

## Geschäftsbericht 2009



**Gesundheitsversorgung  
transparent gestalten**



**Impressum**

Herausgeber:  
GKV-Spitzenverband  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288 - 0  
Telefax: 030 206288 - 88  
E-Mail: [info@gkv-spitzenverband.de](mailto:info@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Nach § 217b Abs. 1 SGB V wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet, der von der Mitgliederversammlung gewählt wird. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht erfüllt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine satzungsmäßige Aufgabe, den Mitgliedern durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2009.

Redaktionsschluss: 28. Januar 2010

Redaktion: Florian Lanz, Klaus Meesters, Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)

Koordination: Klaus Meesters

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Fotonachweis: Fotos ©walkscreen.de außer S.5/S.7/S.31 (GKV-SV), S.13 (photothek.net), S.42 (IQWiG), S.50/S.95 (ITSG/GKV-SV), S.81 (iStock) S.87 (gematik), S.101 (Lopata/GKV-SV)

Druck: SpreeBoPrint, Berlin

## Geschäftsbericht 2009

Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates .....	4
Vorwort des Vorstandes .....	6
<b>Rückblick</b>	
2009: Ein Jahr voller Verantwortung .....	8
<b>Führungswechsel</b>	
Willi Budde: Großes Engagement für die Versicherten .....	12
Christian Zahn: Wir brauchen eine Kultur der guten Zusammenarbeit .....	13
<b>Ausblick</b>	
2010: An einer gesundheitspolitischen Wegscheide .....	17
<b>Gremienarbeit</b>	
Verwaltungsrat: Positionierung für die Zukunft .....	20
Mitgliederversammlung: Fundament des Verbandes .....	28
Fachbeirat: Beratungs- und Empfehlungsgremium .....	32
<b>Mitgliederkommunikation</b>	
GKV-Dialog: Das Mitgliederportal .....	35
<b>G-BA, IQWiG und MDS</b>	
Der Gemeinsame Bundesausschuss .....	40
Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen .....	42
Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes .....	44
<b>Beteiligungsgesellschaften</b>	
Die gematik .....	46
Das Institut des Bewertungsausschusses .....	48
Das DRG-Institut (InEK GmbH) .....	49
Die ITSG .....	51
<b>Themen des Jahres</b>	
Gesundheitsfonds: In Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise .....	52
Arzthonorare: Kein Spielraum für weitere Zuwächse .....	59
Arzneimittelmarkt: Bezahlbare Versorgung erhalten .....	62
Krankenhäuser: Mehrbelastungen für Beitragszahler .....	66
Bundesverfassungsgericht: PKV gescheitert .....	70
Pflegeversicherung: Mehr Qualität und Transparenz .....	72
Prävention und Beratung: Gesundheitliche Kompetenzen stärken .....	80
Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Anlaufstelle .....	82
DVKA: Neue Zeit, neue Aufgaben .....	84
Elektronische Gesundheitskarte: Neustart .....	87
Datenmanagement: Grundlage für Qualität und Wirtschaftlichkeit .....	90
Innenleben: Organisation und Haushalt .....	93
<b>Anhang</b>	
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 1.7.2009 .....	98
Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2009 .....	100
Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2009 .....	104
Der Verwaltungsrat: Aufgaben und Termine .....	108
Die Mitglieder des Fachbeirats im Jahr 2009 .....	110
Organigramm .....	112

---

## Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

2009 war für die gesetzliche Krankenversicherung kein einfaches Jahr. Es war geprägt von politisch veranlassten hohen Ausgabenzuwächsen bei knapp bemessenen Zuweisungen an die Krankenkassen sowie den Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise. Die Neue Influenza ängstigte in diesem Jahr die Menschen und beschäftigte die Verantwortlichen im Gesundheitswesen. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte stand erneut an einem Scheideweg.

In diesen aufgewühlten Zeiten konnte der GKV-Spitzenverband bei allen wichtigen Themen als gemeinsame Stimme der GKV wesentlich zu einer sachorientierten Debatte beitragen, deutlich Position für die Interessen der gesetzlichen Kranken-

und Pflegekassen beziehen und im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben klare Entscheidungen treffen. Basis für diese Handlungsfähigkeit ist die Selbstverwaltung, die aktive Teilhabe von Versicherten und Arbeitgebern an der Gestaltung der Kranken- und Pflegeversicherung. Gemeinsam haben wir in einem offenen Kommunikationsprozess gesundheits- und pflegepolitische Positionen erarbeitet und verabschiedet, die Lösungsansätze für die anstehende Reformdiskussion bieten. Gemeinsam haben wir die Grundlagen für Finanzhilfen geschaffen, die Kasseninsolvenzen vermeiden helfen. Gemeinsam haben wir einen Neustart des Telematikprojektes angestoßen und erfolgreich für zusätzliche Bundesmittel gestritten.

Als ausgesprochen positiv und förderlich für die Beratungen erwies sich dabei der allseits erklärte

Wille zur Transparenz und das Vertrauen, das sich in der relativ kurzen Zeit seit Errichtung des GKV-Spitzenverbandes zwischen den Beteiligten über Kassenartengrenzen und die beiden „Bänke“ hinweg und nicht zuletzt zwischen Ehren- und Hauptamt entwickelt hat.

Unser Ziel bleibt es, die qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung von mehr als 90 % der Bevölkerung kontinuierlich weiterzuentwickeln und nachhaltig zu sichern. Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung stellen mit ihren solidarischen Grundstrukturen, die sich seit Jahrzehnten bewähren und keineswegs anachronistisch sind, ein wesentliches Element gesellschaftlicher Stabilität dar. Dies zu wahren, gehört zu unserem Selbstverständnis. In einem konstruktiven Austausch aller Akteure wird es auch in Zukunft

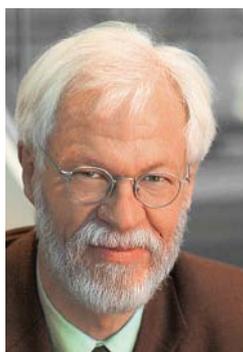
gelingen, die bisweilen unterschiedlichen Perspektiven in gemeinsame Positionen zu überführen und diese in die gesundheitspolitische Diskussion wirkungsvoll einzubringen.



Dr. Volker Hansen



Christian Zahn



## Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

das Jahr 2010 wird als Jahr der Zusatzbeiträge in die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung eingehen. Das von der Großen Koalition im Jahr 2007 eingeführte Finanzierungsinstrument, das 2009 nur von einer kleineren Krankenkasse eingesetzt wurde, wird seit Jahresbeginn von weiteren Krankenkassen genutzt. Ursache ist im Wesentlichen die Unterfinanzierung durch den Gesundheitsfonds. Nach den bisherigen Prognosen des GKV-Schätzerkreises werden die Krankenkassen in diesem Jahr etwa 4 Mrd. Euro mehr für die Versorgung ihrer Versicherten ausgeben müssen, als ihnen der Fonds an Mitteln zur Verfügung stellt. Zusatzbeiträge zu verlangen ist für die Krankenkassen eine wettbewerblich schwierige und zugleich verwaltungsaufwendige Aufgabe. Für die beitragspflichtigen Mitglieder kann die finanzielle Zusatzbelastung je nach Einkommen mit erheblichen Härten verbunden sein. Dass zumeist der monatliche Beitrag von pauschal 8 Euro erhoben wird, ergibt sich unmittelbar aus Wirtschaftlichkeitsüber-

legungen der Krankenkassen: Wer mehr als 8 Euro erhebt, muss besonders aufwendige Einkommensprüfungen bei seinen Mitgliedern durchführen.

Nicht nachzuvollziehen ist es, wenn die Politik nunmehr die Krankenkassen für die Anwendung eines Finanzierungsinstrumentes kritisiert, das sie zuvor – ebenso wie die außerordentlichen Vergütungszuwächse für Ärzte und Krankenhäuser – selbst geschaffen und damit auch zu verantworten hat.

Die Zusatzbeiträge machen zugleich deutlich, dass jetzt auch für die Politik kein Weg mehr daran vorbeiführt, die Ausgabenseite in den Blick zu nehmen und der drastischen Dynamik bei den Arzneimittel- und Krankenhausausgaben sowie den Ärztehonoraren Einhalt zu gebieten. Insbesondere bei den neuen, patentgeschützten Arzneimitteln, deren Preise besonders bedrohlich ansteigen, muss etwas geschehen. Hier sollten z. B. verpflichtende Preisverhandlungen die Voraussetzung für die Finanzierung durch die Krankenkassen sein.

Generell liegt der Schlüssel für die dauerhafte Bezahlbarkeit der Krankenversicherung im Ausbau des Vertragswettbewerbs. Mit seinen Positionen für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem, verabschiedet im November 2009, hat der GKV-Spitzenverband hierzu zahlreiche Vorschläge auf den Tisch gelegt. Die Möglichkeit, Verträge für ausgewählte stationäre Leistungen zu schließen, gehört ebenso dazu wie die Liberalisierung des Apothekenmarktes, die Abschaffung der neuen Monopole in der hausärztlichen Versorgung und die Stärkung des Vertragswettbewerbs in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Für einen funktionsfähigen Wettbewerb benötigen die Krankenkassen mehr Vertragsfreiheiten. Parallel sind die Bemühungen um mehr Transparenz über die Qualität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu intensivieren, um die Kompetenz für ein selbstbestimmtes Handeln der Versicherten und Patienten zu fördern.

Im Interesse der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Versicherten, Beitragszahlerinnen und Beitragszahler stehen wir in diesem Sinne für Gespräche mit allen Beteiligten, den politischen Entscheidern ebenso wie den Vertragspartnern, bereit.



Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes



K.-Dieter Voß  
Mitglied des Vorstandes



## 2009: Ein Jahr voller Verantwortung

2009 war ein Jahr geschichtlicher Jubiläen in Deutschland: 60 Jahre Grundgesetz am 23. Mai, 20 Jahre Mauerfall am 9. November. Auch der GKV-Spitzenverband konnte einen kleinen Jahrestag feiern. 2009 bedeutete das Erreichen eines ersten Meilensteines in der noch jungen Historie der neuen Institution: Am 1. Juli 2009 stand der GKV-Spitzenverband als gemeinsame Vertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ein Jahr in der Verantwortung für die ihm durch Gesetz übertragenen Aufgaben.

### **Von der Aufbau- in die Konsolidierungsphase**

Nach der intensiven Errichtungs- und Aufbauphase, die sich an den Beschluss des Gesetzgebers zur Gründung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 1. April 2007 anschloss, hat sich der GKV-Spitzenverband erfolgreich als einflussreicher und gewichtiger Akteur auf der gesundheitspolitischen Bühne etabliert und ist erster Ansprechpartner der GKV für Politik, Medien und Leistungserbringer: Bei gesundheitspolitischen Großprojekten ist er „Stimme der GKV“ und tritt für die Interessen seiner Mitglieder und damit zugleich für die Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie für die Beitragszahler der GKV ein.

Ziel ist dabei stets, das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung für alle Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zu erhalten und das Gesundheitswesen effizient, wirtschaftlich und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln.

### **Ein Krisenjahr auch für die Sozialversicherungen**

2009 war ein Krisenjahr: Das deutsche Brutto-

inlandsprodukt schrumpfte um rund 5 Prozent. Der Übergang von der Errichtungs- und Aufbauperiode in die Konsolidierungsphase des GKV-Spitzenverbandes stand im Zeichen dieser schwerwiegendsten Finanz- und Wirtschaftskrise seit Jahrzehnten. Zwar erwies sich die gesetzliche Krankenversicherung auch im Krisenjahr 2009 mit ihrem Grundprinzip des sozialen Einstehens von Gesunden für Kranke, Höher- für Geringverdienende und Jung für Alt als nicht zu unterschätzender Stabilitätsanker – die Auswirkungen der Finanzkrise waren jedoch auch in den Sozialversicherungen deutlich zu spüren.

Die Große Koalition von Union und SPD senkte als konjunkturpolitische Maßnahme den allgemeinen Beitragssatz zur GKV zum 1. Juli 2009 von 15,5 Prozent auf 14,9 Prozent. Die Einnahmefälle glich sie durch eine entsprechende Erhöhung der Bundesbeteiligung aus. Der GKV-Spitzenverband begrüßte diesen Schritt, da er die Versicherten und Arbeitgeber entlastete. Für den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen handelte es sich dagegen um eine budgetneutrale Maßnahme. Die Finanzlage der GKV geriet im Laufe des Jahres zunehmend unter Druck, da die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung als entscheidender Parameter für die Einnahmen der Sozialversicherung zurückging. Der GKV-Spitzenverband setzte sich deshalb dafür ein, die krisenbedingten Einnahmefälle durch ergänzende Zuschüsse des Bundes auszugleichen. Mit Erfolg: Im November 2009 gab die Bundesregierung bekannt, den Steuerbetrag für das Jahr 2010 zum Ausgleich krisenbedingter Einnahmefälle einmalig um 3,9 Mrd. Euro zu erhöhen. Der

**Im Jahr 2009 hat sich der GKV-Spitzenverband im Anschluss an seine Gründungsphase als einflussreicher Akteur auf der gesundheitspolitischen Bühne weiter etabliert. Er hat sich im Interesse seiner Mitglieder, der Versicherten und der Beitragszahler intensiv an allen wichtigen Prozessen beteiligt, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten und die qualitätsorientierte und wirtschaftliche Weiterentwicklung des Gesundheitssystems betreffen. Unter dem Titel „Perspektiven für Reformen“ wurden Positionen für die zukünftige Arbeit festgelegt.**

GKV-Spitzenverband begrüßte diese Maßnahme, betonte aber zugleich, dass kassenindividuelle Zusatzbeiträge durch die anhaltende Unterfinanzierung unvermeidbar sind. Und schon in den ersten Wochen des neuen Jahres hat sich die Prognose des GKV-Spitzenverbandes bestätigt: Millionen Versicherte müssen wegen des unterfinanzierten Gesundheitsfonds Zusatzbeiträge zahlen.

### **Hoher Ausgabenanstieg**

2009 bedeutete auch einen Bruch in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Beginn des Jahres machten die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband erste Erfahrungen mit dem durch die Große Koalition eingeführten Gesundheitsfonds. Dieser veränderte die Strukturen, Zuständigkeiten, Zahlungs- und Verteilungsströme der Finanzierung nachhaltig. Von vornherein war klar: Auch wenn die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband sich auf das neue Finanzierungssystem umstellten und der Gesundheitsfonds seit Januar 2009 technisch reibungslos läuft - Abhilfe für die ungenügende Finanzausstattung der GKV brachte er nicht.

Auch aus diesem Grund ist die GKV der effizienten Verwendung der Beitragsgelder auf der Ausgabenseite besonders verpflichtet. So war der allgemeine Beitragssatz Anfang des Jahres 2009 nicht zuletzt wegen der von der Politik gewollten und gegen den Widerstand des GKV-Spitzenverbandes durchgesetzten deutlichen Honorarerhöhung für die niedergelassenen Ärzte angehoben worden: ein Honorarzuwachs von insgesamt rund 3 Mrd. Euro im Vergleich zu 2007. Dennoch kam es zu erheblichen

Unmutsäußerungen auf Seiten der Ärzteschaft. Ursache hierfür waren vor allem innerärztliche Verteilungseffekte. Der GKV-Spitzenverband verwahrte sich dagegen, dass einzelne Ärzte ihre konkreten Versorgungspflichten, z. B. durch Streiks oder einen Zwang zur Vorkasse, vernachlässigten. Er forderte eine Überarbeitung der Honorarreform, die Mehrausgaben für ärztliche Leistungen begrenzt und von einer nachweislich besseren Versorgung abhängig macht.

Die gesundheitspolitische Diskussion wurde 2009 auch durch das Auftreten der Neuen Influenza - der so genannten Schweinegrippe - geprägt. Der GKV-Spitzenverband und die Krankenkassen unterstützen alle Maßnahmen, die zum wirkungsvollen Schutz der Bevölkerung im Pandemiefall beitragen. Zugleich wird aber erwartet, dass auch die Länder ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung gerecht werden. In Gesprächen mit dem Bundesministerium für Gesundheit konnte erreicht werden, dass sich alle GKV-Versicherten, die es wünschen, gegen die Neue Influenza impfen lassen können. Diese Regelung entsprach dem Interesse der Kassen nach einer hohen Impfquote im Sinne der Gesundheitsvorsorge und dem Schutz der Bevölkerung. Ursprünglich waren als Impfadressaten nur bestimmte Berufs- und Risikogruppen vorgesehen.

Gleichzeitig wurde zur Finanzierung - zu betonen ist, dass weder der GKV-Spitzenverband noch die Krankenkassen Einfluss auf die Verträge mit den Impfstoffherstellern hatten - die Vereinbarung getroffen, die Kostenbelastung für die GKV sinnvoll

zu begrenzen. So wurde klargestellt, dass für die Durchführung der Impfkation die Bundesländer, z. B. durch deren Öffentliche Gesundheitsdienste, verantwortlich sind. Die Kassen sollten für die Hälfte ihrer Versicherten die Kosten für die Schutzimpfung übernehmen. Bis Ende 2009 war die Impfbereitschaft der Bevölkerung jedoch eher gering.

#### **Weiterentwicklung des Gesundheitswesens**

Der GKV-Spitzenverband war 2009 aber nicht nur bei äußeren Anlässen wie der Neuen Influenza gefordert, die Interessen seiner Mitglieder und der Versicherten an einer qualitätsorientierten und wirtschaftlichen Versorgung mit Nachdruck zu vertreten. Er beteiligte sich auch aktiv an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und der Gestaltung der Versorgung in Deutschland. Dies geschah insbesondere in zentralen Aufgabenfeldern wie der Gestaltung der Kollektivverträge und bei konkreten Entscheidungen über den Leistungskatalog der GKV im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Dieses Engagement war nicht immer, aber oftmals öffentlichkeitswirksam - Beispiel „Pflegeroten“: In Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen und unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes (MDS) entwickelte der GKV-Spitzenverband eine Systematik, um die Leistungen von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bewerten und veröffentlichen zu können. Mit Erfolg: Im Oktober 2009 lagen erste Ergebnisse der so genannten

Pflegeroten vor. Die Ergebnisse zeigten, dass eine Reihe von Einrichtungen zum Teil deutliche Qualitätsdefizite hat und in die Verbesserung der Qualität investieren muss. Die Pflegeroten stellen in diesem Zusammenhang erstmals Transparenz her und entfalten wünschenswerte wettbewerbliche Wirkungen.

#### **Neue Leitung im Bundesgesundheitsministerium**

2009 war auch ein „Superwahljahr“: Herausragendes politisches Ereignis war die Wahl zum 17. Deutschen Bundestag am 27. September, aus der CDU/CSU und FDP erfolgreich hervorgingen. Das Wahlergebnis und die Bildung einer neuen Bundesregierung hatten einen Wechsel an der Spitze des Bundesministeriums für Gesundheit zur Folge: Dr. Philipp Rösler (FDP) folgte auf Ulla Schmidt (SPD). Neue Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik sind angekündigt.

Der GKV-Spitzenverband steht auch der neuen Leitung des Ministeriums sowie den neu gewählten politischen Entscheidungsträgern im Deutschen Bundestag als Ansprechpartner mit seiner Fachexpertise zur Seite. Erste Gespräche mit dem Minister und seinen Staatssekretären fanden bereits unmittelbar nach ihrer Ernennung im Herbst 2009 statt. Ziel des GKV-Spitzenverbandes bleibt es, das Gesundheitssystem konstruktiv und partnerschaftlich weiterzuentwickeln, damit auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland Zugang zu einer am medizinischen Bedarf orientierten, qualitativ guten Gesundheitsversorgung zu angemessenen Beiträgen haben.

### Politische Eckpunkte

Grundlage des politischen Dialogs sind die gesundheits- und pflegepolitischen Eckpunkte, die der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im November 2009 beschlossen hat. Titel: „Perspektiven für Reformen. Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem“. Diese sind im Rahmen der für den GKV-Spitzenverband gesetzlich definierten Aufgabenstellungen die politischen Leitplanken der zukünftigen Arbeit. Der

GKV-Spitzenverband kann so seine Rolle als gemeinsame Vertretung aller gesetzlichen Krankenkassen gegenüber Politik, Leistungserbringern und Medien aktiv wahrnehmen.

Die Aufbauphase ist erfolgreich abgeschlossen. Der GKV-Spitzenverband ist etabliert, arbeitsfähig und hat bewiesen, dass er seiner Verantwortung gerecht wird. Auf das erste kleine Jubiläum im Jahr 2009 können weitere folgen.



**Seit 2007 hat Willi Budde als versichertenseitiger alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates entscheidend am Aufbau des GKV-Spitzenverbandes mitgewirkt. Der in vielen Funktionen für die BKK tätige Mülheimer hat sich stets leidenschaftlich für die Interessen der Versicherten eingesetzt. Im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes folgt ihm ab 2010 Christian Zahn als alternierender Vorsitzender.**

## Willi Budde: Großes Engagement für die Versicherten

Seit rund 40 Jahren setzt sich Willi Budde ehrenamtlich für die Belange der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung ein: 1970 nimmt er seine Tätigkeit in der Selbstverwaltung der BKK Mannesmann, Düsseldorf, auf und engagiert sich dort noch heute als Mitglied des Verwaltungsrates der inzwischen zur BKK vor Ort fusionierten Kasse. Seit 1981 ist er zudem Mitglied des Verwaltungsrates des BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen und dort seit 1996 alternierender Vorsitzender. Der Selbstverwaltung des BKK Bundesverbandes gehörte Willi Budde seit 1987 an, von 1996 bis 2008 auch hier als alternierender Vorsitzender. Mit der Umwandlung des BKK Bundesverbandes in eine GbR im Jahr 2009 wurde er Mitglied der Gesellschafterversammlung. Sein Engagement für die GKV-Versicherten brachte

Willi Budde auch im neu entstandenen GKV-Spitzenverband ein: 2007 wählte ihn der Verwaltungsrat zum alternierenden Vorsitzenden. Mit Beginn des Jahres 2010 löste ihn Christian Zahn (DAK) absprachemäßig in dieser Funktion ab. Der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes bleibt Willi Budde aber als ordentliches Mitglied des Verwaltungsrates nach wie vor erhalten. Es gibt also weiterhin viel zu tun für den Mann aus dem Ruhrgebiet – neben seinem weiteren Einsatz für die GKV-Versicherten sorgt dafür nicht zuletzt auch sein Engagement auf internationaler Ebene. Er ist Präsident der AIM – Association International de la Mutualité, die sich die Förderung der Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit im Sozial- und Gesundheitsbereich rund um die Welt auf die Fahnen geschrieben hat.



## Christian Zahn: Wir brauchen eine Kultur der guten Zusammenarbeit

Am 26. November 2009 wählte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes Christian Zahn mit Wirkung zum 1. Januar 2010 zu seinem neuen versichertenseitigen Vorsitzenden. Christian Zahn ist Mitglied des Verwaltungsrates der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK). Er war Vorsitzender des Errichtungsbeirates des GKV-Spitzenverbandes und ist seit dessen Gründung im Mai 2007 ordentliches Mitglied des Verwaltungsrates. Als Vorsitzender des Fachausschusses Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik hat er den Aufbauprozess des Spitzenverbandes maßgeblich begleitet und entscheidend mitgestaltet. Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes, sprach mit ihm über seine Ziele, die Rolle des GKV-Spitzenverbandes und seine Erwartungen an die Politik.

Lanz: Herr Zahn, seit einigen Tagen stehen Sie gemeinsam mit Herrn Dr. Hansen an der Spitze des GKV-Spitzenverbandes. Herzlichen Glückwunsch! Wie fühlt sich das an?

Zahn: Eigentlich nicht anders als vorher. Ich habe als vdek-Vorsitzender bereits viel Erfahrung sammeln können. Aber natürlich ist es eine Herausforderung und ich weiß, dass es ein verantwortungsvolles Amt ist. Deshalb stelle ich mich auf viel Arbeit ein.

Ihre erste berufliche Station war für Sie als Jurist eine Anwaltskanzlei, erst später gingen Sie zu den Gewerkschaften. Was war der Impuls, sich mit sozialen Sicherungssystemen zu beschäftigen?



Die Prägungen in der evangelischen Jugend, frühes politisches Engagement und die 68er-Reformbewegung haben mit dazu beigetragen, dass ich mich auch beruflich sozialen Fragen zugewandt habe. Funktionierende, wirksame Sozialsysteme in Deutschland sind Teil unserer demokratischen Kultur und haben nach dem Krieg entscheidend dazu beigetragen, dass die Menschen diese Demokratie akzeptiert haben. Und sie sind bis heute wichtig für den Zusammenhalt in unserer Gesellschaft.

Der GKV-Spitzenverband ist eine zentrale Institution im deutschen Gesundheitssystem. Erwächst daraus für Sie eine besondere Verantwortung in Ihrer neuen Position?

Als selbstverwaltete Institution argumentieren wir im Rahmen unserer Zuständigkeit gegenüber der Politik aus Sicht der Sozialversicherungsträger, also aus der Sache heraus. Wir sind keine Lobbyisten von wirtschaftlichen oder parteipolitischen Interessen. Da können unsere Einschätzung und unser Rat für die Entscheidungsträger in der Politik sachlich hilfreich sein und deshalb werden wir uns auch aktiv einmischen.

Als Verwaltungsratsvorsitzender liegt mir aber auch die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpartnern sehr am Herzen. Die teilweise unterschiedlichen Arbeitgeber- und Versichertenperspektiven häufiger als bisher in gemeinsame Positionen zu führen, habe ich mir zum Ziel gesetzt.

Und wie sehen Sie die Rolle des Spitzenverbandes gegenüber seinen Mitgliedern?

Der Spitzenverband ist selbstverwaltet und kein verlängerter Arm des Gesundheitsministeriums. Wir sind für unsere Mitglieder da. Jedes Mitglied, ob groß oder klein und egal aus welcher Kassenart, ist uns wichtig. Grundlage für die Zusammenarbeit ist für mich eine Kultur des Miteinanders. Es kann nicht darum gehen, dass die einen versuchen die anderen zu übertrumpfen. Die Krankenkassen, die Kassenartenverbände und der GKV-Spitzenverband müssen Hand in Hand arbeiten, jeder an seinen Aufgaben und jeder auf seinem Platz. Wir bekommen eine gemeinsame Kultur und eine Gemeinschaft nur dann hin, wenn wir das Geflecht aus Kommunikation und Zusammenarbeit nutzen und keine Entfremdungsprozesse entstehen lassen, sondern weiter auf Vertrauen setzen. Denn die eigentliche Arbeit vor Ort machen die Krankenkassen. Da ist es wichtig, den Informationsfluss zum und vom GKV-Spitzenverband gut zu organisieren.

Die Bundesregierung hat für dieses Jahr angekündigt, mit einer grundlegenden Gesundheitsreform zu beginnen.

Meine große Sorge ist, nachdem die Ärzte als große Gruppe angefangen haben, den bestehenden Leistungskatalog in Frage zu stellen und Rationierung zu fordern, dass die Versorgung der Menschen ernsthaft schlechter wird. Das würde ich für die eigentliche Gesundheitskatastrophe in Deutschland halten.

Ich glaube, dass wir alle, egal wo wir stehen, Arbeitgeber- und Versichertenvertreter, in diesem Punkt Schulter an Schulter kämpfen müssen. Es darf nicht zu einer abgespeckten Grundversorgung kommen. Jeder, ob alt oder jung, arm oder reich muss wie bisher eine ausreichende Gesamtversorgung erhalten. Daneben ist klar, dass es für mich als Versichertenvertreter darauf ankommt, dass wir ein solidarisches, gerechtes Finanzierungssystem besitzen, in dem Versicherte und Arbeitgeber gleichermaßen Verantwortung tragen.

Herr Zahn, ich danke Ihnen für das Gespräch.

