a beige hearing aid device in his left ear. The image is slightly tilted and has a soft, blurred background. In the bottom left corner, there is a white text overlay and a progress indicator.

Hilfen anpassen



Qualität und Umfang der Hörhilfenversorgung verbessern

Die Hörhilfenversorgung ist in Deutschland durch eine umfassende Vertrags- und Festbetragsregelung gekennzeichnet. Trotzdem mehrten sich Hinweise auf Versorgungsdefizite und unvertretbare zusätzliche Eigenbeteiligungen durch die Versicherten. Darüber hinaus hatte das Bundessozialgericht (BSG) den Versorgungsanspruch auf Hörgeräte mit seinem Urteil vom Dezember 2009 klargestellt und konkrete Versorgungsziele für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung definiert. Hörbehinderten Menschen ist nach dem Stand der Medizintechnik die bestmögliche Angleichung an das Hörvermögen Gesunder zu ermöglichen. Insbesondere ist ihnen soweit möglich das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgeräuschen zu ermöglichen.

Versorgung am Bedarf ausrichten

Vor diesem Hintergrund hatte der GKV-Spitzenverband für die Versorgung von Menschen mit unterschiedlichen Schwerhörigkeitsgraden neue Festbeträge in Höhe von 786,86 Euro bzw. 733,59 Euro (netto) festgesetzt. Das jährliche Ausgaben-

Für eine bessere Versorgung hörbehinderter Menschen nach dem Stand der Medizintechnik wurden neue Standards definiert und Festbeträge angehoben.

lag in der Vergangenheit für Hörhilfen bei ca. 500 Mio. Euro. Die Anhebung der Festbeträge kann zu einer Verdoppelung der Ausgaben führen. Dies richtet sich nach den Vergütungen in den Verträgen, die auch unterhalb der

Festbeträge vereinbart werden können. Im Festbetragsgruppensystem für Hörhilfen wurde ein technischer Standard definiert, der den Zielsetzungen des BSG-Urteils gerecht wird. Dazu gehören u.a. digitale Signalverarbeitung, mindestens vier Kanäle und Verstärkungsleistung in Abhängigkeit vom Schwerhörigkeitsgrad.

Der technische Standard wurde auch in der Produktgruppe 13 „Hörhilfen“ des Hilfsmittelverzeichnisses nachvollzogen. Über 1.000 Hörgeräte

erfüllen den neuen technischen Standard nicht und wurden im Hilfsmittelverzeichnis gelöscht. Annähernd 2.500 Hörgeräte erfüllen den neuen technischen Standard und wurden im Hilfsmittelverzeichnis umgruppiert bzw. neu gelistet. Damit ist gewährleistet, dass eine signifikante Anzahl an Hörgeräten, die den Zielsetzungen der BSG-Rechtsprechung gerecht werden, für die Versorgung der hörgeschädigten Versicherten zur Verfügung steht.

Hilfsmittelverzeichnis

The screenshot shows the GKV Hilfsmittelverzeichnis website. The main content is a table of product groups (Produktgruppen) for hearing aids. The table has two columns: 'Gruppe' and 'Bezeichnung'. The row for group 13, 'Hörhilfen', is highlighted in red. Below the table, there is a legend and a list of product groups with their respective descriptions and icons.

Gruppe	Bezeichnung
01	Absauggeräte
02	Ablenkvorrichtungen
03	Apparatvorrichtungen
04	Balkenrollen
05	Beidfüße
06	Bezeichnungsgarben
07	Blinderhilfen
08	Brillen
09	Dentofixationsgeräte
10	Gehhilfen
11	Hilfsmittel gegen Dekubitus
12	Hilfsmittel bei Hochdruck
13	Hörhilfen
14	Inhalations- und Absauggeräte
15	Inkubierbehälter
16	Kommunikationshilfen
17	Hilfsmittel zur Körperverlebenshilfe
18	Kronen / Behinderterfahrzeuge
19	Kronen / Kronen / Kronen
20	Lagerungsrollen
21	Messgeräte für Körperverlebenshilfen
22	Musikinstrumente
23	Orthesen / Schienen
24	Prothesen
25	Schulter

Der definierte technische Standard für Hörhilfen wurde im Hilfsmittelverzeichnis nachvollzogen.

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken

Eine gesamtgesellschaftliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung muss alle Zuständigen und Verantwortlichen einbeziehen und finanziell beteiligen.

Die von der schwarz-gelben Koalition im Koalitionsvertrag 2009 vereinbarte Präventionsstrategie mündete gegen Ende der letzten Legislaturperiode

in den Entwurf eines Präventionsgesetzes. Dieser beinhaltete Regelungen, um die Leistungen der Krankenkassen zur primären

Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten zielgerichtet weiterzuentwickeln und die Bevölkerung bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen zu unterstützen. Der GKV-Spitzenverband begrüßte in seiner Stellungnahme die Intentionen des Gesetzentwurfs, wies aber auch auf drohende ordnungspolitische Fehlentwicklungen hin.

Folgende Kritikpunkte wurden vorgebracht:

- Die vorgesehene Beschränkung auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung der Prävention nicht gerecht: Die GKV darf nicht allein die Kosten für die Ausweitung von Prävention und Gesundheitsförderung tragen.

- Stattdessen muss eine gesamtgesellschaftliche Strategie alle Zuständigen und Verantwortlichen einbeziehen und finanziell beteiligen.
- Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind nicht aus Beitragsmitteln der GKV zu finanzieren.
- GKV-Präventionsleistungen dürfen nicht den Zielvorgaben Dritter untergeordnet werden.

Der Entwurf des Präventionsgesetzes scheiterte am Widerspruch des Bundesrats. Die Mehrheit der SPD-mitregierten Bundesländer forderte weitergehende Regelungen auf Landesebene wie Landespräventionsprogramme und -fonds. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition sieht erneut ein Präventionsgesetz vor.

Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes verabschiedete am 27. Juni 2013 Grundsatzpositionen zur Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung. Darin wird die gesundheitsfördernde Gestaltung von gesundheitlich relevanten Rahmenbedingungen und der Ausbau qualitätsgesicherter verhältnis- und verhaltenspräventiver Leistungen in Lebenswelten, z. B. in Betrieben und Schulen, gerade auch zur besseren Erreichung sozial Benachteiligter als gemeinsame Aufgabe aller verantwortlichen Akteure betont. Das Papier benennt darüber hinaus auch Handlungsbedarfe bei der Weiterentwicklung von Zielen, Finanzierung und Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung.

Bereits in den letzten Jahren hat die GKV ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Betrieben und nichtbetrieblichen Lebenswelten deutlich ausgeweitet. Durch gemeinsame Empfehlungen mit der Bundesagentur für Arbeit und den kommunalen Spitzenverbänden fördert sie zudem das koordinierte Vorgehen aller verantwortlichen Partner.





besser vorbeugen



Klinische Krebsregister bundesweit ausbauen

43 Förderkriterien zu drei Themenblöcken

I. Datenmanagement und Datenqualität (33 Förderkriterien)

- Sachgerechte Organisation und Ausstattung, einheitliches Datenformat inkl. Datenschnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung
- Mindestanforderung an Grad der Erfassung und an Vollständigkeit, Verfahren der Datenvalidierung

II. Rückmeldeverfahren und Zusammenarbeit (8 Förderkriterien)

- einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an Leistungserbringer
- notwendige Verfahren zur Qualitätsverbesserung
- erforderliche Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren

III. Abrechnungsmodalitäten (2 Förderkriterien)

- bundesweit einheitliches elektronisches Datenaustausch- und Abrechnungsverfahren

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Im April 2013 trat das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz in Kraft. Es umfasst im Wesentlichen zwei Regelungsinhalte: die organisierte Krebsfrüherkennung und den bundesweit flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister. Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) fördern die klinischen Krebsregister mit einer Pauschale von 119 Euro je Neuerkrankung. Zusätzlich werden die Meldungen der Leistungserbringer an das Register von der GKV vergütet.

Ob ein klinisches Krebsregister generell förderwürdig ist, definierte der GKV-Spitzenverband in seinen Förderkriterien vom 20. Dezember 2013. An der Entwicklung der Förderkriterien waren dem Gesetz folgend beteiligt:

- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Gemeinsamer Bundesausschuss
- Deutsche Krebsgesellschaft
- Deutsche Krebshilfe
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
- Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland
- Bundesärztekammer
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

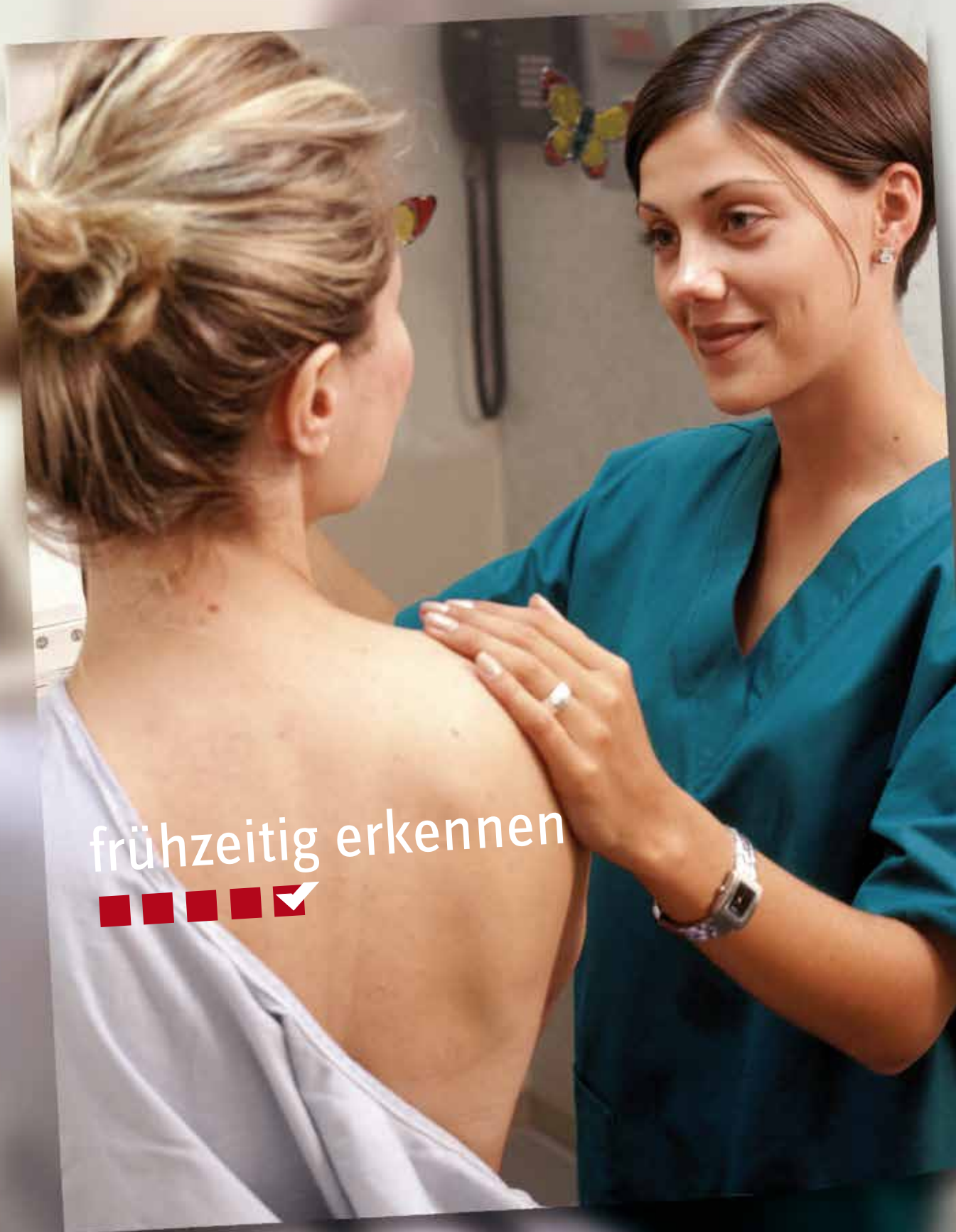
- Organisationen für die Wahrung der Interessen von Patienten
- Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen

Die Festlegung erfolgte im Benehmen mit den Ländern sowie unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung und der Vertreter eines Beihilfeträgers.

Der GKV-Spitzenverband hat sich für die Entwicklung der Förderkriterien für ein iteratives, mehrstufiges Vorgehen entschieden. Dabei wurde nach mehreren Sitzungen und Workshops, schriftlichen Befragungen und Telefonkonferenzen unter Beteiligung der oben genannten Institutionen und Personen sowie GKV-internen Abstimmungsprozessen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden fristgerecht ein Katalog mit 43 Förderkriterien entwickelt.

Effiziente, einheitliche Strukturen aufbauen und finanzieren

Auf der Basis der Förderkriterien sollen sich die klinischen Krebsregister in den nächsten vier Jahren gemäß den definierten Anforderungen aufbauen bzw. umstrukturieren. Die Registerpauschale von 119 Euro und auch die Meldevergütung werden in diesem Zeitraum des Aufbaus unabhängig von der Erfüllung der Kriterien seitens der GKV gezahlt. Grundvoraussetzung ist jedoch eine Benennung des klinischen Krebsregisters durch das Land. Ab 1. Januar 2018 ist die Zahlung der Registerpauschale an die Erfüllung der Förderkriterien gebunden. Der GKV-Spitzenverband hat in Bezug auf die Übergangsphase bereits frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Länder keine finanziellen Anreize haben, den Aufbau der Register schnell zu beenden, damit ein einheitlich funktionierendes System klinischer Krebsregister mit nutzbaren Daten existiert. Offen bleibt daher, ob mit den verwendeten Beitragsgeldern die bundesweite Qualitätssicherung zeitnah verbessert werden kann oder nur der unzureichende Status Quo finanziert wird.



frühzeitig erkennen





sorgfältig prüfen



Nutzen Personalisierter Medizin überprüfen

Mit der Bezeichnung Personalisierte Medizin werden die an der Gestaltung der medizinischen Versorgung beteiligten Einrichtungen vielfältig konfrontiert. Nach den Versprechen der Hersteller soll die Behandlung, insbesondere von Krebs, durch eine für den einzelnen Patienten entwickel-

Im Sinne der Patientensicherheit muss es immer darum gehen, den relevanten Nutzen einer Behandlung gegen einen möglichen Schaden abzuwägen.

te Therapie revolutioniert werden. Dabei ist die Suche nach möglichst passgenauen Therapien nicht neu. Die Gen- und Biotechnologie sucht heute nur an anderer Stelle nach Krankheitsmerkmalen. Durch neue technische Verfahren

werden Patientengruppen abgegrenzt, um für sie eine passende Therapie zu gestalten. Die sog. Personalisierte Medizin meint dabei nicht die Entwicklung eines Verfahrens oder Arzneimittels für einen einzelnen Patienten oder ein ganzheitliches Krankheitsmodell. Merkmale werden lediglich kleiner und anders beschrieben. Ob der biochemische Erkenntnisgewinn wirklich zu einer für die Patienten therapeutisch bedeutsamen Verbesserung führt, ist unklar. Problematisch wird es, wenn es nur das Versprechen auf Heilung gibt, jedoch ohne den notwendigen Nachweis.

