



Spitzenverband

Geschäftsbericht 2011



**Patientenversorgung  
im Fokus**



## **Impressum**

Herausgeber:

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288 - 0

Telefax: 030 206288 - 88

Email: [kontakt@gkv-spitzenverband.de](mailto:kontakt@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 2011.

Redaktionsschluss: 29. Februar 2012

Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich),

Koordination: René Kircher, Manuela Ill-Groß

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH, Berlin

Fotonachweis: S. 7, S. 9, S. 40, S. 44, S. 57, S. 74, S. 81: GKV-SV; S. 19-21: Uwe Völkner; S. 26, S. 29:

Gemeinsamer Bundesausschuss; S. 78: Social Security Administration, Baltimore (USA); S. 32-33: Reitz, walkscreen.de; Titelbild, S. 41, S. 47, S. 59, S. 65, S. 69, S. 70, S. 73, S. 82: iStockphoto; S. 10, S. 30, S. 38:

Shutterstock; S. 18, S. 27, S. 42, S. 50, S. 62, S. 67: Thinkstock; S. 77: dpa Picture-Alliance; S. 80: Corbis;

S. 14, S. 24, S. 56: BBGK Berliner Botschaft

Druck: LASERLINE Digitales Druckzentrum Bucec & Co. Berlin KG



Spitzenverband

Geschäftsbericht 2011

# **Patientenversorgung im Fokus**



## Geschäftsbericht 2011

Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates.....	6
Vorwort des Vorstandes .....	8
Trotz guter GKV-Finzen: Neue Versorgungsstrukturen auf halbem Weg stecken geblieben .....	11

### Gremienarbeit

Berichte aus dem Verwaltungsrat und seinen Fachausschüssen.....	13
Mitgliederversammlung: Verwaltungsrat neu gewählt .....	19
Bericht aus dem Fachbeirat.....	25
Gemeinsamer Bundesausschuss: Veränderung der Strukturen .....	26

### Themen des Jahres

Verbesserung der Versorgungsstrukturen oder Ärzteversorgungsgesetz?.....	31
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Ein neuer Versorgungssektor entsteht.....	34
„Rolle rückwärts“ in der ärztlichen Vergütung.....	36
Innovative Behandlungsmethoden: Was das GKV-Versorgungsstrukturgesetz bringt .....	39
Patientenrechtegesetz: Der Patient im Mittelpunkt .....	40
Stationäre Versorgung .....	43
Datenverfügbarkeit und -transparenz: Grundlage für die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben .....	46
AMNOG: Umsetzung gestartet.....	49
Telematik: Wichtige Schritte auf dem Weg zu einer Gesundheitstelematik .....	55
Finanzentwicklung 2011/2012: Konsolidierungskurs verdrängt Zusatzbeiträge .....	58
Bundesversicherungsamt schließt zwei Krankenkassen: Herausforderung für alle Akteure .....	61
Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	64
Pflegeversicherungsreform: Jahr der Pflege? .....	66
Pflege-Transparenzvereinbarungen: Neues Konzept und Schiedsstellenregelung .....	71
Neu beim GKV-Spitzenverband: Forschungsstelle Pflegeversicherung .....	72
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland: Soziale Sicherheit weltweit.....	76
Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes.....	81
Organisationsentwicklung und Haushalt .....	83

**Anhang**

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes .....	88
Fusionen im Jahr 2011.....	90
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2011 .....	92
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2011 .....	94
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates, 2. Amtsperiode (2012 bis 2017).....	96
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates, 2. Amtsperiode (2012 bis 2017) .....	98
Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2011 .....	100
Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2012 .....	104
Der Verwaltungsrat und seine Fachausschüsse: Themen und Termine 2011 .....	108
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter/-innen des Fachbeirates .....	114
Referentenrunden .....	115
Organigramm .....	118

## Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Berichtsjahr 2011 endete auch die erste Amtsperiode des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes. Durch die in diesen Jahren tiefgreifenden Änderungen im Gesundheitswesen hatte sich die Selbstverwaltung mit immer wieder neuen Fragestellungen und Problemfeldern zu befassen, sich zu positionieren und Lösungen zu formulieren.

Eine zentrale Herausforderung war dabei, die sich abzeichnende defizitäre Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem Jahr 2009 abzuwenden. Versicherte und Arbeitgeber wurden schließlich durch den Gesetzgeber mit einer deutlichen Beitragserhöhung in einem Gesamtvolumen von gut 6 Mrd. Euro jährlich belastet. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beträgt zum 31. Dezember 2011 rd. 9,5 Mrd. Euro. Nach Abzug

der zweckgebundenen Mittel verbleibt ein Überschuss in Höhe von rd. 4,5 Mrd. Euro. Dies ist ein ökonomisch angemessener Puffer für überjährige Einnahmerisiken. Es gibt daher keinen Anlass, über zusätzliche Ausgabensteigerungen der Krankenkassen zugunsten der Honorare oder Vergütungen von Ärzten, Arzneimittelherstellern, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern nachzudenken.