# Ausblick



**Das klare Bekenntnis der Koalition zu mehr Wettbewerb ist für die gesetzliche Krankenversicherung ein positives Signal. Es entspricht der Forderung des GKV-Spitzenverbandes, den Wettbewerb auch auf der Versorgungsseite auszuweiten. Die einseitige Fokussierung auf die Einnahmeseite muss beendet werden. Das Jahr 2010 wird zeigen, ob die Weichen richtig gestellt werden. Wichtigstes Ziel muss die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei Erhalt seines solidarischen Charakters bleiben.**

## 2010: An einer gesundheitspolitischen Wegscheide

Auch in der neuen Legislaturperiode wird das Gesundheitswesen Reformbaustelle bleiben. Seit Oktober 2009 ist eine neue Bundesregierung aus CDU, CSU und FDP im Amt. Die neue Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit Dr. Philipp Rösler an der Spitze hat bereits weitere Reformschritte und Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik für die kommenden Jahre angekündigt. Langfristig, so die Ankündigungen der Bundesregierung, müsse es zu einer Loslösung der Gesundheitsausgaben von den Lohnzusatzkosten kommen, um den „Faktor Arbeit“ zu entlasten. Dies soll durch eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils in Verbindung mit einem System einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge und steuerfinanziertem Sozialausgleich erfolgen. Eine Regierungskommission ist damit beauftragt, Vorschläge zur Umsetzung dieser Zielvorgaben zu machen und im Laufe des Jahres 2010 vorzulegen.

### Licht und Schatten

Der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP – Titel: „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“ – sieht ferner eine Stärkung der privaten Krankenversicherung (PKV) durch erleichterte Wechselmöglichkeiten in diesen Versicherungszweig vor. Dies ginge zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Arzneimittelbereich soll die bestehende Regulierung überprüft werden, Vereinbarungen zwischen Krankenversicherung und Industrie werden für „innovative“ Präparate vorgeschlagen. Hier finden sich Positionen des GKV-Spitzenverbandes wieder. Verschärfte Zulassungsbedingungen für Medizinische Versorgungszentren, „erforderliche“ Kurskorrekturen bei der Honorarreform unter Be-

achtung regionaler Besonderheiten sowie eine Ausweitung der Kostenerstattung sind Schwerpunkte im ambulanten Sektor. Dem Wettbewerb wird eine wichtige Rolle eingeräumt. Gleichwohl: Die stationäre Versorgung bleibt weiterhin von diesem ausgespart. In der Pflegeversicherung ist ergänzend ein kapitalgedecktes Element vorgesehen, welches verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet werden soll. Ferner sollen die krisenbedingten Einnahmefälle für die Krankenversicherung aus Steuermitteln aufgefangen werden. Die paritätisch finanzierten Beiträge sollen zur Überwindung der Krise stabil gehalten werden. Der ergänzende Zuschuss wird 3,9 Mrd. Euro betragen.

Die Agenda der neuen Bundesregierung eröffnet, soweit sie bisher bekannt ist, Chancen für die gesetzlichen Krankenkassen: Der Schutzschirm von 3,9 Mrd. Euro hilft gegen die Finanzlücken infolge der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise. Auch das eindeutige Bekenntnis zu Qualität und Wettbewerb ist ein wichtiges Signal für die GKV. Für einen Wettbewerb um gute Versorgungsverträge stehen die Krankenkassen bereit.

Das vorgesehene Festschreiben des Vertragszwangs mit Hausärzterverbänden geht jedoch in die falsche Richtung. Wer Vertragsvielfalt will, darf keine neuen Monopole errichten. Die Forderung der Politik nach mehr Wettbewerb muss sich auch und gerade an die Leistungserbringer richten. Sowohl bei der ambulanten Versorgung als auch im Krankenhaus ist deshalb nicht weniger, sondern mehr Wettbewerb geboten. In der stationären Ver-

sorgung müssen Krankenhäuser und Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für einzelne planbare Leistungen direkte Verträge abzuschließen. Auch bei der Arzneimittelversorgung durch die Apotheken darf auf Wettbewerbs Elemente nicht verzichtet werden. Generell gilt: Die Leistungserbringer dürfen nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden. Weitere Ausgabensteigerungen sind angesichts der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und zur Begrenzung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden.

Kritisch sind auch Koalitionsüberlegungen für mehr Festzuschüsse. Es besteht die Gefahr, dass künftige Verteuerungen absehbar nur noch von den Versicherten getragen werden müssten. Ebenfalls kritisch: die angekündigte Ausweitung der Kostenerstattung. Einhergehend mit Festzuschuss- und Mehrkostenregelungen würden solche Reformschritte das auf Qualitätssicherung ausgerichtete Sachleistungsprinzip der GKV aushöhlen und durch erhöhten Verwaltungsaufwand die medizinische Versorgung nur verteuern.

#### **Politik und Selbstverwaltung in der Pflicht**

Das solidarische Krankenversicherungssystem in Deutschland steht an einer Wegscheide: Die Einführung eines einkommensunabhängigen Beitrages hat das Potenzial, den Charakter des Systems nachhaltig zu verändern. Bei allem Reformbedarf: Die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre muss den bewährten Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung - Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung, Wahlfreiheit, Pluralität und Wirtschaftlichkeit - Rechnung tragen. Auf dieser Basis und durch die Ausweitung des Wettbewerbs

zwischen den verschiedenen Akteuren muss die gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickelt werden.

Die Gesundheitspolitik wird Reformbaustelle bleiben. Patientinnen und Patienten haben dabei Anspruch auf eine gesundheitliche Versorgung, die dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts entspricht. Die Entscheidungen über den einheitlichen Leistungskatalog der GKV müssen auch in Zukunft in einem transparenten Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Selbstverwaltung von Ärzten und Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen erfolgen. Die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen ist abzulehnen. Vielmehr müssen die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden, indem die Krankenkassen mehr wettbewerbliche Handlungsmöglichkeiten bekommen.

Politik und Selbstverwaltung sind gemeinsam in der Pflicht, das Gesundheitssystem konstruktiv und partnerschaftlich weiterzuentwickeln. Der GKV-Spitzenverband wird als „Stimme der GKV“ seinen Teil dazu beitragen.

# Perspektiven für Reformen

## Herausforderungen

**Demographische Entwicklung und gesellschaftlicher Wandel durch Alterung und Bevölkerungsrückgang**

**Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen**

**Technologischer Wandel durch Verwissenschaftlichung der Medizin und Einsatz neuer Informationstechnologien**

**Individualisierung der Lebensformen**

**Steigende Gesundheitsausgaben**

## Notwendige Anpassungen

**Mehr Nachhaltigkeit** – Nachhaltigkeit setzt einen achtsamen Ressourceneinsatz, eine dauerhaft gesicherte Finanzierbarkeit sowie die Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems an veränderte Rahmenbedingungen voraus.

**Mehr Ergebnisorientierung** – Die gesundheitliche Versorgung muss effizient erbracht werden und sich am medizinisch notwendigen Bedarf messen lassen.

**Mehr Integration** – Integrierte und vernetzte Versorgungsmodelle, aus denen Versicherte die für sie am besten geeignete Versorgung wählen können, müssen die oft fragmentierten Formen der Behandlung ersetzen. Eine bessere Vernetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, Krankenbehandlung, Rehabilitation, Pflege und sozialer Dienste trägt zu einer Verbesserung der Qualität und Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Versorgung bei.

**Mehr Transparenz** – Versicherte müssen mehr Transparenz über die Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Versorgungsangebote erhalten. Hierdurch wird die notwendige Kompetenz der Versicherten, selbstbestimmt zu handeln, gefördert.

**Mehr Bedarfsorientierung** – Sowohl die spezifischen Bedarfe von Frauen und Männern als auch die von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen sind in Forschung und Lehre, in der Versorgungsforschung, Prävention und Gesundheitsförderung, in Diagnostik, medizinischer Behandlung und Rehabilitation zu berücksichtigen.

Auszug aus:  
Perspektiven für Reformen: Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem, beschlossen vom Verwaltungsrat am 26. November 2009

## Verwaltungsrat: Positionierung für die Zukunft

### **Konsolidierung und Kontinuität**

Die Gremien der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes mit Vertretern und Vertreterinnen aller Kassenarten sind ein wichtiges strukturelles Instrument im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass der GKV-Spitzenverband seine gesetzlichen Aufgaben im Interesse der Mitglieds-kassen erfüllt. Die im Jahr 2008 eingeführte Gremienstruktur des Verwaltungsrates mit vier Fachausschüssen hat sich bewährt. Sie stellt einen bedeutsamen Kommunikationsweg zu den Mitglieds-kassen dar und trägt damit zum Informations- und Meinungsaustausch und zur effektiven Aufgabenwahrnehmung durch die Selbstverwaltung bei. Der festgelegte Beratungsturnus und die Aufgabenteilung zwischen den Ausschüssen sichert die Einbindung der Selbstverwaltung in alle relevanten gesundheitspolitischen Themen und fördert die kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Dabei hat sich gezeigt, dass die fachliche Beratung und Aufarbeitung aktueller und politisch bedeutsamer Themen durch die zuständigen Ausschüsse zur Vorbereitung politischer Entscheidungen im Verwaltungsrat unerlässlich ist.

### **Breites Themenspektrum**

Der Verwaltungsrat hat im Jahr 2009 alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung eingehend beraten. In vierteljährlichen Sitzungen ließ sich der Verwaltungsrat anhand detaillierter Berichte des Vorstandes über die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und Aktivitäten des GKV-Spitzenverbandes sowie über dessen finanzielle und personelle Ausstattung informieren. Im Be-

richtsjahr 2009 tagte der Verwaltungsrat in vier regulären Sitzungen und in einer Sondersitzung. Darüber hinaus informierte sich der Verwaltungsrat in einer Sonderveranstaltung über die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die sozialen Sicherungssysteme sowie über die Ergebnisse einer Ergänzungsstudie zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Fachausschüsse befassten sich in 16 turnusmäßigen Sitzungen sowie vier Sondersitzungen mit der fachlichen Vorbereitung wichtiger Entscheidungen im Verwaltungsrat. Außerdem haben die Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Organisation und Finanzen in einem zweitägigen Workshop das weitere Vorgehen zur Einführung der Telematikinfrastruktur in der neuen Legislaturperiode beraten.

Insgesamt war das Jahr 2009 geprägt von den Auswirkungen der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise auf die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Verwaltungsrat hat sich eingehend mit den Folgen des Konjunkturerinbruchs für die Krankenkassen befasst und hieraus klare Forderungen an die Politik abgeleitet. Mit der Verabschiedung von gesundheits- und pflegepolitischen Positionen für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem hat der Verwaltungsrat seine Handlungsfähigkeit bewiesen und die Leitlinien der politischen Arbeit des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. Einen weiteren bedeutenden Schwerpunkt der Arbeit des Verwaltungsrates bildete die zu schaffende Satzungsregelung nach § 265a SGB V über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung von Vereinigungen von Krankenkassen, die fristgerecht beschlossen wurde und angesichts der

Der Verwaltungsrat hat mit den „Perspektiven für Reformen“ den grundsätzlichen politischen Kurs des GKV-Spitzenverbandes für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystems festgelegt. Die Regelung finanzieller Hilfen bei Fusionen von Krankenkassen ist ein maßgeblicher Erfolg der Selbstverwaltung. Die Empfehlung, das Telematikprojekt neu zu starten, positioniert den GKV-Spitzenverband erfolgreich gegenüber der neuen Regierung. Daneben wurde die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes mit einer Reihe von Regelungen, Vereinbarungen und Empfehlungen kontinuierlich vollzogen und kommentiert. Dies und weitere klare Positionierungen z. B. in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Patienten- und Verbraucherberatung sowie der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zeigen, dass sich die Gremienstruktur des Verwaltungsrates mit vier Fachausschüssen bewährt hat.



unterschiedlichen Interessenlagen der Kassenarten als maßgeblicher Erfolg der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes zu bewerten ist. Auch mit der Entscheidung, ein Konzept für eine Neuausrichtung des Telematikprojektes zu erarbeiten, hat die Selbstverwaltung Initiative gezeigt und ihre Handlungsfähigkeit unterstrichen.

#### **Gesundheitspolitische Positionen**

Mit der Verabschiedung der gesundheits- und pflegepolitischen Positionen hat der Verwaltungsrat den grundsätzlichen politischen Kurs des GKV-Spitzenverbandes bestimmt und sich damit in die Debatte zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eingebracht. Vorgegangen war ein differenzierter Meinungsbildungsprozess auf allen Beratungsebenen, um im Verwaltungsrat als dem maßgeblichen Gremium des GKV-Spitzenverbandes Entscheidungen auf möglichst breiter Ebene treffen zu können. Mit Erfolg: In seiner Sitzung am 26. November 2009 hat der Verwaltungsrat gemeinsam erarbeitete Positionen, die durch eine wettbewerbsneutrale Haltung gekennzeichnet sind und sich auf die gesetzlich zugewiesenen Aufgabenfelder des GKV-Spitzenverbandes beschränken, einstimmig beschlossen. Gleichzeitig hat der Verwaltungsrat den dabei erprobten Verfahrensweg zur Abstimmung der Positionen über die stringente Wahrung der Beratungskaskade (Fachebene / Fachbeirat / Fachausschüsse) für zukünftige Positionierungen verabschiedet. Ausgehend von den bewährten Grundprinzipien Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung, Wahlfreiheit, Pluralität und Wirtschaftlichkeit beinhalten die aktuellen Positionen Ansätze für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in den Kernbereichen

ambulante und stationäre Versorgung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Prävention und Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflegeversicherung und Telematik. Das Gesundheitssystem soll durch eine Ausweitung wettbewerblicher Elemente wie z. B. zusätzliche vertragliche Möglichkeiten für bestimmte medizinische Leistungen und Versorgungsangebote mit einzelnen Ärzten, Arztgruppen oder Krankenhäusern zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Besondere Beachtung findet in diesem Positionspapier der Arzneimittelbereich. Der GKV-Spitzenverband fordert unter anderem für die Gruppe der neuen, patentgeschützten Arzneimittel, auf deren Preisbildung bisher nicht eingewirkt werden kann, eine Pflicht zur Preisverhandlung mit dem jeweiligen pharmazeutischen Hersteller.

Auch die von der Selbstverwaltung entwickelten Eckpunkte zur Neuausrichtung des Telematikprojektes, die u. a. die Möglichkeiten der Kostenträger zur aktiven Begleitung des Projektes erweitern, sind in das Positionspapier eingeflossen. Darüber hinaus verweist der GKV-Spitzenverband auf die notwendige Sicherung der Finanzierung der Krankenkassen und spricht sich dafür aus, die krisenbedingten Mindereinnahmen der Jahre 2009 und 2010 durch Bundeszuschüsse auszugleichen. Zudem fordert der GKV-Spitzenverband, dass der Bund die Finanzierung kostendeckender Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II und die zusätzlichen finanziellen Lasten durch Beitragsrückstände der bislang Nichtversicherten im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe übernimmt.

### **Grundlagen für Finanzhilfen**

Ein weiterer Beleg für die erfolgreiche Arbeit der Selbstverwaltung im zurückliegenden Jahr ist die Entwicklung einer Finanzhilfenordnung, die der Verwaltungsrat in seiner Sondersitzung am 31. März 2009 beschlossen hat. Die Satzungsregelung über die Gewährung finanzieller Hilfen war mit der Neufassung des § 265a SGB V durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV erforderlich geworden. Danach hat die Satzung des GKV-Spitzenverbandes Bestimmungen über die Gewährung finanzieller Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung von Vereinigungen von Krankenkassen vorzusehen. Mit dem Ziel einer möglichst geringen Strategiefälligkeit der zu realisierenden Satzungsregelung haben die Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Organisation und Finanzen in vier gemeinsamen Sondersitzungen, beginnend bereits Ende 2008, eine Beschlussempfehlung für den Verwaltungsrat entwickelt. Die Beratungen erfolgten in enger Abstimmung mit der Fachebene und dem Fachbeirat. Im Vordergrund der Beratungen stand das im Gesetz eindeutig verankerte Subsidiaritätsprinzip, nach dem die Möglichkeiten des kassenarteninternen Haftungsverbundes nach § 265b SGB V zur Vermeidung einer möglichen Schließung oder Insolvenz ausgeschöpft sein müssen, bevor die zuständige Aufsicht kassenartenübergreifende Hilfen nach § 265a SGB V beantragen kann. Mögliche Lösungsansätze bezüglich der erforderlichen Satzungsregelungen über Voraussetzungen, Umfang, Finanzierung, Durchführung und angemessene Berücksichtigung „ausreichender“ Hilfen nach § 265b SGB V wurden in den

Ausschussberatungen eingehend erörtert. Hier wurden Parameter für die weitere Ausgestaltung entwickelt, die in einen Gesamtkonsens mündeten. Als zentrale Parameter der Satzungsregelung wurden u. a. für kassenarteninterne Hilfen ein Schwellenwert in Höhe von 3 % der kassenartenspezifischen Fondszuweisung und der Zeitraum der Berücksichtigung kassenarteninterner Hilfen vor Antragstellung auf vier Monate festgelegt. Zudem hat die Selbstverwaltung ihre Beteiligung bei der Entscheidung über die Gewährung finanzieller Hilfen sichergestellt.

In einem weiteren Schritt hat der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 26. November 2009 die Veröffentlichung der Finanzhilfenordnung in der vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Fassung beschlossen. Die Genehmigung ist bis zum 31. Dezember 2011 befristet. Nicht genehmigt wurden § 6 Abs. 3 und 4 der Finanzhilfenordnung, die die Darlegungspflichten der Aufsichtsbehörden betreffen. Da die nicht genehmigten Teile keine unüberbrückbare Regelungslücke darstellen und die wesentlichen konsentierten Eckpunkte nicht betroffen sind, hatte der Verwaltungsrat von einer Klage abgesehen. Der Verwaltungsrat wird sich im Jahr 2010 weiterhin mit der Finanzhilfenordnung befassen und Anpassungen hinsichtlich der nicht genehmigten Regelungen vornehmen.

### **Telematik neu starten**

Ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer erfolgreichen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes gegenüber der neuen Regierung ist

der Selbstverwaltung mit der Verabschiedung von Eckpunkten für ein Konzept zur Neuausrichtung des Telematikprojektes gelungen.

Vor dem Hintergrund der finanziellen Entwicklung des Projektes bei bereits heute bestehender Finanzierungslücke im GKV-System, der anhaltenden öffentlichen Kritik an der Verzögerung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der unzureichenden Eingriffsmöglichkeiten der Kostenträger hat die Selbstverwaltung unter Beteiligung von Mitgliedern des Fachbeirates und Sachverständigen in einem zweitägigen Workshop den Stand zur Einführung der eGK und die weitere Vorgehensweise beraten. Eine zentrale Weichenstellung der Selbstverwaltung ist die Empfehlung zum Neustart des Telematikprojektes auf der Grundlage eines kurzfristig zu erarbeitenden Konzeptes. Über ein Steuerungsgremium der Projektgruppe ist die Selbstverwaltung eingebunden und wird Lösungsvorschläge für das weitere Vorgehen vorlegen. Die Selbstverwaltung hat mit dieser Initiative zudem gezeigt, dass sie über schnelle und effiziente Entscheidungsstrukturen verfügt.

#### **Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Ein weiteres dringliches Anliegen der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes ist die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen. Neben der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hat sich der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege kontinuierlich mit dem Ziel der Politik, den Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das Begutachtungsverfahren

zu überarbeiten, befasst. Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff und das darauf basierende Begutachtungsverfahren wurden seit Einführung der Pflegeversicherung als zu eng an den Bedarfen somatisch Betroffener und zu verrichtungsbezogen kritisiert. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff geht nun nicht mehr von der erforderlichen Pflegezeit aus, sondern vom Grad der Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen. Besonders die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Menschen sollen besser berücksichtigt werden.

Über die Ergebnisse des im Vorfeld durchgeführten Modellvorhabens der früheren Spitzenverbände und des GKV-Spitzenverbandes sowie der Arbeit des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzten Beirates zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde laufend berichtet. Nach Veröffentlichung des Abschlussberichtes des vom BMG eingesetzten Beirates im Januar 2009 und der Ergänzungsstudie mit Empfehlungen, möglichen Strategien und der Darstellung konkreter Umsetzungsschritte im Mai 2009 hat der Vorsitzende des Beirats, Dr. h. c. Jürgen Gohde, den Verwaltungsrat im Rahmen einer Sonderveranstaltung am 17. Juni 2009 ausführlich über die Ergebnisse mit Ansatzpunkten und Perspektiven zur Überarbeitung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs informiert. Darüber hinaus hat der Verwaltungsrat einen umfassenden Überblick über die demographische Entwicklung der Bevölkerung und die Auswirkungen auf die Sozialsysteme erhalten. Auf der Grundlage dieser Informationen hat der Fachausschuss Eckpunkte zur Überarbeitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbei-

tet, die der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 9. September 2009 verabschiedet hat. Damit hat die Selbstverwaltung deutlich Position für die Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen bezogen. Die Selbstverwaltung wird auch künftig ein Hauptaugenmerk auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung legen.

### **Pflege gestalten**

Kontinuierlich hat die Selbstverwaltung im Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie im Verwaltungsrat die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes begleitet und sich intensiv an der Diskussion beteiligt. Neben den leistungsrechtlichen Verbesserungen für die Pflegebedürftigen hat das Gesetz eine Vielzahl von Neu-

regelungen im Bereich der Qualitätssicherung und der Transparenz über Pflegeeinrichtungen sowie in den Themen Pflegeberatung und Pflegestützpunkte zur Folge. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu eine Reihe von Empfehlungen abgegeben sowie in den Verhandlungen auf Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem Abschluss der Transparenzvereinbarungen, der Einrichtung einer Schiedsstelle Qualitätssicherung und der Vereinbarung der Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards wichtige Grundlagen für die Umsetzung des Gesetzes geschaffen. Im Mittelpunkt der Beratungen standen die neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien und Transparenzvereinbarungen, auf deren Basis die Medizinischen Dienste mit den Qualitätsprüfungen aller Pflegeeinrichtungen ab Juli 2009



begonnen haben. Die neue Bewertungssystematik sieht eine Gesamtnote und vier Bereichsnoten mit insgesamt 64 Kriterien vor sowie eine Note für die Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Ergebnisse werden seit Dezember 2009 im Internet veröffentlicht und evaluiert.

Die Selbstverwaltung hat ausdrücklich begrüßt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in Zukunft die Qualität verschiedener Einrichtungen vergleichen können und damit als Verbraucherinnen und Verbraucher gestärkt werden. Außerdem hat sie sich für die geplante Evaluation der Transparenzvereinbarungen ausgesprochen, um bei Bedarf frühzeitig Anpassungen vornehmen zu können.

#### **Eckpunkte zu Prävention und Gesundheitsförderung**

Mit der Verabschiedung von Eckpunkten zu Prävention und Gesundheitsförderung wurde die erfolgreiche Arbeit der Selbstverwaltung fortgesetzt. Damit sind neue Grundlagen für die Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention geschaffen und rechtzeitig Positionen für den politischen Diskurs vorgelegt worden. Ziel ist es, den steuernden Einfluss der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Prävention zu erhalten. Das Eckpunktepapier erstreckt sich auf alle wesentlichen Bereiche des GKV-Engagements in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Zusätzlich hat der Verwaltungsrat angeregt, die Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher Kranken- und Unfallversicherung im Bereich der betrieblichen

Gesundheitsförderung zu vertiefen, um mit dem Ziel größerer Effizienz Schnittstellen und Synergiepotenziale zu identifizieren. Auch mit diesem Themenfeld wird sich der Fachausschuss eingehend befassen und weitere Strategien entwickeln.

#### **Kooperationen im Bereich Prävention**

Mit jährlichen Ausgaben von rund 5 Mrd. Euro für diesen Bereich ist die GKV mit Abstand der wichtigste Präventionsakteur in Deutschland. Mit dem Ziel, die Präventionsaktivitäten der Krankenkassen weiter zu stärken und die Vernetzung bestehender Aktivitäten zu fördern, hat der zuständige Fachausschuss die Kooperationsmöglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Bekämpfung von Übergewicht, Bewegungsmangel und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP IN FORM) und mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) befürwortet. Außerdem hat der Fachausschuss der weiterentwickelten Rahmenvereinbarung mit der Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zugestimmt. Die Rahmenvereinbarung bietet die Chance, die Belange der Krankenversicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung mittelfristig auszugestalten.

#### **Patienten- und Verbraucherberatung**

Auch mit dem wichtigen Themenfeld der Patienten- und Verbraucherberatung, deren Stärkung ein zentrales Anliegen der neuen Regierung ist, hat sich die Selbstverwaltung fortlaufend befasst. Vor

dem Hintergrund des im Dezember 2010 endenden und von der GKV Kraft gesetzlichen Auftrages finanzierten Modellvorhabens zur Förderung unabhängiger Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung hat der Verwaltungsrat Eckpunkte für eine Positionierung des GKV-Spitzenverbandes verabschiedet. Er hat sich damit frühzeitig in die politische Diskussion eingebracht und die Steuerungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung in diesem Feld unterstrichen. Insbesondere hat der Verwaltungsrat deutlich gemacht, dass sich die künftige Bereitstellung finanzieller Ressourcen für unabhängige Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung nur rechtfertigen lässt, wenn sich für Versicherte oder Patientinnen und Patienten ein Zusatznutzen ergibt, der u. a. in der hohen Qualität des Beratungsangebotes, in einem Mehr an Transparenz über bedarfsgerechte Versorgungsangebote und in einer Lotsenfunktion besteht, dabei aber auch auf die qualitativ hochwertige Beratung, z. B. der Krankenkassen, verweist. Doppelstrukturen müssen vermieden werden. Der GKV-Spitzenverband muss auch künftig auf Umfang und Inhalt der Beratungsangebote und Vernetzungsverpflichtungen sowie auf eine ausreichende Beratungsqualität hinwirken können.

### **Versorgung und Vergütung**

Ein weiteres bedeutendes Thema in der Arbeit der Selbstverwaltung im Jahr 2009 war die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung. In den Gremien wurde regelmäßig und umfassend über den Stand der Verhandlungen berichtet. Dabei hat die Selbstverwaltung die Honorarforderungen der Ärzteschaft stets deutlich kritisiert und in ei-

ner gemeinsamen Erklärung des Verwaltungsrates am 18. Februar 2009 energisch zurückgewiesen. Im Fachausschuss Verträge und Versorgung wurden versorgungspolitische Ziele und Steuerungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung nach wirtschaftlichen Grundsätzen erörtert. Im Detail hat sich der Fachausschuss mit der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln auch im Hinblick auf das weitere Verfahren der Höchstbetragsfestsetzung durch den GKV-Spitzenverband befasst.

### **Jahresrechnung 2009 und Haushalt 2010**

Die Jahresrechnung 2009 wurde im Fachausschuss Organisation und Finanzen und im Verwaltungsrat ausführlich beraten. Die KPMG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft hat die Jahresrechnung geprüft und mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen. Auf der Basis eines im Vorfeld konsentierten Ablaufs der Haushaltsberatungen wurden Eckdaten des Haushalts 2010 bereits im August mit den Vorsitzenden des zuständigen Fachausschusses und des Verwaltungsrates konkretisiert und in einer Sondersitzung des Fachausschusses beraten. In einer weiteren Sitzung hat der Fachausschuss auf der Grundlage der Eckdaten eine Empfehlung für die Haushaltsplanung 2010 erarbeitet, die der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 26. November 2009 ohne Änderungen gebilligt hat. Der Haushalt 2010 wurde mit diversen Teilhaushalten einstimmig verabschiedet.

**Als Bindeglied zu den Mitgliedskassen stellt die Mitgliederversammlung mit ihren Delegierten der Versicherten- und Arbeitgeberseite das grundlegende Selbstverwaltungsorgan des GKV-Spitzenverbandes dar. Sie wählt den Verwaltungsrat.**

## Mitgliederversammlung: Fundament des Verbandes

Die Delegierten der Krankenkassen wählen im Turnus von sechs Jahren den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, der alle Kassenarten repräsentiert. Die Verteilung der Verwaltungsratssitze orientiert sich dabei am Prinzip der paritätischen Besetzung von Selbstverwaltungsorganen und an den bundesweiten Versichertenzahlen. Scheidet ein Verwaltungsratsmitglied im Laufe der Wahlperiode aus, ist die Position durch eine schriftliche Wahl – je nach Gruppenzugehörigkeit des Sitzes – in der Arbeitgeber- oder Versichertengruppe der Mitgliederversammlung neu zu besetzen. Im Jahr 2009 hat die Mitgliederversammlung drei ordentliche und sechs stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im schriftlichen Verfahren neu gewählt. Vielfach waren Fusionen von Krankenkassen der Grund für die notwendigen Neubesetzungen.