In der Theorie versprechen z. B. neue Testverfahren, jene Brustkrebspatientinnen besser als mit den bisherigen klinischen Merkmalen zu identifizieren, die auf eine Chemotherapie verzichten können. Die bisherigen Erkenntnisse zeigen jedoch auch, dass die hochgesteckten Erwartungen insgesamt nicht erfüllt werden können: Wendet man von den verschiedenen heute angebotenen Biomarker-Tests zwei verschiedene an ein und derselben Gewebeprobe an, erhält man zum Teil gegensätzliche Ergebnisse.

Chancen ausloten, Patientensicherheit gewährleisten

Tatsächlich hat die Technologie hinter der Personalisierten Medizin durchaus das Potenzial, neue

Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu erschließen. Ob dieses Ziel erreicht wird, bedarf jeweils eines indikationsbezogenen Nachweises. Diese Forderung nach Belegen gilt gleichermaßen für „konventionelle“ Ansätze und für Methoden der Personalisierten Medizin. Denn im Sinne der Patientensicherheit muss es immer darum gehen, den relevanten Nutzen einer Behandlung gegen einen möglichen Schaden abzuwägen. Hier dürfen keine Abstriche gemacht werden: Andernfalls droht Patienten eher ein Rück- als ein Fortschritt.

Eine ungeprüfte, pauschale Übernahme aller Leistungen kann es deshalb nicht geben. Denn das hieße, entweder die Patienten in falscher Hoffnung zu wiegen oder, schlimmer noch, ihre Sicherheit aufs Spiel zu setzen. Wenn ein Nutzen für die Patienten dagegen belegt ist, sollten diese Leistungen schnellstmöglich in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Begriffsklärung

Anstelle von Personalisierter Medizin werden häufig auch die Begriffe Individualisierte Medizin oder Stratifizierende Medizin synonym verwendet. Anders als die Begriffe „personalisiert“ oder „individuell“ suggerieren, sind die dahinter stehenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren weder auf ein einziges Individuum zugeschnitten (individualisiert) noch auf eine einzige Person abgestimmt (personalisiert). Vielmehr sollen Patientengruppen identifiziert und voneinander abgegrenzt (stratifiziert) werden, die aufgrund bestimmter molekularbiologischer Merkmale von einer Therapie besonders, wenig oder gar nicht profitieren. Gerade vor dem Hintergrund der bisher z. T. unklaren und widersprüchlichen Evidenzlage dieser neuen Verfahren sind wissenschaftlich belastbare Nutzenbelege und Anwendungen in qualitätsgesicherten Studien notwendig.

Aufbau einer Telematikinfrastuktur voranbringen

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen die seit 1995 von den Krankenkassen ausgegebene Krankenversichertenkarte (KVK) ersetzen. Seit Oktober 2011 statten die Krankenkassen Versicherte mit der eGK aus. Mittlerweile sind rund 95 Prozent der Versicherten im Besitz der neuen Karte. Im

Die Leistungserbringer müssen gesetzlich in die Pflicht genommen werden, ihren Auftrag zu erfüllen.

Rahmen der Vertragsverhandlungen zum Bundesmantelvertrag vereinbarte der GKV-Spitzenverband mit

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung das Ende der Gültigkeit der KVK zum 31. Dezember 2013. Seit dem 1. Januar 2014 ist für gesetzlich Krankenversicherte die eGK der einzig gültige Nachweis für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Falls noch nicht alle Voraussetzungen erfüllt sind, ist für einen reibungslosen Ablauf in der Arztpraxis eine Übergangsfrist bis zum 30. September 2014 vereinbart, in der die KVK für Abrechnungszwecke vorübergehend noch genutzt werden kann. Die vollständige Ablösung der KVK durch die eGK ist ein wichtiger Meilenstein beim Aufbau einer Telematikinfrastuktur.

Potenziale der eGK nutzen

Ein weiterer entscheidender Meilenstein ist der erfolgreiche Abschluss des europaweiten Ausschreibungsverfahrens für die Erprobung der ersten Online-Anwendungen. Mit Zuschlagserteilung im Dezember 2013 starteten die Arbeiten der ausgewählten Industrieunternehmen, um bis Ende des Jahres 2014 die am Test teilnehmenden Leistungserbringer sicher online zu vernetzen. Der GKV-Spitzenverband forcierte den Prozess, den Online Rollout der eGK zügig voranzubringen und zugleich auf die Wirtschaftlichkeit des Projektes zu achten. Insbesondere am Teilprojekt Versichertenstammdatenmanagement, welches als erste Online-Anwendung einen Zusatznutzen der eGK generieren wird, war der GKV-Spitzenverband

maßgeblich beteiligt. Dadurch wird es zukünftig möglich sein, die eGK auf ihre Gültigkeit zu prüfen und bei Bedarf die auf der Karte gespeicherten Versichertenstammdaten online zu aktualisieren. Nach der Aufbauphase wird in zwei Testregionen in Deutschland mit je 500 Leistungserbringern das Versichertenstammdatenmanagement erprobt. Verläuft dieser Test erfolgreich, soll in einer zweiten Phase die qualifizierte elektronische Signatur getestet werden. Diese ermöglicht es den Leistungserbringern zukünftig, elektronische Dokumente, wie beispielsweise Abrechnungsdaten oder Arztbriefe, sicher zu signieren.

Der GKV-Spitzenverband ist von der Telematikinfrastuktur und dem hohen Nutzenpotenzial für das Gesundheitswesen überzeugt. Es ist nicht hinnehmbar, dass Teile der Leistungserbringerorganisationen das Ziel einer transparenten und nutzenbringenden Online-Infrastruktur permanent unterlaufen und eine rückwärtsorientierte Offline-Anwendung anstreben. Ziel muss es vielmehr sein, schnellstens einen erkennbaren Mehrwert für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu generieren. Das setzt ein gemeinsames Vorgehen von Leistungserbringern, Krankenkassen, Industrie und Politik voraus. Die Krankenkassen haben ihre Verpflichtungen mit immensen Projektinvestitionen erfüllt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat vor diesem Hintergrund mehrfach an den Gesetzgeber appelliert, die Organisationen der Leistungserbringer gesetzlich in die Pflicht zu nehmen, um die Zielvorgaben des Gesetzes umzusetzen. Notwendig sind vor allem sanktionsbewährte, verbindlich einzuhalten- de Termine für die vorgesehene Verpflichtung zur Prüfung und Aktualisierung der eGK. Die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes sieht sich unter den gegebenen Organisationsstrukturen und Interessens- und Mehrheitsverhältnissen innerhalb der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) inzwischen nicht mehr in die Lage versetzt, den gesetzgeberischen Auftrag adäquat umzusetzen.



sicher vernetzen



Meldeverfahren in der sozialen Sicherung optimieren

Die elektronischen Meldeverfahren zwischen Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern betreffen u. a. auch Meldewege zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern sowie Zahlstellen. Unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird seit September 2011 geprüft, inwieweit die Verfahren vereinfacht und optimiert werden können. Die im bisherigen Projektverlauf gewonnenen Erkenntnisse dienen im Jahr 2013 als Grundlage für die Bewertung der 160 eingebrachten Optimierungsvorschläge, von denen 30

Eine zentralisierte Datenannahmestelle für die Meldeverfahren erhöht die Störanfälligkeit des Systems und gefährdet unter Umständen die Verfügbarkeit des Meldeverfahrens.

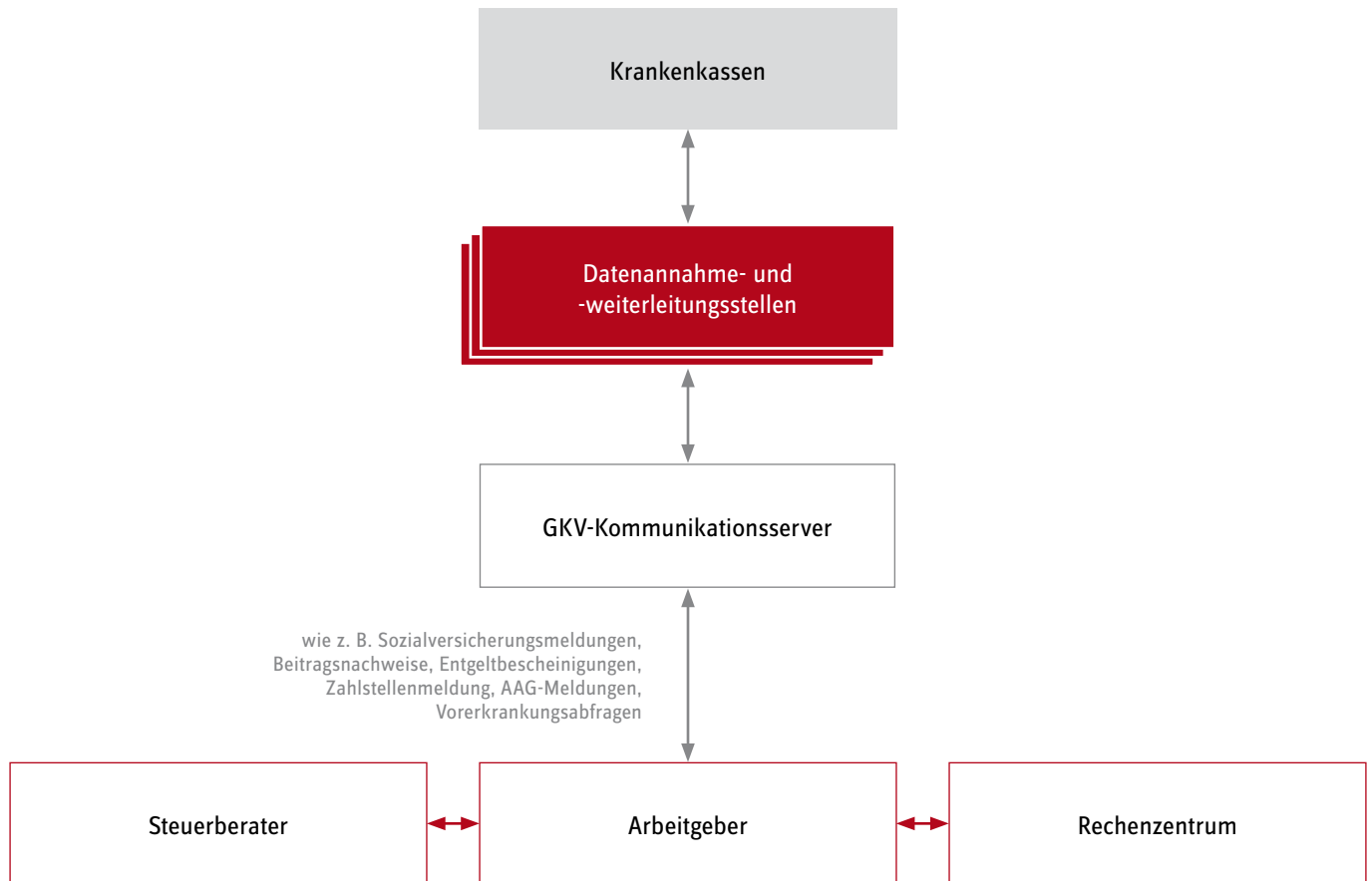
durch verschiedene Arbeitsgruppen umfassend betrachtet wurden. Der GKV-Spitzenverband begleitete die Diskussion der dazu eingebrachten Vorschläge intensiv, um mögliche Auswirkungen auf die etablierten Prozesse der Krankenkassen frühzeitig aufzeigen und alternative Herangehensweisen einbringen zu können.

Datensicherheit gewährleisten

Ein besonderes Augenmerk lag auf dem Vorschlag zur Zentralisierung der Datenannahmestelle für die Meldeverfahren der Arbeitgeber. Statt der bisher sieben beteiligten Stellen soll eine zentrale Instanz die Annahme und Verteilung der Meldungen der Arbeitgeber an die Krankenkassen durchführen. Der GKV-Spitzenverband äußerte sich kritisch zum Vorschlag. Die Reduktion auf einen Datenstrom erhöht die Störanfälligkeit des Systems und gefährdet u. U. die Verfügbarkeit des Meldeverfahrens.

Die im Rahmen des Projektes aufgezeigten Optimierungspotenziale am bestehenden System wurden durch den GKV-Spitzenverband aufgenommen, in den bestehenden Gremien beraten und bereits teilweise umgesetzt. Unabhängig davon hat die Bewertung der Optimierungsvorschläge innerhalb der Arbeitsgruppen gezeigt, dass die gewachsenen IT-Infrastrukturen reibungslos funktionieren und aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung keiner grundsätzlichen Neugestaltung bedürfen.

Ablauf Meldeverfahren



Darstellung: GKV-Spitzenverband

A photograph of a business meeting. In the foreground, two people are shaking hands over a desk. One person is wearing a white shirt and a dark tie, while the other is wearing a light blue shirt. In the background, a man in a white shirt and dark tie is smiling. The scene is set in a modern office environment with a desk and papers visible.