Mit Sorge sieht der Verwaltungsrat die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz enthaltenen Veränderungen der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Letztlich werden damit dessen bewährte Konstruktion in Frage gestellt und die Entscheidungsprozesse erschwert. Mit der Gesetzgebung des Jahres 2011 zeigen sich erneut Tendenzen, einen stärkeren Staatseinfluss in der GKV zu etablieren. Wir setzen dem entgegen, dass die Selbstverwaltung als konstitutives Element den Staat von Aufgaben entlastet, die sie aufgrund

eigener Betroffenheit besser und lebensnäher organisieren kann. Wir werden dies in der künftigen Debatte noch stärker in den Blickpunkt rücken.

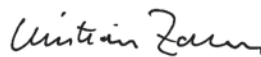
Ein besonderes Augenmerk wird der Verwaltungsrat auf die in das Jahr 2012 verschobene Pflege-reform legen. Wir brauchen dringend ein neues Verständnis darüber, wer als pflegebedürftig anzusehen ist, welchen Hilfebedarf insbesondere demenziell erkrankte Menschen haben und wie das zu finanzieren ist.

Weiterhin gibt es viel zu tun, um die hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung der Versicherten auch in Zukunft umfassend zu gewährleisten. Unsere Aufgabe und zugleich unser Anspruch ist es, den Freiraum zwischen Wettbewerb und staatlichen Rahmenvorgaben sinnvoll zu gestalten. Maßgeblich ist dabei, dass die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Wah-

rung der solidarischen Strukturen zugunsten des Wettbewerbs um eine hohe Versorgungsqualität gestärkt werden. Handlungsgrundlage der Selbstverwaltung ist der bestehende Grundkonsens zwischen den Sozialpartnern, durch konstruktive Abwägung der jeweiligen Interessen die gemeinsamen Zielsetzungen der Beteiligten zu verfolgen und zu pragmatischen Entscheidungen zu gelangen.



Dr. Volker Hansen



Christian Zahn



## Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

2011 erwies sich gesundheitspolitisch erneut als ein turbulentes Jahr. Reformen standen im Mittelpunkt: Bedarfsplanung, (Zahn-) Ärzte-Honorare, Gemeinsamer Bundesausschuss und Krankenhaushygiene sind nur einige der Gesetzesvorhaben, zu denen der GKV-Spitzenverband Stellung bezogen hat.

Erfreulich für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist, dass sich die Finanzlage der Krankenkassen dank unerwartet guter Konjunktur, aber auch wegen beherzter Maßnahmen der Politik insgesamt auf einem guten Weg der Konsolidierung befindet. Zuvor erwartete flächendeckende Zusatzbeiträge waren nicht erforderlich. Dabei stehen die Krankenkassen in einem - politisch gewollten - harten Wettbewerb. Allerdings gehört ebenso zur Wahrheit, dass dieses Ergebnis durch eine deutliche Beitragssatzerhöhung durch den Gesetzgeber

erreicht wurde, die Versicherte und Arbeitgeber erheblich belastet.

Mit Blick auf die GKV-Finzen betonen wir aber: Konsolidierung bleibt das Gebot der Stunde. Im Jahr 2012 werden die Zuweisungen des Gesundheitsfonds die Ausgaben der Kassen voraussichtlich decken. Die individuelle Finanzlage einzelner Kassen stellt sich dabei sehr unterschiedlich dar. Angesagt ist deshalb eine nachhaltige Finanzpolitik. Zusätzliche Ausgabensteigerungen der Krankenkassen zugunsten der Vergütungen von Ärzten, Arzneimittelherstellern oder Krankenhäusern sind nicht angezeigt. Vielmehr ist dauerhafte Ausgabendisziplin gefordert. Die Versorgung der Menschen muss im Fokus stehen, nicht das Portemonnaie der Leistungserbringer.

Auch im Jahr 2012 wird sich der GKV-Spitzenverband für eine hochwertige und finanzierbare Versorgung



einsetzen. Die Krankenkassen brauchen hierfür vor allem mehr Vertragsfreiheiten, um im Sinne der Patienten und Beitragszahler mit Ärzten und Krankenhäusern verhandeln zu können. Von den Interessen der Patienten und Beitragszahler lässt sich der GKV-Spitzenverband auch leiten bei den im Jahr 2012 erstmalig mit der Pharmaindustrie zu verhandelnden Rabatten auf neue Arzneimittel.