### **Wahl des Verwaltungsrates**

Jede Krankenkasse – mit Ausnahme der Ersatzkassen – entsendet je eine Vertreterin oder einen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber sowie für den Verhinderungsfall jeweils einen Stellvertreter bzw. eine Stellvertreterin aus ihrem Verwaltungsrat bzw. ihrer Vertreterversammlung. Die Ersatzkassen delegieren je Krankenkasse zwei Versichertenvertreterinnen oder Versichertenvertreter und jeweils entsprechende Stellvertreterinnen und Stellvertreter in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes. Es können allein Vertreterinnen und Vertreter entsandt werden, die ordentliche Mitglieder im Selbstverwaltungsorgan der Mitgliedskasse sind, jedoch keine stellvertretenden Mitglieder.

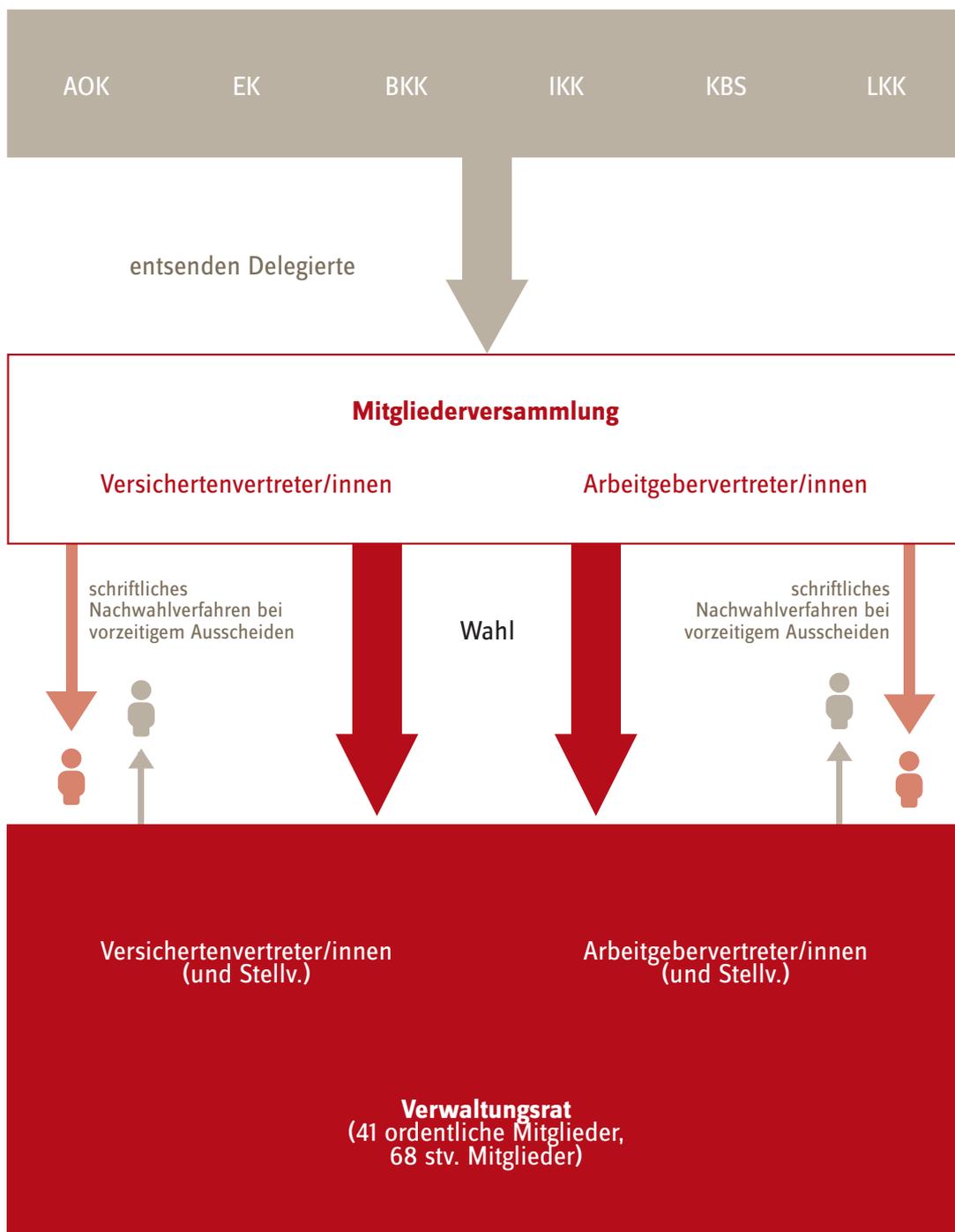
Die Mitgliederversammlung hat die Aufgabe, den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu wählen. Da es sich um ein kassenartenübergreifendes Gremium handelt, erfolgt die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates nicht innerhalb der einzelnen Kassenarten, sondern allein getrennt nach der Zugehörigkeit zur Versicherten- bzw. Arbeitgeberbank.

Die Wahl des Verwaltungsrates wird nach Vorschlagslisten durchgeführt, die getrennt für die Vertreter bzw. Vertreterinnen der Versicherten und der Arbeitgeber sowie jeweils deren Stellvertreter bzw. Stellvertreterinnen erstellt werden. Jede Kassenart soll eine Liste erstellen, die mindestens so viele Kandidatenvorschläge enthält, wie der jeweiligen Kassenart Sitze im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zugeordnet sind. Kommt innerhalb einer Kassenart keine geeinigte Vorschlagsliste zustande, führt der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die eingereichten Einzelvorschläge einer Kassenart zu einer Vorschlagsliste zusammen.

Die Stimmen der Wahlberechtigten sind nach der Anzahl der Versicherten ihrer Krankenkassen zu gewichten. Angesichts der vorzunehmenden Gewichtung kommt eine geheime Wahl nicht in Betracht. Gewählt sind die Kandidaten einer Vorschlagsliste, die die höchste der gewichteten, abgegebenen Stimmenzahl (Höchstzahl) erhalten. Das Wahlergebnis wird durch den Wahlausschuss der Mitgliederversammlung ermittelt und festgestellt.

### **Schriftliches Nachwahlverfahren**

Scheidet ein ordentliches oder stellvertretendes Mitglied in der laufenden Amtsperiode aus dem



Verwaltungsrat aus, erfolgt ein schriftliches Nachwahlverfahren in der entsprechenden Gruppe der Mitgliederversammlung (Gruppe der Versichertenvertreter oder Gruppe der Arbeitgebervertreter). Nach Amtsentbindung durch den Verwaltungsrat bittet der Vorsitzende der Mitgliederversammlung die betreffende Kassenart um Einreichung einer Vorschlagsliste zur Nachbesetzung der freigewordenen Position innerhalb von vier Wochen. Kommt kein einvernehmlicher Vorschlag zustande, kann jede Krankenkasse der betroffenen Kassenart binnen zwei Wochen einen Einzelvorschlag einreichen. Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung fasst die Einzelvorschläge in einer Liste zusammen. Die Liste mit dem einvernehmlichen Vorschlag bzw. die Liste mit den Einzelvorschlägen wird mit dem Stimmzettel an die entsprechenden wahlberechtigten Delegierten aller Kassenarten in der Mitgliederversammlung (Versicherten- oder Arbeitgebergruppe) weitergeleitet und zur Abstimmung gestellt. Die versichertenseitigen Delegierten wählen die neuen Versichertenvertreter bzw. Vertreterinnen und die arbeitgeberseitigen Delegierten wählen die neuen Arbeitgebervertreter bzw. Arbeitgebervertreterinnen.

Der Vorsitzende der Mitgliederversammlung, Richard Feichtner, und im Vertretungsfall der stellvertretende Vorsitzende, Dr. Horst-Dieter Projahn, die ihre Ämter seit 2007 innehaben, leiten die schriftliche Wahl in der Versicherten- bzw. Arbeitgebergruppe der Mitgliederversammlung ein und sind für die Vorbereitung der ordentlichen Mitgliederversammlung verantwortlich.



**Richard Feichtner** ist seit 1995 ordentliches Mitglied im Verwaltungsrat der AOK Rheinland-Pfalz und vertritt die Versichertenseite. Hauptberuflich war der gelernte Industriekaufmann zunächst Sozialversicherungsfachangestellter der DAK, seit 1972 ist er Geschäftsführer des Kolpingwerkes im Bistum Trier. In der Selbstverwaltung der AOK ist er seit 1974 ehrenamtlich tätig, zunächst in der damaligen AOK Trier-Saarburg, später in der der AOK Rheinland-Pfalz. Feichtner ist Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft christlicher Arbeitnehmervereinigungen in Rheinland-Pfalz und Mitglied in deren Bundesverband. 2007 wurde er zum Vorsitzenden der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes gewählt.



**Dr. Horst-Dieter Projahn** ist seit 1996 alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Westfalen-Lippe und vertritt die Arbeitgeberseite. Der Rechtsanwalt ist bereits seit 1974 in der Selbstverwaltung der AOK tätig - zunächst in der damaligen AOK Witten, später in der AOK Ennepe-Ruhr, seit 1994 in der AOK Westfalen-Lippe. 2007 wurde er zum stellvertretenden Vorsitzenden der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes gewählt. Gleichzeitig wählten ihn die Arbeitgebervertreter der Mitgliederversammlung zum stellvertretenden Mitglied der Kassenart AOK im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Seit November 2007 ist Dr. Projahn auch ordentliches Mitglied im Fachausschuss Verträge und Versorgung des GKV-Spitzenverbandes. Dr. Projahn war seit 1971 bei den Arbeitgeberverbänden beschäftigt, zuerst in Dortmund, ab 1974 als Geschäftsführer in Witten, ab 1978 in Hagen.

**Die Vielfalt der Krankenkassen ist sowohl eine Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb als auch eine Herausforderung für die Interessenvertretung durch den GKV-Spitzenverband. Der Fachbeirat als beratendes Gremium hat sich dabei als transparente Plattform für den Informations- und Meinungsaustausch etabliert.**

## Fachbeirat: Beratungs- und Empfehlungsgremium

Die Krankenkassenlandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist von großer Vielfalt geprägt. Neben Krankenkassen mit betriebs- oder handwerksbezogenen Schwerpunkten gibt es bundes- oder landesweit tätige Krankenkassen. Die Krankenkassen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer Größe als auch hinsichtlich ihrer unternehmerischen Ausrichtung.

Im Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung der Versicherten spielt ein differenziertes Leistungs- und Versorgungsangebot eine immer stärkere Rolle. Die Krankenkassen richten sich entsprechend den Bedürfnissen ihrer Versicherten aus und verfolgen damit unterschiedliche Unternehmensstrategien. Diese wettbewerbliche Vielfalt bringt neue innovative Versorgungsformen in die GKV, eröffnet Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und hilft Effizienzreserven zu heben. Zugleich stellt diese Vielfalt für den GKV-Spitzenverband eine besondere Herausforderung dar.

Der GKV-Spitzenverband hat bei seinen Entscheidungen die zum Teil divergierenden Interessen seiner Mitgliedskassen zu berücksichtigen, aus denen unterschiedliche Zielvorstellungen und Anforderungen resultieren. Zugleich hat der GKV-Spitzenverband auf Bundesebene eine Vielzahl von Entscheidungen zu wettbewerbsfreien Systemfragen zu treffen, die unmittelbare Auswirkungen auf das tägliche, operative Geschäft seiner Mitgliedskassen haben. Der Ausgleich zwischen den Krankenkassen ist insoweit eine permanente Herausforderung. Ohne einen Informationsaustausch mit seinen Mitgliedern ist es nicht möglich, geeignete

Voraussetzungen zu schaffen, um die notwendigen Freiräume für selektivvertraglichen Wettbewerb zu eröffnen.

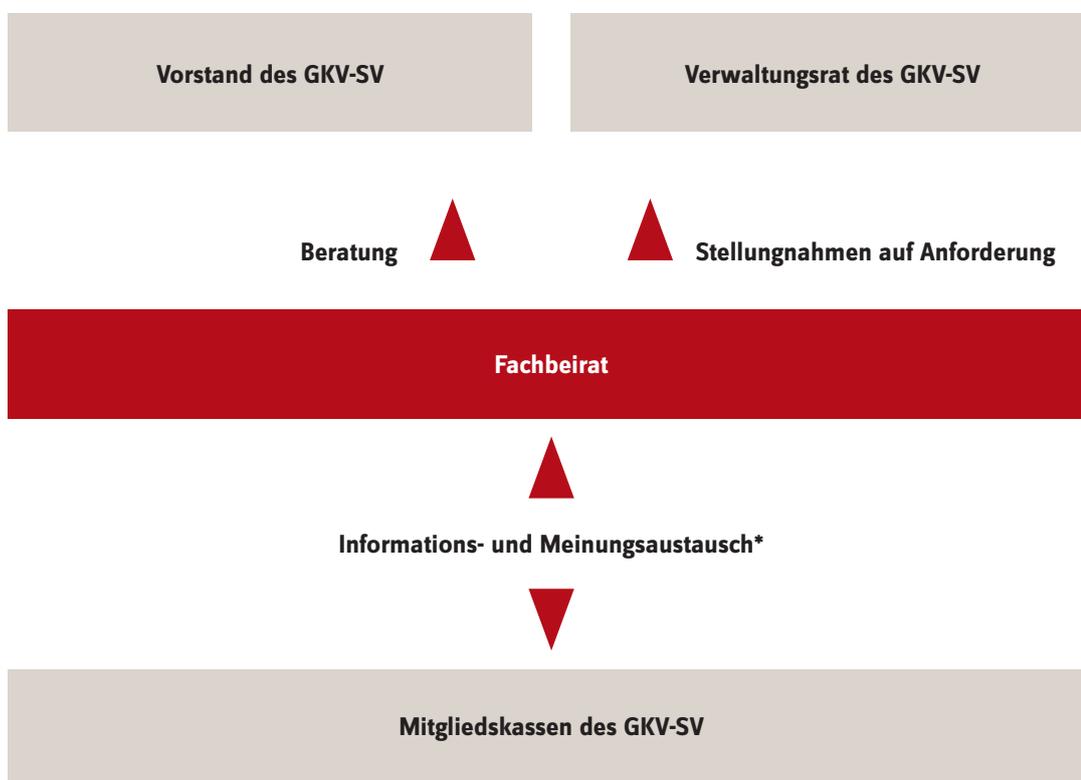
### **Etablierte Plattform**

Bereits während seiner Aufbauphase hat der GKV-Spitzenverband großen Wert darauf gelegt, dass ein intensiver Informationsaustausch mit seinen Mitgliedskassen als Grundlage für eine optimale Interessenvertretung sichergestellt wird. In § 37 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes wurde daher der Fachbeirat als ein den Vorstand beratendes Gremium festgeschrieben.

Der Fachbeirat soll insbesondere die Transparenz zwischen operativem Kassengeschäft und vertragsrechtlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erhöhen. Seine Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder kommen von den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene und von den Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Anhang: Mitglieder des Fachbeirates). Die Berufung der Mitglieder des Fachbeirates erfolgt auf Vorschlag des Verwaltungsrates durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Die Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes sind ebenfalls Mitglieder des Gremiums und führen den Vorsitz. An den Sitzungen nehmen regelmäßig die beiden Vorsitzenden des Verwaltungsrates teil.

Im zweiten Jahr seines Bestehens hat sich der Fachbeirat zu einer etablierten Plattform für den Informations- und Meinungsaustausch mit seinen Mitgliedern weiterentwickelt. Besonders deutlich wird dies durch das breite Spektrum an Be-

## Fachbeirat



\* über die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

ratungsthemen. Für eine effektive Arbeitsstruktur ist es notwendig, dass bereits im Vorfeld der Beratungen Abstimmungen zwischen den Krankenkassen innerhalb der Kassenarten erfolgen und die Fachbeiratsmitglieder unterschiedliche Interessen für eine Empfehlung bündeln. Die Bündelung der Kasseninteressen erfolgt über die jeweiligen Fachbeiratsmitglieder einer Kassenart. Die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene haben dabei die Aufgabe übernommen, die einzelnen Krankenkassen über die Beratungsergebnisse zu informieren.

### Große Themenpalette

In den sieben Fachbeiratssitzungen des Jahres 2009 wurden die wesentlichen aktuellen Themen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beraten. Insbesondere bei der Erarbeitung und Beschlussvorbereitung der gesundheits- und pflegepolitischen Positionierung des GKV-Spitzenverbandes spielte der Fachbeirat eine wichtige Rolle. Auch das im Wahljahr besonders umstrittene Thema der Honorarreform im ambulanten ärztlichen Bereich und die damit eng verbundene Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung wurden einge-

hend beraten. Für die Verhandlungen mit der Kas- senärztlichen Bundesvereinigung im Erweiterten Bewertungsausschuss wurden im Fachbeirat Szenarien diskutiert und Strategien abgestimmt. Das für die Bevölkerung bedeutsame Thema Pandemie- schutzimpfung H1N1 wurde mehrfach im Fachbei- rat beraten. Auf Grundlage der Beratungen wurden Musterverträge für die Mitgliedskassen und ihre Landesverbände entwickelt und Gespräche mit dem Bundesministerium für Gesundheit geführt. Für Fragestellungen, die im Zusammenhang mit dem Aufgabenübergang von den ehemaligen Spit-

zenverbänden der Krankenkassen auf den GKV- Spitzenverband stehen, wurden im Fachbeirat praxisorientierte Lösungen entwickelt. Stellung- nahmen zu Gesetzesentwürfen, z. B. zur 15. Novel- le des Arzneimittelgesetzes, wurden ebenfalls mit dem Fachbeirat abgestimmt. Auch weitreichende Satzungsregelungen des GKV-Spitzenverbandes, mit denen z. B. die Gewährung finanzieller Hilfen für Krankenkassen geregelt wird, wurden im Fach- beirat erörtert und entscheidend für den Beschluss durch den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenver- bandes vorbereitet.

**Das neue Extranet - „GKV-Dialog“ - wird die zentrale Informations- und Kommunikationsplattform des GKV-Spitzenverbandes für seine Mitglieder. Geboten werden exklusive Informationen zu einer Vielzahl von Themen, ein Archiv aller Rundschreiben und Möglichkeiten zum Dialog in geschützten Chaträumen.**

## GKV-Dialog: Das Mitgliederportal

Mitglieder-  
kommunikation

Unter dem Namen „GKV-Dialog“ wird im Frühjahr 2010 das neue Extranet des GKV-Spitzenverbandes als die zentrale Informations- und Kommunikationsplattform für die gesetzlichen Krankenkassen online gehen.

Ziel des Extranets ist es, den Mitgliedern des GKV-Spitzenverbandes eine personalisierte Plattform zu bieten, die ein dialogorientiertes Wissensmanagement ermöglicht. Durch den Einsatz von modernen Web 2.0-Funktionen werden die für das GKV-System relevanten Informationen aktuell, bedarfsorientiert und unkompliziert bereitgestellt. Darüber hinaus bietet das Extranet der Zielgruppe interaktive Möglichkeiten, sich selbst mit eigenen Inhalten einzubringen.

### **Exklusive Informationen**

GKV-Dialog ist ein exklusives Informationsportal, das nur den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und zugehörigen Organisationen sowie der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes zugänglich ist. Grundsätzlich muss sich daher jede Nutzerin und jeder Nutzer registrieren lassen, um persönliche Zugangsdaten zu erhalten.

Nach dem Login öffnet sich eine personalisierte Startseite, die neben aktuellen Meldungen und Rundschreiben auch individuelle Favoriten anzeigt, die sich die Nutzerinnen und Nutzer selbst zusammenstellen können. Damit haben sie die Möglichkeit, Themen von Interesse so zu platzieren, dass sie hierauf immer direkten Zugriff haben.

### **Rundschreiben -**

#### **schnell recherchiert und verfügbar**

Rundschreiben sind das zentrale Informationsmedium des GKV-Spitzenverbandes. Mit ihnen informiert der GKV-Spitzenverband die Kranken- und Pflegekassen über alle wichtigen Sachverhalte und Entscheidungen auf der Bundesebene, über Gesetzesänderungen, neue untergesetzliche Normen oder Entscheidungen der Rechtsprechung. Im Berichtsjahr 2009 verschickte der GKV-Spitzenverband über 600 Rundschreiben.

Die Nutzerinnen und Nutzer von GKV-Dialog haben exklusiven Zugriff auf alle aktuellen und archivierten Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes. Im Zuge der Umstellung der alten Extranetseiten des Verbandes wird insbesondere die Rundschreibensuche optimiert. So können alle Rundschreiben über die Eingabe von Schlagworten oder Themen sowie über spezielle Eigenschaften, etwa der Rundschreibenummer oder des Erscheinungsdatums, gefunden werden. Die Suchenden werden treffsicher zu den gewünschten Dokumenten geführt.

In einer chronologisch sortierten Übersicht werden die Suchergebnisse nach Jahrgängen aufgelistet und können weiter gefiltert werden. Alle Rundschreiben werden mit ihren gesamten Anlagen übersichtlich präsentiert, können online gelesen werden und stehen zum Download bereit.

**Abteilungsportale -  
Fachinformationen aus erster Hand**

Jede Abteilung und jeder Stabsbereich des GKV-Spitzenverbandes ist mit einem eigenen Abteilungs- bzw. Stabsbereichsportal im neuen Extranet vertreten. Hier finden sich exklusive Fachinformationen zu den unterschiedlichen Themenbereichen des GKV-Systems - von A wie Abrechnungsregeln bis Z wie Zuzahlungsbefreite Arzneimittel. Um spe-

zielle Themen schnell zu finden, haben die Nutzerinnen und Nutzer die Wahl zwischen der Suche über Menüpunkte oder über eine zentrale Suchmaske.

Ein Abteilungsprofil mit Informationen zu Ansprechpartnerinnen und -partnern sowie der Arbeit der Abteilung ergänzt das Abteilungsportal.

The screenshot shows the GKV website interface. At the top, there is a navigation bar with the GKV logo and the text 'Spitzenverband Dialog' and 'Das Mitgliederportal des GKV-Spitzenverbandes'. Below this, there are menu items for various services like 'Ambulante Versorgung', 'Arznei- und Heilmittel', etc. The main content area is titled 'Rundschreiben' and shows a list of circular letters. The list includes items like 'RS 2008/159 vom 12.11.2008' and 'RS 2008/160 vom 13.11.2008'. On the right side, there is a search bar and a sidebar with various navigation options like 'Selbsterwaltung', 'Vorstand', 'Justizariat', etc. The bottom of the page shows pagination information: 'Seite 1 von 7 (69 Elemente)'.



**Gruppenräume -  
der GKV-Spitzenverband im Dialog**

Eine ganz neue Funktion steht den Extranet-Nutzerinnen und Nutzern in Form von „Gruppenräumen“ zur Verfügung. Dies sind geschützte Bereiche, in denen sich kleine Gruppen untereinander austauschen können. Das können Arbeitseinheiten des GKV-Systems sein wie z. B. Gremien, Arbeitskreise und Referentenrunden oder auch offene Arbeits- und Gesprächsrunden.

In der Anfangsphase nutzen viele Fachabteilungen diese Räume insbesondere zur Dokumentation von Sitzungen einzelner Referentenrunden. Dazu stehen ihnen unterschiedliche Funktionen wie z. B. der Up- und Download von Dateien oder eine Kommentierungsfunktion zur Verfügung. Die Gruppen werden jeweils von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den einzelnen Fachabteilungen des GKV-Spitzenverbandes betreut.

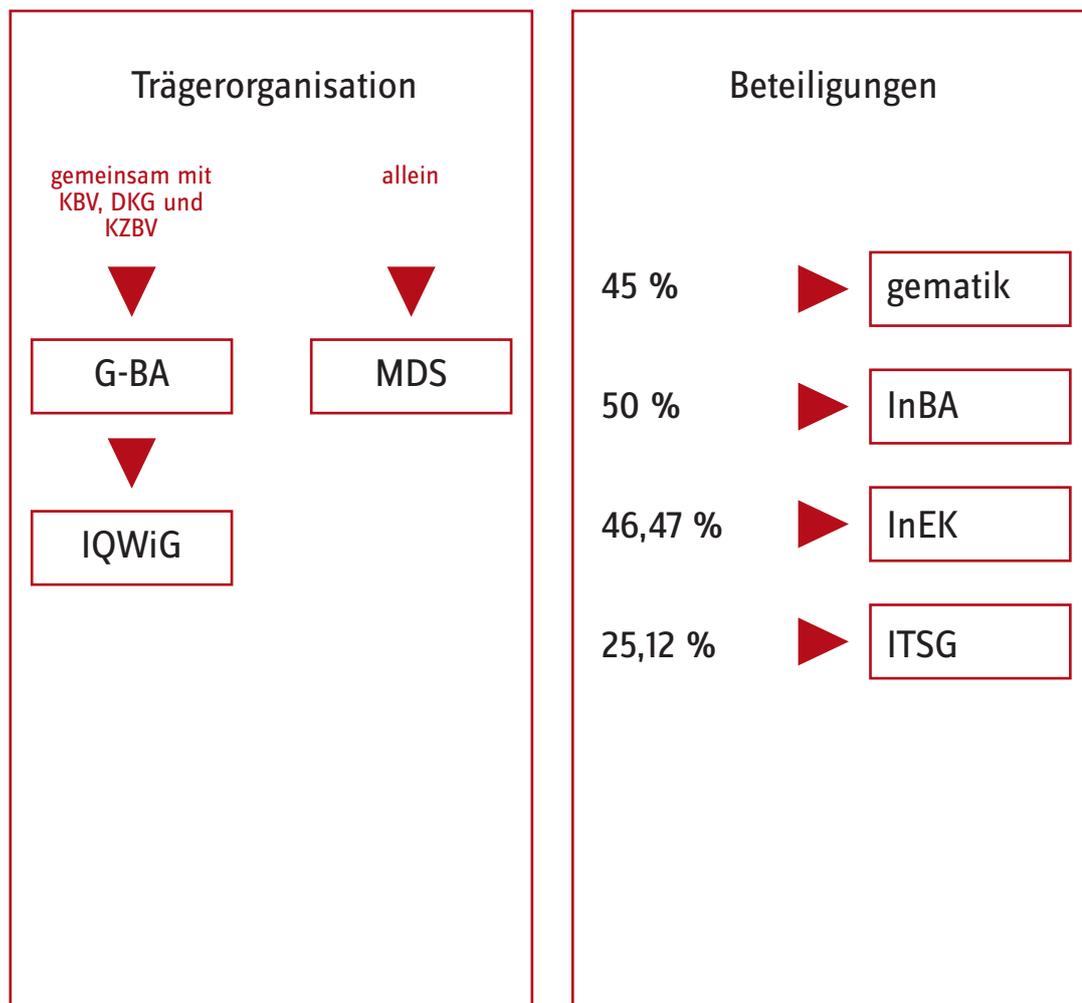
**Ablösung - das alte Extranet wird abgeschaltet**

Die Kommunikation mit den Mitgliedern fand bisher in einem geschützten Bereich des Internetauftritts des Verbandes statt („Kassenzugang“). Nach einer Übergangszeit wird dieses alte Extranet komplett abgeschaltet. GKV-Dialog ist damit die Online-Plattform für die Mitgliederkommunikation.

Um seine gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen zu können, wirkt der GKV-Spitzenverband in verschiedenen Gremien und Organisationen des Gesundheitswesens mit. In einigen Fällen erfolgt dies auf der Basis direkter Unternehmensbeteiligungen.

## Trägerschaften und Beteiligungen

G-BA, IQWiG und MDS



**Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet darüber, welche medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Als Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses setzt sich der GKV-Spitzenverband dabei für die Überwindung ungleicher sektoraler Regelungen sowie für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung ein. Der Bundesausschuss hat seinen Sitz Ende des Geschäftsjahres nach Berlin verlegt.**

## Der Gemeinsame Bundesausschuss

Der GKV-Spitzenverband ist eine der Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der als untergesetzlicher Normgeber den konkreten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen definiert. In diesem wichtigen Entscheidungsgremium sind für die gesetzliche Krankenversicherung zwei Mitglieder des Verwaltungsrates, Dieter Niederhausen und Holger Langkutsch, und die drei Vorstandsmitglieder die stimmberechtigten Mitglieder. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes vertreten die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung aktiv auf allen Arbeitsebenen des G-BA. Dabei werden sie von Kolleginnen und Kollegen der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der Medizinischen Dienste unterstützt.

### **Erlaubnis- versus Verbotsvorbehalt**

Eine der Aufgaben des G-BA ist es, medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen. Je nach Versorgungssektor finden sich im Gesetz allerdings unterschiedliche Regelungen. So gilt für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen, wenn der G-BA eine positive Empfehlung abgegeben hat, der so genannte Erlaubnisvorbehalt. Demgegenüber besteht für den stationären Sektor ein Verbotsvorbehalt. Danach kann im Krankenhaus prinzipiell jede Leistung zu Lasten der GKV erbracht werden, es sei denn, der G-BA hat die Leistung konkret ausgeschlossen.