Kooperation fördern



GWB-Novelle: Fusionskontrolle kommt

Am 18. Oktober 2012 beschloss der Bundestag das zustimmungspflichtige Achte Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Änderungsgesetz). Das Gesetz sah u. a. vor, dass Vorschriften des GWB, die seit 2011 bereits für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern gelten, ab 1. Januar 2013 auch auf die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander sowie zu ihren Versicherten Anwendung finden sollten. Damit sollten das Kartell- sowie Diskriminierungs- und Missbrauchsverbot des GWB für den Wettbewerb der Krankenkassen festgeschrieben werden. Daneben sollte künftig ausschließlich das Bundeskartellamt die Zusammenschlusskontrolle für Vereinigungen von Krankenkassen durchführen; alle Rechtsstreitigkeiten zur GWB-Anwendung sollten die Zivilgerichte klären.

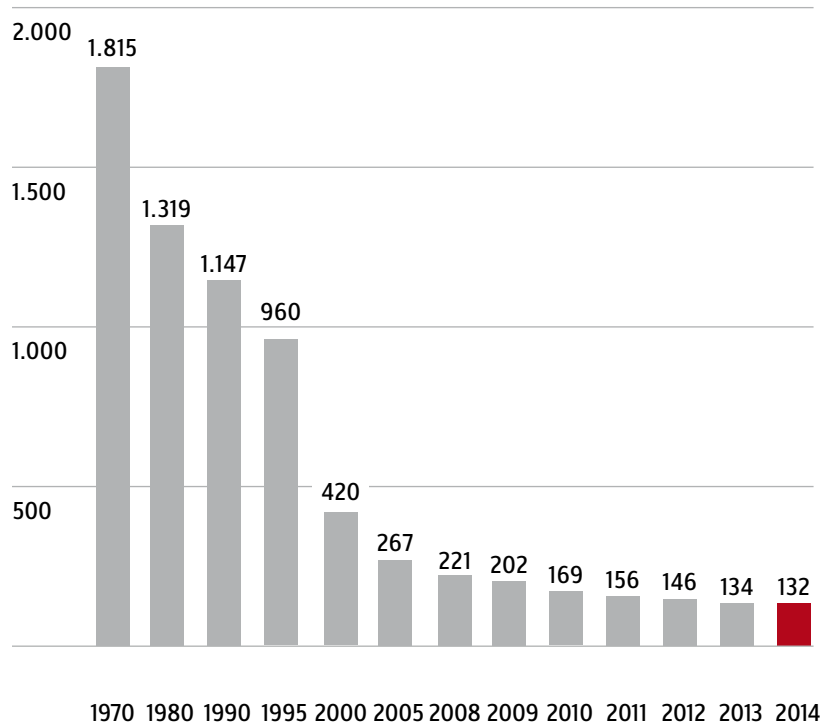
Sozialrechtsspezifische Wettbewerbsordnung schaffen

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes positionierte sich bereits im März 2012 und sah im Kartellverbot des GWB einen grundlegenden Widerspruch zum sozialrechtlichen Zusammenarbeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der GKV-Spitzenverband forderte daher vom Gesetzgeber, anstelle der unsystematischen Verweisung ins GWB eine adäquate sozialrechtsspezifische Wettbewerbsregelung für die GKV zu schaffen. Diese müsse sicherstellen, dass im Interesse der Gesundheitsversorgung der Versicherten die nationale Gestaltungskompetenz für das Gesundheitswesen, die Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der Krankenkassen und das Prinzip der Selbstverwaltung gewährleistet bleiben.

Die kritische Haltung der GKV teilte auch die Mehrheit der Länder im Bundesrat. Die Länderkammer beschloss deshalb am 23. November 2012 die Einleitung eines Vermittlungsverfahrens. In langwierigen Beratungen setzten die Ländervertreter gemeinsam mit den Vertretern der Oppositionsfractionen des Bundestages wesentliche Änderungen durch. Die am 30. Juni 2013 in Kraft

getretene GWB-Novelle erklärt für die GKV allein die Vorschriften zur Zusammenschlusskontrolle für gültig. Um Marktbeherrschung zu vermeiden, prüft das Bundeskartellamt künftig freiwillig Vereinigungen von Krankenkassen und kann diese untersagen. Dabei muss sich das Amt allerdings mit den zuständigen Aufsichtsbehörden ins Benehmen setzen. Klagen gegen Entscheidungen der Kartellbehörden sind vor den Sozialgerichten zu führen. Alle übrigen Vereinbarungen sowie Kooperationen von Krankenkassen und ihren Verbänden bleiben von der Gesetzesnovellierung unberührt. Mit dem Vermittlungsergebnis konnte aus Sicht der GKV ein für die solidarische Krankenversicherung riskanter Widerspruch zwischen dem Sozial- und dem Wettbewerbsrecht in letzter Minute verhindert werden.

Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf - Konzentrationsprozess durch Fusionen (Angaben zum Stichtag 01.01.)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Strafbarkeitslücke für korruptives Verhalten im Gesundheitswesen schließen



u. a. im Rahmen zweier öffentlicher Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vertreten.

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärken

Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie beim GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verfügen gegenwärtig über keine ausreichenden eigenen Ermittlungsbefugnisse, um korruptives Verhalten im Gesundheitswesen, das sozialgesetzlich verboten ist, effektiv verfolgen zu können. In der Praxis sind die Kranken- und Pflegekassen vielmehr auf die Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen angewiesen, um danach auch sozialrechtliche Sanktionen verhängen zu können. Damit die Staatsanwaltschaft aber überhaupt ermittelnd tätig werden kann, ist die Strafbarkeit korruptiven Verhaltens notwendige Voraussetzung.

Quelle: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode;
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mit einem Grundsatzbeschluss hatte der Große Strafsenat des Bundesgerichtshofs im Jahr 2012 die seit langem umstrittene Rechtsfrage, ob „korruptives Verhalten“ niedergelassener Vertragsärzte nach dem geltenden Strafrecht strafbar ist, im Ergebnis verneint. Der Gesetzgeber wurde aber ausdrücklich aufgefordert, „Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit den Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“. Mit mehreren Stellungnahmen unterstützte der GKV-Spitzenverband daher nachdrücklich die Forderung, noch in der 17. Legislaturperiode einen neuen Straftatbestand der „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ zu verabschieden. Die Position wurde

Korruption im Gesundheitswesen strafrechtlich verankern

Koalition und Opposition waren sich zum Ende der 17. Legislaturperiode darüber einig, dass die bestehenden straf-, sozial- oder berufsrechtlichen Regelungen nicht ausreichen, um korruptives Verhalten im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen. Eine vom Bundestag mit dem Präventionsgesetz beschlossene Strafvorschrift im „Nebenstrafrecht“ des SGB V scheiterte jedoch am Veto des Bundesrats, der einen eigenen Gesetzentwurf für ein Strafrechtsänderungsgesetz einbrachte. Dieser umfassendere Ansatz wurde schließlich auch im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode verankert. Nur ein neuer Straftatbestand im „Kernstrafrecht“ schützt das Vertrauen aller Patienten in das Gesundheitswesen. Versicherte müssen sich darauf verlassen können, dass sie Arznei-, Hilfs- oder Heilmittel verordnet bekommen, weil diese medizinisch notwendig sind, und nicht, weil z. B. der verordnende Arzt einen unzulässigen Vorteil daraus zieht.



Korruption bekämpfen





solide rechnen



Stabile Finanzlage, kritische Prognose

Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichneten 2013 zum dritten Mal in Folge eine positive Finanzentwicklung, der Gesundheitsfonds sogar zum vierten Mal. Die gute Entwicklung am Arbeitsmarkt, insbesondere der Anstieg der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse, sowie steigende Tariflöhne und Renten haben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen beachtlichen Zuwachs der Beitragseinnahmen beschert. Die entscheidende Determinante der GKV-Finanzierung, die so genannten beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, war nach einem Anstieg im Jahr 2011 von immerhin 2,3 Prozent im Jahr 2012 nochmals um 3,6 Prozent gestiegen. Für das Berichtsjahr wird nach der jüngsten Prognose des GKV-Schätzerkreises ein weiterer Anstieg von 3,3 Prozent erwartet. Vor allem hierdurch war bei einem seit 1. Januar 2011 konstanten Beitragssatz von 15,5 Prozent die positive Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds geprägt. Die rückläufige Entwicklung der Bundesbeteiligung von 15,3 Mrd. Euro im Jahr 2011 auf 11,5 Mrd. Euro im Jahr 2013 konnte so kompensiert werden.

Finanzentwicklung 2013

Im Berichtsjahr ist nach den Ergebnissen des Schätzerkreises im Herbst 2013 von Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 192,2 Mrd. Euro auszugehen. Die Zuweisungen an die Krankenkassen betragen entsprechend der Festlegung aus dem Vorjahr 192 Mrd. Euro. Nach Abzug der Eigenaufwendungen des Fonds verbleibt ein Einnahmenüberschuss von 261 Mio. Euro, welcher der Liquiditätsreserve zugeführt wird.

Bei den Krankenkassen stehen den Einnahmen aus den Zuweisungen geschätzte Ausgaben von 190 Mrd. Euro gegenüber (Schätzung des GKV-Spitzenverbandes im Schätzerkreis). Im Ergebnis erzielen die Krankenkassen damit im Jahr 2013 ein Finanzplus von 1,9 Mrd. Euro. Die Ausgaben-schätzung von Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Bundesversicherungsamt (BVA) im Schätzerkreis fiel um 0,9 Mrd. Euro niedriger aus. Nach ihrer Prognose würde ein Finanzergebnis von 2,9 Mrd. Euro erzielt werden. Ursache für

die abweichenden Werte sind unterschiedliche Annahmen über die Aussagekraft der vorliegenden Halbjahresergebnisse. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes lassen sich die Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres in zentralen Ausgabenbereichen nur bedingt auf das Gesamtjahr hochrechnen.

Prognose für 2014

Die Beitragseinnahmen inklusive der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung wurden für 2014 einhellig auf 186 Mrd. Euro geschätzt. Unterschiedliche Bewertungen gab es hinsichtlich der für 2014 anzusetzenden Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen. Experten von BMG und BVA gehen von einer Kürzung des Zuschusses um 3,5 Mrd. Euro aus, wie es der Entwurf der schwarz-gelben Bundesregierung für das Gesetz zur Stärkung des Sondervermögens „Energie- und Klimafonds“ und zur Änderung des Rechts der gesetzlichen Kranken-

versicherung vorsah. Demgegenüber vertritt der GKV-Spitzenverband die Position,

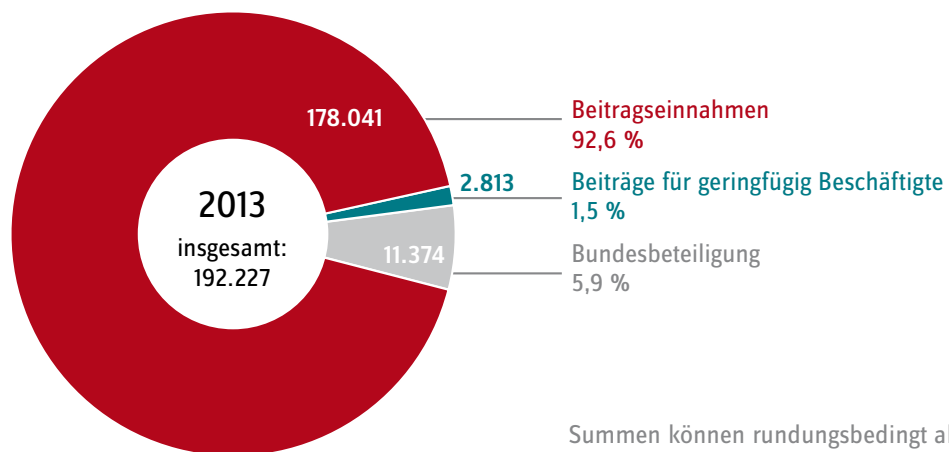
dass vom bestehenden Recht und damit von einer Bundesbeteiligung von 14 Mrd. Euro auszugehen ist. Somit ergeben sich für BMG und BVA Einnahmen von 196,4 Mrd. Euro, für den GKV-Spitzenverband dagegen von 199,9 Mrd. Euro. Das Zuweisungsvolumen wird von den unterschiedlichen Auffassungen nicht berührt, da die Mindereinnahmen im Schätzszenario von BMG und BVA durch entsprechend erhöhte Zuführungen aus der Liquiditätsreserve ausgeglichen werden. In beiden Schätzszenarien stehen daher bis zu 202,2 Mrd. Euro für Zuweisungen zur Verfügung.

Auf Basis der abweichenden Ausgabenschätzungen für das Jahr 2013 ergeben sich für das Jahr 2014 noch größere Schätzunterschiede. Im Ergebnis liegt die Schätzung des GKV-Spitzenverbandes mit 201,1 Mrd. Euro um 1,5 Mrd. Euro über der Schätzung von BMG und BVA mit 199,6 Mrd. Euro. Bei der finalen Festlegung des Zuweisungsvolu-

Für 2014 limitiert die niedrige Ausgabenschätzung des Bundesgesundheitsministeriums das Zuweisungsvolumen der Krankenkassen.

Einnahmen des Gesundheitsfonds 2013

Angaben in Mio. Euro



Summen können rundungsbedingt abweichen.

Quelle: Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung vom 10.10.2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

mens ist das BMG von seinem Schätzansatz ausgegangen. Im Ergebnis limitierte damit die niedrigere Ausgabenschätzung das Zuweisungsvolumen der Krankenkassen. Es beträgt für das Jahr 2014 199,6 Mrd. Euro. Entsprechend droht nach dem Schätzansatz des GKV-Spitzenverbandes ein Finanzierungsdefizit von 1,5 Mrd. Euro. Erfreulicherweise ist aber die Finanzlage der Krankenkassen insgesamt

Die Zweckentfremdung größerer Anteile der Liquiditätsreserve zur Konsolidierung des Bundeshaushalts widerspricht den Prinzipien einer nachhaltigen und verlässlichen Finanzierung der Sozialversicherung.

stabil, sodass etwaige Unterdeckungen weitgehend durch vorhandene Rücklagen geschlossen werden können. Dennoch sind schwierige Finanzlagen einzelner Krankenkassen wegen der sehr heterogenen Vermögensverteilung nicht völlig auszuschließen.