Behandlungsmethoden, mit denen sich der G-BA im Berichtsjahr befasst hat, sind u. a. die Vakuumversiegelungstherapie (VAC) und die Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie). Die VAC dient der Behandlung von Wunden. Die LDR-Brachytherapie kann als strahlentherapeutisches Verfahren bei Männern mit lokal begrenztem Prostatakarzinom eingesetzt werden. Da die Verfahren bisher ausschließlich stationär zu Lasten der GKV angewendet werden dürfen, geht es darum zu prüfen, ob die Methoden auch ambulant zur Verfügung gestellt werden sollen.

Unter dem Dach des G-BA wurde für die beiden Therapieverfahren der Nutzen anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin und die medizinische Notwendigkeit der Verfahren mit Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) überprüft. Das vorläufige Ergebnis: Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse reichen nicht aus, die ambulante Leistungserbringung zu Lasten der GKV zu rechtfertigen. Fachlich stellt dies auch die stationäre Leistungserbringung in Frage, die jedoch seit Einführung von VAC und LDR-Brachytherapie zwar gesetzeskonform, aber ohne Nutzenbeleg zu Lasten der GKV erfolgt.

Die Beispiele verdeutlichen, dass die ungleichen sektoralen Regelungen zu unbefriedigenden Versorgungssituationen führen. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Versichertengemeinschaft sollten Innovationen, deren Nutzen und Notwendigkeit erwiesen sind und die prinzipiell in beiden Sektoren erbracht werden können, auch

stationär und ambulant zur Verfügung stehen. Unzureichend erforschte Innovationen sollten jedoch ausschließlich unter Studienbedingungen erbracht werden, da nur so ein ausreichender Patientenschutz und Erkenntnisgewinn zu garantieren ist.

### **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der G-BA weitreichende Richtlinienkompetenz für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung erhalten. Im Jahr 2009 stand im Zentrum der Beratungen die Erarbeitung einer Richtlinie, die den Rahmen für die künftigen Qualitätssicherungsansätze bilden wird. Diese Neuausrichtung der Qualitätssicherung ist überfällig, da die bisherigen Ansätze zur Qualitätssicherung viele Versorgungsaspekte nicht adäquat erfassen. So wird etwa im Krankenhaus bezogen auf einen einzelnen Krankenhausaufenthalt die Behandlungsqualität erfasst. Was aber nach der Entlassung aus dem Krankenhaus passiert, ob der Patient aufgrund derselben Erkrankung oder aufgrund von Komplikationen erneut aufgenommen werden muss, wird nicht erfasst. Dies ist vor dem Hintergrund immer komplexer werdender Behandlungsabläufe, einer zunehmenden Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich und der Verkürzung der Liegezeiten im stationären Bereich inhaltlich nicht mehr zu vertreten. In dieser fachlichen Bewertung sind sich alle Trägerorganisationen im G-BA einig. Maßgeblich beteiligt an diesem fachlichen Erarbeitungsprozess wird das nach einer Ausschreibung im Jahr 2009 beauftragte Wissenschaftsinstitut AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Das AQUA-Institut wird



## **Gemeinsamer Bundesausschuss**

künftig die wesentlichen wissenschaftlichen und fachlichen Vorgaben für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung gestalten.

Die bisherigen Diskussionen im G-BA waren auch von erheblichen Kontroversen gekennzeichnet. Ein konsequent sektorübergreifender Ansatz in der Qualitätssicherung bedeutet, dass die bisher für ihre jeweiligen sektoralen Bereiche nahezu allein zuständigen Institutionen nunmehr zusammenarbeiten, Kompetenzen bündeln und Zuständigkeiten gemeinsam wahrnehmen müssen. Die organisatorische Vielfalt der Strukturen muss unter dem gemeinsamen Dach der sektorübergreifenden Qualitätssicherung neu geordnet werden. Auch die Frage, welche Daten in Zukunft auf Landesebene und welche auf Bundesebene vorgehalten und ausgewertet werden, ist noch zu klären. Mit den Fragen der Gestaltung der Datenerhebung, des Datenflusses und der Auswertung sind institutionelle Interessen der beteiligten Akteure eng verbunden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes haben diese Interessen aber hinter den fachlichen Notwendigkeiten einer aussagekräftigen und ergebnisorientierten Umsetzung der Qualitätssicherung zurückzustehen.

**Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde 2004 als Einrichtung der gleichnamigen Stiftung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gegründet. Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen für Patientinnen und Patienten untersucht.**

## Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Die gesetzliche Grundlage des IQWiG findet sich im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und wurde im Jahr 2003 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffen. Im SGB V sind auch der Auftrag des Instituts, die Aufgabendurchführung und der Finanzierungsmodus festgelegt.

Der GKV-Spitzenverband ist mit sechs von zwölf Mitgliedern im Stiftungsrat, dem obersten Gremium der Stiftung, sowie mit zwei Mitgliedern im fünfköpfigen obersten Exekutiv-Organ der Stiftung, dem Vorstand, vertreten. Darüber hinaus sind fünf ehrenamtliche Vertreter des GKV-Spitzenverbandes Mitglieder im Kuratorium, einem beratenden Gremium des Instituts.

Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das neben der Nutzen- und Schadbewertung medizinischer Maßnahmen für

Patientinnen und Patienten auch Kosten-Nutzen-Bewertungen beispielsweise für neue Arzneimittel durchführt. Es schafft Transparenz darüber, welche Vor- und Nachteile mit unterschiedlichen medizinischen Leistungen einhergehen. Auftraggeber sind ausschließlich der G-BA als Träger des Instituts sowie das Bundesministerium für Gesundheit. Der G-BA trifft seine Entscheidungen über den Leistungskatalog vielfach auf Basis der wissenschaftlichen Informationen des IQWiG. Auf Basis eines Generalauftrags des G-BA kann das IQWiG auch in eigener Verantwortung Themen aufgreifen. So erstellt das Institut unabhängige, evidenzbasierte Gutachten u. a. über:

- Arzneimittel,
- nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden, z. B. Operationsmethoden,
- Diagnose- und Früherkennungsverfahren und
- Behandlungsleitlinien.



Des Weiteren stellt das IQWiG verständliche Gesundheitsinformationen für alle Bürgerinnen und Bürger unter [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) zur Verfügung.

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind zwei entscheidende Faktoren, um das deutsche Gesundheitswesen für die Zukunft leistungsfähig zu erhalten. Um Qualität und Wirtschaftlichkeit beurteilen und erreichen zu können, ist gesichertes Wissen über Medikamente, Verfahren und Methoden, die in der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden oder eingesetzt werden sollen, vonnöten. Die unabhängige und evidenzbasierte Ermittlung und Verbreitung dieses Wissens ist Aufgabe des Instituts. Auf der Basis dieses Wissens sollen alle Beteiligten die Möglichkeit haben, informierte und nachvollziehbare Entscheidungen zu treffen.

Geleitet wird das Institut seit seiner Gründung von Prof. Dr. med. Peter T. Sawicki, dessen vertragliche Amtszeit zum 31. August 2010 ausläuft. Angesichts anhaltender Diskussionen über die Ordnungsmäßigkeit interner Verwaltungsabläufe haben der Stiftungsrat und der Vorstand der Stiftung am 22. Januar 2010 in einer gemeinsamen Erklärung die geleistete Aufbauarbeit und die bisherige Ausrichtung des Instituts gewürdigt. Die konsequente Fortsetzung dieser inhaltlichen Ausrichtung - unabhängig und kritisch - sei auch in Zukunft unverzichtbar. Die Fortführung der hervorragenden Arbeit als unabhängige und kritische Institution soll ab 1. September 2010 unter einer neuen Leiterin oder einem neuen Leiter fortgeführt werden.



**Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes stellt mit seiner Arbeit sicher, dass der GKV-Spitzenverband die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung mit dem erforderlichen medizinischen und pflegerischen Know-how vertreten kann. Der Wert dieser fachlichen Unterstützung wurde im Jahr 2009 beispielhaft bei der Entwicklung des Studienkonzeptes für eine Evaluierung der Low-Dose-Rate-Brachytherapie deutlich. Der MDS koordiniert und fördert außerdem die Zusammenarbeit der regionalen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK).**

## Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes



Der GKV-Spitzenverband ist Träger des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) in Essen. Zusammen mit den Medizinischen Diensten in den Ländern (MDK), den sozialmedizinischen Expertengruppen (SEG) und den Kompetenz-Centren berät der MDS den GKV-Spitzenverband in medizinischen Fragen. Die Expertise der Medizinischen Dienste und seiner Einrichtungen wird insbesondere für Gutachten und in der Gremienarbeit benötigt. Sie stellt sicher, dass der GKV-Spitzenverband die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der notwendigen medizinischen Kompetenz vertreten kann.

### **Entscheidung über LDR-Brachytherapie**

Die konkrete medizinisch-wissenschaftliche Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes durch den MDS und das Kompetenz-Centrum Onkologie wird beispielhaft durch ihr Engagement im Zusammenhang mit der Low-Dose-Rate-Brachytherapie, kurz LDR-Brachytherapie, beim lokal begrenzten Prostatakarzinom deutlich. Bei der LDR-Brachytherapie handelt es sich um ein strahlentherapeutisches Verfahren, das im stationären Sektor bereits Anwendung findet. Dabei werden radioaktive Partikel dauerhaft in die erkrankte Prostata eingebracht, die das Tumorgewebe zerstören sollen.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sind weder Nutzen und medizinische Notwendigkeit dieser Therapie ausreichend belegt, noch ist geklärt, welches Risiko das Verfahren für die Patienten birgt. Daher setzte sich der GKV-Spitzenverband im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

dafür ein, dass die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) befürwortete Beschlussfassung über die Aufnahme der LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom in die vertragsärztliche Versorgung ausgesetzt wird. Eine solche Beschlussfassung ist nach der Verfahrensordnung des G-BA nur möglich, wenn innerhalb einer festzulegenden Aussetzungsfrist die erforderlichen aussagekräftigen Erkenntnisse beschafft werden können. Deshalb wurde der GKV-Spitzenverband am 18. Juni 2009 vom Plenum des G-BA aufgefordert, unter Einbindung des IQWiG ein geeignetes Studienkonzept vorzulegen. Dies führte dazu, dass sich der G-BA am 17. Dezember 2009 mehrheitlich und mit einem befürwortenden Votum der Patientenvertreter für die Aussetzung der Beschlussfassung ausgesprochen hat.

Der federführende MDS, das Kompetenz-Centrum Onkologie, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und der GKV-Spitzenverband haben in der Folge unter erheblichem Zeitdruck ein Studienkonzept entworfen, anhand dessen die herausragende medizinische und methodische Kompetenz der beteiligten Akteure deutlich wird. Das Besondere an diesem Konzept ist, dass ein Studiendesign entwickelt wurde, das sowohl den Patientenpräferenzen als auch den Kriterien der evidenzbasierten Medizin in höchstem Maße Rechnung trägt. Wird das Konzept in die Praxis umgesetzt, so wird es sich um eine Arbeit bzw. Studie von internationaler Bedeutung handeln.

### **Zunehmender medizinischer Beratungsbedarf**

Mit der im Sommer 2008 durchgeführten Neustrukturierung des G-BA nahmen zugleich die Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung deutlich zu. Um in der fachlichen Diskussion mit den Leistungserbringern und den Patientenvertretern in den verschiedenen Arbeitsgruppen und Unterausschüssen des G-BA die erforderliche fachliche Kompetenz vorhalten zu können, ist der fachliche Austausch mit dem MDS und dem Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement intensiviert worden.

### **Optimierung der Qualitätssicherung**

Bereits früher waren in einer Vielzahl von Qualitätssicherungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Evaluationen vorgesehen. Im Bereich Qualitätssicherung des GKV-Spitzenverbandes wurde nun begonnen, die Voraussetzungen für eine bundesweit einheitliche Vorgehensweise in den regionalen Qualitätssicherungskommissionen zu definieren. Gemeinsam mit dem Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement wird als Pilotprojekt ein Qualitätssicherungs-Netzwerk zur Dialyse-Vereinbarung aufgebaut.

### **Expertise für die Pflege**

Die Expertise des Medizinischen Dienstes ist auch für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung von großer Bedeutung. Im Berichtsjahr war der MDS insbesondere für die Erarbeitung der Transparenzvereinbarungen für die ambulante und für die stationäre Pflege (Stichwort Pflegenoten) sowie für

die Entwicklung der Qualitätsprüfungsrichtlinien ein wichtiger Partner. Auch an den im Berichtsjahr vereinbarten Begutachtungs-Richtlinien für Pflegebedürftigkeit und an den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität hat der MDS maßgeblich mitgewirkt. Insgesamt hat der MDS mit seiner medizinisch-pflegerischen Fachkompetenz einen bedeutenden Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung geleistet.

### **Kompetenz-Centren**

Zur Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen in Versorgungsstrukturfragen sowie in der medizinischen Systemberatung haben die Medizinischen Dienste und der GKV-Spitzenverband als Gemeinschaftseinrichtungen so genannte Kompetenz-Centren eingerichtet. Sie sind jeweils einem MDK organisatorisch zugeordnet und für die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Die Kompetenz-Centren erfüllen einen wachsenden Bedarf der Kranken- und Pflegekassen und ihrer Verbände an wissenschaftlicher Systemberatung in speziellen Versorgungsfragen und zu bestimmten Querschnittsaufgaben. Dieser steigende Bedarf ergibt sich unmittelbar aus der zunehmenden Versorgungs- und Vertragstätigkeit der Krankenkassen und ihrer Verbände. Die Kranken- und Pflegekassen können auch in Einzelfällen, z. B. für Patientengutachten, über ihren MDK Aufträge an ein Kompetenz-Centrum richten. Zurzeit bestehen folgende Kompetenz-Centren

- Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord
- Kompetenz-Centrum Onkologie beim MDK Nordrhein
- Kompetenz-Centrum Psychiatrie/Psychotherapie beim MDK Mecklenburg-Vorpommern in Kooperation mit dem MDK in Hessen
- Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement beim MDK Baden-Württemberg

**Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die stetige Weiterentwicklung aller zugehörigen Komponenten ist das Arbeitsgebiet der gematik – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. Als größter Gesellschafter der gematik spricht sich der GKV-Spitzenverband für die zügige Einführung von Online-Funktionalitäten sowie insgesamt für eine Reduktion der Komplexität des Projektes aus.**

## Die gematik

Die Aufgabe der gematik ist die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie der zugehörigen Telematikanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Der GKV-Spitzenverband hält 45 % der Gesellschaftsanteile. 50 % halten die Organisationen der Leistungserbringer, die übrigen 5 % der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Der GKV-Spitzenverband ist in allen relevanten Gremien der gematik vertreten. Hierzu gehören im Wesentlichen die Gesellschafterversammlung (4 Sitzungen im Jahr 2009), der Verwaltungsausschuss (8 Sitzungen), der Finanzausschuss (5 Sitzungen) und der Fachausschuss (12 Sitzungen). Zusätzlich nimmt der GKV-Spitzenverband die Interessen der Mitgliedskassen im Beirat der gematik und im Datenschutz- und Sicherheitsausschuss sowie in einer Vielzahl temporärer Arbeitsgruppen wahr.



**gematik**

Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH

Wesentliche Themenschwerpunkte waren im Berichtsjahr die Vorbereitung des Rollouts der elektronischen Gesundheitskarte (Basis-Rollout), die Konkretisierung des Beschlusses zum Online-Rollout und eine externe Organisationsuntersuchung. Bereits am 15. Dezember 2008 beschlossen die Gesellschafter der gematik – der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die Spitzenverbände der Leistungserbringer – mehrheitlich in ihrer Gesellschafterversammlung die bundesweite Einführung der Telematikinfrastuktur im Gesundheitswesen, den so genannten Online-Rollout. Als Konkretisierung dieses Beschlusses standen 2009 die Details der Telematikinfrastuktur mit allen hierfür notwendigen Komponenten, Systemdienstleistungen und Anwendungen sowie die Projektplanung zum Rollout auf der Agenda. Der GKV-Spitzenverband hat sich in diesen Gesprächen stets für eine Reduktion der Komplexität und eine zügige Einführung von Online-Funktionalitäten eingesetzt.

Die von der gematik erarbeiteten Projektpläne mussten jedoch im August 2009 verworfen werden, als das Bundesministerium für Gesundheit die „Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte“ veröffentlichte. Die Verordnung enthält Vorgaben hinsichtlich Testablauf und Projektorganisation, die nicht mit den Planungen korrespondierten.

In den letzten Monaten des Berichtsjahres und unter dem Eindruck der Prüfberichte aus der Organisationsuntersuchung wuchsen die Zweifel des GKV-Spitzenverbandes an der hohen Komplexität



der Architektur, an den hohen Kosten sowie an der Handhabbarkeit für die Anwenderinnen und Anwender. Diese Bedenken spiegeln sich auch in der öffentlichen Diskussion wider und fanden ihren Niederschlag in der Agenda der neuen Bundesregierung: Sie vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag eine Bestandsaufnahme des Telematikprojektes. Der GKV-Spitzenverband betrachtet diese

Bestandsaufnahme als Chance, erkannte Defizite zu beheben, und erwartet insoweit - mit ausdrücklichem Votum des Verwaltungsrates - eine Neuausrichtung des Projektes. Hierfür erstellte der GKV-Spitzenverband eine umfangreiche Analyse mit konkreten Lösungsansätzen und brachte diese im Dezember in die Gespräche mit dem Gesundheitsministerium ein.

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

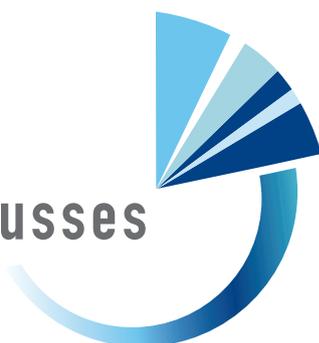
## Das Institut des Bewertungsausschusses

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

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
- bundeseinheitliche Orientierungswerte
- morbiditätsorientierte Gesamtvergütung und Behandlungsbedarf der Versicherten (Klassifikationssystem)
- Berichte und Analysen des Bewertungsausschusses an das Bundesministerium für Gesundheit

Zum 1. Juli 2009 hat das Institut außerdem die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses, die bis dahin in der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lag, übernommen.

Der Bewertungsausschuss, in dem Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Honorarsystem der vertragsärztlichen Versorgung gestalten und weiterentwickeln, ist direkter Auftraggeber des Instituts. Die gesetzliche Grundlage für die Arbeit des InBA bildet das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes hatte der Gesetzgeber die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses zur Gründung eines Instituts verpflichtet. Das Institut hat die Organisationsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts; es wird paritätisch getragen von den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses – der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband. Im Institut arbeiten 35 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Stand: Ende 2009) aus den Fachgebieten Ökonomie, Medizin und Datenverarbeitung interdisziplinär zusammen. Die Finanzierung des Instituts erfolgt über die Erhebung eines Zuschlags auf jeden ambulant-kurativen Behandlungsfall in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der ärztlichen Gesamtvergütung.



**Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Aufgabe, das Vergütungssystem für allgemeine Krankenhausleistungen zu pflegen und weiterzuentwickeln. Zu den Arbeitsschwerpunkten im Berichtsjahr gehörte außerdem die Entwicklung eines pauschalierenden Systems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, das im Jahr 2013 eingeführt werden soll. Weiterhin standen die Berechnungen für einen einheitlichen Bundesbasisfallwert auf der Agenda des Instituts.**

## Das DRG-Institut: InEK GmbH

Seit Ende 2008 ist der GKV-Spitzenverband - zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) - Gesellschafter des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, kurz InEK GmbH. Das InEK erledigt alle Aufgaben, die im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des in Deutschland für allgemeine Krankenhausleistungen geltenden Vergütungssystems, dem so genannten DRG-System, anfallen. DRG steht für Diagnosis Related Groups, also diagnosebezogene Fallgruppen. Mittels dieser Fallgruppen erfolgt die pauschalierende, leistungsbezogene Honorierung stationärer Leistungen.

Das InEK wurde 2001 von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen, der DKG und dem PKV-Verband gegründet. Derzeit arbeiten rund 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Institut in Siegburg.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) stand im Jahr 2009 für das InEK die Weiterentwicklung des DRG-Systems im Vordergrund. So ist es im Rahmen der Umsetzung des KHRG Aufgabe des InEK, ein konkretes pauschalierendes Entgeltsystem jetzt auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln. Hierfür hat die gemeinsame Selbstverwaltung im Jahr 2009 die notwendigen Grundstrukturen vereinbart. Das neue Entgeltsystem soll im Jahr 2013 eingeführt werden; das InEK hat im Jahr 2009 mit den Vorarbeiten begonnen.



Eine weitere Aufgabe des InEK im Berichtsjahr waren die Berechnungen des einheitlichen Bundesbasisfallwertes und des einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridors für Krankenhäuser. Nach der Vereinbarung der Werte durch den GKV-Spitzenverband, die DKG und den PKV-Verband werden diejenigen Landesbasisfallwerte, die außerhalb des neuen Preiskorridors liegen, in den nächsten fünf Jahren an die Korridor Grenzen herangeführt.

Beteiligungs-  
gesellschaften



**Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) sichert mit ihren Diensten und Produkten den Aufbau und die Weiterentwicklung des Datenaustausches mit den Leistungserbringern und Arbeitgebern. Für den GKV-Spitzenverband, der mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene Gesellschafter und ihr Hauptauftraggeber ist, hat sie im Jahr 2009 rund 50 Projekte entwickelt und betrieben.**

## Die ITSG

Beteiligungs-  
gesellschaften

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) wurde 1996 von den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen als Dienstleister eigens für die Vorbereitung, Realisierung und Optimierung der Datenaustauschverfahren mit den Leistungserbringern und Arbeitgebern gegründet. Zu den weiteren Aufgaben der ITSG gehört die Unterstützung des GKV-Spitzenverbandes bei der Umsetzung der Standardisierung und Normierung des Datenaustauschs in der gesetzlichen Krankenversicherung durch diverse Produkte und Dienstleistungen.

Als Gesellschafter nutzt der GKV-Spitzenverband die Kernkompetenz der ITSG und verzichtet damit zugleich aus Wirtschaftlichkeitsgründen auf die Errichtung und den laufenden Betrieb eines eigenen Rechenzentrums. Die ITSG erbringt ihre Leistungen exklusiv für ihre Gesellschafter sowie deren Mitglieder.

Mit mehr als 80 % des Auftragsvolumens, das direkt von den Gesellschaftern erteilt wird, ist der GKV-Spitzenverband größter Auftraggeber der ITSG. Im Berichtsjahr wurden bei der ITSG etwa 50 IT-Projekte bzw. Verfahren für den GKV-Spitzenverband entwickelt, neu aufgesetzt und betrieben. Zu nennen sind hier insbesondere

- Programmierung, Einrichtung und Betrieb
  - einer universell einsetzbaren Datenannahme- und Weiterleitungsstelle
  - der Fachanwendungen Amtliche Statistiken und RSA/MRSA
- Betriebsführung des Data Warehouse des GKV-Spitzenverbandes u. a. mit den Fachanwendungen Gesetzliche Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSi) und Heilmittel-Informationssystem (HIS)
- Technische Einrichtung und Betreuung der zentralen Serversysteme des GKV-Spitzenverbandes in einem gemeinsam betriebenen Hochleistungsrechenzentrum



**ITSG**

# Themen des Jahres

52

Themen des Jahres

## Gesundheitsfonds: In Zeiten der Finanz- und Wirtschaftskrise

Im Hinblick auf ihre Finanzierung war das Jahr 2009 für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein mehr als außergewöhnliches Jahr. Erstens erfolgte die Finanzierung erstmals über den im Jahr 2007 beschlossenen Gesundheitsfonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Zweitens stand die Einnahmensituation des Fonds unter dem Einfluss der globalen Wirtschaftskrise und damit zugleich im Fokus konjunktureller Maßnahmen der Regierung. Und drittens wurden die Krankenkassen in diesem Jahr mit den höchsten Ausgabenzuwächsen aller Zeiten, insbesondere für die ambulante ärztliche und die stationäre Versorgung, konfrontiert.

Von diesen Entwicklungen war der GKV-Spitzenverband auf verschiedenen Ebenen unmittelbar betroffen - als gemeinsame Interessenvertretung aller Krankenkassen, durch seine institutionelle Verankerung im GKV-Schätzerkreis, als Institution, die mit der Programmkostenpauschale für Disease-Management-Programme einen Bestandteil der Zuweisungen des Gesundheitsfonds festlegt, im Rahmen seiner Aufgaben zur Haftungsprävention sowie bei der Generierung verlässlicher Daten für Risikostrukturausgleich und Amtliche Statistik.

### **Jahr 1 des Gesundheitsfonds**

Das neue Finanzierungsverfahren im ersten Jahr des Gesundheitsfonds - der bewährte Beitragseinzug durch die Krankenkassen, die Weiterleitung an den Fonds, die Ermittlung der Zuweisungsbeträge, der Versand der Grundlagen- sowie monatlichen Zuweisungsbescheide, die Einhaltung der Zahltermine und damit die Sicherstellung ausreichender

Liquidität der Krankenkassen - verlief erfreulicherweise ohne schwerwiegende verfahrenstechnische Probleme, verlangte jedoch von den Krankenkassen erhebliche Anpassungsanstrengungen. Beträchtliche Einschränkungen der Planungssicherheit der Krankenkassen erzeugten zudem die im Frühjahr 2009 erfolgte Änderung der Grundlagenbescheide sowie die im November mitgeteilte Neuberechnung der Anpassungsbeträge aus der Konvergenzklausel. Zu beklagen ist die insgesamt zu knappe Finanzausstattung der Krankenkassen, die ihre Handlungsoptionen im Vertragswettbewerb massiv beschränkt. Wesentliche Ursache hierfür ist die im neuen Finanzierungssystem angelegte Zurückhaltung der untereinander im Mitgliederwettbewerb stehenden Krankenkassen, Zusatzbeiträge zu erheben. Mit Ausnahme einer kleineren Krankenkasse, die aufgrund einer Häufung besonders kostenintensiver Behandlungsfälle seit 1. Juli 2009 einen Zusatzbeitrag von ihren rund 30.000 Mitgliedern verlangen muss, erhob 2009 keine weitere Kasse Zusatzbeiträge.

### **Wirtschaftskrise erreicht den Arbeitsmarkt**

Die Finanzentwicklung der GKV stand im Berichtsjahr ganz im Zeichen des größten weltwirtschaftlichen Einbruchs seit der Weltwirtschaftskrise ab 1929. Bereits im Verlauf des Jahres 2008 hatte sich die im Frühsommer 2007 mit der Immobilienkrise in den Vereinigten Staaten ausgelöste Finanzkrise zunehmend auf die Realwirtschaft ausgewirkt. Die realwirtschaftlichen Effekte erfassten zunächst die USA, später Westeuropa, ab Herbst 2008 die ganze Welt. So ging die Industrieproduktion in der Eurozone von ihrem Höchststand

Im Jahr 2009 erfolgte die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals über den Gesundheitsfonds. Während das Jahr im Zeichen der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise stand, gab es gleichzeitig einen durch politische Entscheidungen maßgeblich erzeugten und gegen den Widerstand des GKV-Spitzenverbandes durchgesetzten Anstieg der Leistungsausgaben. So werden dem Fonds für 2009 schätzungsweise mehr als zwei Milliarden Euro fehlen, den Krankenkassen im Jahr 2010 voraussichtlich weitere 4 Mrd. Euro. Dieser Entwicklung muss durch Deckelung des Ausgabenanstiegs für ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Krankenhäuser entgegengewirkt werden.



## Die Finanzierungslücke der GKV im Jahr 2009

Geschätzte Einnahmen des Fonds	Aufbau der Liquiditätsreserve	Einnahmen des Fonds für Zuweisungen	Zuweisungen an die Krankenkassen	Finanzsaldo des Gesundheitsfonds	Geschätzte Ausgaben der Krankenkassen	Finanzierungslücke der Krankenkassen	Ausgabendeckung durch Fonds
165,4	0,8	164,6	166,8	-2,2	167,3	-0,5	99,7%

## Die Finanzierungslücke der GKV im Jahr 2010

Geschätzte Einnahmen des Fonds	Aufbau der Liquiditätsreserve	Einnahmen des Fonds für Zuweisungen	Zuweisungen an die Krankenkassen	Finanzsaldo des Gesundheitsfonds	Geschätzte Ausgaben der Krankenkassen	Finanzierungslücke der Krankenkassen	Ausgabendeckung durch Fonds
171,1	0,8	170,3	170,3	0	174,3	-4,0	97,7%

im Frühjahr 2008 bis Frühjahr 2009 um mehr als 20 % zurück.