Liquiditätsreserve des Fonds vor Zugriff des Fiskus schützen

Mit erheblichen Sorgen betrachtet der GKV-Spitzenverband den Umgang des Gesetzgebers mit den Reserven des Gesundheitsfonds. Die im Jahr 2013 durchgeführte und nochmals für 2014 beabsichtigte Zweckentfremdung größerer Anteile der Liquiditätsreserve zur Konsolidierung des Bundeshaushalts

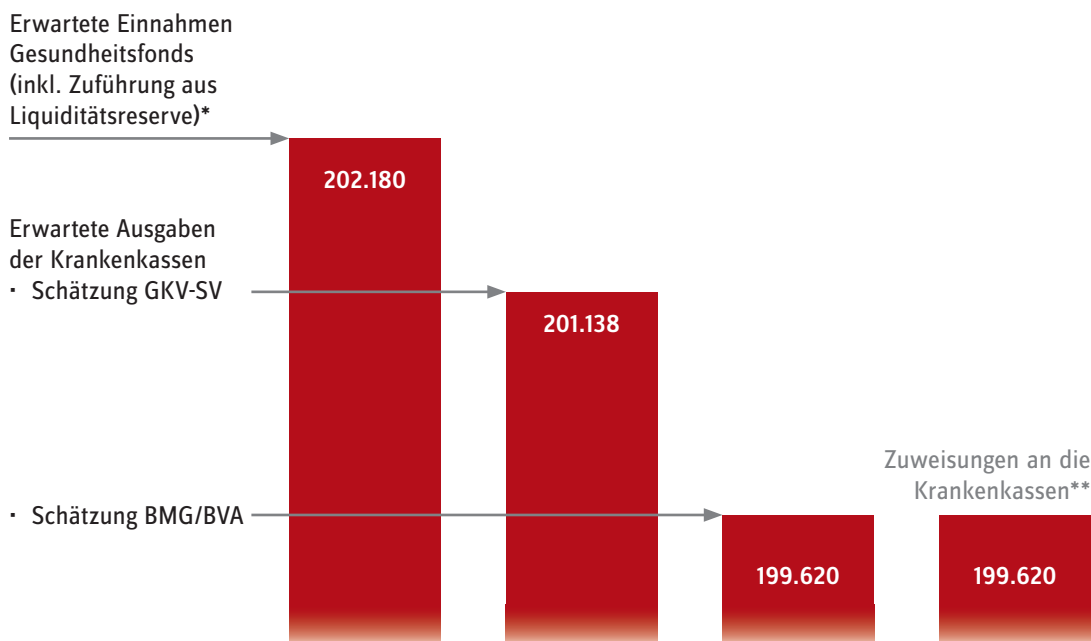
widerspricht den Prinzipien einer nachhaltigen und verlässlichen Finanzierung der Sozialversicherung. Beitragsmittel, die allein von den GKV-Mitgliedern und ihren Arbeitgebern zur Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten aufgebracht wurden, werden nunmehr für allgemeine Staatszwecke verausgabt. Zu beachten ist, dass die Bundesbeteiligung keine Subvention darstellt, die der Fiskus der GKV je nach Belieben gewähren oder entziehen kann. Die Bundesbeteiligung dient vielmehr der Kompensation der zahlreichen versicherungsfremden und damit gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die zwar die Krankenkassen erbringen, für die aber originär der Steuerzahler aufkommen müsste. Aus diesem Grund wird der GKV-Spitzenverband auch nicht darin nachlassen, sich einer „Finanzpolitik nach Kassenlage“ entgegenzustellen. Eindrucksvoll war in dieser Frage der Schulterschluss der haupt- und ehrenamtlichen Spitzen der Sozialversicherung. In einem gemeinsamen Aufruf forderten die Spitzen der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung CDU/CSU und SPD während der Koalitionsverhandlungen zu einer nachhaltig soliden Finanzierung der Sozialversicherungen auf.

Säumige Beitragszahler entlasten

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, das am 1. August 2013 in Kraft trat, hat der Gesetzgeber säumige Beitragszahler entlastet. Der erhöhte Säumniszuschlag von fünf Prozent der rückständigen Beiträge für alle so genannten Selbstzahler der GKV wurde abgeschafft. Nunmehr gilt auch für Beitragsrückstände der freiwillig Versicherten und der Versicherten in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (vormals „Nichtversicherte“) der allgemeine Säumniszuschlag von einem Prozent. Den höheren Säumniszuschlag hatte der Gesetzgeber 2007 als Sanktionsmittel zur Stärkung der Zahlungsmoral eingeführt. Doch im Ergebnis stiegen die Beitragsrückstände der betroffenen

GKV-Mitglieder nur weiter an. Der Gesetzgeber zog daraus die notwendige Konsequenz. Darüber hinaus werden mit dem Gesetz diejenigen Versicherten, die im Rahmen der Auffangversicherung seit dem 1. April 2007 Beitragsschulden angehäuft haben, durch Erlass bzw. Ermäßigung von Beiträgen finanziell entlastet. Die Ausgestaltung der näheren Voraussetzungen für diese Entlastungen wurde dem GKV-Spitzenverband übertragen, der seinem Auftrag in einem sehr engen Zeitfenster gerecht wurde. Am 4. September 2013 beschloss der Verwaltungsrat die Einheitlichen Grundsätze zur Beseitigung finanzieller Überforderung bei Beitragsschulden. Nach Zustimmung durch das Gesundheitsministerium am 16. September 2013 sind diese für alle Krankenkassen und Versicherten verbindlich.

Schätzparameter 2014 in Mio. Euro Prognosen des GKV-Schätzerkreises vom 10.10.2013



* einvernehmliche Schätzung des Schätzerkreises

** Festlegung des Zuweisungsvolumens durch das BMG

Quelle: Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung vom 10.10.2013; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Über Grenzen hinweg – neue Aufgaben für den GKV-Spitzenverband

Mit dem Patientenrechtegesetz, das am 26. Februar 2013 in Kraft getreten ist, wurde der GKV-Spitzenverband beauftragt, die Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen als originäre Aufgabe wahrzunehmen. Aus diesem Grund

Die komplexen Entscheidungsprozesse und die Vielzahl der Akteure innerhalb der EU machen die Kommunikation der GKV-Interessen mit einer Stimme unerlässlich.

wird der GKV-Spitzenverband über die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSVAE) und die European Social

Insurance Platform (ESIP) die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf europäischer Ebene vertreten. Zudem ist der GKV-Spitzenverband der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) beigetreten, die Träger und Organisationen der sozialen Sicherheit aus der ganzen Welt zusammenbringt. Ziel der IVSS ist es u. a., den Gesundheitsschutz weltweit zu fördern und auszubauen. Angesichts des kontinuierlich steigenden Einflusses der Europäischen Union auf die nationale Gesetzgebung steht der GKV-Spitzenverband insbesondere auf europäischer Ebene vor neuen Herausforderungen.

Europäische Politik im Blick behalten

Im Bereich der Gesundheitspolitik verfügt die EU gemäß dem Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union über eingeschränkte Kompetenzen. Sie fördert vor allem die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten, beispielsweise bei der Bekämpfung von grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Die Verantwortung für die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verbleibt nach wie vor bei den Mitgliedsstaaten.

In der Praxis ist allerdings eine schleichende Kompetenzausweitung zu beobachten. So erlässt die EU zunehmend Rechtsakte in Form von Verordnungen mit unmittelbarer Geltung im nationalen Recht. Demgegenüber sinkt – relativ betrachtet – die Zahl von Richtlinien, die zwar verpflichtend sind, den Mitgliedsstaaten aber Freiheiten in der konkreten nationalstaatlichen Umsetzung geben.

Zugleich nutzt die EU ihre Kompetenzen im Rahmen des Europäischen Semesters für die Koordinierung der Wirtschaftspolitik, nationalstaatliche Entscheidungen, die nicht der Erreichung gemeinsamer EU-Ziele dienen, auf den „EU-Prüfstand“ zu stellen. Zuletzt hieß es hier, das Gesundheitswesen und der Pflegebereich in Deutschland könnten effizienter gestaltet werden. Die Angleichung der einzelstaatlichen Systeme wird zunehmend gefördert, wodurch ein Reformdruck von der EU ausgelöst wird.

GKV-Interessen auf EU-Ebene wahrnehmen

Mit ihren Prinzipien Sachleistung, Solidarität und Selbstverwaltung ist die deutsche gesetzliche Krankenversicherung in Europa einzigartig. Um diesen Prinzipien auch EU-weit stärker Geltung zu verschaffen, muss die GKV ihre Expertise und Positionen in die EU-Gesetzgebungsprozesse einbringen und ihre Präsenz auf EU-Ebene stärken. Mit Blick auf die komplexen Entscheidungsprozesse und die Vielzahl der Akteure innerhalb der EU ist die Kommunikation der GKV-Interessen mit einer Stimme unerlässlich.

Deshalb werden der bewährte Austausch und die Erarbeitung von Positionen der GKV über die DSVAE und ESIP fortgeführt. Der GKV-Spitzenverband wird sich hier für die GKV und gemeinsam mit den übrigen Spitzenverbänden der Deutschen Sozialversicherung einbringen. Der Beitritt des GKV-Spitzenverbandes zur DSVAE erfolgte zum 1. Januar 2014.

Patientensicherheit in Europa verbessern

In der laufenden Legislaturperiode des EU-Parlaments ist besonders die Novellierung der Medizinprodukte-richtlinie für die GKV von Bedeutung. Als Konsequenz aus dem Brustimplantateskandal des französischen Herstellers Poly Implant Prothèse (PIP) hatte die EU-Kommission bereits im September 2012 einen Vorschlag für eine Medizinprodukteverordnung (MPV) vorgelegt. Ziel der Verordnung ist es, die Rechtslage in diesem Bereich den technologischen Entwicklungen anzupassen und die Patientensicherheit in Europa zu verbessern.



europäisch denken



Der GKV-Spitzenverband brachte sich von Beginn an konsequent in den Entscheidungsprozess ein und positionierte sich dabei deutlich für die Einführung eines Zulassungsverfahrens von Medizinprodukten. Denn bislang kommen neue Hochrisikoprodukte in Europa ohne ausreichende Prüfung auf den Markt. Zugleich werden sie immer innovativer, komplexer und lassen völlig neue Behandlungsansätze zu. Die jüngsten Skandale um Brustimplantate, Defibrillatorelektroden und Hüftprothesen zeigen jedoch, dass die niedrigen Marktzugangshürden und unzureichende Marktüberwachung zu Lasten der Patientensicherheit gehen.

Bis zur Europawahl im Mai 2014 sollen die Beratungen zur Verordnung im Europaparlament abgeschlossen werden. Der GKV-Spitzenverband wird sich in dem laufenden Verfahren weiterhin für die notwendige Verbesserung der Patientensicherheit einsetzen.

Die MPV unterstreicht die nicht zu unterschätzende Bedeutung eines verstärkten Engagements auf EU-Ebene. Neben den bestehenden Herausforderungen eröffnen sich auch Chancen – sowohl in der Umsetzung der Interessen der GKV als auch bei der Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen. Im Austausch können die Mitgliedsstaaten von guten Erfahrungen anderer lernen und Impulse zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung erhalten.

Die europäischen und internationalen Netzwerke des GKV-Spitzenverbandes

Organisation	Mitglieder	Aufgaben
DSVAE Deutsche Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa, Brüssel	Zusammenschluss der Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung	Wahrnehmung der Interessen der Mitglieder gegenüber den EU-Organen
ESIP European Social Insurance Platform - Forum der europäischen Sozialversicherungspartner, Brüssel	Zusammenschluss von nationalen Sozialversicherungsorganisationen aus ganz Europa	Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches, Einflussnahme auf den EU-Meinungsbildungs- und Gesetzgebungsprozess
MEDEV Medicine Evaluation Committee, Brüssel	Zusammenschluss von nationalen Organisationen der sozialen Krankenversicherung und für die Bewertung von Arzneimitteln zuständigen nationalen Institutionen	Informations- und Erfahrungsaustausch über therapeutischen Mehrwert und Erstattungssysteme von Arzneimitteln, Einflussnahme auf den EU-Meinungsbildungs- und Gesetzgebungsprozess
IVSS Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, Genf	Globaler Zusammenschluss von nationalen Behörden, Trägern und anderen Körperschaften aus dem Bereich der sozialen Sicherheit	Wahrung und Förderung der sozialen Sicherheit und der sozialen Gerechtigkeit weltweit durch Erfahrungsaustausch und technische sowie wissenschaftliche Unterstützung

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung verbessern

Immer häufiger fragen Patienten Gesundheitsdienstleistungen wie ärztliche, zahnärztliche oder stationäre Behandlungen auch in anderen europäischen Ländern nach. So sind beispielsweise Gesundheitsdienstleister aus Nachbarstaaten attraktiv für Bewohner von Grenzregionen, aber auch dann, wenn im eigenen Land lange Wartezeiten für dringend benötigte Behandlungen bestehen. In der Praxis ist es jedoch oft schwierig, Informationen über geeignete Gesundheitsdienstleister, Kosten und Rahmenbedingungen einer Behandlung im Ausland zu erhalten.

Daher hat die Europäische Kommission bereits 2011 in einer gemeinsamen Richtlinie beschlossen, die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu verbessern. Ein Kernelement bildet darin die Einrichtung einer Nationalen Kontaktstelle in jedem Mitgliedsstaat der EU. Die einzelnen Mitgliedsstaaten hatten bis zum 25. Oktober 2013 Zeit für die Umsetzung der Richtlinie.

In Deutschland wurde die Aufgabe der Nationalen Kontaktstelle mit dem Patientenrechtegesetz vom Februar 2013 an den GKV-Spitzenverband übertragen. Sie wurde in der Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland angesiedelt. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Diese Aufgabe wird der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland zugewiesen, die auch heute schon wesentliche Aufgaben im Bereich grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung wahrnimmt.“ Mit der Ansiedlung dieser Aufgabe stärkt der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband als Kompetenzstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Patienten umfassend informieren

Pünktlich am 25. Oktober 2013 nahm die Nationale Kontaktstelle ihre Arbeit auf. Das Angebot richtet sich im Wesentlichen an folgende Zielgruppen:

- Patienten aus anderen Mitgliedsstaaten der EU, die zur Behandlung nach Deutschland kommen möchten
- Patienten aus Deutschland, die sich zur Behandlung in einen anderen Mitgliedsstaat begeben wollen

Ziel ist es dabei im Wesentlichen, bereits bestehende Informationsangebote über die Internetseite für die Patienten verfügbar zu machen oder auf Nachfragen ein entsprechendes Routing zu ermöglichen.