Ein Beschäftigungsrückgang folgt in der Regel auf einen Produktionseinbruch erst mit einiger zeitlicher Verzögerung. So waren die Auswirkungen auf die Beschäftigung auch 2009 noch recht gering. Mit ein Grund hierfür war, dass in größerem Umfang Arbeitslosigkeit durch den Einsatz flexibler Arbeitszeitmodelle und durch Kurzarbeit vorübergehend oder auch ganz vermieden werden konnte. Da für die Einnahmen der Sozialversicherung die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder und dabei als zentrale Determinante die Beschäftigungsentwicklung entscheidend sind, schlug sich der wirtschaftliche Einbruch im Berichtsjahr zunächst noch relativ gedämpft in der GKV nieder. Insgesamt wird nach den Prognosen des Herbstgutachtens der Wirtschaftsforschungsinstitute die durchschnittliche Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2009 im Vergleich zum Vorjahr nur um rund 44.000 abnehmen; die Arbeitslosenquote wird demnach von 7,8 % im Jahr 2008 auf 8,3 % steigen. Entsprechend dieser moderaten Einbrüche prognostizierte der GKV-Schätzerkreis für 2009 noch einen leichten Anstieg der Grundlohnsumme von 0,6 %, während die beitragspflichtige Rentensumme aufgrund der Rentenerhöhungen zum 1. Juli 2009 erfreulicherweise sogar um 1,4 % steigen wird.

Für 2010 sehen die Zahlen deutlich ungünstiger aus. Die Wirtschaftsforschungsinstitute gehen von einem Rückgang der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um weitere 706.000 Personen und

von einem Anstieg der Arbeitslosenquote auf 9,7 % aus. Der GKV-Schätzerkreis erwartet für 2010 einen Rückgang der Grundlohnsumme um 0,3 %, dagegen einen Anstieg der Rentensumme um 1,2 %.

#### **Konjunkturgesetze**

Gegen die Folgen der globalen Finanz- und Wirtschaftskrise wurden weltweit umfangreiche Konjunkturprogramme aufgelegt - so auch in Deutschland. Für die GKV wirkte sich die Konjunkturpolitik auf die Finanzierungsanteile von Beitrags- und Steuerfinanzierung aus. Das im März 2009 verabschiedete Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland, das so genannte Konjunkturpaket II, sah als konjunkturbelebende Maßnahme die Senkung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte bei gleichzeitiger Erhöhung der Bundesbeteiligung vor. Der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz wurde zum 1. Juli 2009 von 14,6 % auf 14,0 % gesenkt. Hinzu kommt unverändert der Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten, den allein die Mitglieder zu zahlen haben. Zum Ausgleich der Mindereinnahmen wurde die Bundesbeteiligung für das Jahr 2009 von 4,0 Mrd. auf 7,2 Mrd. Euro, für 2010 auf 11,8 Mrd. Euro erhöht, wobei eine jährliche Erhöhung um 1,5 Mrd. Euro für versicherungsfremde Leistungen bereits zuvor im Gesetzblatt stand. Mit dieser die Mitglieder und Arbeitgeber unmittelbar entlastenden Maßnahme sollte die Konsum- bzw. Investitionsneigung erhöht werden. Für den Gesundheitsfonds wirkt sie sich einnahmenneutral aus. Eine Stabilisierung der GKV-Finanzen ging damit also nicht einher.

Als jüngste konjunkturpolitische Maßnahme ist die im Koalitionsvertrag von Union und FDP ange-

kündigte und mit dem Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz umgesetzte weitere Erhöhung der Bundesmittel für das Jahr 2010 zu betrachten. Zum Ausgleich wesentlicher Teile der krisenbedingten Mindereinnahmen erhält der Fonds einmalig für das Jahr 2010 zusätzliche Finanzmittel von 3,9 Mrd. Euro. Dieser Steuertransfer mindert unmittelbar den über Zusatzbeiträge zu finanzierenden Mittelbedarf der Krankenkassen und entlastet damit die privaten Haushalte der gesetzlich Versicherten.

#### **Politisch gewollter Ausgabenanstieg**

Zugleich gab es im Jahr 2009 einen außergewöhnlichen, durch politische Entscheidungen verursachten und gegen den Widerstand des GKV-Spitzenverbandes durchgesetzten Anstieg der Leistungsausgaben. Insgesamt werden die Gesamtausgaben der Krankenkassen von 2008 auf 2009 um 11,1 Mrd. Euro steigen. Allein für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sind über 3 Mrd. Euro Mehrausgaben zu veranschlagen. Für den stationären Bereich ist ebenfalls von etwa 3 Mrd. Euro auszugehen. Dies hat durchschlagende Wirkung auch auf das Ausgabenniveau der folgenden Jahre.

#### **Finanzentwicklung 2009**

Der GKV-Schätzerkreis, der aus Finanzexperten des Bundesversicherungsamtes, des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV-Spitzenverbandes gebildet wird, begleitete die Finanzentwicklung mit vierteljährlichen Prognosen. Während es im Herbst 2008 hinsichtlich der Ausgabenentwicklung und daraus abgeleitet hinsichtlich des notwendigen Beitragssatzes für 2009 zwischen BVA und BMG einerseits und GKV-Spitzenverband

andererseits unterschiedliche Einschätzungen gab, näherten sich die Finanzexperten im Laufe des Jahres 2009 in ihren Schätzungen immer mehr an. Für das Jahr 2009 rechnet der GKV-Schätzerkreis nach seinen jüngsten Prognosen vom Dezember einvernehmlich mit Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 167,3 Mrd. Euro. Die geschätzten Einnahmen des Gesundheitsfonds betragen nach der letzten Schätzung nur noch 165,4 Mrd. Euro. Darin enthalten sind 7,1 Mrd. Euro aus der Bundesbeteiligung. Unabhängig davon weist der Gesundheitsfonds den Krankenkassen aber die im Herbst 2008 erwarteten und zugesagten 166,8 Mrd. Euro zu. Der Gesundheitsfonds deckte damit im Jahr 2009 etwa 99,7 % der Ausgaben der Krankenkassen. Dem Fonds selbst werden in der Jahresrechnung 2009 infolge von Beitragsmindereinnahmen geschätzte 2,2 Mrd. Euro fehlen.

#### **Finanzentwicklung 2010**

Im Jahr 2010 werden vom GKV-Schätzerkreis Rekordausgaben der GKV in Höhe von 174,3 Mrd. Euro erwartet; die Einnahmen des Gesundheitsfonds betragen voraussichtlich 171,1 Mrd. Euro einschließlich der zuletzt durch das Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz erhöhten Bundesbeteiligung in Höhe von 15,6 Mrd. Euro. Den Krankenkassen wird entsprechend den erwarteten Einnahmen für 2010 und abzüglich der für den Aufbau der Liquiditätsreserve notwendigen Mittel von 0,8 Mrd. Euro ein Zuweisungsvolumen von 170,3 Mrd. Euro zugesichert. Die Ausgaben der Krankenkassen liegen damit voraussichtlich um 4,0 Mrd. Euro höher als die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Deckungsquote des Fonds, d. h. der Anteil der Zuwei-

sungen des Gesundheitsfonds an den Gesamtausgaben der Krankenkassen beträgt danach nur noch 97,7 %. Um diese Deckungslücke zu schließen, müssten die Krankenkassen im Jahr 2010 – je nach Haushaltssituation – einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag von über 6 Euro je Mitglied und Monat erheben, sofern sie nicht vorhandene Finanzpolster abschmelzen können oder über nennenswerte sonstige Einnahmen wie z. B. Kapitalerträge verfügen. Wie die jüngsten Verwaltungsratsbeschlüsse der Krankenkassen über Zusatzbeiträge zeigen, kommt dieses Finanzierungsinstrument nun auch zunehmend zum Einsatz.

Die – trotz zusätzlicher Bundesmittel – kritische Finanzentwicklung der GKV zeigt, dass die neue Regierung dringend die Ausgabenseite in den Blick nehmen muss. Angesichts der dramatischen Einnahmefälle und angesichts zunehmend erhobener Zusatzbeiträge dürfen die Ausgaben für Arzneimittel, Krankenhäuser und Ärzte nicht weiter ungebremst steigen.

#### **DMP-Programmkostenpauschale**

Der GKV-Spitzenverband hat die Aufgabe, die Höhe der Kostenpauschale für Disease-Management-Programme festzulegen. Die so genannte DMP-Kostenpauschale gleicht die Aufwendungen der Krankenkassen für die Durchführung ihrer Disease-Management-Programme aus und geht als Bestandteil in die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ein. Die für das Jahr 2008 festgelegte Pauschale in Höhe von 180 Euro je eingeschriebenem Versicherten konnte im Rahmen der für das Jahr 2009 beschlossenen Überprüfung auf der Grundlage einer erneuten Datenerhebung bestätigt werden.



**Praxis Dr.**  
**Bitte**



**Trotz anhaltender Forderungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach weiteren Steigerungen der vertragsärztlichen Vergütung konnte der Anstieg der Belastungen für die Beitragszahler begrenzt werden. Unter anderem konnte der GKV-Spitzenverband durchsetzen, dass ein eigens entwickeltes Kombinationsmodell mit Diagnose- und Demographiebezug in die Messung des Behandlungsbedarfs einbezogen wird.**

## Arzthonorare: Kein Spielraum für weitere Zuwächse

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung stand das Jahr 2009 für den GKV-Spitzenverband wesentlich im Zeichen der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung. Die bereits im Vorjahr auf Grundlage des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes begonnene Reform der bisherigen Vergütungssystematik vertragsärztlicher Leistungen wurde von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung fortgesetzt.

Die für die weitere Reform notwendigen Beschlüsse für das Jahr 2010 wurden am 2. September 2009 im Erweiterten Bewertungsausschuss gefasst, der vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern gebildet wird. Im Fokus der Verhandlungen zwischen GKV-Spitzenverband und KBV standen die Weiterentwicklung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (Mengenkomponente) und die Festlegung des so genannten Orientierungswertes (Preiskomponente). Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend wurden weitere Beschlüsse zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten, zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung, zum nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarf, zur Bildung von Rücklagen und zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gefasst.

Das unter Mitwirkung der drei unparteiischen Mitglieder des Erweiterten Bewertungsausschusses zustande gekommene Verhandlungsergebnis wird im Jahr 2010 im Bereich der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung zu einem Anstieg der Ausgaben von ca. 2 % und im Bereich der nicht budgetierten Leistungen (z. B. Präventionsleistungen) auf Basis der prognostizierten Mengenentwicklung von ca. 8 % führen. Damit erhöht sich die Gesamtvergütung von 2009 auf 2010 absolut um geschätzte 1,1 Mrd. Euro. Dabei ist hervorzuheben, dass dieser Anstieg auf Mengensteigerungen beruht, die zu großen Teilen den erhöhten Versorgungsbedarf abdecken. Bei der Preiskomponente (Orientierungswert) konnte der GKV-Spitzenverband für 2010 dagegen Stabilität durchsetzen – ein klarer Erfolg der Kassenseite, der erhebliche Ausgabenzuwächse verhindert.

### **Die wesentlichen Beschlussinhalte im Überblick:**

#### **Orientierungswert**

Für das Jahr 2010 wurde der Orientierungswert und damit der Preis bei 3,5048 Cent festgesetzt. Die geringfügige Anhebung gegenüber dem Wert aus dem Jahr 2009 (3,5001 Cent) ergibt sich aus der Anwendung des Korrekturverfahrens bei der Überprüfung der Leistungsmenge 2009.

#### **Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf**

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko zu übernehmen haben. Zur Anpassung des Behandlungsbedarfes und damit der Menge soll entsprechend den gesetzlichen Vorgaben ein diagnosebasiertes Klassifikationsverfahren eingesetzt werden. Weil Zweifel an der Methodik dieses Verfahrens bestehen, hat der GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen ein Kombinationsmodell durchgesetzt, welches bei

der Bestimmung des Behandlungsbedarfs sowohl einen Diagnose- als auch einen Demographiebezug aufweist.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Gewichtung der Anteile dieser beiden Komponenten (Diagnose = 61 %, Demographie = 39 %) so festgelegt, dass sich bei einer diagnosebezogenen Komponente der Veränderungsrate in Höhe von 2,5034 % und einer demographischen Komponente in Höhe von 0,3423 % eine bundeseinheitliche Veränderungsrate des Behandlungsbedarfs von rund 1,66 % ergeben hat. Aufgrund gesetzlicher Neuregelungen durch das GKV-OrgWG mit Auswirkungen auf die Anzahl von Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche bzw. der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie der Punktzahlanpassungen von EBM-Leistungen der Kinder- und Nervenärzte konnte die KBV durchsetzen, dass der Behandlungsbedarf 2010 um weitere 0,34 % angehoben wird. In der Summe steigt der Behandlungsbedarf im Jahr 2010 also um ca. 2 %.

#### **Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten**

Der Beschluss zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten beinhaltet insbesondere die Anpassung der Punktwerte für ausgewählte Leistungsbereiche in den Ländern auf Basis der im Jahr 2008 geltenden (leistungsspezifischen) Vergütung. Hier geht es vor allem um die leistungsbezogenen Zuschläge zu den Punktwerten für das ambulante Operieren und für die belegärztlichen Leistungen. Da bereits gegen einen zuvor getroffenen Beschluss des Erweiterten Bewertungs-

ausschusses zu leistungsbezogenen Punktwertzuschlägen eine Klage des GKV-Spitzenverbandes vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg anhängig ist, reichte der GKV-Spitzenverband konsequenterweise auch gegen den am 2. September 2009 getroffenen Beschluss Klage vor dem Landessozialgericht ein.

#### **Punktwerte bei Unter- und Überversorgung**

Um bestehenden Allokationsproblemen aufgrund einer regional sehr unterschiedlichen Versorgungssituation mit einem hohen Anteil an überversorgten Planungsbereichen zu begegnen und auch das Entstehen weniger gut versorgter Regionen zu verhindern, hat der Gesetzgeber zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens das Instrument der Punktwertdifferenzierung bei Unter- und Überversorgung eingeführt. Da gegenwärtig rund 25.000 Ärzte über dem mit der Bedarfsplanung vereinbarten Soll (Versorgungsgrad von 100 %) vertragsärztlich tätig sind, während in den weniger gut versorgten Regionen bundesweit lediglich 800 Ärzte fehlen, um eine Vollversorgung zu erreichen, ist in der Mehrzahl der Planungskreise und für die meisten Arztgruppen ab 2011 mit Abschlägen zu rechnen. Zuschläge haben dagegen nur vergleichsweise wenige hausärztliche Praxen zu erwarten. Wegen dieser Auswirkungen sieht der vom Erweiterten Bewertungsausschuss gefasste Beschluss eine großzügige Übergangsregelung vor.

#### **Zusammenfassung und Ausblick**

Bei der Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung konnten zusätzliche Belastungen für die Beitragszahler zwar nicht verhindert, aber deutlich

begrenzt werden. Angesichts der Forderungen der KBV nach noch höheren Honorarzuwächsen und der gesetzlichen Vorgabe, dass die Krankenkassen nunmehr das so genannte Morbiditätsrisiko tragen, ist dies ein gutes Ergebnis. Wegen noch ausstehender Beschlüsse im Jahr 2010 (u. a. zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich) und der allgemeinen Mengendynamik ist auch für die nächsten Jahre mit erheblichen Ausgabensteigerungen für ärztliche Leistungen zu rechnen. Der Gesetzgeber sollte zur Stabilisierung der GKV-Ausgaben der Notwendigkeit einer nachhaltigen Begrenzung der ärztlichen Vergütung Rechnung tragen.

**Um den Anstieg der Arzneimittelausgaben zu bremsen, hat der GKV-Spitzenverband 2009 für mehr als 2.000 Fertigarzneimittel die Festbeträge bestimmt. Zur Festsetzung und Festlegung von Höchstbeträgen wurden die Voraussetzungen geschaffen. Für Arzneimittel, zu denen es keine Alternativen gibt, wird die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung als so genannte vierte Hürde gefordert.**

## Arzneimittelmarkt: Bezahlbare Versorgung erhalten

### 20 Jahre Festbeträge

Die Einführung der ersten Arzneimittel-Festbeträge in das deutsche Gesundheitssystem jährte sich im Geschäftsjahr zum zwanzigsten Mal. Dass die Preiskomponente in Deutschland seit 1989 überwiegend stabil geblieben ist, ist im Wesentlichen den Festbeträgen zu verdanken. Arzneimittelfestbeträge gelten für alle gesetzlich Versicherten, gleichgültig, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Sie fördern den Wettbewerb um niedrige Preise, ohne die Arzneimittelauswahl wesentlich einzuschränken. Die Festbetragsregelung umfasst derzeit knapp 30.000 Fertigarzneimittel in 440 Festbetragsgruppen. Das entspricht insgesamt rund 73 % aller Verordnungen und 43 % der Arzneimittelausgaben der GKV. Festbeträge erzielten seit ihrer Einführung Einsparungen in Höhe von 36,4 Mrd. Euro, allein im Jahr 2009 waren dies 4,3 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband hat mit Wirkung vom 1. Januar 2009 und 1. November 2009 für weitere fünf Festbetragsgruppen mit über 2.000 Fertigarzneimitteln die Festbeträge bestimmt.

### Höchstbeträge

Höchstbeträge sind ein weiteres Instrument zur Ausgabensteuerung. Sie wurden 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt. Höchstbeträge zielen auf den nicht-festbetragsfähigen Arzneimittelmarkt mit jährlichen Ausgaben von rund 14 Mrd. Euro. Davon entfallen etwa zwei Drittel auf neue, patentgeschützte Arzneimittel, wobei der Durchschnittspreis der „innovativen“ Arzneimittel seit Jahren überproportional wächst. Der Gesetzgeber sieht zwei Verfahrenswege zur Bestimmung von Höchstbeträgen vor:

- Eine Festsetzung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt auf der Grundlage einer Kosten-Nutzen-Bewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einem behördlichen Verfahren. Ausgenommen davon sind Arzneimittel mit erwiesener Kosteneffektivität oder ohne zweckmäßige Therapiealternative. Nach aufwendigen methodischen Vorarbeiten durch das IQWiG erteilte der Gemeinsame Bundesausschuss im Dezember 2009 die ersten zwei Aufträge zur Kosten-Nutzen-Bewertung. Vorbereitend hatte er im September 2009 seine Verfahrensordnung entsprechend ergänzt.
- Bei der Festlegung im Einvernehmen mit einem pharmazeutischen Unternehmer handelt es sich um ein bilaterales Übereinkommen, das weit flexibler zu handhaben ist. Der GKV-Spitzenverband hat bereits inhaltliche und organisatorische Vorbereitungen für die Verhandlung von Höchstbeträgen getroffen. Bisherige Gespräche mit pharmazeutischen Unternehmern sind über das Stadium der Sondierung nicht hinausgegangen. Es ist anzunehmen, dass das Interesse an einem Höchstbetrag für alternativlose Arzneimittel seitens der pharmazeutischen Unternehmer gering ist.

### Vierte Hürde

Die bestehenden Steuerungsinstrumente erreichen diejenigen Arzneimittel nicht, zu denen es keine Therapiealternativen gibt. Pharmazeutische Unternehmer nutzen hier die Möglichkeiten des deutschen Systems und verlangen für diese so genannten Solisten exorbitant hohe Preise. Zum

Beispiel sind die hohen Tagestherapiekosten neu eingeführter Spezialpräparate laut Arzneiverordnungs-Report für rund 60 % des Anstiegs der GKV-Arzneimittelausgaben der letzten zehn Jahre verantwortlich. Wenn auf die Preisbildung von Solisten kein Einfluss genommen wird, droht absehbar die finanzielle Überforderung der GKV. Der GKV-Spitzenverband plädiert deshalb für die Einführung einer vierten Hürde als Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln zu Lasten der GKV.

Ziel ist die Erreichung eines angemessenen Verhältnisses von therapeutischem Nutzen und Kosten für die GKV. Grundlage für die vierte Hürde muss daher eine Kosten-Nutzen-Bewertung sein. Darauf aufbauend nimmt der Ordnungsgeber eine Preisfestsetzung vor oder es erfolgt mit entsprechender gesetzlicher Grundlage eine verpflichtende Preisverhandlung zwischen GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer. Da Forschungsleistungen der pharmazeutischen Unternehmer, die zu einem nachweislichen Zusatznutzen führen, in höheren Erstattungspreisen berücksichtigt werden können, gäbe die vierte Hürde zugleich auch Anreize zur Investition in echte Innovationen.

#### **Umsetzung der AMG-Novelle**

Zum 23. Juli 2009 ist die 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes (AMG) in wesentlichen Teilen in Kraft getreten. Handlungsfelder für das Vertragsrecht ergeben sich aus der Aufhebung der Preisbindung für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen und der Abführung des Herstellerabschlags an die Krankenkassen. Das Bundesministerium für

Gesundheit schätzt die hieraus resultierenden Einsparungen auf 300 Mio. Euro jährlich.

Nach der Neuordnung unterliegen Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen nicht mehr der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV). Für die Preisberechnung der Fertigarzneimittel gelten vorrangig die Preise, die zwischen Deutschem Apothekerverband (DAV) und GKV-Spitzenverband in der sogenannten Hilfstaxe für Apotheken vereinbart sind. Krankenkassen haben gegenüber Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern ein Auskunftsrecht über Bezugsmengen und vereinbarte Preise. Für den Fall, dass eine Vereinbarung nicht vorliegt, hat die Apotheke ihre tatsächlichen Einkaufspreise, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis nach der AMPreisV der Preisberechnung zugrunde zu legen. Auch für die Vergütung des Zubereitungsaufwandes gelten vorrangig die kollektivvertraglich vereinbarten Zuschläge. Bei fehlender Vereinbarung sind die höheren, neu in der AMPreisV bestimmten Zuschläge anzuwenden. Ab Januar 2010 besteht nun ein Anspruch auf einen Herstellerabschlag von 6 % auf die in den parenteralen Zubereitungen verarbeiteten Fertigarzneimitteln bzw. deren Teilmengen.

GKV-Spitzenverband und DAV konnten sich noch im Dezember 2009 auf eine Neuordnung der Hilfstaxe verständigen. Die Bundesvertragspartner trugen damit den gesetzlichen Änderungen für die Abrechnung von Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln Rechnung. Die datentechnische Umsetzung der gesetzlichen Änderungen und der vertraglichen Vereinbarungen in der Hilfstaxe ab 1. Januar 2010 wurde rechtzeitig vorbereitet.

**Schiedsverfahren zum Apothekenabschlag**

Ihren Hauptumsatz erzielen Apotheken mit der Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln an gesetzlich Versicherte zu Lasten der GKV. Dabei sind sie gesetzlich verpflichtet, den Krankenkassen eine Art Großkundenrabatt pro abgegebener Packung in Höhe von bislang 2,30 Euro zu gewähren. Dieser Abschlag war durch die Rahmenvertragspartner erstmalig für das Jahr 2009 anzupassen. Da die Vorstellungen der Vertragspartner über die Höhe des Abschlages weit auseinander lagen, wurden die Verhandlungen ergebnislos abgebrochen. Ein kritischer Punkt in den Verhandlungen war die Frage, ob und ggf. wie die Aufwände der Apotheker beim Bedienen der Rabattverträge mit einzelnen Krankenkassen in den Kollektivvertrag einzubeziehen sind. Der DAV stellte im Juli 2009 einen Antrag zur Einleitung des Schiedsverfahrens. Nach mehreren Erörterungsterminen entschied die zuständige Schiedsstelle im Dezember 2009, den Apothekenabschlag rückwirkend zum 1. Januar 2009 von 2,30 Euro auf 1,75 Euro zu senken. Diese unerfreuliche Entscheidung würde die gesetzliche Krankenversicherung allein für das abgeschlossene Jahr zusätzlich mit rund 330 Millionen Euro belasten. Im Januar 2010 hat der GKV-Spitzenverband Klage gegen den Schiedsspruch eingereicht.





**Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat der GKV-Spitzenverband eine Vielzahl neuer Aufgaben erhalten. Die Entwicklung eines Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, das im Jahr 2013 eingeführt werden soll, gehört zu den umfangreichsten. Hier konnten im Berichtsjahr von den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung die Grundstrukturen vereinbart werden. In einem weiteren neuen Aufgabenfeld, der Entwicklung von Bewertungsrelationen zur Verteilung von Investitionsmitteln auf die Krankenhäuser, konnte dagegen keine Einigung erzielt werden. Neben diesen zentralen Entwicklungsaufträgen gab es weitere zahlreiche Umsetzungsaufgaben, die relativ unauffällig bewältigt werden konnten.**

## Krankenhäuser: Mehrbelastungen für Beitragszahler

Im Krankenhausbereich war das Jahr 2009 geprägt durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009. Durch das Gesetz erhielt der GKV-Spitzenverband zahlreiche neue Aufgaben. Zu den umfangreichsten zählen die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten und die Entwicklung von Bewertungsrelationen zur Verteilung der Investitionsmittel der Bundesländer auf die Krankenhäuser. Für die konkrete Ausgestaltung beider Themenkomplexe waren bis zum Jahresende 2009 in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Grundlagen zu vereinbaren.

### **Psychiatrie-Entgeltsystem**

Für die Grundstrukturen des Psychiatrie-Entgeltsystems ist den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung – der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – eine Vereinbarung gelungen. Zentraler Verhandlungspunkt waren die Entwicklungsschritte bis zur budgetneutralen Einführung des Systems im Jahre 2013. Psychiatrische Leistungen müssen erfasst und kalkuliert werden. Auf dieser Basis soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ein Entgeltsystem entwickeln. Wichtig ist die frühzeitige Kodierung der erbrachten Leistungen ab 2010, um den eng gesetzten Zeitplan nicht durch fehlende empirische Datengrundlagen zu gefährden. Dementsprechend werden psychiatrische und psychosomatische Kliniken und Fachabteilungen ihre Leistungen ab 2010, wie bislang auch die somatischen Krankenhäuser, zusätzlich in Form

von Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS) übermitteln. Außerdem erfolgt eine Einstufung der Patienten nach den Gruppen der Psychiatrie-Personalverordnung. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI hat für 2010 eine erste Erweiterung des OPS vorgenommen, die allerdings bezüglich Verwaltungsaufwand und Aussagekraft heftig kritisiert worden ist. Eine Revisionsdiskussion gleich zu Beginn der Entwicklung zeigt, dass auch das neue psychiatrische Entgeltsystem – ganz wie das DRG-System für allgemeine Krankenhausleistungen – ein lernendes System sein wird.

### **Investitionsbewertungsrelationen**

Im Bereich der Investitionsbewertungsrelationen ist keine Einigung gelungen. Für die Verteilung von Investitionsmitteln durch eigens hierfür geschaffene Bewertungsrelationen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers ab 2012 für die somatischen Krankenhäuser, ab 2014 auch für die psychiatrischen Kliniken leistungsorientierte Investitionspauschalen zur Verfügung stehen. Die pauschalen Fördermittel der Länder sollen künftig also nicht mehr nach Betten verteilt werden. Entscheidendes Verteilungskriterium ist – ganz in Analogie zu der Vergütung von DRG-Leistungen – das Krankheitspektrum des jeweiligen Krankenhauses. Über die Grundlagen eines gemeinsamen Vorgehens bestand zwischen dem GKV-Spitzenverband, der DKG und dem PKV-Verband allerdings Uneinigkeit. Zentraler Streitpunkt war die Frage nach der Notwendigkeit eines eigenen Gruppierungssystems und damit nach dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für ein solches System. Aus Sicht des

GKV-Spitzenverbandes sollten sich die Investitionsbewertungsrelationen am bisherigen DRG-System orientieren und nicht ohne Grund zu neuen DRG-Fallpauschalen führen. Die gemeinsame Selbstverwaltung erklärte zwar am 17. November 2009 in dieser Frage ihr Scheitern, konnte aber Anfang 2010 durch die Vermittlung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) noch eine Einigung erzielen.

#### **Weitere Umsetzungsaufgaben**

Neben diesen zwei großen Entwicklungsaufträgen gab es im Rahmen des KHRG eine Vielzahl kleinerer Umsetzungsaufgaben. Hierzu zählt beispielsweise die Vereinbarung zur Umsetzung der Tarifierhöhungsrate, mit der der Gesetzgeber den Krankenhausträgern frühere Personalkostensteigerungen refinanzierte. Im Vorfeld der Bundestagswahl waren mit dem KHRG Mehrausgaben für die Krankenhäuser beschlossen worden, die Versicherte und Arbeitgeber mit rund 3 Mrd. Euro belasten.

Weitgehend unbemerkt erfolgte die Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung, die regelt, dass die Krankenhäuser zukünftig den Zuzahlungseinzug von den Krankenkassen übernehmen. Ähnlich unauffällig war im Zusammenhang mit dem DRG-System der gesetzliche Prüfauftrag, die Notwendigkeit eines Zu- oder Abschlags im DRG-System zur ärztlichen Weiterbildung zu beurteilen. Sowohl durch den GKV-Spitzenverband als auch durch die DKG wurde ein solcher Zuschlag für nicht notwendig erachtet. Im Bereich der Pflege im Krankenhaus schuf der GKV-Spitzenverband die Grundlagen für den ab 2010 neu zu erstellenden Bericht zur Umsetzung des Pflegesonderprogramms, das

die Möglichkeit eröffnet, zusätzliches Pflegepersonal einzustellen und zu finanzieren. Darüber hinaus wurde der pflegerische Aufwand durch eine verbesserte Kodierung in den DRG-Fallpauschalen ab 2010 berücksichtigt.

Für den Bereich der Ausbildungsfinanzierung wurde durch die Anpassung der mit der DKG geschlossenen Rahmenvereinbarung und der Vereinbarung eines Kalkulationshandbuches die konkrete Grundlage für die zukünftige Kalkulation von Richtwerten für die Ausbildungsberufe geschaffen. Mit dem KHRG ist auch vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband einen Katalog von in Praxiskliniken durchführbaren stationärer ersetzenden Eingriffen und von Maßnahmen zur Qualitätssicherung vereinbart. Diese Arbeit wird voraussichtlich im Jahr 2010 andauern.

Mit der Berechnung des einheitlichen Bundesbasisfallwerts und des einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridors durch das InEK und dessen Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband, der DKG und dem PKV-Verband existiert für 2010 erstmals ein bundeseinheitlicher Preis als Richtwert für stationäre Krankenhausleistungen. Er beträgt 2.935,78 Euro für einen durchschnittlichen Krankenhausfall. Damit liegen auch die Korridor Grenzen für die Landesbasisfallwerte fest. Extrem hohe und auch außergewöhnlich niedrige Landesbasisfallwerte werden im Laufe der nächsten fünf Jahre an die Korridor Grenze herangeführt. Im Wesentlichen bedeutet dies eine Erhöhung der Werte in den neuen Bundesländern sowie eine Absenkung für Bremen, Saarland und Rheinland-Pfalz.



**Fazit**

Die Umsetzung des KHRG ist der gemeinsamen Selbstverwaltung gelungen. Beurteilt man aber das KHRG aus Sicht der Krankenkassen, dann war es eigentlich kein Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, sondern ein Krankenhausmehrfinanzierungsgesetz - ein Gesetz mit erheblichen Mehrbelastungen für Versicherte und Arbeitgeber. Es fehlen echte Reformansätze, wie z. B. eine wettbewerbliche Neuordnung des Krankenhausmarktes. Darüber wird möglicherweise zu entscheiden sein, wenn die Konsolidierung der Finanzen wieder stärker ins Blickfeld rückt.

**Mit Urteil vom 10. Juni 2009 wurden die Verfassungsbeschwerden der privaten Krankenversicherung gegen die Gesundheitsreform 2007 zurückgewiesen. Die Beschwerden richteten sich u. a. gegen die Modifikation der Versicherungspflichtgrenze und gegen die Wahltarife der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband konnte mit seiner Expertise zum Erfolg des Verfahrens und damit letztlich zur Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.**

## Bundesverfassungsgericht: PKV gescheitert

Nachdem zwei große private Krankenversicherer bereits im Jahr 2003 gegen die damalige Neujustierung der Versicherungspflichtgrenze Verfassungsbeschwerden eingelegt hatten, die nicht zur Entscheidung angenommen wurden (Beschlüsse vom 14.2.2004), legten 2007 erneut mehrere Unternehmen – unterstützt vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. – Verfassungsbeschwerden gegen verschiedene Maßnahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ein. Dabei ging es u. a. wieder um die Modifikation der Versicherungspflichtgrenze. Und wie bereits 2004 erlitt die private Assekuranz eine juristische Niederlage. Mit Urteil vom 10. Juni 2009 wurden die Verfassungsbeschwerden in vollem Umfang zurückgewiesen.

Die Beschwerden der privaten Krankenversicherer richteten sich darüber hinaus gegen die Pflicht zum Angebot eines Basistarifs, gegen die teilweise Portabilität der Alterungsrückstellungen, gegen die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen und gegen die Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Lasten der GKV. Das Bundesverfassungsgericht hatte den GKV-Spitzenverband als sachkundigen Dritten in das Verfahren einbezogen und ihn um die Beantwortung eines Fragenkataloges zu den absehbaren Wirkungen des Gesetzes gebeten. In der mündlichen Verhandlung vertrat die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, die Interessen der GKV, beantwortete die weiteren Fachfragen der Richter und machte insgesamt deutlich, wo und in welchem Umfang die PKV von den Leistungen der GKV profitiert.

Die Verfassungsbeschwerden gegen die neuen Wahltarife und die Bundesbeteiligung wies das Gericht bereits als unzulässig zurück. Dabei ließen es die Richter ausdrücklich offen, ob die privaten Krankenversicherer durch die Wahltarife überhaupt beschwert sein konnten. Schließlich eröffneten die Wahltarife überhaupt erst den Tarifwettbewerb zwischen GKV und PKV.

### **Beschwerdepunkte unbegründet**

Die anderen Beschwerdepunkte sah das Verfassungsgericht uneingeschränkt als unbegründet an:

- Zum Basistarif führten die Richter aus, dass er eine zulässige sozialstaatliche Indienstrafe der privaten Versicherer für das Gemeinwohl darstelle. Der für alle Krankenversicherer verpflichtend eingeführte „Sozialtarif“ diene dem angestrebten Ziel der Vollfunktionalität der PKV, nämlich der Sicherstellung eines bezahlbaren und gleichwohl ausreichenden Versicherungsschutzes für alle der privaten Krankenversicherung zugewiesenen Versicherten.
- Auch die Einführung der teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen ist nach den Ausführungen der obersten Verfassungsrichter verfassungsgemäß. Dabei stellte das Gericht klar, dass die Portabilität ein legitimes Mittel sei, um überhaupt einen funktionierenden Wettbewerb innerhalb der PKV zu etablieren. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die vorgeschriebene Portabilität auch nur im Basistarif gelte.
- Schließlich ist nach Auffassung der Verfassungsrichter auch die Modifikation der Versicherungspflichtgrenze gerechtfertigt. Es sei verfassungsgemäß, dass der Gesetzgeber den



Nachweis des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze davon abhängig mache, dass die Überschreitung von einer gewissen Dauerhaftigkeit und Stetigkeit ist. Bei der Verlängerung der Versicherungspflicht durfte der Gesetzgeber zudem den Aspekt der Stärkung der Finanzgrundlagen der GKV berücksichtigen. Bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der GKV handele es sich um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang. Genau dies hatte das Bundesverfassungsgericht den privaten Versicherern bereits 2004 ins Stammbuch geschrieben und hat insoweit seine ständige Rechtsprechung nur fortgesetzt.

Abschließend hat das Gericht - wie bereits in anderen Urteilen - darauf hingewiesen, dass dem Gesetzgeber hinsichtlich der Auswirkungen des GKV-WSG eine Beobachtungspflicht obliege. Der

Gesetzgeber müsse die Wirkungen seines Gesetzes beobachten, um bei unvorhersehbaren Folgen korrigierend eingreifen zu können. Doch dies ist eine Selbstverständlichkeit. Kein Gesetz, schon gar nicht in der Gesundheitspolitik, wird für die Ewigkeit geschaffen. Die bis dato verstrichene Zeit zeigt allerdings, dass die von der PKV geschilderten „Horrorszenarien“ bisher jedenfalls nicht eingetreten sind.

Insgesamt kann das Urteil als klare juristische Niederlage der privaten Versicherungsbranche gewertet werden. Die Prozessbevollmächtigten konnten die vorgetragenen Beschwerden der privaten Krankenversicherung in keinem einzigen Punkt durchsetzen. Demgegenüber hat die sachliche und nachdrückliche Expertise des GKV-Spitzenverbandes zum Erfolg und damit letztlich zur Stärkung der GKV beitragen können.

Die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zeigte im Berichtsjahr erste erfreuliche Erfolge zur Verbesserung von Qualität und Transparenz in der Pflege. So können seit Dezember 2009 Pflegenoten für stationäre Pflegeeinrichtungen im Internet eingesehen werden und lassen auf einen zunehmenden Qualitätswettbewerb hoffen. Auch die finanzielle Förderung von Pflegestützpunkten sowie von zahlreichen Modellprojekten durch den GKV-Spitzenverband zielt auf die Verbesserung der Pflegequalität.

## Pflegeversicherung: Mehr Qualität und Transparenz

Mit dem zum 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, kurz Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, wurden grundsätzliche Verbesserungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige auf den Weg gebracht. Zu nennen sind insbesondere die Pflegeberatung und Pflegestützpunkte, Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und die in diesem Zusammenhang stehende Transparenz der Pflegequalität für die Verbraucherinnen und Verbraucher.

### Pflegenoten

Zur Stärkung der Verbrauchersouveränität bei der Auswahl von Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen wurde dem GKV-Spitzenverband und den weiteren Vertragspartnern (Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände) mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aufgegeben, Kriterien für die Veröffentlichung von Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zu vereinbaren. Um diesen Auftrag zeitnah umzusetzen, haben die Vertragspartner bereits Ende 2008 die so genannte Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege und im Januar 2009 die Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege geschlossen. Damit wurde die Grundlage für die Einführung eines an Noten orientierten Systems gelegt, nach dem zukünftig die Qualität von Pflegeeinrichtungen von den Versicherten im Internet transparent nachvollzogen werden kann. Seit





Dezember 2009 kann die Öffentlichkeit diese Pflegenoten für stationäre Pflegeeinrichtungen im Internet einsehen ([www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)). Die Noten werden für die Bereiche Pflege und medizinische Versorgung, Umgang mit demenzkranken Bewohnern, soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, für Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene aufgeschlüsselt. Darüber hinaus werden ein rechnerisches Gesamtergebnis sowie das Ergebnis der Bewohnerbefragung dargestellt. Wie sich die Noten im Einzelnen zusammensetzen, kann im Internet ebenfalls recherchiert werden.

Damit die „Pflegenoten“ bundesweit einheitlich und qualitätsgesichert durch die Landesverbände im Internet veröffentlicht werden können, haben die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene eine gemeinsame DatenClearingStelle eingerichtet. Auf der Basis eines vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene entwickelten Fachkonzepts für die Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Transparenzberichte nimmt die DatenClearingStelle die Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste entgegen und bereitet sie zu Berichtsentwürfen für die Pflegeeinrichtungen und die Landesverbände der Pflegekassen auf. Nach der Freigabe der Berichte durch die Landesverbände der Pflegekassen stehen die qualitätsgesicherten Berichte den Veröffentlichungsportalen der Pflegekassen zur Verfügung. Die DatenClearingStelle hat mittlerweile ihre Arbeit aufgenommen. Die „Pflegenoten“ werden seit Dezember 2009 veröffentlicht.

Zur einheitlichen Umsetzung wurden auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die Durchführung der Prüfungen durch die Medizinischen Dienste angepasst. Der GKV-Spitzenverband hat die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien am 11. Juni 2009 beschlossen. Nach der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sind sie am 1. Juli 2009 in Kraft getreten. Seitdem führen die MDK die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach den neuen Richtlinien durch. Auf dieser Grundlage werden auch die Pflegenoten ermittelt.

Die Transparenzvereinbarungen wurden aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Termine unter hohem Zeitdruck verhandelt. Damit möglicher Änderungsbedarf schnellstmöglich erkannt wird und ggf. erforderliche Veränderungen vorgenommen werden, wurde mit einer umfassenden Evaluation der Transparenzvereinbarungen begonnen. Die Evaluation sieht fünf Arbeitsschritte vor:

1. Zunächst werden die Medizinischen Dienste in einer kurzfristigen Erstumfrage zu den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen befragt.
2. Anschließend liefern die Medizinischen Dienste dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes fundierte Daten zu den Prüfergebnissen. Diese werden unter externer wissenschaftlicher Begleitung ausgewertet.
3. Danach wird ein Meinungsforschungsinstitut die Verständlichkeit und Verbraucherfreundlichkeit des Layouts der im Internet veröffentlichten Berichte evaluieren.

4. Im Folgenden werden in einem Expertenworkshop die Ergebnisse der Evaluation von der interessierten Fachöffentlichkeit diskutiert.
5. In einer externen wissenschaftlichen Auswertung sollen alle Evaluationsergebnisse zusammengefasst, bewertet und Änderungsbedarfe identifiziert werden.

Die inzwischen in die Erstumfrage eingeflossenen über 1.300 Prüfergebnisse von Pflegeheimen bestätigen, dass mit den Transparenzvereinbarungen differenzierte Prüfergebnisse über alle fünf Noten abgebildet werden. Handlungsbedarf der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität in den Pflegeheimen wird insbesondere in den Bereichen „Pflege und medizinische Versorgung“ sowie „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ deutlich.

Die Veröffentlichung der Pflegenoten ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Verbrauchersouveränität bei der Auswahl von Pflegediensten und Pflegeheimen. Erstmals werden die Ergebnisse von externen Qualitätsprüfungen verständlich, übersichtlich und vergleichbar veröffentlicht. Die Verbraucherinnen und Verbraucher können dabei entscheiden, nach welchen Kriterien sie die für sich geeignete Auswahl treffen. Sie können den Zugang zu ihrer Auswahlentscheidung über die Gesamtnote, über Bereichsnoten oder über Einzelnoten der Pflegeeinrichtung suchen. Schon heute ist eine Nachfrage von Ratsuchenden nach den Pflegenoten zu verzeichnen. Die Pflegeeinrichtungen richten sich auf die Veröffentlichung der Prüfergebnisse ein und der Beginn eines sich verstärkenden Qualitätswettbewerbs ist wahrnehmbar.

### **Förderung von Pflegestützpunkten**

Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz haben die Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte einzurichten, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Mit den Pflegestützpunkten wird das Ziel verfolgt, die Beratungskompetenzen der Pflege- und Krankenkassen sowie der Träger der kommunalen Alten- und Sozialhilfe zu bündeln, das Engagement ehrenamtlich tätiger Personen sowie von Selbsthilfegruppen in ihre Arbeit einzubeziehen und so durch Vernetzungsaktivitäten zu einer neuen wohnortnahen Beratungs- und Versorgungsqualität in der Pflege zu kommen.

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten wird durch den GKV-Spitzenverband finanziell gefördert. Dazu können vom GKV-Spitzenverband in der Zeit vom 1. Juli 2008 bis zum 30. Juni 2011 60 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt werden. Der Höchstförderbetrag je Pflegestützpunkt beträgt 45.000 Euro zuzüglich eines Aufstockungsbetrages von 5.000 Euro. Der Aufstockungsbetrag kann z. B. für die nachhaltige Einbindung der Arbeit von Selbsthilfegruppen oder von ehrenamtlich engagierten Personen gewährt werden. Das Gesamtfördervolumen wird nach dem so genannten „Königsteiner Schlüssel“ auf die Länder verteilt, so dass für jedes Land eine feste Förder-summe zur Verfügung steht. Die Förderung richtet sich im Einzelnen nach einer im Jahre 2008 zwischen Bundesversicherungsamt und GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung. Bisher bleibt die Anzahl der Anträge auf Fördermittel hinter den Erwartungen zurück.



Um allen Beteiligten Orientierungshilfen zur Einrichtung, Finanzierung und zur Arbeit der Pflegestützpunkte zu geben, hat der GKV-Spitzenverband mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände am 3. Juli 2009 „Empfehlungen zur Arbeit und Finanzierung von Pflegestützpunkten“ herausgegeben.

#### **Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität**

Der GKV-Spitzenverband hat mit den Vertragspartnern die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen Qualitätsmanagements zu vereinbaren. Die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sind für die Pflegekassen und deren Verbände sowie für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich. Sie sind das tragende Fundament für die weiteren Richtlinien zur Prüfung von Pflegeeinrichtungen bis hin zur Veröffentlichung der Prüfergebnisse in Form von Pflegenoten. Inhalte der Vereinbarungen sind unter anderem Anforderungen an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren von unabhängigen Sachverständigen und Prüfinstitutionen, an Qualitätsmanagementsysteme sowie an die Qualifikation des Personals der Pflegeeinrichtungen. Am 14. Oktober 2009 konnten sich die Vertragspartner über den überwiegenden Teil der Inhalte der Maßstäbe und Grundsätze einig werden. Zu einigen Themen steht hingegen der Konsens noch aus. Nach derzeitigem Stand wird eine Entscheidung

über die Schiedsstelle Qualitätssicherung nach § 113b SGB XI notwendig sein.

#### **Begutachtung von Pflegebedürftigkeit**

Am 8. Juni 2009 wurden die Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien - BRI) beschlossen. Die Begutachtungsrichtlinien dienen der Zielsetzung, bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten und eine hohe Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste sicherzustellen. Die aktualisierte Fassung der Begutachtungsrichtlinien vom 8. Juni 2009 setzt insbesondere die begutachtungsrelevanten Themen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 um und berücksichtigt die in der Begutachtungspraxis gewonnenen Erfahrungen. Sie wurden in engem Zusammenwirken mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes, der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene erarbeitet. Sie werden auch zukünftig an Erkenntnisse in der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein.

#### **Neue Versorgungskonzepte**

Nach Zustimmung der Bundesländer und des Bundesministeriums für Gesundheit konnten die bundesweiten Empfehlungen zur Förderung von niedrighwelligen Betreuungsangeboten, ehrenamtlichen Strukturen, Selbsthilfe und Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Fassung vom

8. Juni 2009 veröffentlicht werden. In den Empfehlungen werden u. a. die Voraussetzungen für die Förderung von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten und Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte festgelegt. Gemeinsam mit den Bundesländern können dadurch mit den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung der Auf- und Ausbau von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten (z. B. Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise u. ä.) gefördert werden. Darüber hinaus können gemeinsam mit den Bundesländern Modellvorhaben unterstützt werden, um neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige zu erproben.

#### **Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. So sind Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen vielfach auf den zu engen Begriff der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen, da dieser somatisch ausgerichtet ist. Dadurch werden wesentliche Aspekte (Kommunikation, soziale Teilhabe) ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt.

Vor einer Entscheidung des Gesetzgebers über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens sollten Handlungsoptionen erarbeitet und erprobt werden. Dabei war auch die Frage zu klären, wie sich

die Änderung vor allem finanziell auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungen auswirkt.

Zur Vorbereitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat der GKV-Spitzenverband ein Modellvorhaben mit dem Titel „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ in Auftrag gegeben.

Auf dieser Grundlage hat der vom BMG eingesetzte Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach über zweijährigen Beratungen einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff empfohlen, der alle körperlichen und geistigen bzw. psychischen Einschränkungen und Störungen umfasst und auf den Grad der Selbständigkeit abstellt. Damit werden insbesondere Menschen mit demenziellen Erkrankungen erfasst. Darüber hinaus hat der Beirat einen Umsetzungsbericht erstellt.

Am 9. September 2009 hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ein „Eckpunktepapier zur Überarbeitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit“ verabschiedet, welches auch Vorschläge zur weiteren Umsetzung enthält. Die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist auch Bestandteil des Koalitionsvertrages.

#### **Modellprojekte**

Der GKV-Spitzenverband fördert Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung mit jährlich bis zu 5 Mio. Euro. Ziel der Förderung ist

es, die Versorgungsstrukturen und -konzepte der Pflegeversicherung hin zu neuen Versorgungsformen für Pflegebedürftige weiter zu entwickeln, zukunftsweisende Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. Vorrangig sollen modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte erprobt werden.

Bisher sind bundesweit 25 Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchgeführt worden. Beispielhaft zu nennen ist das Modellprojekt „Pflegenetzwerk Dorf in der Stadt“. Ziel des Projektes war es, durch eine systematische Verzahnung verschiedener professioneller Leistungsanbieter und ehrenamtlicher sowie familiärer Hilfen den Pflegebedürftigen Unterstützungsangebote in Form eines Leistungsspektrums anzubieten, das genau auf ihre momentane Bedarfs- und Lebenslage ausgerichtet ist. Damit wurden Grundlagen für eine wohnortnahe Neukonzeption von Versorgungsangeboten für alte und pflegebedürftige Menschen geschaffen.

Das Modellprojekt „Pflegebegleiter“ zielte auf eine Stärkung pflegender Angehöriger und ihre Vernetzung mit den Unterstützerinnen und Unterstützern vor Ort. Durch aufsuchende Beratung und Begleitung der pflegenden Angehörigen oder pflegenden Nachbarn durch speziell dazu qualifizierte Vertrauenspersonen aus dem Wohnumfeld sollte eine Kultur des solidarischen Miteinanders gefördert werden. Daher standen die Stärkung pflegender Angehöriger, die Qualifizierung für frei-

williges Engagement und letztlich auch der Anstoß zur Entwicklung nachhaltiger Strukturen nachbarschaftlicher Solidarität im Mittelpunkt, damit Pflege zu Hause für alle Beteiligten zufriedenstellend gelingen kann.

Im Projekt „Pflegebudget“ wurde insbesondere der Frage nachgegangen, ob personenbezogene Pflegebudgets die Flexibilisierung der Pflegesachleistungen ermöglichen und die Leistungen bedarfsgerechter und qualitätsgesichert gestaltet werden können. Damit sollen die häusliche Pflege gestützt und vorzeitige Heimaufnahmen vermieden werden.

Sämtliche Modellprojekte sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes dargestellt.



**Die Befähigung der Versicherten zu gesundheitsbewussten Verhaltensweisen sowie informierten Entscheidungen ist eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Unterstützt werden die Krankenkassen hierbei vom GKV-Spitzenverband. Er entwickelt den Leitfaden Prävention weiter, um insbesondere die Qualität der Präventionsangebote zu verbessern. Die Förderung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) schafft im Rahmen eines Modellprojektes bis 2010 unmittelbar ergänzende Beratungsangebote für Patientinnen und Patienten.**

## Prävention und Beratung: Gesundheitliche Kompetenzen stärken

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht nicht nur für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Krankenversorgung, sondern auch für eine Befähigung ihrer Versicherten zu gesundheitsbewussten und informierten Verhaltensweisen und Entscheidungen. Hierzu will sie insbesondere mit ihren Leistungen zur Prävention sowie zur Verbraucher- und Patientenberatung beitragen.

### **Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollen den so genannten Volkskrankheiten möglichst frühzeitig vorbeugen, auf die ein Großteil der Gesundheitsausgaben entfällt. Gleichzeitig sollen sie zur Verringerung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheitschancen beitragen. Der GKV-Spitzenverband definiert mit wissenschaftlicher Unterstützung Qualitätsanforderungen für diese Leistungen. Die Aufgabe der Festlegung der „gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien“ – bekannt als GKV-Leitfaden Prävention – hat der GKV-Spitzenverband 2008 von den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene übernommen. Der Leitfaden hat sich in den zehn Jahren seiner Geltung aufgrund kontinuierlicher Weiterentwicklung als zentrales und in der Fachwelt anerkanntes Instrument der Qualitätssicherung bewährt. Zurzeit wird der Leitfaden gemeinsam mit den Mitgliedskassen sowie den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf der Bundesebene überarbeitet. Ziel ist es, eine noch stärkere Ausrichtung auf Lebenswelten und weniger gesundheitsbewusste Zielgruppen zu fördern. Hier besteht nicht nur bei Kindern und Jugendlichen erheblicher Handlungsbedarf, z. B. bezogen auf die Zunahme

von Übergewicht und Bewegungsmangel. Auch bei Älteren können Präventionspotenziale genutzt werden. Für Erwachsene mittleren Alters sind neben den verhaltenspräventiven Kursangeboten auch die betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen ein wichtiger Zugangsweg, um Gesundheitskompetenzen zu stärken und Krankheitsrisiken zu verringern.

Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Leistungen sind für die Krankenkassen von zentraler Bedeutung. Deshalb unterstützt der GKV-Spitzenverband die Anwendung aussagefähiger, praktikabler Evaluationsinstrumente zur Messung der Ergebnisqualität. Der Verwaltungsrat hat – der Bedeutung des Themas Prävention angemessen – Eckpunkte für die qualitative Gestaltung der GKV-geförderten Prävention formuliert. Denn gerade bei der Prävention in Lebenswelten und der gesundheitsgerechten Gestaltung von Rahmenbedingungen ist ein ressort- und ebenenübergreifendes Zusammenwirken der Verantwortlichen unerlässlich.

### **Verbraucher- und Patientenberatung**

Seit dem Jahr 2000 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, im Rahmen von Modellvorhaben neutrale und unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung zu finanzieren. Für eine effiziente Umsetzung einer zweiten Modellphase steht der GKV-Spitzenverband seit dem 1. Juli 2008 in der Verantwortung. Gefördert wird zurzeit mit jährlich insgesamt 5,113 Mio. Euro die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), die im Jahr 2006 gegründet wurde und ihre Arbeit offiziell zum 30. Januar 2007 aufnahm.



Derzeit beraten über 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 22 regionalen Beratungsstellen persönlich, per E-Mail sowie über eine kostenlose Telefon-Hotline zu medizinischen, rechtlichen und psychosozialen Fragen. Dank der wissenschaftlichen Begleitforschung konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, wie sich die aufgebauten Strukturen und Prozesse bewähren. Gestiegen ist auch das Wissen darüber, wo das besondere Profil einer von Leistungs- und Kostenträgern unabhängigen Patientenberatung liegen könnte. Zugleich zeigt sich, dass es in der verbleibenden Modelllaufzeit noch einiger Anstrengungen bedarf, um einheitliche Qualitätsstandards und eine qualifizierte Verweisfunktion auf vorhandene qualitätsgestützte Angebote, z. B. der Krankenkassen, sicherzustellen.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat am 9. September 2009 erste Eckpunkte für eine Positionierung verabschiedet, um damit die weitere Diskussion zu unterstützen. Danach lässt sich die Finanzierung aus Beitragsmitteln der gesetzlichen

Krankenversicherung nur rechtfertigen, wenn sich für die Versicherten ein Zusatznutzen im Hinblick auf eine Ergänzung bereits existierender, qualitativ hochwertiger Informations- und Beratungsangebote z. B. der Krankenkassen ergibt.

Eines zeigt das Modellvorhaben zudem deutlich: Für Patientinnen und Patienten ist der Aspekt der Unabhängigkeit in der Beratung von eher nachrangiger Bedeutung. Ratsuchende wünschen sich vor allem richtige, verständliche und verlässliche Informationen. Bei Fragen zur Gesundheit ziehen die Patientinnen und Patienten in der Regel mindestens drei Quellen heran, insbesondere eine Ärztin oder einen Arzt, das Internet und die Krankenkassen. Einen flächendeckenden Ausbau unabhängiger regionaler Patientenberatungsstellen hält der GKV-Spitzenverband weder für erforderlich (fast 75 % der Ratsuchenden der UPD nutzen das Telefon und das Internet), noch wären solche Strukturen wirtschaftlich. Auf dieser Grundlage wird der GKV-Spitzenverband das Modellprojekt weiter begleiten.

**Beim GKV-Spitzenverband ist eine Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Seit dem 1. Juli 2009 gibt es für alle, die einen konkreten Verdacht oder einen Hinweis auf Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung melden möchten, eine spezielle Hotline.**

## Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Neue Anlaufstelle

Betrug, Untreue und Korruption fügen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedes Jahr große finanzielle Schäden zu. Die Kranken- und Pflegekassen, wenn angezeigt, auch ihre Landesverbände, und der GKV-Spitzenverband haben deshalb Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Diese Ermittlungs- und Prüfungsstellen gehen allen Fällen und Sachverhalten nach, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechts- oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der GKV hindeuten. Ergibt die Prüfung, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die GKV bestehen könnte, ist unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten. Über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen berichten die Vorstände aller Kranken- und Pflegekassen, der Landesverbände und des GKV-Spitzenverbandes im Abstand von zwei Jahren dem Verwaltungsrat. Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes ist auch dem Bundesministerium für Gesundheit als zuständiger Aufsichtsbehörde zuzuleiten.