Die Informationen der Nationalen Kontaktstelle kommen nicht nur gesetzlich Versicherten zugute, sondern auch Privatversicherten und den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber neben dem GKV-Spitzenverband auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung der Kosten für die Nationale Kontaktstelle beteiligt.

Seit dem 25. Oktober 2013 können sich Patienten bei Fragen im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen direkt an die Nationale Kontaktstelle wenden:
www.eu-patienten.de
 Tel.: + 49 228 - 95 30 800
 Fax: + 49 228 - 95 30 801
 E-Mail: info@eu-patienten.de

Das Informationsangebot

Die Nationale Kontaktstelle bietet gesetzlich wie auch privat Versicherten u. a. folgende Informationen:

- Patientenrechte im Zusammenhang mit grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen
- Erstattungsmöglichkeiten für privat in Anspruch genommene Leistungen und Alternativen hierzu
- Suche nach Gesundheitsdienstleistern in Deutschland
- Datenschutz, Patientenakte, Beschwerdeverfahren
- Checklisten

Alle Informationen sind sowohl auf Deutsch als auch auf Englisch verfügbar.



**EU-
PATIENTEN
DE**

transparent handeln



Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes

Das Kommunikationsjahr 2013 war insbesondere in der zweiten Hälfte geprägt durch Wahlkampf und Bundestagswahl. In diesem Umfeld brachte der GKV-Spitzenverband seine Vorstellungen vom „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ aktiv in die politische Diskussion ein. In einer Pressekonferenz stellte er mit seinem umfassenden Positionspapier die Handlungsfelder in der Pflege- und Krankenversicherung für die Politik der nächsten Legislaturperiode vor. Weitergehende Erläuterungen und Hintergründe wurden auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes aufgezeigt. Konkrete Vorschläge speziell für die dringend notwendige Reform der Krankenhausversorgung wurden direkt nach der Wahl durch die Veröffentlichung und Presse-Präsentation der „14 Positionen für 2014“ weiter vertieft.

Die vielfältigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes kommunizieren

Zu den „Dauerbrennern“ 2013 zählte das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), das regelmäßig aufgegriffen wurde. Mit einer Pressekonferenz resümierte der GKV-Spitzenverband ein Jahr AMNOG und zog eine positive Bilanz. Seit Mai 2013 findet sich auf der Internetseite eine vollständige Übersicht zu allen Arzneimitteln, für die es einen Erstattungsbetrag gibt.

Das breite Aufgabenspektrum des GKV-Spitzenverbandes zeigte sich auch an vielen weiteren Themen, wobei mit dem Beitragsschuldengesetz, der elektronischen Gesundheitskarte, den Festbeträgen für Hörhilfen, der sog. Personalisierten Medizin oder auch der Organspende nur einige exemplarisch genannt seien.

Im Jahr der Bundestagswahl 2013 definierte der GKV-Spitzenverband mit seinem Positionspapier „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ wesentliche Handlungsfelder in der Pflege- und Krankenversicherung für die Politik der nächsten Legislaturperiode.

Im Sommer des Jahres kam mit der Immobilie Reinhardtstraße darüber hinaus ein eher internes Thema auf die öffentliche Agenda. Durch klarstellende Sachinformationen gegenüber der Presse und im Internet gelang es, das von einigen Medien aufgebaute Negativbild der neuen Immobilie zu entkräften.

Öffentlichkeitsarbeit verstärken

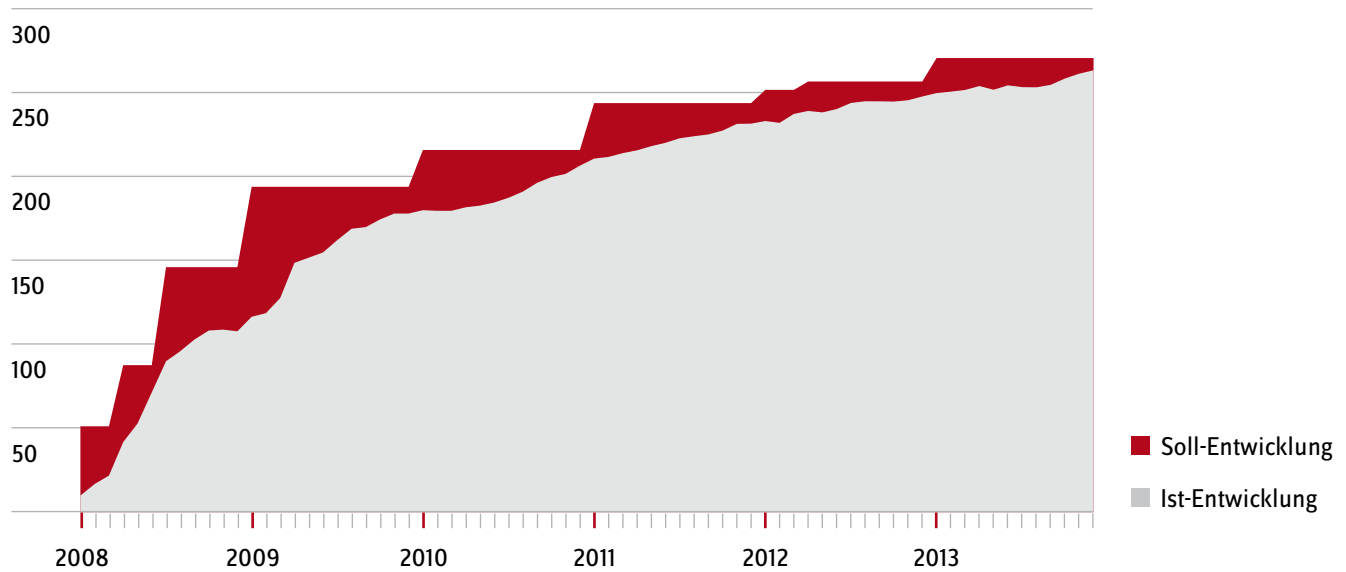
Seit 2013 wird die Öffentlichkeitsarbeit systematisch ausgebaut. Neben Online-Kommunikation und Pressearbeit etabliert der GKV-Spitzenverband damit eine dritte Säule in der Kommunikation mit externen Zielgruppen.

Im Zuge des Ausbaus wurde zum einen das Corporate Design des Verbandes einer behutsamen Modernisierung unterzogen, zum anderen wurden mit den Vorbereitungen einer neuen Veranstaltungsreihe und einer Buchpublikation neue Wege der Zielgruppenansprache angegangen.

Ziel ist es, mit zusätzlichen Maßnahmen über die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes zu informieren und für Verständnis und Unterstützung seiner Entscheidungen und seines Handelns zu werben. Gleichzeitig erschließt die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit neue Zielgruppen, die somit in die Verbandskommunikation einbezogen werden.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Personalentwicklung Januar 2008 bis Dezember 2013*



* ohne Abt. DVKA (3200)

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

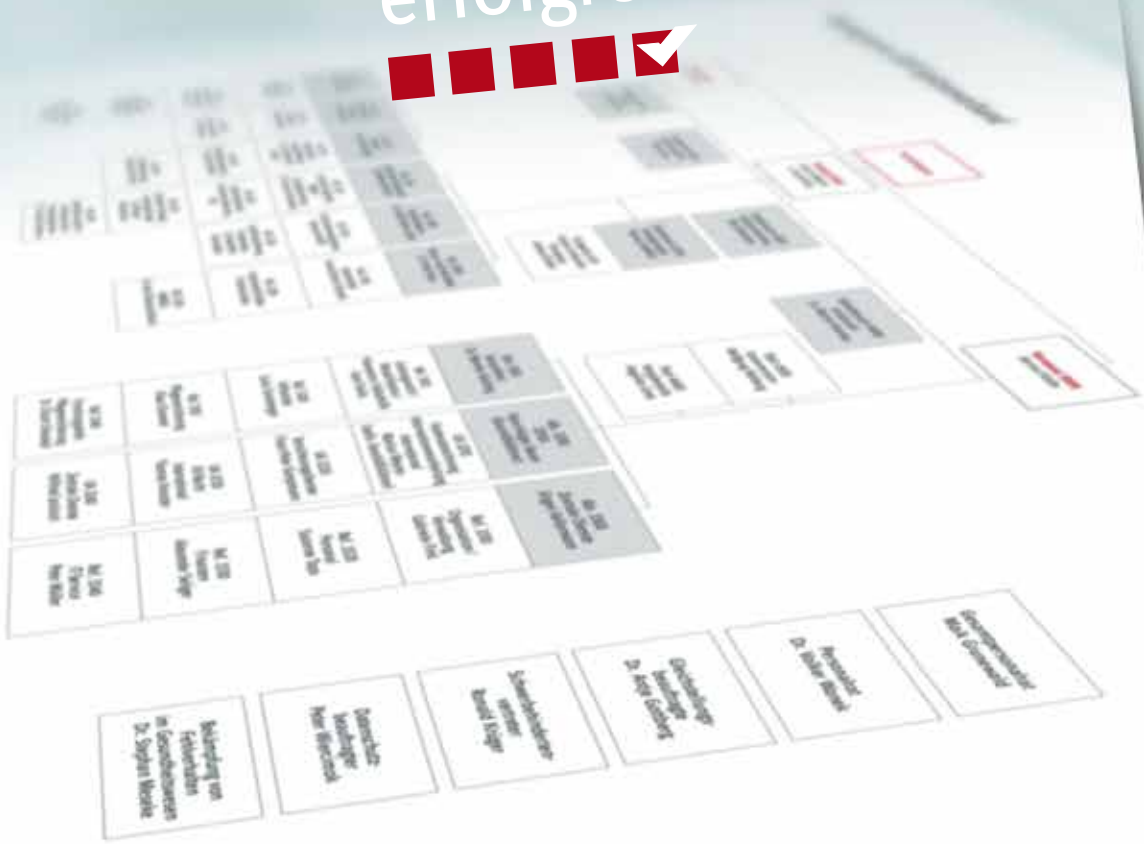
Für das Jahr 2013 sah der Stellenplan insgesamt 362 Planstellen vor. Davon entfielen 92 auf die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bonn. Zum Jahresende waren 354 der 362 vorgesehenen Stellen besetzt.

Gemeinsam mit dem Personalrat konnte eine Dienstvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung geschlossen werden. Um der Arbeitsmarktsituation besser begegnen zu können, wurde der Haustarifvertrag des GKV-Spitzenverbandes weiterentwickelt.

Da am Standort Berlin erstmals mehr als 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (unter Berücksichtigung von Teilzeitbeschäftigten) arbeiteten, wurde gemäß Bundespersonalvertretungsgesetz ein Mitglied des Personalrats freigestellt.

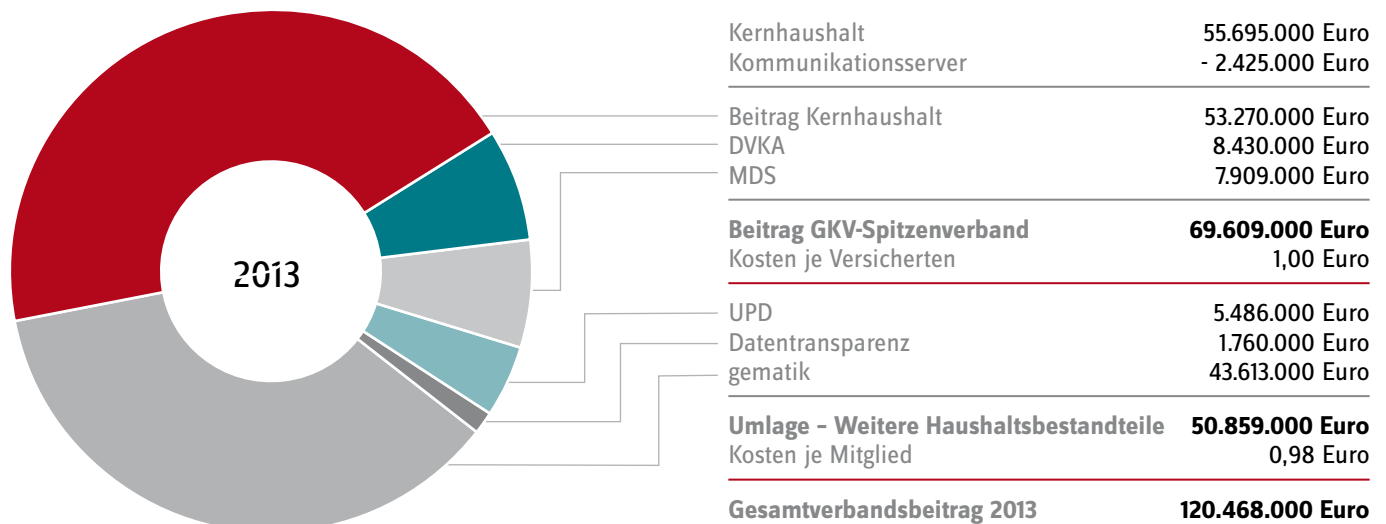
Mit nunmehr drei Auszubildenden in den Fachrichtungen Fachinformatiker für Systemintegration und Kauffrau für Bürokommunikation kommt der GKV-Spitzenverband weiterhin seiner Verantwortung als Ausbildungsbetrieb nach.

erfolgreich arbeiten



Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2013



Am 16. April 2013 stellte der Vorstand die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2012 auf. Die Prüfung der Jahresrechnung einschließlich des Teilhaushalts der DVKA erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG. Ihr oblag es außerdem, die Vergabe von Gutachten oder gutachterlichen Stellungnahmen aus medizinischen, pflegewissenschaftlichen oder vergleichbaren Bereichen zu prüfen. Auf diese Weise wurde sowohl die Einhaltung der gesetzlichen als auch der internen Vorschriften bei der Vergabe von Gutachten geprüft. Die KPMG erteilte nach erfolgter Prüfung einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung vom 27. Juni 2013 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2012 ab.

Verbandsbeitrag und Nachtragshaushalt 2013

Der Haushaltsplan 2013 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 120,5 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes abzüglich der Erstattungen aus der Refinanzierung der Anschubfinanzierung für den GKV-Kommunikationsserver. Folgende Umlagefinanzierungen sind ebenfalls inbegriffen:

- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA-Teilhaushalt)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
- Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik)
- Datentransparenz nach §§ 303a bis 303f SGB V
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD)

Der Erwerb des neuen Verwaltungsgebäudes des GKV-Spitzenverbandes, der durch eine Sonderumlage in Höhe von 64,3 Mio. Euro zu finanzieren ist, stellt eine wesentliche Veränderung für den Haushaltsplan 2013 dar. Deshalb wurde ein Nachtragshaushalt in Höhe der Sonderumlage beschlossen.

Haushalt 2014

Der vom Vorstand am 30. Oktober 2013 aufgestellte Haushaltsplan 2014 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2013 einstimmig beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 129,9 Mio. Euro festgesetzt. Er steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 9,4 Mio. Euro, was insbesondere auf die höhere gematik-Umlage zurückzuführen ist.

Fachverfahren und Internetauftritte

Eine Herausforderung im Jahr 2013 war nicht nur der Umzug des GKV-Spitzenverbandes in das neue Verwaltungsgebäude. Im Rechenzentrum in Frankfurt/Main fand auch ein vollständiger Austausch sämtlicher Serversysteme statt, ohne den regulären Betrieb der Bürokommunikation, der Fachverfahren sowie der Extra- und Internetdienste zu beeinträchtigen. Während der Migration der alten auf die neuen Serversysteme wurden in 29 Fachverfahren ca. 80.000 Datenlieferungen durch die Systeme verarbeitet. Das Gesamtvolumen betrug 2,8 Terabyte. Auch für die täglich über 5.000 Nutzer der 10 aktiven Internetauftritte und 20 internen webbasierten Anwendungen wurden sowohl Umzug als auch Umbauarbeiten im Rechenzentrum dank einer stetig verbesserten Servicequalität und Verfügbarkeit ohne Beeinträchtigung erfolgreich abgeschlossen.

Die weitaus meisten Datenlieferungen werden, wenn die gesetzliche Grundlage gegeben ist, den Fachabteilungen zu Zwecken der Qualitätssicherung, Recherche und vor allem der Analyse dem Data-Warehouse (DWH) des GKV-Spitzenverbandes übergeben. Insgesamt werden aktuell im DWH ca. 20 Terabyte an Daten in 1.378 Datenbanktabellen vorgehalten.

Optimierung des Serverbetriebs

Die Kosten für IT-Systeme ergeben sich aus dem Preis für die Beschaffung leistungsfähiger Komponenten und den Aufwänden für ihren zuverlässigen Betrieb. Der GKV-Spitzenverband setzt bei der Aufwandsreduktion für den Systembetrieb an zwei Stellen an:

- Reduktion der Administrationsaufwände durch eine weitgehende Automation von standardisierten Aufgaben bei gleichzeitiger Verbesserung der Verfügbarkeit und Flexibilität
- Verbesserung der Leistungsdichte der Systeme durch den Einsatz neuer Technologien und dadurch Reduktion der erforderlichen Rechenzentrumskapazitäten sowie der daraus resultierenden Kosten

Neben dem energie- und betriebseffizienten Einsatz seiner Ressourcen erzielt der GKV-Spitzenverband durch die Optimierung auch eine höhere Flexibilität, um steigende Anforderungen an Rechenkapazitäten für Fachanwendungen mittelfristig ohne die Anmietung weiterer Rechenzentrumsflächen abzudecken.

Ausgewählte wichtige Data-Warehouse-basierte Verfahren des GKV-Spitzenverbandes

Amtliche Statistiken	Arzneimittel-Festbeträge	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)	Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses	Gesetzliche Arzneimittel Schnellinformationen (GAmSi)
21 Statistiken der GKV und SPV mit Informationen über Mitglieder- und Versicherungsstrukturen, Leistungsfälle etc. zur Analyse und Übermittlung	Ermittlung von Erstattungshöchstgrenzen für Arzneimittel, jährliches Einsparvolumen ca. 5,9 Mrd. € (Stand: 01.01.2014)	Bereitstellung von Daten zu Analyse Zwecken im Rahmen von Erstattungsverhandlungen für Arzneimittel	Daten der kassenseitigen Rechnungslegung, pseudonymisierte Versichertenstammdaten	Aufbereitung von Trendinformationen über Arzneimittelausgaben, regionale Vergleichszahlen
GKV-Abrechnungsverzeichnis Arzneimittel	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (MRSA)	Risikomanagement	Rabattvertragsverzeichnis Arzneimittel	Regionalisierte Geburtstagsstichprobe (GSPR)
Arzneimittelinformationen als Grundlage für Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen, 14-tägig bereitgestellt	Prüfung und Weiterleitung kassenbezogener, pseudonymisierter Daten an das Bundesversicherungsamt	Generierung eines Kennzahlensystems aus den Finanzdaten der Kassen	Prüfung und Weiterleitung von Rabattvertragsinformationen der Kassen an den ABDATA Daten-Service der Apotheken	Prüfung und Aufbereitung der Daten zur Ermittlung der morbiditätsbedingten, KV-spezifischen Veränderungsdaten

Neues Verwaltungsgebäude des GKV-Spitzenverbandes



Im Sommer 2013 ist der GKV-Spitzenverband in ein neues Gebäude in der Reinhardtstraße 28 umgezogen. Bis dahin waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf drei verschiedene Gebäude in Berlin verteilt. Mit dem Bezug der neuen Immobilie wurde die seit mehreren Jahren angestrebte Zusammenführung in die Tat umgesetzt. Nun arbeiten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verbandes an einem Standort, was die Arbeit im Alltag durch einfachere interne Kommunikationsprozesse erleichtert. Der Umzug gestaltete sich reibungslos und ohne zeitliche Verzögerungen.

Das neue Gebäude ist ein modernes und funktionales Bürogebäude. Einrichtung und Ausstattung orientieren sich dabei sowohl an rechtlichen Vorgaben als auch an praktischen Notwendigkeiten. Aufbau des Gebäudes und Gestaltung der Arbeitsplätze folgen den Prinzipien der Barrierefreiheit.

Flexibel und vernetzt Gesundheitspolitik gestalten

Durch den Umzug ist der GKV-Spitzenverband auch räumlich ins Zentrum der Gesundheitspolitik gerückt: Zwischen Bundesgesundheitsministerium und Haus der Bundespressekonferenz sowie in direkter Nachbarschaft vieler relevanter

Verbände im Gesundheitswesen befindet sich das Gebäude in günstiger Lage. Die Nähe zum Hauptbahnhof und die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr sorgen für gute Erreichbarkeit für externe Gremien- und Sitzungsteilnehmer.

Besonders positiv wirkt sich die erhöhte Anzahl der flexiblen Konferenzräume auf die tägliche Arbeit aus. Die Organisation und Durchführung von Verhandlungs- und Sitzungsterminen gestaltet sich nun erheblich einfacher. Damit ist der Verband in der Lage, noch variabler auf den stetig wachsenden Beratungs- und Abstimmungsbedarf seiner Gremien, Mitglieder sowie Vertrags- und Verhandlungspartner zu reagieren.

Für das neue Verwaltungsgebäude war mit dem Vermieter vertraglich eine Kaufoption vereinbart. Nach eingehenden Beratungen, auch unter Einbeziehung externer Gutachter sowie der Aufsichtsbehörden, hat der Verwaltungsrat in seiner Sitzung vom 27. Juni 2013 beschlossen, das Gebäude umlagefinanziert zu erwerben, da dies im Vergleich zu einer Anmietung wirtschaftlicher ist. Zur Finanzierung hat der Verwaltungsrat am 4. September 2013 einen Nachtragshaushalt beschlossen.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Im Mittelpunkt der Überlegungen und Diskussionsprozesse der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen seit jeher das Ziel und der Anspruch, trotz wechselnder Rahmenbedingungen eine gleichermaßen hochwertige wie wirtschaftliche Gesundheitsversorgung für alle Versicherten und Patienten zu gewährleisten. Diese Zielsetzung erfordert permanent Schritte und Maßnahmen, um bestehende Strukturen im Gesundheitswesen und in der GKV fortzuentwickeln und damit an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.

Reformen langfristig angehen

Im Jahr der Bundestagswahl richtete der Verwaltungsrat seinen Blick insbesondere auf die in der neuen Legislaturperiode nötigen gesundheits- und pflegepolitischen Reformen und Veränderungen. So stellt beispielsweise die demografische Entwicklung eine der besonders drängenden Fragen der Zukunft dar. Es ist notwendig, jetzt die richtigen Weichen zu stellen und angemessene Lösungen zu entwickeln. Nachdem sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits in seiner ersten Amtsperiode mit dem demografischen Wandel und seinen Folgen befasst hatte, gehörten die damit verbundenen Fragen nun auch zu den Grundlagen der Debatte um die Gesundheitsversorgung von morgen. Hervorgehoben wurde, dass die erforderlichen Aktivitäten und Maßnahmen nicht auf eine einzelne Legislaturperiode, sondern – unabhängig von Regierungskoalitionen und -initiativen – längerfristig anzulegen seien.

Medizinische Versorgung verbessern

Nach intensiver Diskussion verabschiedete der Verwaltungsrat Ende Juni 2013 zentrale Positionen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, mit denen der GKV-Spitzenverband die gesundheitspolitische Debatte in der 18. Legislaturperiode mitprägen wird. Die Positionen unter dem Titel „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung“ definieren gleichzeitig Leitplanken, an denen sich die politische Arbeit des GKV-Spitzenverbandes in den kommenden Jahren ausrichten

wird. Sie stützen sich auf einen breiten Konsens der 132 gesetzlichen Krankenkassen, die damit für eine Gesetzgebung eintreten, mit deren Hilfe unter anderem in der abgelaufenen Legislaturperiode bereits initiierte Entwicklungen vorangetrieben und stabilisiert werden können. Ein besonderer Akzent liegt auf der Verbesserung der medizinischen Versorgung und einer stärkeren Orientierung am patientenrelevanten Nutzen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind zu diesem Zweck Selektivverträge als wettbewerbliche Versorgungsform zu fördern. In die Vertragsgestaltung muss neben dem Preis auch die Qualität als entscheidender Indikator einbezogen werden.

Zentral sind eine verbesserte medizinische Versorgung und die stärkere Orientierung am patientenrelevanten Nutzen.

Gesetzliche Krankenversicherung nachhaltig finanzieren

Aus Sicht des Verwaltungsrats wird die derzeitige positive Finanzsituation der GKV längerfristig keinen Bestand haben. In der 18. Legislaturperiode muss deshalb eine klare Grundlage zur nachhaltigen Finanzierung geschaffen werden. Die Bundesregierung ist aufgefordert, verlässliche Zusagen hinsichtlich der Höhe des Bundeszuschusses zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zu machen. Ziel muss es sein, die Entwicklung der jährlichen Ausgaben mit der Einnahmentwicklung in Einklang zu bringen. Dafür sind vor allem auch Strukturreformen auf der Ausgabenseite nötig. Ein Kosten senkender und Qualität verbessernder Wettbewerb trägt entscheidend dazu bei, die Ausgaben im Gesundheitswesen wirksam zu steuern. Weitergehende Vorschläge hierzu wurden vom Verwaltungsrat nach intensiver Vorbereitung durch den Fachausschuss Verträge und Versorgung mit den Positionspapieren zur Krankenhausfinanzierung, zum Reformbedarf in der ambulanten Versorgung und Vergütung sowie zu einer Reform der ambulanten Psychotherapie beschlossen.

Gesundheitliche Chancengleichheit stärken

Mit dem vom Verwaltungsrat ebenfalls im Juni 2013 beschlossenen Positionspapier „Prävention und Gesundheitsförderung weiterentwickeln“ beschreibt der GKV-Spitzenverband u. a. das breite Spektrum hochwertiger präventiver und gesundheitsfördernder Leistungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung. Prävention soll als gesamtgesellschaftliche Aufgabe etabliert werden. Der GKV-Spitzenverband fordert in diesem Zusammenhang eine zuverlässige und angemessene finanzielle Beteiligung durch Bund, Länder und Kommunen.

Pflegeversicherung grundlegend reformieren

Die hohen Erwartungen, die die schwarz-gelbe Regierungskoalition in der 17. Legislaturperiode hinsichtlich einer umfassenden Reform der Pflegeversicherung mit dem ausgerufenen „Jahr der Pflege“ erzeugt hatte, erfüllten sich letztlich nicht. Der Verwaltungsrat sprach sich in der vergangenen Legislaturperiode mehrfach nachdrücklich für eine zügige Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus. Die Auflösung des Reformstaus in diesem Bereich ist eine zentrale Aufgabe der neuen Koalition im Rahmen der gebotenen sozialpolitischen Prioritätensetzung. Um die Zeit bis zur Aufnahme eines Gesetzgebungsverfahrens zielführend zu nutzen und maßgebliche Vorarbeiten zu realisieren, hat der Verwaltungsrat nach

inhaltlicher Koordinierung seines Fachausschusses Prävention, Rehabilitation und Pflege eine wissen-

schaftliche Studie in Auftrag gegeben. Mit dieser soll zusätzliches empirisches Datenmaterial über Lebenssituation und Unterstützungsbedarfe von Pflegebedürftigen generiert werden. Die Ergebnisse bilden wichtige Handlungsgrundlagen und helfen den politisch Verantwortlichen, tragfähige Entscheidungen zu treffen.

Die Auflösung des Reformstaus hinsichtlich der Pflegeversicherung ist eine zentrale Aufgabe der neuen Koalition.

Mehr Verantwortung für mehr Qualität in der Pflege

Da sich die bestehenden Regelungen zur Pflege-Transparenzvereinbarung auch mit der eingeführten Schiedsstellenlösung als nicht zielführend erwiesen haben, hat der Verwaltungsrat seine Forderung nach einer Richtlinienkompetenz für den GKV-Spitzenverband gegenüber der Politik wiederholt. So könnten Leistungserbringerverbände die notwendigen Weiterentwicklungen nicht länger verzögern.