### **Förderung der kassenartenübergreifenden Zusammenarbeit**

Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabe arbeiten die Kranken- und Pflegekassen zusammen. Der GKV-Spitzenverband koordiniert deshalb den regelmäßigen Informationsaustausch zwischen allen Mitgliedskassen und deren Verbänden untereinander und fördert so eine kassenartenübergreifende Zusammenarbeit. Zur Beratung und Abstimmung eines gemeinsamen und strukturierten Vorgehens hat sich bereits im Herbst 2008 die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen neu konstituiert, in der Mitgliedskassen und deren Verbände auf Bundesebene vertreten sind. Die effektive Zusammenarbeit aller Kranken- und Pflegekassen erfordert die zunehmende kassenartenübergreifende Vernetzung. Gemeinsam mit allen bereitstehenden Akteuren treibt der GKV-Spitzenverband deshalb den Aufbau eines bundesweiten Netzwerks gegen Vermögensstrafaten und Korruption im Gesundheitswesen weiter voran.

### **Meldestelle für Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

Zum 1. Juli 2009 hat der GKV-Spitzenverband die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen besetzt. Diese fungiert als Anlaufstelle für jeden, der einen konkreten Verdacht oder Hinweis auf Fehlverhalten in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung melden möchte. Der GKV-Spitzenverband hat auf seiner Homepage ein entsprechendes Meldeformular eingerichtet, das auch anonyme Hinweise entgegennimmt.



### **Vorschläge zur gesetzlichen Klarstellung und Erhöhung der Transparenz**

Im Rahmen einer Anhörung im Deutschen Bundestag hatte der GKV-Spitzenverband bereits im Herbst 2008 konkrete Vorschläge zur Optimierung der Voraussetzungen und zur Erhöhung der Transparenz bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen unterbreitet, die danach auch dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelt wurden.

#### **1. Übermittlung von personenbezogenen Daten**

Für eine effektive Ermittlung und Prüfung auf Fehlverhalten ist es notwendig, personenbezogene Daten kassenartenübergreifend auszutauschen und zusammenzuführen. Um dies sicherzustellen, tritt der GKV-Spitzenverband für eine gesetzliche Klarstellung ein. Die Mitgliedskassen brauchen in dieser Frage Rechtssicherheit.

#### **2. Etablierung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften**

Der zweite Periodische Sicherheitsbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2006 belegt: „Illegale Bereicherungen zum Nachteil der gesetzlichen Krankenversicherung durch Akteure aus fast allen Tätigkeitsbereichen des Gesundheitswesens haben nahezu den Charakter eines Systems“. Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist Wirtschaftskriminalität. Der GKV-Spitzenverband setzt sich deshalb dafür ein, dass weitere Bundesländer Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen einrichten. Durch die Konzentration sachlicher Zuständigkeiten können in der Justiz wertvolle Ressourcen eingespart werden.

#### **3. Standardisierung und Vereinheitlichung des Berichtswesens**

Die Aufsichtsbehörden haben festgestellt, dass die Berichte über die Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen bislang sehr unterschiedlich ausfallen und überwiegend nicht vergleichbar sind. Damit die Berichte zukünftig eine bessere Vergleichbarkeit und höhere Transparenz ermöglichen, hat der GKV-Spitzenverband den Entwurf einer „Standardisierten Fallerfassung“ zum bestehenden Berichtswesen vorgeschlagen. Dieser wird gegenwärtig in der „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ beim GKV-Spitzenverband beraten und mit den Mitgliedskassen abgestimmt. Ziel ist es, dass alle Mitgliedskassen ab 2010 einheitliche Kennzahlen erheben. Im Ergebnis entsteht nicht nur ein bundesweiter Überblick über das tatsächliche Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Erstmals können auch belastbare Daten über die Anzahl der eingegangenen Hinweise, die Anzahl der Fälle, welche die Stellen verfolgt und abgeschlossen haben, sowie des infolge von Fehlverhalten durchgesetzten Schadenersatzes vorgelegt werden.

**Die Internationalisierung der Sozialversicherungssysteme schreitet voran. Wichtig ist daher die Entwicklung effizienterer Strukturen, die die grenzüberschreitende Koordinierung der Sozialsysteme dauerhaft sicherstellen. Mit seiner Abteilung „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland“ ist der GKV-Spitzenverband an dieser Entwicklung aktiv beteiligt.**

## DVKA: Neue Zeit, neue Aufgaben

Durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) nimmt der GKV-Spitzenverband alle Aufgaben wahr, die sich aus der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der sozialen Sicherungssysteme im vereinten Europa für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben. Wesentliche Grundlage der Koordinierung der Sozialsysteme in der Europäischen Union - und damit der Arbeit der DVKA - ist die Verordnung des Rates über die Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, kurz Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Diese bestimmt seit fast 40 Jahren die Koordinierung der Sozialsysteme der EU-Mitgliedstaaten.

Im Jahr 2010 wird diese Verordnung durch eine neue Koordinierungsverordnung abgelöst, die Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, kurz Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Mit der neuen Verordnung gehen System- und Strukturveränderungen einher, die in den einzelnen Mitgliedstaaten von den Verbindungsstellen und den Sozialleistungsträgern umzusetzen sind. Die Konzentration von Service- und Prozessabläufen steht dabei im Mittelpunkt.

Die DVKA gestaltet die Entwicklung der europäischen Vorgaben aus Brüssel intensiv mit. Gleichzeitig bereitet sie sich und die Mitgliedskassen systematisch auf die neuen Herausforderungen vor. Der Kompetenzbereich des GKV-Spitzenverbandes wird im europäischen Rechtsrahmen durch eine

Reihe neuer Aufgaben deutlich erweitert. Diesen Kompetenzzuwachs will die DVKA vor allem dafür nutzen, effizientere Strukturen für die grenzüberschreitende Koordinierung der Sozialversicherungssysteme zu ermöglichen. Denn nur so werden die Krankenkassen ihrer Verantwortung für die europäische Patienten- und Arbeitnehmermobilität gerecht werden können.

### **Kernkompetenzen nutzen**

Auch die neue Verordnung geht weiter von dem Grundsatz aus, dass Erwerbstätige den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats unterstehen, in dem die Erwerbstätigkeit ausgeübt wird. Allerdings wurden die Ausnahmen von diesem Grundsatz modifiziert. Neben der Entsendefrist (24 statt 12 Monate) wurden die Regelungen für gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten erwerbstätige Personen geändert. Es führt nun nicht mehr nahezu jede Erwerbstätigkeit im Wohnstaat auch zur Anwendung der Rechtsvorschriften des Wohnstaats. Hierfür ist künftig Voraussetzung, dass ein wesentlicher Teil der Erwerbstätigkeit im Wohnstaat ausgeübt wird.

Die neuen Regelungen sehen die Einrichtung zentraler Stellen vor. So ist künftig jede Entsendung in einen anderen Mitgliedstaat an eine zentrale Stelle des Entsendestaats zu melden. Diese Stelle hat die Daten dem Beschäftigungsstaat verfügbar zu machen und sich bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Entsendung vermittelnd einzuschalten. Kommt es nicht zu einer einvernehmlichen Lösung, haben die zentralen Stellen innerhalb eines bestimmten Verfahrens eine unterstützende Funktion wahrzunehmen.

Auch bei Erwerbstätigkeiten, die in mehreren Mitgliedstaaten ausgeübt werden, ist ein umfangreicher, fristgebundener Informationsaustausch mit in- und ausländischen Stellen vorgesehen. Dieser erfordert - unter anderem weil hier die Entscheidungen zunächst vorläufig getroffen werden - ebenfalls eine zentrale Stelle. Die neuen Strukturen sollen auch der Bekämpfung von illegaler Beschäftigung und Dienstleistungsmissbrauch dienen.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat der DVKA - aufgrund der bereits vorhandenen Kernkompetenz und zur Erzielung von Synergieeffekten - in beiden genannten Bereichen die Funktion der zentralen Stelle für Deutschland übertragen.

### **Technische Neuerungen**

Künftig wird der grenzüberschreitende Datenaustausch von Informationen und Daten der Sozialen Sicherheit innerhalb der EU vollständig elektronisch erfolgen. Neben der Kostenabrechnung, die bereits seit geraumer Zeit elektronisch abgewickelt wird, werden ab Inkrafttreten der neuen Verordnung auch andere Nachrichten, z. B. Meldungen über Leistungsansprüche von in anderen Mitgliedstaaten wohnenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, Rentnerinnen und Rentnern und Familienangehörigen oder Mitteilungen im Bereich der grenzüberschreitenden Verwaltungshilfe, rein elektronisch über die Verbindungsstellen ausgetauscht. Die EU-Kommission errichtet zurzeit



zusammen mit den Mitgliedstaaten die IT-Infrastruktur auf überstaatlicher Ebene. Diese Arbeiten werden in nächster Zukunft ihre Entsprechung auf Ebene der GKV finden.

#### **Verstärkte Information**

Die Herausforderungen, die sich aus den neuen Verordnungsregelungen ergeben, können nur dann ohne größere Reibungsverluste bewältigt werden, wenn die Besonderheiten des deutschen Krankenversicherungssystems bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Zugleich müssen die Krankenkassen zeitnah und verständlich über die rechtlichen Entwicklungen und ihre praktischen Auswirkungen informiert werden.

Deshalb wurde 2009 in diesen Bereich verstärkt investiert. So wurde die Präsenz der DVKA in wichtigen Gremien auf europäischer Ebene erhöht und der Austausch über Rechtsfragen mit ausländischen Verbindungsstellen intensiviert. Zudem wurde das umfangreiche Angebot der DVKA an Seminaren zum über- und zwischenstaatlichen Recht nochmals erweitert.

#### **Fazit**

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass sich das über- und zwischenstaatliche Krankenversicherungsrecht von einem vermeintlichen „Randgebiet“ zu einem beachtlichen Faktor in der Verbandsarbeit entwickelt hat. Die ständig wachsende Mobilität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über Ländergrenzen hinweg macht es erforderlich, dass der komplexe Bereich des internationalen Sozialversicherungsrechts vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich mitgestaltet wird. Anspruch des GKV-Spitzenverbandes ist es dabei, dass die in diesem Bereich von den Mitgliedskassen zu Recht erwarteten Kompetenzen Tag für Tag in gleichbleibend hoher Qualität abgerufen werden können.

**Bisher wird die elektronische Gesundheitskarte in einem Modellversuch auf Praktikabilität, Effizienz und Sicherheit getestet. Mit einem eigenen Konzept forciert der GKV-Spitzenverband die baldige Nutzbarmachung der Karte im Interesse der Versicherten.**

## Elektronische Gesundheitskarte: Neustart

Themen des Jahres

Der Online-Austausch von Daten und Informationen ist die Kommunikationsform des 21. Jahrhunderts. Eine einheitliche Telematikinfrastruktur ist dabei die Grundlage dafür, dass medizinische Daten rasch, sicher und unproblematisch ausgetauscht werden können. Die erstmalige Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) - als Teil des so genannten Basis-Rollouts - an die Versicherten in der Testregion Nordrhein am 1. Oktober 2009 stellt hierbei einen wichtigen ersten Schritt dar.

Die Ausgabe der Karten muss begleitet werden von der flächendeckenden Ausstattung von Arzt-, Psychotherapie- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäusern mit den so genannten eHealth-BCS-Terminals, einer neuen Generation von Kartenlesegeräten. Auf diese Weise werden die Voraussetzungen für die spätere Online-Nutzung der eGK geschaffen. Hierzu zählt vor allem der Versichertenstammdienst: Die Gültigkeit des Versicherungsverhältnisses sowie die Aktualität der auf der Versicher-



tenkarte gespeicherten Daten können so rasch und tagesaktuell online überprüft und, falls notwendig, unbürokratisch aktualisiert werden. Zunächst enthält die eGK nur Stammdaten wie Bild und Adresse des Versicherten, kann aber perspektivisch als Schlüssel zu elektronisch abgespeicherten Rezepten eingesetzt werden. Auch eine freiwillige Speicherung von Notfalldaten, elektronischen Patientenakten und Arzneimitteldokumentationen wird dann möglich sein.

Zugleich ist sichergestellt, dass ein unbefugter Zugriff Dritter, etwa von Kostenträgern, staatlichen Stellen oder von Industrieunternehmen, auf sensible Gesundheitsdaten nicht möglich ist. Der Versicherte allein entscheidet, welche Daten gespeichert werden, und kann Leistungserbringer autorisieren, diese Daten zu nutzen.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt konsequent den Aufbau einer modernen Telematikinfrastruktur. Seit dem 1. Juli 2008 vertritt er die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Als gemeinsame Organisation von GKV, privater Krankenversicherung und Leistungserbringern ist die gematik für die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der eGK sowie der zugehörigen Telematikanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern verantwortlich.

Trotz der bisher schon hohen Investitionen ist die Einführung der eGK noch nicht in dem Maße vorangeschritten wie vom GKV-Spitzenverband immer wieder eingefordert. Hintergrund sind vor allem unterschiedliche Positionen von Kostenträgern und Leistungserbringern, die in der gematik zusammengeführt werden müssen und direkten Einfluss auf das Projekt haben. Eine massive Zeitverzögerung und weiterhin ungeklärte Fragen über die zukünftige Ausrichtung waren die Folge. Kosten und Nutzen drohten deshalb in ein aus der Sicht der Krankenkassen nicht mehr zu vertretendes ökonomisches Missverhältnis zu geraten. Nicht zuletzt deshalb wurde im Frühjahr 2009 eine externe Organisationsuntersuchung veranlasst. Auch aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung wurde die Ankündigung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), vor dem weiteren Ausbau der Telematikinfrastruktur eine kritische Bestandsaufnahme vorzunehmen, vom GKV-Spitzenverband nachhaltig unterstützt. Der GKV-Spitzenverband brachte dabei ein eigenes Konzept zur weiteren Einführung der eGK und zum Aufbau einer funktionierenden Telematikinfrastruktur ein, welches auf folgenden Eckpunkten basiert:

- Bekräftigung der Zielsetzung eines bundeseinheitlichen Technologiekonzeptes
- Konzeption, Entwicklung und Einführung von Fachanwendungen unter besonderer Berücksichtigung und Darstellung der Kosten-, Nutzen- und Akzeptanzeffekte

- Überarbeitung des technologischen Konzepts der Telematikinfrastruktur insbesondere zur Erreichung und Sicherung der Online-Anbindung
  - Festlegung der Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilung zwischen gematik, Gesellschaftern, Industrie und Politik
  - Tragfähige Einbindung von Lösungsanbietern bei Entwicklung und Einführung von Fachanwendungen und Komponenten der Telematikinfrastruktur
  - Definition verbindlicher und realistischer Meilensteine mit Zeitschiene.
- Unverzichtbar ist die möglichst baldige Online-Nutzung der eGK, der so genannte Online-Rollout. Durch die damit verbundene Steigerung der Qualität der Versorgung, der Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens und der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit profitieren alle: gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherer, Leistungserbringer, vor allem aber die Versicherten und Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

In den auf dieser Grundlage geführten Gesprächen des GKV-Spitzenverbandes mit dem BMG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestand Einigkeit darin, dass auf Basis einer Bestandsaufnahme eine Erneuerung des Projektes anzustreben ist, um die weitere schrittweise Einführung der eGK in der neuen Legislaturperiode sicherzustellen.

Ziel bleibt die Einführung einer einheitlichen Telematikinfrastruktur, die zu einer besseren Versorgung der Versicherten führt und hilft, den Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen - z. B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder eine verbesserte digitale Kommunikation der Beteiligten untereinander. Gleichzeitig muss sie praktikabel, sicher und effektiv sein. Auf diese Weise kann außerdem Bürokratie abgebaut und Missbrauch eingedämmt werden.

**Zu den wesentlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes zählt die Aufbereitung und Analyse unterschiedlichster Daten von 70 Mio. Versicherten. Im Jahr 2009 waren insgesamt 15,3 Mrd. Datensätze zu managen. Die Daten bilden vielfach die Grundlage für gesundheitspolitische und finanzielle Entscheidungen im Gesundheitswesen. Die für den Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten entscheiden über die Höhe der Zuweisungen, die den Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zufließen.**

## Datenmanagement: Grundlage für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Seit dem 1. Juli 2008 erfüllt der GKV-Spitzenverband die ihm übertragenen Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). In seinen Verantwortungsbereich fällt u. a. das Management der Datenprozesse innerhalb der GKV und der Datenaustausch mit Arbeitgebern und Behörden, d. h. die Annahme, Aufbereitung, Analyse sowie Weiterleitung der vielfältigen Daten von rund 70 Mio. gesetzlich Versicherten. Hierzu zählen vor allem:

- Daten zum Risikostrukturausgleich (RSA bzw. Morbi-RSA)
- Daten für die Amtlichen Statistiken
- Daten der Gesetzlichen Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSi) und des GKV-Heilmittel-Information-Systems (HIS)
- Frequenz- und Fallstatistiken aus dem Bereich der ärztlichen Vergütung
- DRG-Basisdaten nach dem Krankenhausentgeltgesetz
- Entgelt- und Strukturdaten, Melde- und Zulassungsdaten für ambulantes Operieren sowie Budgetverhandlungsdaten aus dem Bereich Krankenhäuser
- Arzneimittel-Festbetragsdaten und deren Berechnungsgrundlagen
- Daten des Rabattmeldeverfahrens
- diverse Verzeichnisse, Kataloge und Nachschlagewerke etc.

Im Jahr 2009 waren damit insgesamt 15,3 Mrd. Datensätze zu managen, perspektivisch mit steigender Tendenz. Das Datenmanagement des GKV-Spitzenverbandes schafft dabei die empirische Basis für Verhandlungen mit Leistungserbringern sowie für

politische Entscheidungen - etwa bei der Erarbeitung der Datengrundlagen und der Vorbereitung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Vergütungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Frage nach Qualität und Wirtschaftlichkeit steht dabei stets im Mittelpunkt.

Die Daten im Rahmen der Durchführung des RSA-Verfahrens und die Daten der Amtlichen Statistiken bilden mit einem Datenvolumen von über 5 Mrd. Datensätzen einen weiteren Schwerpunkt des Datenmanagements im GKV-Spitzenverband. Hier werden die Daten aufbereitet und dem Bundesgesundheits- und dem Arbeitsministerium sowie gesetzlich vorgegebenen Länderbehörden bzw. dem Bundesversicherungsamt zu vorgeschriebenen Meldeterminen zur Verfügung gestellt. Diese Daten sind, neben ihrem originären Verwendungszweck, zum Teil zugleich zentrale Grundlagen für gesundheitspolitische, aufsichtsrechtliche und finanzielle Entscheidungen von Krankenkassen, Politik und Behörden.

Die Daten aus der Mitglieder- und Versichertenstatistik stellen z. B. die Basis für die Aufteilung von Mitteln dar, die der GKV zufließen, etwa die Verwaltungskostenerstattung für den Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge. Darüber hinaus gibt die Finanzstatistik Auskunft über die finanzielle Gesamtsituation der GKV und der sozialen Pflegeversicherung. Die GKV-Finanzstatistik ist Grundlage für die Prognosen des GKV-Schätzerkreises, die alljährlich im Herbst die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds im folgenden Jahr wesentlich beeinflussen.

## Datenmanagement im GKV-Spitzenverband

Themen des Jahres

### Finanzergebnisse der Krankenkassen

- Einnahmenstatistik
- Ausgabenstatistik

Mitglieder- und Versichertenstatistik

### Daten zum Risikostrukturausgleich

*Daten zur ärztlichen Vergütung*

Entgelt- und Strukturdaten der Krankenhäuser

DRG-Basisdaten

ARZNEIMITTEL- FESTBETRAGSDATEN

Daten der Rezeptabrechnung für Arzneimittel

Heilmitteldaten

u. a.



### Datenaufbereitung für

- Amtliche Statistiken
- Finanzprognosen
- Risikostrukturausgleich
- Vertragsverhandlungen
- Gesundheitsfonds
- Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSi)
- GKV-Heilmittel-Informationen-System (HIS)



### Grundlagen für

- unternehmenspolitische
- vertragpolitische
- finanzpolitische
- gesundheitspolitische
- aufsichtsrechtliche

### Entscheidungen von

- Krankenkassen
- GKV-Spitzenverband
- GKV-Schätzerkreis
- Politik
- Aufsicht

Die Datenmeldungen zum RSA entscheiden über die Höhe der Zuweisungen, die jede Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält. Datenfehler können die Mittelverteilung zwischen den Krankenkassen verzerren und sind deshalb zu minimieren. Die Arbeit der Qualitätssicherung beginnt bereits bei den Vorgaben zu den Datenmeldungen der Amtlichen Statistiken und des RSA, die in enger Zusammenarbeit mit Experten der Krankenkassen und ihren Wettbewerbsverbänden, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Bundesversicherungsamt erstellt werden. Der GKV-Spitzenverband entwickelt außerdem umfängliche Plausibilitätsprüfungen, die von den Krankenkassen und ihren Dienstleistern, zuletzt aber auch vom GKV-Spitzenverband vor der Datenmeldung durchzuführen sind. Bei festgestellten Unplausibilitäten und Fehlern werden Korrekturlieferungen durch die betroffenen Krankenkassen angefordert.

Die zentrale Annahme, Prüfung und Aufbereitung der Daten stellt eine organisatorische und technische Herausforderung dar. Rechtzeitig zum praktischen Übergang dieser Aufgaben von den früheren Spitzenverbänden auf den GKV-Spitzenverband am 1. Januar 2009 wurde die technische Infrastruktur bereitgestellt und hat sich in der Praxis in Zuverlässigkeit und Leistung bewährt. Für das Jahr 2010 steht nun der schrittweise Übergang auf ein einheitliches, vom GKV-Spitzenverband entwickeltes und zentral bereitgestelltes Prüfprogramm für die Amtlichen Statistiken bevor. Im Bereich der RSA-Datenmeldungen steht weiterhin die Sicherung und Verbesserung der Datenqualität im Mittelpunkt. Der Schwerpunkt lag 2009 in der erstmaligen Einführung und Umsetzung

eines Clearingverfahrens. Dieses trägt dazu bei, dass den Krankenkassen aufgrund von Ungereimtheiten in den Datenmeldungen keine Zuweisungen für ihre Versicherten entgehen.

Die steigenden Anforderungen und der zunehmende Datenverkehr bleiben eine konstante Herausforderung: Insgesamt wurde 2009 ein Datenvolumen von 2,5 Terabyte erreicht - bei einer maximalen Kapazität von bis zu 14 Terabyte. Das Data-Warehouse (DWH) des GKV-Spitzenverbandes ist die integrierte Datenbank-Lösung aller für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes benötigten Daten. Die Daten werden über die Datenannahmestelle des GKV-Spitzenverbandes bei der Informationstechnischen Service-stelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) angenommen, fachlich-inhaltlich geprüft und revisionssicher im DWH abgelegt. Für alle Daten gilt: Höchste Anforderungen an Datensicherheit und Datenschutz sind jederzeit gewährleistet. Die Performance des DWH verschafft den Krankenkassen bzw. ihren Kassenorganisationen klare Vorteile. So steht ihnen z. B. ein größeres Zeitfenster für die Erstellung oder ggf. für Neulieferungen im Rahmen des Morbi-RSA zur Verfügung.

Zusammen mit einer bewährten Analysesoftware und innovativen Zusatzwerkzeugen verfügt der GKV-Spitzenverband über eine autarke, aktuelle, flexible und valide Arbeitsgrundlage, um die Verhandlungs- und Beratungs- sowie politischen Entscheidungsprozesse für die Krankenkassen und damit zum Nutzen der Versicherten und Arbeitgeber durchführen zu können.

**Aufgrund vielfältiger neuer Aufgaben wurde der Stellenplan für den GKV-Spitzenverband von zuvor 145 auf 193 Stellen erweitert. Die IT-Infrastruktur wurde weiter ausgebaut. Dabei wurde für den gesamten Datenaustausch eine eigene Software entwickelt. Ein Data-Warehouse-Projekt ermöglicht einen schnellen und autonomen Zugriff der Fachabteilungen auf alle notwendigen Daten. Für möglichst effiziente und wirtschaftliche Arbeitsprozesse wird ein umfassendes Dokumenten-Management-System eingeführt. Bei alledem konnte der GKV-Spitzenverband die Kosten geringer halten als geplant. Der Verbandsbeitrag wird 2010 sinken.**

## Innenleben: Organisation und Haushalt

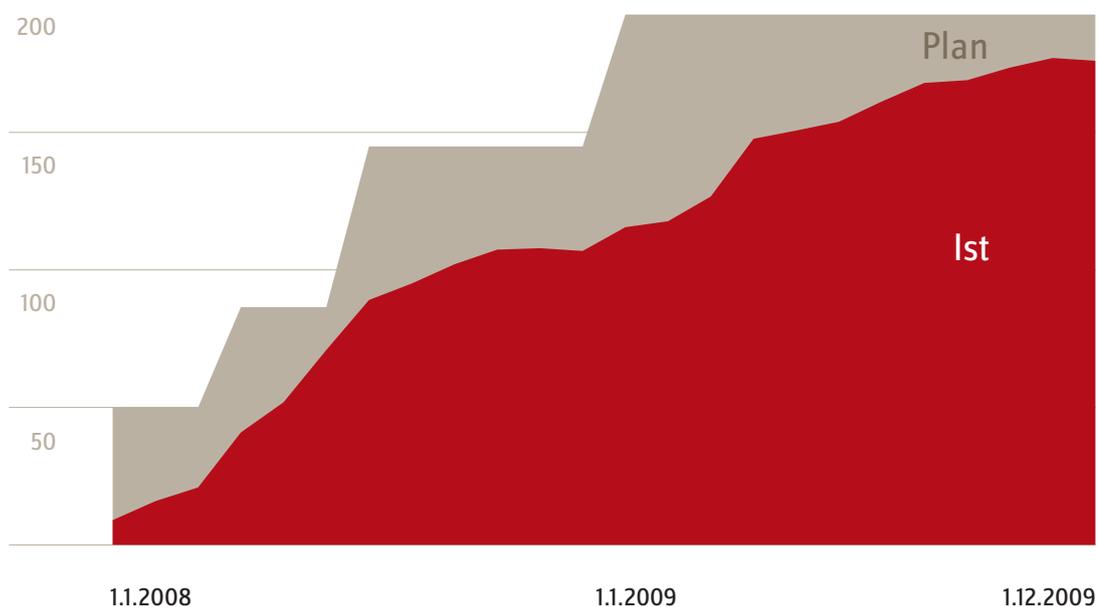
Themen des Jahres

### Personalaufbau: Qualität vor Quantität

Der Stellenplan des GKV-Spitzenverbandes wies in der Aufbauphase 2008 neben der zu integrierenden Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) 145 Stellen aus. Da der GKV-Spitzenverband zur Erfüllung seiner vielfältigen Aufgaben auf besonders qualifiziertes Fachpersonal angewiesen ist, konnten bis Anfang des Jahres 2009 erst 116 Stellen besetzt werden. Im Laufe des ersten Halbjahres 2009 konnten aber sukzessive weitere Beschäftigte an den GKV-Spitzenverband gebunden werden. Zur Jahresmitte waren 154 der 193 Stellen des erweiterten Stellenplans für 2009 besetzt. Ende des Jahres wurde das Stellensoll des GKV-Spitzenverbandes mit 177

besetzten Stellen zu 92 % erreicht. Zur Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen waren im Berichtsjahr übergangsweise bis zu 26 Beschäftigte im Rahmen von Abordnungen, Befristungen oder Zeitarbeit tätig. Der steigende Personalbedarf des GKV-Spitzenverbandes ergibt sich zum einen aus dem stetigen Prozess des Organisationsaufbaus und der faktisch sukzessiven Aufgabenübernahmen seit dem 1. Juli 2008, zum anderen aber auch aus der Übertragung gänzlich neuer Aufgaben. Eine solche zusätzliche Aufgabe ist z. B. das Clearingverfahren zur Vergütung des Einzugs der Insolvenzgeldumlage. Neue Aufgaben im Bereich des Finanzcontrollings und Risikomanagements wurden dem GKV-Spitzenverband auch mit dem Gesetz zur

### Personalentwicklung beim GKV-Spitzenverband<sup>1</sup> 2008 / 2009



<sup>1</sup> ohne Abteilung DVKA in Bonn

Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV übertragen, weitere entstanden durch die Übernahme der Gesellschafterrolle an den verschiedenen Beteiligungsgesellschaften. Hier ist insbesondere die Wahrnehmung des Beteiligungcontrollings zu nennen.