Telematikinfrastruktur voranbringen

Ein zentrales Thema war und bleibt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur. Die Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Organisation und Finanzen haben sich im Berichtsjahr erneut eingehend mit unterschiedlichen Facetten des Themas befasst. Aus Sicht der Selbstverwaltung ist das Projekt aufgrund der immensen Investitionen aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber ohne erkennbaren Mehrnutzen gegenüber der bisherigen Krankenversicherungskarte nicht mehr zu rechtfertigen. In einer Erklärung wandte sich der Verwaltungsrat deshalb im Juni an den Gesetzgeber und verwies nachdrücklich auf die Blockadehaltung einiger Leistungserbringerorganisationen, die die nötigen Online-Anwendungen der Karte bislang verhindern. Der Verwaltungsrat appellierte an die Politik, dafür Sorge zu tragen, dass alle Beteiligten ihren Verpflichtungen nachkommen und das Projekt wie geplant umgesetzt werden kann. In seiner Positionierung für die kommende Legislaturperiode unterstrich der Verwaltungsrat ebenfalls, dass ein Technologieland wie Deutschland auf eine funktionierende Telematikinfrastruktur mit einem hohen Nutzenpotenzial im Gesundheitswesen nicht verzichten kann.



Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

International agieren, Selbstverwaltung stärken

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde dem GKV-Spitzenverband als neue Aufgabe die Interessenvertretung der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen übertragen. Der Verwaltungsrat beschloss daraufhin die Mitgliedschaften des GKV-Spitzenverbandes in den relevanten internationalen und europäischen Organisationen sowie Institutionen. Im Rahmen der Haushaltsplanung wurden die dafür notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sichergestellt. Neben der aktiven Begleitung von GKV-relevanten Reformprozessen sollen zukünftig auch die Vorzüge der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung mit ihrer Selbstverwaltungsstruktur noch deutlicher auf EU-Ebene akzentuiert werden.

Die soziale Selbstverwaltung wie auch die gemeinsame Selbstverwaltung sind das wichtigste und zugleich effektivste Instrument zur Gestaltung des Gesundheitswesens. Bemühungen der Politik, ihren Einfluss auf die Selbstverwaltung auszuweiten und in deren Rechte einzugreifen, hat der Verwaltungsrat wiederholt kritisiert. Nur die Selbstverwaltung kann aufgrund ihrer Struktur Versorgungsqualität, die am Patientenwohl orientiert ist, sachgerecht und praxisnah fortentwickeln. Der Staat ist demgegenüber nicht in der Lage, die vielfältigen Wirkungen für die gesundheitliche Versorgung der Patienten zu berücksichtigen.

Effizient arbeiten unter einem Dach

Was im Jahr 2009 mit Sondierungen und ersten Konturen in den Gremien der Selbstverwaltung begonnen hatte, nahm im Berichtsjahr endgültig Gestalt an: Nachdem die Mitarbeiter im Sommer ihre Büros in der Immobilie in der Reinhardtstraße in Berlin-Mitte bezogen hatten, tagte im September 2013 erstmals auch das Plenum des Verwaltungsrats im neuen Verwaltungsgebäude des GKV-Spitzenverbandes. Der Standort in unmittelbarer Nähe zu den relevanten Bundesinstitutionen erfüllt mit seiner zeitgemäßen Ausstattung die nötigen Voraussetzungen für effektive Arbeitsabläufe.

Nach dem Aufbau des GKV-Spitzenverbandes hatte sich schnell abgezeichnet, dass die Kapazitäten der Räumlichkeiten in der Mittelstraße längerfristig nicht ausreichen würden. So mussten bereits nach kurzer Zeit Mitarbeiter an zwei zusätzlichen Standorten untergebracht werden. In seiner Verantwortung für eine bedarfsgerechte Ressourcenerstellung hat sich der Verwaltungsrat deshalb schon frühzeitig mit der Frage eines neuen Gebäudes, in dem alle Abteilungen des GKV-Spitzenverbandes Platz finden, befasst. Intensiv flankiert wurden die Beratungen durch den Fachausschuss Organisation und Finanzen, der sich mit einer Vielzahl unterschiedlicher Detailfragen auseinandergesetzt und die entsprechenden Empfehlungen für den Verwaltungsrat erarbeitet hat. Das Plenum hat in seiner Sitzung am 27. Juni 2013 beschlossen, die bestehende Kaufoption für die Immobilie in der Reinhardtstraße wahrzunehmen. Frühzeitig wurden hierzu die Aufsichtsbehörden involviert. Übereinstimmend ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass ein Kauf der Immobilie die wirtschaftlichste Variante ist.

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2013 (Stichtag: 1. Januar 2014)

1. actimonda krankenkasse	20. BKK A.T.U	47. BKK HENSCHEL Plus	78. BKK Verkehrsbau Union	106. hkk
2. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	21. BKK Achenbach Buschhütten	48. BKK Herford Min- den Ravensberg	79. BKK VICTORIA - D.A.S.	107. IKK Brandenburg und Berlin
3. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	22. BKK advita	49. BKK Herkules	80. BKK VITAL	108. IKK classic
4. AOK Baden- Württemberg	23. BKK Aesculap	50. BKK IHV	81. BKK vor Ort	109. IKK gesund plus
5. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse	24. BKK Akzo Nobel -Bayern-	51. BKK KARL MAYER	82. BKK Voralb HELLER* LEUZE*TRAUB	110. IKK Nord
6. AOK Bremen/ Bremerhaven	25. BKK B. Braun Melsungen AG	52. BKK Kassana	83. BKK Werra- Meissner	111. IKK Südwest
7. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	26. BKK Basell	53. BKK KBA	84. BKK Wirtschaft & Finanzen	112. Kaufmännische Krankenkasse - KKH
8. AOK Nordwest - Die Gesundheits- kasse	27. BKK Beiersdorf AG	54. BKK KEVAG KOBLENZ	85. BKK Würth	113. Knappschaft
9. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	28. BKK BJB	55. BKK Krones	86. BKK ZF & Partner	114. Merck BKK
10. AOK Rheinland- Pfalz/Saarland - Die Gesundheits- kasse	29. BKK BPW Bergi- sche Achsen KG	56. BKK Linde	87. BKK_DürkoppAdler	115. mhplus Betriebs- krankenkasse
11. AOK Rheinland/ Hamburg - Die Gesundheitskasse	30. BKK Braun-Gillette	57. BKK MAHLE	88. BMW BKK	116. Novitas BKK
12. AOK Sachsen- Anhalt - Die Gesundheitskasse	31. BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	58. BKK MEDICUS	89. Bosch BKK	117. pronova BKK
13. atlas BKK ahlmann	32. BKK der G. M. PFAFF AG	59. BKK Melitta Plus	90. Brandenburgische BKK	118. R+V BKK
14. Audi BKK	33. BKK der MTU Friedrichshafen GmbH	60. BKK MEM	91. Continentale Be- triebskrankenkasse	119. Salus BKK
15. BAHN-BKK	34. BKK der Thüringer Energieversorgung	61. BKK Miele	92. Daimler BKK	120. SECURVITA BKK
16. BARMER GEK	35. BKK Deutsche Bank AG	62. BKK Mobil Oil	93. DAK-Gesundheit	121. Shell BKK/LIFE
17. Bertelsmann BKK	36. BKK Diakonie	63. BKK Pfalz	94. Debeka BKK	122. SIEMAG BKK
18. BIG direkt gesund	37. BKK ESSANELLE	64. BKK PHOENIX	95. Deutsche BKK	123. Siemens-Betriebs- krankenkasse (SBK)
19. BKK 24	38. BKK EUREGIO	65. BKK Pricewater- houseCoopers	96. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	124. SKD BKK
	39. BKK EWE	66. BKK Publik	97. Die Schwenninger Krankenkasse	125. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
	40. BKK exklusiv	67. BKK Rieker.Ricosta. Weisser	98. E.ON Betriebs- krankenkasse	126. Südzucker-BKK
	41. BKK Faber-Castell & Partner	68. BKK RWE	99. energie-BKK	127. Techniker Kranken- kasse
	42. BKK firmus	69. BKK Salzgitter	100. Ernst & Young BKK	128. TUI BKK
	43. BKK Freudenberg	70. BKK Scheufelen	101. ESSO BKK	129. Vaillant BKK
	44. BKK Gildemeister Seidensticker	71. BKK Schleswig- Holstein	102. G&V BKK	130. Vereinigte BKK
	45. BKK GRILLO- WERKE AG	72. BKK Schwarzwald- Baar-Heuberg	103. HEAG BKK	131. Wieland BKK
	46. BKK Groz-Beckert	73. BKK Stadt Augs- burg	104. Heimat Kranken- kasse	132. WMF BKK
		74. BKK Technoform	105. HEK - Hanseatische Krankenkasse	
		75. BKK Textilgruppe Hof		
		76. BKK VDN		
		77. BKK VerbundPlus		

Fusionen im Jahr 2013 (Stichtag: 1. Januar 2014)

Vereinigte Kasse

actimonda krankenkasse

BKK Mobil Oil

Fusionspartner

actimonda krankenkasse
BKK Heimbach

BKK Mobil Oil
HypoVereinsbank BKK

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012-2017)

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Balsler, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Behle, Christine	BARMER GEK (am 27.11.2013 vom Amt entbunden)
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Ermler, Christian	BARMER GEK
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Hamers, Ludger	BKK vor Ort
Heerbeck, Thomas	BARMER GEK (am 27.06.2013 vom Amt entbunden)
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER GEK
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Moldenhauer, Klaus	BARMER GEK (am 26.09.2013 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reuber, Karl	AOK Rheinland/Hamburg
Römer, Bert	IKK classic
Schäfer, Günter	DAK-Gesundheit
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Stute, Hans-Peter	DAK-Gesundheit
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK-Gesundheit

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Aust, Michael	Bertelsmann BKK
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Blum, Leo	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
Hornung, Ernst	ESSO BKK
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Parvanov, Ivor	AOK Bayern (am 26.09.2013 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Schnurr, Hans-Jürgen	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Schrörs, Dr. Wolfgang	hkk
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Unzeitig, Roland	Techniker Krankenkasse (am 20.06.2013 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse (am 20.03.2013 vom Amt entbunden)
Wöhler, Dr. Claudia	AOK Bayern (am 27.06.2013 vom Amt entbunden)
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012–2017)

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse	Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit	Karp, Jens	IKK Nord
Aschenbeck, Rolf-Dieter	DAK-Gesundheit	Kemper, Norbert	AOK Rheinland/Hamburg
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin	Kindler, Dieter	IKK classic (am 26.09.2013 zum stv. Mitglied gewählt)
Baki, Brigitte	AOK Hessen	Kloppich, Iris	AOK PLUS
Becker-Müller, Christa	DAK-Gesundheit	Knerler, Rainer	AOK Nordost
Bender, Hans	DAK-Gesundheit (am 27.11.2013 vom Amt entbunden)	Knöpfle, Manfred	BKK Stadt Augsburg
Berger, Silvia	IKK Südwest	Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Berking, Jochen	Deutsche BKK	Lambertin, Knut	AOK Nordost
Bink, Klaus-Dieter	AOK NORDWEST	Leitloff, Rainer	DAK-Gesundheit
Bumb, Hans-Werner	DAK-Gesundheit	Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
Christen, Anja	BKK Verkehrsbau Union	Lubitz, Bernhard	HEK – Hanseatische Krankenkasse
Coors, Jürgen	Daimler BKK	Matthesius, Dr. Rolf-Gerd	BARMER GEK (am 28.11.2013 zum stv. Mitglied gewählt)
Date, Achmed	BARMER GEK	Moldenhauer, Klaus	BARMER GEK (am 04.09.2013 vom Amt entbunden)
Decho, Detlef	Techniker Krankenkasse	Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Dorneau, Hans-Jürgen	BAHN-BKK	Salzmann, Rainer	BKK B. Braun Melsungen AG
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven	Schiwnak, Bianca	Techniker Krankenkasse (am 07.03.2013 zum stv. Mitglied gewählt)
Erb, Hartwig	IKK classic (am 20.03.2013 vom Amt entbunden)	Schmidt, Günther	BARMER GEK
Feichtner, Richard	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	Schneider, Norbert	Techniker Krankenkasse
Fenske, Dieter	DAK-Gesundheit	Scholz, Jendrik	IKK classic
Franielczyk, Peter	BARMER GEK	Schröder, Dieter	DAK-Gesundheit
Friederichs, Günter	Shell BKK/LIFE	Schuder, Jürgen	HEK – Hanseatische Krankenkasse
Gabler, Heinz-Joachim	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	Schultze, Roland	hkk
Goldmann, Bernd	BARMER GEK	Slovinec, Gertrude	Techniker Krankenkasse
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse	Sonntag, Dr. Ute	BARMER GEK
Gransee, Ulrich	AOK Niedersachsen	Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Hachtmann, Götz-Wilhelm	SECURVITA BKK	Vater, Birgit	BARMER GEK
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK	Vieweg, Johanna	Techniker Krankenkasse
Heinemann, Bernd	BARMER GEK		
Hoppe, Klaus	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)		
Hüfner, Gert	Knappschaft		
Hupfauer, Georg	BARMER GEK		
Jena, Matthias	AOK Bayern		

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Bauer, Egon	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beetz, Jürgen	Die Schwenninger Krankenkasse
Bruns, Rainer	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer-Michael	AOK Baden-Württemberg
Diehl, Mario	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Empl, Martin	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Fitzke, Helmut	Techniker Krankenkasse
Gantz-Rathmann, Birgit	BAHN-BKK
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
Gemmer, Traudel	AOK Sachsen-Anhalt
Gural, Wolfgang	AOK Bayern (am 07.03.2013 zum stv. Mitglied gewählt)
Henschen, Jörg	Techniker Krankenkasse
Heß, Johannes	AOK NORDWEST
Heymer, Dr. Gunnar	BKK BPW Bergische Achsen KG
Kastner, Helmut	IKK Nord
Köster, Hans-Wilhelm	AOK Rheinland/Hamburg
Kreßel, Prof. Dr. Eckhard	Daimler BKK
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lang, Dr. Klaus	pronova BKK
Lübbe, Günther	hkk
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Malter, Joachim	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Nobereit, Sven	AOK PLUS
Reinisch, Dr. Mark	BKK Kassana
Schirp, Alexander	AOK Nordost
Söller, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Steigerwald, Claus	BKK Faber-Castell & Partner
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Andreas Strobel*, Hans-Jürgen Müller*/Stephan Jehring (alternierend)