Seit Herbst 2009 ist der GKV-Spitzenverband auch Ausbildungsbetrieb. Am 1. September 2009 begann ein Auszubildender seine dreijährige Berufsausbildung zum Fachinformatiker Systemintegration.

Bedingt durch veränderte Aufgaben und die steigende Beschäftigtenzahl wurde Mitte 2009 die Aufbau-Organisation innerhalb des GKV-Spitzenverbandes funktional angepasst und eine weitere Organisationsebene innerhalb der Abteilungen eingeführt.

#### **Erste Personalvertretung gewählt und Haustarifvertrag unter Dach und Fach**

Entsprechend dem Bundespersonalvertretungsgesetz wurde beim GKV-Spitzenverband ein Gesamtpersonalrat und der örtliche Personalrat der Dienststelle Berlin gewählt. Der Personalrat der Dienststelle Bonn führt sein Amt fort. Nach den gesetzlichen Vorgaben des Bundesgleichstellungsgesetzes wurden ferner eine Gleichstellungsbeauftragte und eine Stellvertreterin bestellt.

Die Tarifverhandlungen zum Haustarifvertrag wurden im Juni 2009 zum Abschluss gebracht. Alle Teile des Tarifwerks, welches neben Manteltarifvertrag und Vergütungstarifvertrag auch die Tarifverträge zur betrieblichen Altersversorgung und zur

Entgeltumwandlung enthält, wurden sowohl mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di als auch mit der Gewerkschaft der Sozialversicherung geschlossen. Anschließend erfolgte zum 1. Juli 2009 die Überführung der bestehenden Arbeitsverträge in das neue Tarifwerk. Sowohl die frei vereinbarten Arbeitsverhältnisse als auch die Arbeitsverhältnisse der Beschäftigten der DVKA wurden unter dem Dach des neuen Haustarifwerks zusammengeführt.

#### **Mit IT-Service und Data-Warehouse ins neue Jahrzehnt**

Der stetigen Zunahme der Aufgaben des Verbandes sowie dem damit einhergehenden Personalwachstum war im Berichtsjahr mit dem weiteren Ausbau der bestehenden IT-Infrastruktur Rechnung zu tragen. Neben der sukzessiven Erweiterung der erforderlichen Hard- und Software für die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählt der Start des Projektes zur Einführung eines umfassenden Dokumenten-Management-Systems (DMS) zu den zahlreichen Projekten im IT-Bereich. Das DMS, das im Jahr 2010 eingeführt werden soll, wird dauerhaft wirtschaftliche und effiziente Arbeitsprozesse innerhalb des GKV-Spitzenverbandes gewährleisten und zugleich eine weitgehend papierlose Dokumentenablage sicherstellen. Ein weiteres IT-Projekt war die Inbetriebnahme einer neuen universellen Datenannahme- und Weiterleitungsstelle als zentrale „Datendrehscheibe“ für den gesamten Datenaustausch des GKV-Spitzenverbandes. Kernstück dieses Datenverarbeitungssystems bildet eine eigens entwickelte Software, mit der beliebige Datenbestände angenommen und bearbeitet wer-

den können. Ferner können unverarbeitete Daten über standardisierte Datenkanäle an die Kommunikationspartner des GKV-Spitzenverbandes weitergeleitet werden. Neben den Daten für den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen werden so künftig sämtliche 22 Datenarten der amtlichen Statistik sowie weitere 17 Datenaustauschverfahren für insgesamt 36 Datenarten mit Leistungserbringern, Behörden und anderen Institutionen bewältigt.

Die unabdingbar notwendige Datengrundlage für die Bewältigung der vielfältigen Aufgaben des Verbandes bildet das Data-Warehouse (DWH) des GKV-Spitzenverbandes mit einer Kapazität von bis zu 14 Terabyte Rohdaten. Zur schnellen Nutzung der Daten für die zahlreichen Aufgaben in den Fachbereichen wurde das Konzept einer so genannten „Analytical Sandbox“ im DWH adap-

tiert und weiterentwickelt. Das Projekt ermöglicht strategisch wichtige Ad-hoc-Analysen oder zeitkritische Auswertungen und Simulationen auf Basis der vorhandenen Daten, verknüpft mit temporär verfügbaren Ergänzungsdaten der Fachbereiche in der Sandbox, wobei die Prozesse durch die Spezialistinnen und Spezialisten der Fachabteilungen ohne die Inanspruchnahme des IT-Fachpersonals gesteuert werden können.

Diese Sandbox-Lösung und die kurze Zeit vom Konzept bis zur Realisierung dieses Projektes blieben auch außerhalb des GKV-Spitzenverbandes in der IT-Welt nicht unbemerkt. Die Fachzeitschriften COMPUTERWOCHE und CIO wählten den für das Projekt verantwortlichen Abteilungsleiter, Herrn Jürgen Kellermann, im November 2009 in die Top 10 der Chief Information Officers des Mittelstandes.



Gut gesichert:  
Die Daten beim  
GKV-Spitzenverband

**Solide Finanzen: Verbandsbeitrag sinkt 2010**

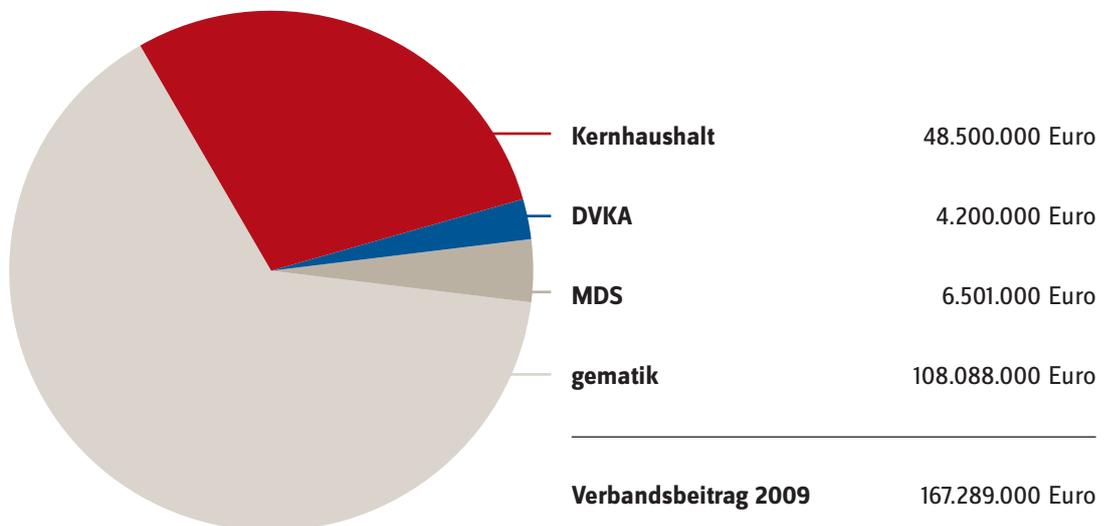
Mit dem Haushaltsplan 2009 legte der GKV-Spitzenverband erstmals einen Haushaltsplan (Verbandsbeitrag 167.289.000 Euro) über ein vollständiges Kalenderjahr sowohl für den Kernhaushalt und die integrierte Abteilung DVKA als auch für die externen Organisationen gematik und MDS vor. Der Haushaltsplan 2009 berücksichtigte einen Stellenzuwachs um 48 Stellen.

Gegenüber dem geplanten Ergebnis weist die Hochrechnung 2009 ein um 11.944.000 Euro besseres Ergebnis aus. Dies ist im Wesentlichen auf Mehreinnahmen im Wege der Kostenerstattung zur anteiligen Finanzierung der gematik und auf

Kosteneinsparungen durch die verzögerte Stellenbesetzung (Qualität vor Quantität) zurückzuführen. Ohne die Jahresrechnung abzuwarten (Mitte 2010), sind diese Mittel bereits umlagesenkend in die Haushaltsplanung 2010 eingebracht worden.

Der vom Vorstand aufgestellte und mit dem Fachausschuss Organisation und Finanzen intensiv beratene Haushaltsplan 2010 wurde vom Verwaltungsrat am 26. November 2009 einstimmig festgestellt und beschlossen. Er weist mit 125.627.000 Euro gegenüber dem Vorjahresplan einen um 41.662.000 Euro geringeren Verbandsbeitrag aus. Dies ist im Wesentlichen auf den Abbau überschüssiger Mittel der gematik aus Vorjahren zurückzuführen. Den

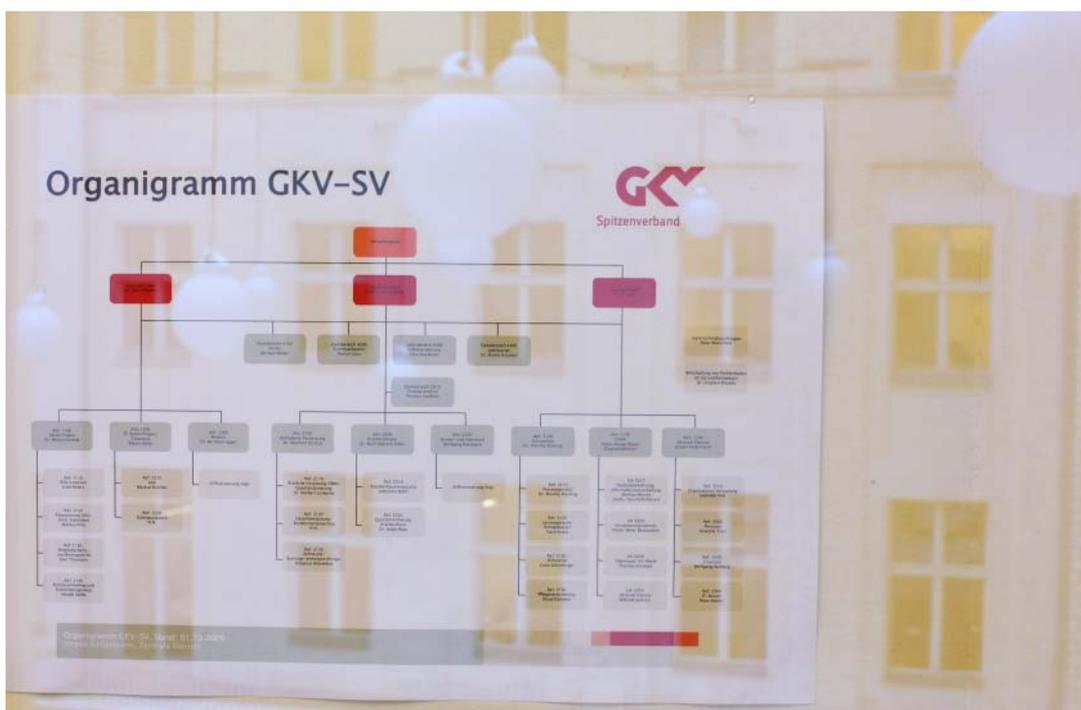
**Bestandteile des Haushaltsplans 2009**



Haushalt 2010 belastet erstmals die Berücksichtigung der neu einzurichtenden Auswertungsstelle zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation mit 4 Mio. Euro. Zudem brechen aufgrund der Finanzkrise in erheblichem Umfang in den Vorjahren zur Finanzierung der DVKA erwirtschaftete Zinserträge weg, sodass ein Betrag in Höhe von 2,6 Mio. Euro den Haushalt des GKV-Spitzenverbandes zusätzlich belastet.

Erstmalig wurde für das Haushaltsjahr 2008 die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes erstellt. Die Prüfung der Jahresrechnung 2008 durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG führte zu keinen Einwendungen. Zum 6. April 2009 wur-

de ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. Die Prüfung schloss die zum 1. Juli 2008 in den GKV-Spitzenverband integrierte Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland ein. Am 23. April 2009 stellte der Vorstand die Jahresrechnung 2008 des GKV-Spitzenverbandes auf. In seiner Sitzung am 4. Juni 2009 entlastete der Verwaltungsrat den Vorstand und nahm die Jahresrechnung ab, die gegenüber dem geplanten Einnahmenüberschuss mit einem um rund 1,8 Mio. Euro verbesserten Gesamtergebnis in Höhe von 3.898.606,99 Euro abschloss.



# Anhang

## Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 1.7.2009

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

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| 107. BKK Schott-Rohrglas                  | 134. Die Continentale BKK             | 161. LKK Baden-Württemberg                    |
| 108. BKK Schwesternschaft München vom BRK | 135. Dräger & Hanse BKK               | 162. LKK Franken und Oberbayern               |
| 109. BKK S-H                              | 136. E.ON BKK                         | 163. LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland |
| 110. BKK Stadt Augsburg                   | 137. Energie-BKK                      | 164. LKK Mittel- und Ostdeutschland           |
| 111. BKK Technoform                       | 138. ESSO BKK                         | 165. LKK Niederbayern/ Oberpfalz und Schwaben |
| 112. BKK Textilgruppe Hof                 | 139. Gemeinsame BKK (GBK)             | 166. LKK Niedersachsen-Bremen                 |
| 113. BKK TUI                              | 140. Gmünder Ersatz-Kasse             | 167. LKK Nordrhein-Westfalen                  |
| 114. BKK VBU                              | 141. Hamburg Münchener Krankenkasse   | 168. LKK Schleswig-Holstein und Hamburg       |
| 115. BKK VDN                              | 142. HEAG BKK                         | 169. mhplus BKK                               |
| 116. BKK VerbundPlus                      | 143. HEK - Hanseatische Krankenkasse  | 170. Neckermann-BKK                           |
| 117. BKK Victoria - D.A.S.                | 144. hkk                              | 171. neue bkk                                 |
| 118. BKK Vital                            | 145. HypoVereinsbank BKK              | 172. Novitas Vereinigte BKK                   |
| 119. BKK Vor Ort                          | 146. IKK Baden-Württemberg und Hessen | 173. numlKK                                   |
| 120. BKK Voralb Heller Leuze Traub        | 147. IKK Brandenburg und Berlin       | 174. pronova BKK                              |
| 121. BKK Werra-Meissner                   | 148. IKK gesund plus                  | 175. Saint-Gobain BKK                         |
| 122. BKK Westfalen-Lippe                  | 149. IKK Hamburg                      | 176. Salus BKK                                |
| 123. BKK Wieland-Werke                    | 150. IKK Niedersachsen                | 177. Schwenninger BKK                         |
| 124. BKK Wirtschaft und Finanzen          | 151. IKK Nord                         | 178. Securvita BKK                            |
| 125. BKK Würth                            | 152. IKK Nordrhein                    | 179. Shell BKK/Life                           |
| 126. BKK ZF & Partner                     | 153. IKK Sachsen                      | 180. Siemens-Betriebskrankenkasse             |
| 127. Bosch BKK                            | 154. IKK Südwest                      | 181. Signal Iduna BKK                         |
| 128. Brandenburgische BKK                 | 155. IKK Thüringen                    | 182. SKD BKK                                  |
| 129. City BKK                             | 156. Inovita BKK                      | 183. Südzucker-BKK                            |
| 130. Daimler BKK                          | 157. KKH-Allianz                      | 184. Taunus BKK                               |
| 131. DAK - Unternehmen Leben              | 158. Knappschaft                      | 185. Techniker Krankenkasse                   |
| 132. Debeka BKK                           | 159. Krankenkasse für den Gartenbau   | 186. Vaillant BKK                             |
| 133. Deutsche BKK                         | 160. ktp BKK                          | 187. WMF BKK                                  |

## Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2009

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Blum, Leo	LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Hansen, Dr. Volker	AOK Brandenburg
Hornung, Ernst	Esso BKK
Jehring, Stephan	AOK plus
Landrock, Dieter	AOK Baden-Württemberg
Mauer, Günter	AOK Rheinland/Hamburg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Niederhausen, Dieter	AOK Hessen
Räde, Hubertus	AOK Bayern
Schmid, Karl-Heinz	neue BKK (am 28.05.2009 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Scheurer, Hans-Walter	pronova BKK (am 18.02.2009 vom Amt entbunden)
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-BKK
Wille, Rolf	IKK Niedersachsen
Wollseifer, Hans-Peter	IKK Nordrhein

### Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Balzer, Klaus	KKH-Allianz
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bender, Hans	DAK
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Breymaier, Leni	BARMER Ersatzkasse
Budde, Willi	BKK vor Ort
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Huber, Ludwig	Gmünder ErsatzKasse
Jockel, Heidelind	AOK Brandenburg
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Kloppich, Iris	AOK plus
Langkutsch, Holger	BARMER Ersatzkasse
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Mathes, Manfred	BARMER Ersatzkasse
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus

Reumann, Peter	hkk (am 28.05.2009 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Schmidt, Andreas	AOK Rheinland/Hamburg
Schoch, Manfred	BKK BMW AG
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	neue BKK
Stute, Hans-Peter	DAK (am 28.05.2009 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK



## Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2009

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Beetz, Jürgen	Schwenninger BKK
Bernecker, Viktor	AOK Plus
Bögemann, Heiner	AOK Bremen/Bremerhaven
Bruns, Rainer	AOK Schleswig-Holstein
Burger, Winfried	IKK Südwest
Eckhard, Matthias	KKH-ALLIANZ (am 09.09.2009 vom Amt entbunden)
Fitzke, Helmut	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
John, Rainer	BKK Westfalen-Lippe
Kästner, Dr. Friedrich	AOK Berlin (am 26.11.2009 vom Amt entbunden)
Kreßel, Prof. Eckhard	Daimler BKK
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz
Lampe, Lothar	LKK Niedersachsen-Bremen
Malter, Joachim	AOK Saarland
Projahn, Dr. Horst-Dieter	AOK Westfalen-Lippe
Schneider, Dr. Peter	AOK Sachsen-Anhalt
Schurr, Horst	IKK Baden-Württemberg und Hessen
Schüßler, Götz	BKK MAN und MTU (am 26.11.2009 vom Amt entbunden)
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Zöllner, Horst	BKK Gesundheit

### Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	Hamburg Münchener Krankenkasse (am 28.05.2009 zum stv. Mitglied gewählt)
Balser, Erich	KKH-ALLIANZ
Bartz, Christoph	Deutsche BKK
Beeskow, Eva	BARMER Ersatzkasse (am 28.05.2009 zum stv. Mitglied gewählt)
Biermann, Ilka	BARMER Ersatzkasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Christen, Anja	BKK VBU
Deutschland, Peter	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Dorneau, Hans-Jürgen	Bahn BKK
Erb, Hartwig	num IKK
Fenske, Dieter	DAK (am 28.05.2009 zum stv. Mitglied gewählt)

Friederichs, Günter	Shell BKK/Life
Fuchs, Dr. Harry	Hamburg Münchener Krankenkasse
Göbel, Karl Michael	Techniker Krankenkasse
Grunau, Wilfried	Techniker Krankenkasse
Habermann, Rolf	SIGNAL IDUNA IKK
Haigis, Kurt	BKK Gesundheit
Hauffe, Ulrike	BARMER Ersatzkasse
Heerbeck, Thomas	BARMER Ersatzkasse
Holz, Elke	DAK
Hoof, Walter	DAK
Hüfner, Gert	Knappschaft
Keppeler, Georg	AOK Westfalen-Lippe
Klefler, Regina	IKK Thüringen
Köhler, Peter	AOK Schleswig-Holstein
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kunzmann, Martin	Gmünder ErsatzKasse (am 28.05.2009 zum stv. Mitglied gewählt)
Lehner, Dr. Heinz	BARMER Ersatzkasse (am 18.02.2009 vom Amt entbunden)
Lieske, Dieter	IKK Nordrhein
Lohre, Karl Werner	BARMER Ersatzkasse
Lubitz, Bernhard	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Maurer, Matthias	Gmünder ErsatzKasse
Meckel, Klaus	BKK MEM
Metschurat, Wolfgang	AOK Berlin
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz
Neuendorf, Theo	DAK
Nothof, Karl	BARMER Ersatzkasse
Ringhoff, Hubert	Techniker Krankenkasse
Röhm, Jaqueline	Techniker Krankenkasse
Schäfer, Günter	DAK
Schelter, Wolfgang	DAK
Schnurr, Hans-Jürgen	KKH-ALLIANZ (am 09.09.2009 vom Amt entbunden)
Schwan, Silvia	Techniker Krankenkasse
Seiffert, Stephan	BKK 24
Söffing, Hans-Jürgen	AOK Bremen/Bremerhaven
Staudt, Alfred	AOK Saarland
Treibmann, Peter	Techniker Krankenkasse
Wittrup, Hermann	KKH-Allianz (am 14.12.2009 zum stv. Mitglied gewählt)
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt

## Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2009

### Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Dieter Niederhausen / Christian Zahn (alternierend)

#### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

#### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende : Dieter Jürgen Landrock / Holger Langkutsch (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Rolf Wille / Ekehard Linnemann (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. **Rolf Wille (IKK)**
2. Hubertus Råde (AOK)
3. Dietrich von Reyher (BKK)
4. Günter Mauer (AOK)
5. Ernst Hornung (BKK)

Versichertenvertreter

1. **Ekehard Linnemann (Knappschaft)**
2. Wolfgang Metschurat (AOK)
3. Angelika Beier (AOK)
4. Manfred Schoch (BKK)
5. Helmut Aichberger (EK)
6. Hans Bender (EK)
7. Manfred Mathes (EK)

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Winfried Burger (IKK)
- Rainer Bruns (AOK)
- Karl-Heinz Schmid (BKK)
- Dr. Peter Schneider (AOK)
- Detlef E. von Schweinitz (BKK)

Versichertenvertreter

- Susanne Wiedemeyer (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1 - 4  
Peter Deutschland (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1 - 4  
Karl Nothof (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5 - 7  
Wolfgang Schelter (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5 - 7  
Dr. Harry Fuchs (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5 - 7

## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Ernst Hornung / Fritz Schösser (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

## Der Verwaltungsrat: Aufgaben und Termine

Gremien	Aufgaben	Sitzungen im Berichtsjahr 2009
<b>Verwaltungsrat</b>	Der Verwaltungsrat trifft alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung: der Gesundheits-, Pflege- und Sozialpolitik, der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens und der Telematik. Er beschließt die Satzung und sonstiges autonomes Recht, verabschiedet die Geschäftsordnung und bewilligt die Jahresrechnung und den Haushaltsplan. Darüber hinaus entscheidet er über die Mitgliedschaften in Organisationen und die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in Gremien anderer Institutionen sowie in Immobilienangelegenheiten. Er wählt den Vorstand.	18.02.2009 31.03.2009 04.06.2009 09.09.2009 26.11.2009
<b>Fachausschüsse des Verwaltungsrates</b>	Zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Verwaltungsrat vier Fachausschüsse, deren Aufgabenfelder sich an der Aufbauorganisation des GKV-SV orientieren, eingerichtet: Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Fachausschuss Organisation und Finanzen, Fachausschuss Verträge und Versorgung und Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die Ausschüsse bereiten in Form einer Arbeitsteilung Beschlüsse des Verwaltungsrates sowie Themen, die im Plenum zu behandeln sind, fachlich vor.	
<b>Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik (FA-GG)</b>	Der Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik unterstützt den Verwaltungsrat in gesundheits- und sozialpolitischen Grundsatzfragen, begleitet Gesetzgebungsverfahren und erarbeitet Konzepte und Positionen zu zentralen Themen der Gesetzgebung. Er befasst sich mit grundlegenden Fragen der Versorgungsentwicklung sowie der Haftung von Krankenkassen und den Rahmenbedingungen für den Wettbewerb. Auch die Themenkomplexe Telematik und Systemfragen der Informationstechnologie gehören in seinen Aufgabenbereich.	12.01.2009 (mit FA-OF) 27.01.2009 16./17.02.2009 (mit FA-OF) 11.03.2009 (mit FA-OF) 29.04.2009 12.08.2009 03.11.2009

<b>Fachausschuss Organisation und Finanzen (FA-OF)</b>	Dem Fachausschuss Organisation und Finanzen obliegen insbesondere Aufgaben der inneren Angelegenheiten des GKV-Spitzenverbandes. Er bereitet Beschlüsse zur Satzung und zum sonstigen autonomen Recht, die Abnahme der Jahresrechnung sowie die Feststellung des Haushaltsplans durch den Verwaltungsrat vor. Er befasst sich laufend mit der finanziellen und personellen Entwicklung des GKV-Spitzenverbandes. Zudem berät der Ausschuss den Verwaltungsrat in Immobilienangelegenheiten. Darüber hinaus gehört zu seinen Aufgaben das Qualitäts- und Datenmanagement im GKV-SV.	12.01.2009 (allein und mit FA-GG) 16./17.02.2009 (mit FA-GG) 11.03.2009 (mit FA-GG) 05.05.2009 05.08.2009 30.09.2009 03./04.11.2009
<b>Fachausschuss Verträge und Versorgung (FA-VV)</b>	Der Fachausschuss Verträge und Versorgung befasst sich mit Grundsatzfragen der Versorgungspolitik sowie der Vertragsgestaltung auf Bundesebene insbesondere im Hinblick auf Zieldefinitionen. In seine Aufgabengebiete gehören Themen der ambulanten und stationären Versorgung sowie Vergütung, der Arzneimittel, der Heil- und Hilfsmittel, des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Medizinischen Dienstes. Zudem berät der Fachausschuss Fragen der Qualitätssicherung in den Versorgungsbereichen und Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung.	13.01.2009 07.05.2009 11.08.2009 05.11.2009
<b>Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege (FA-PRP)</b>	Der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege hat die Aufgabe, Grundsatzfragen zur Pflegeversicherung, zur Rehabilitation und Prävention und in diesen Bereichen grundlegende Fragen der Versorgung vorzubereiten. Darüber hinaus befasst sich der Ausschuss mit dem Themenfeld der Versicherten- und Patientenrechte sowie der Selbsthilfe und mit Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung in seinen zu beratenden Schwerpunktgebieten.	19./20.01.2009 22.04.2009 04.08.2009 06.11.2009

---

## Die Mitglieder des Fachbeirats im Jahr 2009

### Mitglieder

### Stellvertreter/-innen

---

#### AOK

- |   |   |
|---|---|
| 1. Dr. Herbert Reichelt, AOK-Bundesverband<br>(seit 18.03.2009) | Jürgen Graalmann, AOK-Bundesverband<br>(seit 18.03.2009)    |
| Dr. Hans Jürgen Ahrens, AOK-Bundesverband<br>(bis 18.03.2009)   | Dr. Herbert Reichelt, AOK-Bundesverband<br>(bis 18.03.2009) |
| 2. Dr. Rolf Hoberg, AOK Baden-Württemberg                       | Rolf Steinbronn, AOK Plus                                   |

---

#### BKK

- |   |                               |
|---|-------------------------------|
| 1. Heinz Kaltenbach, BKK Bundesverband<br>(seit 29.09.2009)   | Ingo Werner, spectrum K       |
| Wolfgang Schmeinck, BKK Landesverband NRW<br>(bis 29.09.2009) |                               |
| 2. Dr. Hildegard Demmer, BKK Bundesverband                    | Thomas Bodmer, BKK Gesundheit |

---

#### Ersatzkassen

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| 1. Thomas Ballast, vdek | Dr. Jörg Meyers-Middendorf, vdek<br>(seit 26.11.2009) |
|                         | Elisabeth Bertram, vdek<br>(bis 26.11.2009)           |
| 2. Ulrike Elsner, vdek  | Oliver Blatt, vdek<br>(seit 26.11.2009)               |
|                         | Edelinde Eusterholz, vdek<br>(bis 26.11.2009)         |

**IKK**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 1. Rolf Stuppardt, IKK e. V.     | Frank Neumann, BIG direkt gesund   |
| 2. Uwe Schröder, IKK gesund plus | Enrico Kreutz, IKK Brandenburg und Berlin<br>(seit 29.09.2009)<br>Wolfgang Krause, IKK Niedersachsen<br>(bis 29.09.2009) |

**Knappschaft-Bahn-See**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Rolf Stadié, Knappschaft-Bahn-See      | Hans-Jürgen Fries, Knappschaft-Bahn-See |
| 2. Gerd Jockenhöfer, Knappschaft-Bahn-See | Jörg Neumann, Knappschaft-Bahn-See      |

**Landwirtschaftliche Sozialversicherung**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Dr. Erich Koch, BLK<br>(seit 18.03.2009)<br>Dr. Harald Deisler, BLK<br>(bis 18.03.2009) |  |
| 2. Eckhart Stüwe, BLK  |  |

# Organigramm

112

Anhang