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Stephan Jehring (AOK)
2. Axel Stehr (AOK)
3. Walter Winkler (EK); bis 20.03.2013
Roland Unzeitig (EK); ab 27.06.2013
4. Leo Blum (SVLFG)
5. Michael Aust (BKK)
6. Hans Peter Wollseifer (IKK)

Versichertenvertreter

1. Dieter F. Märtens (EK)
2. Erich Balsler (EK)
3. Thomas Heerbeck (EK); bis 27.06.2013
Klaus Moldenhauer (EK); ab 27.11.2013
4. Horst Wittrin (EK)
5. Angelika Beier (AOK)
6. Fritz Schösser (AOK)
7. Hans-Jürgen Müller (IKK)
8. Andreas Strobel (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Dr. Christian Münzer (AOK)
- Wolfgang Söller (AOK)
- Udo Nicolay (EK)
- Martin Empl (SVLFG)
- Detlef E. von Schweinitz (BKK)
- Rainer Lunk (IKK)
- Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Hans Bender (EK); bis 27.11.2013
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Georg Hupfauer (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Hans-Peter Stute (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Günter Güner (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Georg Keppeler (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Knut Lambertin (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Eckehard Linnemann (Knappschaft)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Roland Brendel (BKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Hartwig Erb (IKK); bis 20.03.2013
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Holger Langkutsch/Dieter Jürgen Landrock (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dieter Jürgen Landrock (AOK)
2. Dr. Christian Münzer (AOK)
3. Dr. Wolfgang Schrörs (EK)
4. Leo Blum (SVLFG)
5. Detlef E. von Schweinitz (BKK)
6. Peter Wadenbach (IKK)

Versichertenvertreter

1. Holger Langkutsch (EK)
2. Walter Hoof (EK)
3. Rosemie Bilz (EK)
4. Georg Keppeler (AOK)
5. Karl Reuber (AOK)
6. Hartmut Tölle (AOK)
7. Detlef Baer (IKK)
8. Ralf Kirch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Sven Nobereit (AOK)
- Prof. Dr. Manfred Selke (AOK)
- Günther Lübbe (EK)
- Martin Empl (SVLFG)
- Dr. Andreas Tautz (BKK)
- Helmut Kastner (IKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)

Versichertenvertreter

- Thomas Heerbeck (EK); bis 27.06.2013
Klaus Moldenhauer (EK) ab 27.11.2013
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Erich Balsler (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Dieter Schröder (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Richard Feichtner (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Annette Düring (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Wolfgang Metschurat (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Angelika Beier (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Ludger Hamers (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Silvia Berger (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Hans-Jürgen Dorneau (BKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Eckehard Linnemann/Nikolaus Chudek*, Dietrich von Reyher (alternierend) *

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dr. Claudia Wöhler (AOK); bis 27.06.2013
Ivor Parvanov (AOK); ab 27.11.2013
2. Prof. Dr. Manfred Selke (AOK)
3. Hans-Jürgen Schnurr (EK)
4. Dietrich von Reyher (BKK)
5. Dr. Andreas Tautz (BKK)
6. Nikolaus Chudek (IKK)

Versichertenvertreter

1. Harald Schulte (EK)
2. Christian Ermler (EK)
3. Günter Schäfer (EK)
4. Wolfgang Metschurat (AOK)
5. Roswitha Weinschenk (AOK)
6. Fritz Schösser (AOK)
7. Eckehard Linnemann (Knappschaft)
8. Manfred Schoch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Sven Nobereit (AOK)
- Johannes Heß (AOK)
- Helmut Fitzke (EK)
- Ernst Hornung (BKK)
- Michael Aust (BKK)
- Peter Wadenbach (IKK)
- Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

- Achmed Date (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Peter Franielczyk (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Christa Becker-Müller (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Susanne Wiedemeyer (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Angelika Beier (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Knut Lambertin (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Karl Reuber (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Roland Brendel (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Bert Römer (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jendrik Scholz (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Günter Güner/Ernst Hornung (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dr. Volker Hansen (AOK)
2. Friedrich Avenarius (AOK)
3. Wolfgang Söller (AOK)
4. Bernd Wegner (EK)
5. Ernst Hornung (BKK)
6. Rainer Lunk (IKK)

Versichertenvertreter

1. Christine Behle (EK); bis 27.11.2013
2. Dietmar Katzer (EK)
3. Hans-Peter Stute (EK)
4. Helmut Aichberger (EK)
5. Günter Güner (AOK)
6. Susanne Wiedemeyer (AOK)
7. Roland Brendel (BKK)
8. Bert Römer (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Traudel Gemmer (AOK)
- Alexander Schirp (AOK)
- Dr. Claudia Wöhler (AOK); bis 27.06.2013
Ivor Parvanov (AOK); ab 27.11.2013
- Jörg Henschen (EK)
- Dietrich von Reyher (BKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)
- Peter Wadenbach (IKK)

Versichertenvertreter

- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Harald Schulte (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ulrike Hauffe (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Dieter Fenske (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Wolfgang Metschurat (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Fritz Schösser (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Georg Keppeler (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Roswitha Weinschenk (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Ludger Hamers (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jens Karp (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Gert Hüfner (Knappschaft)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes

Mitglieder

AOK

1. Jürgen Graalmann
2. Dr. Helmut Platzer

BKK

1. Franz Knieps
(seit 10.07.2013 für Andrea Galle, die ab
16.04.2013 für Heinz Kaltenbach berufen
wurde)
2. Achim Kolanoski

Ersatzkassen

1. Ulrike Elsner
2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf

IKK

1. Jürgen Hohnl
2. Uwe Schröder

Knappschaft

1. Bettina am Orde
2. Gerd Jockenhöfer

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

1. Claudia Lex
(seit 10.07.2013 für Eckart Stüwe)
2. Gerhard Sehnert
(seit 10.07.2013 für Dr. Erich Koch)

Stellvertreter

Uwe Deh
Dr. Jürgen Peter

Andrea Galle
(seit 10.07.2013 für Siegrid Gänslers, der ab
16.04.2013 für Dr. Hildegard Demmer berufen
wurde)
Winfried Baumgärtner

Manfred Baumann
Oliver Blatt

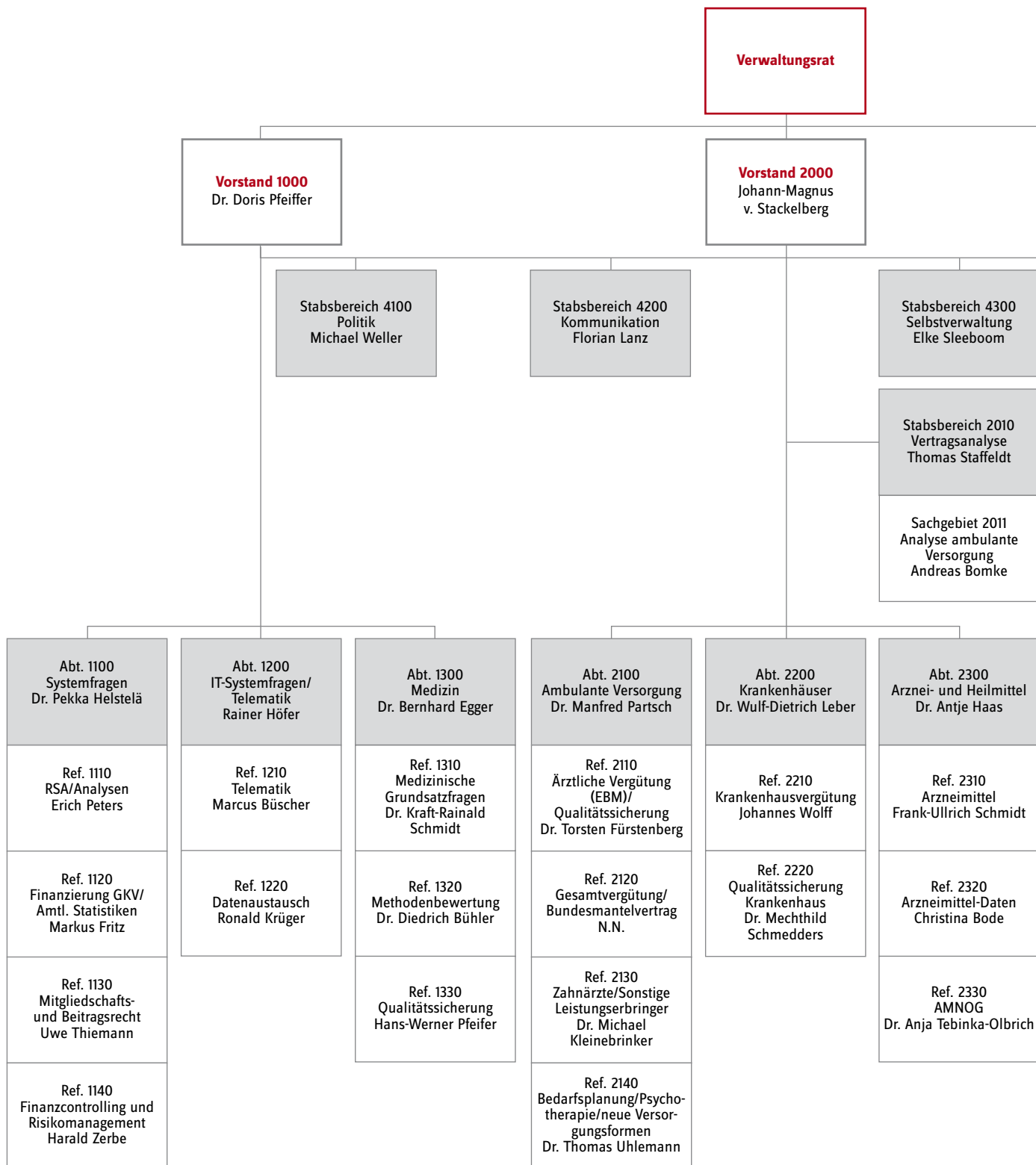
Frank Hippler
Enrico Kreutz

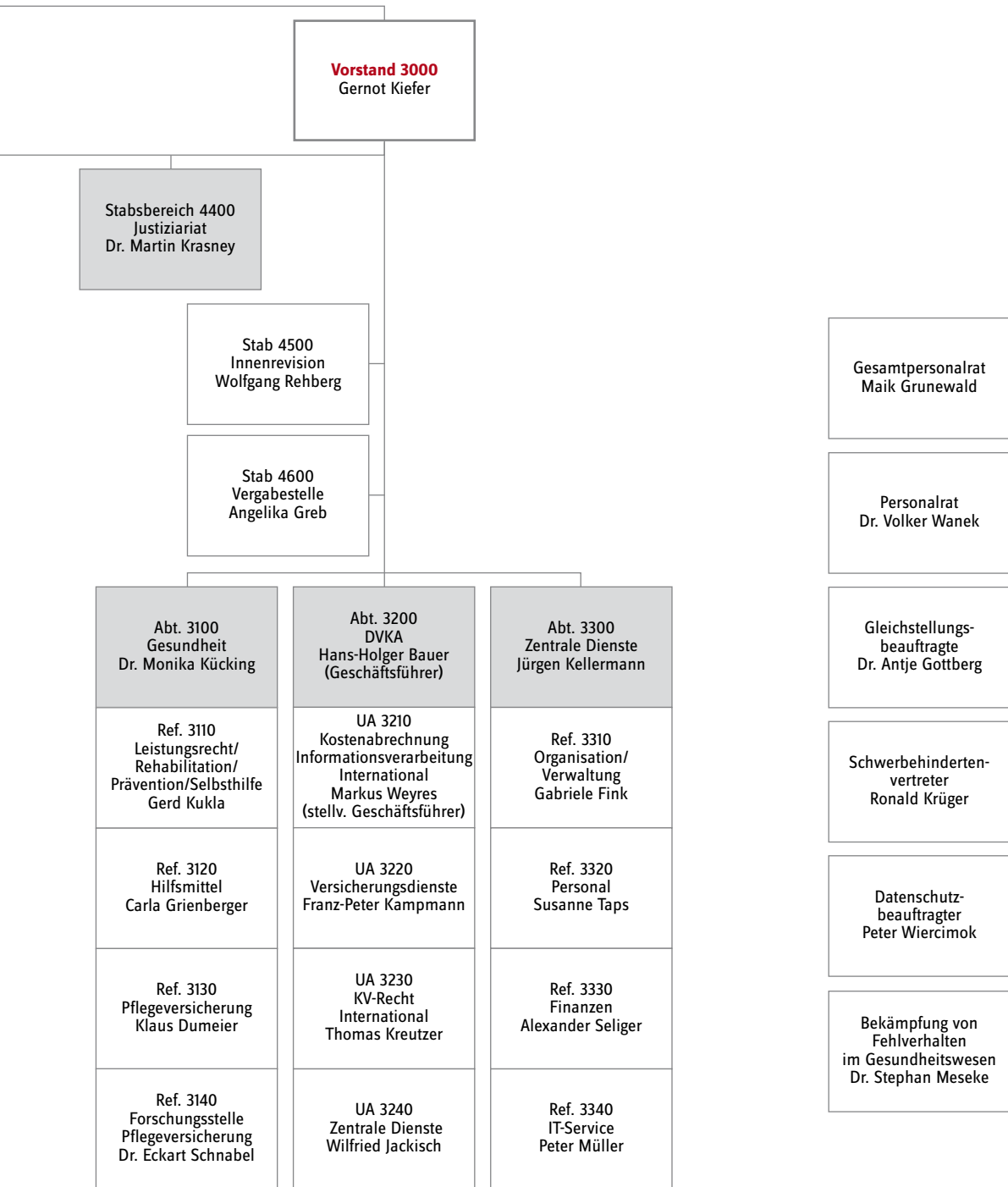
Dieter Castrup
(seit 10.07.2013 für Rolf Stadié)
Jörg Neumann

Reinhold Knittel
(seit 10.07.2013, Stellvertreter erstmals berufen)
Dr. Erich Koch
(seit 10.07.2013, Stellvertreter erstmals berufen)



Organigramm GKV-Spitzenverband





GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de