Zugleich sind neue gesundheitspolitische Vorhaben für 2012 angekündigt, darunter Prävention und Patientenrechte. Überfällig ist die Reform der Pflegeversicherung. Bei der besseren Versorgung demenziell Erkrankter, dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und natürlich der Finanzierungsfrage bedarf es klarer politischer Entscheidungen. Für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ist dabei klar: Nur wenn die Versorgung der Menschen im Fokus der Bemühungen von Politik, Gemeinsamer Selbstverwaltung und allen anderen Akteuren

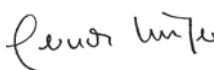
des Gesundheitswesens steht, gewinnen alle. Der GKV-Spitzenverband wird sich auch im Jahr 2012 in die politischen Debatten und die Umsetzung von gesetzlichen Regelungen einbringen.



Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg  
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes



Gernot Kiefer  
Mitglied des Vorstandes



● ready

● x-ray

— — s  
timer

— □ +

19 Tage

— □ +

9.5 Mrd. €

— ▽ +

density

— — —

● a  
● b  
● c

● grid

● magn

● auto  
rel

● auto  
exp

**WARNING:** This x-ray unit may be dangerous to patient and operator unless safe exposure factors and operating instructions are observed.

31005

**Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich 2011 positiv entwickelt. Zusatzbeiträge werden 2012 voraussichtlich nur noch vereinzelt von Krankenkassen erhoben. Angesichts der ungewissen konjunkturellen Entwicklung – auch aufgrund der weiter schwelenden Eurokrise – ist aber auch zukünftig strikte Ausgabendisziplin gefordert. Ferner wird das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zu Mehrausgaben führen, ohne dass an anderer Stelle Ausgabensenkungen zu erwarten sind. Die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Regelungen, um eine drohende Unterversorgung besonders in strukturschwachen Regionen zu vermeiden, beinhalten gute Ansätze, bleiben aber hinter den Notwendigkeiten deutlich zurück. Handlungsbedarf im Jahr 2012 ist dringend bei der Pflege-reform angezeigt, um besonders Leistungsverbesserungen für Demenzkranke schnell umzusetzen.**

## Trotz guter GKV-Finzen: Neue Versorgungsstrukturen auf halbem Weg stecken geblieben

Die Krise des Euro war das alles bestimmende politische Thema des Jahres 2011, das uns auch über das Jahr 2012 hinaus begleiten wird. Eine Finanzierungs- oder gar Verschuldungskrise in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist dagegen aktuell nicht zu befürchten. Im Gegenteil, die Finanzlage des Gesundheitsfonds ist gut, und in der Kassenlandschaft zeichnet sich ab, dass im Jahr 2012 nur noch in Einzelfällen Zusatzbeiträge erhoben werden müssen. Fakt ist: Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen der Krankenkassen (KV 45, 4. Quartal 2011) betrug die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum 31. Dezember 2011 rd. 9,5 Milliarden Euro, und für das Jahr 2012 wird ein Einnahmeüberschuss des Fonds von rund 200 Millionen Euro erwartet. Auch die Krankenkassen verzeichnen Überschüsse. Die Finanzlage der GKV ist aufgrund der guten konjunkturellen Entwicklung und beherzter gesetzgeberischer Maßnahmen in der laufenden Legislaturperiode erfreulich – dies allerdings auch nach einer deutlichen Beitragssatzerhöhung, die Versicherte und Arbeitgeber erheblich belastet.

Prompt wird nun von verschiedenen Seiten gefordert, die liquiden Mittel auszuschütten. Die GKV befindet sich zwar kurzfristig auf einem guten Weg der finanziellen Konsolidierung, sie schwimmt aber keinesfalls im Geld. Folgende Zahlen verdeutlichen das: Bezogen auf das zugesicherte Fondsvolumen für das Jahr 2012 in Höhe von 185,4 Mrd. Euro entsprechen 9,5 Mrd. Euro einer Finanzierung der GKV für rd. 19 Tage. Von diesen 9,5 Mrd. Euro sind bereits 5,0 Mrd. Euro gesetzlich gebunden. Niemand weiß heute, wie sich die Konjunktur mittelfristig

entwickelt, und auch die Eurokrise ist keineswegs ausgestanden. Es gibt daher keinen Anlass, über zusätzliche Ausgabensteigerungen der Krankenkassen zugunsten der Honorare oder Vergütungen von Ärzten, Arzneimittelherstellern, Krankenhäusern oder anderen Leistungserbringern nachzudenken. Ausgabendisziplin ist dauerhaft gefordert.

Mehrausgaben sind im Übrigen bereits mit dem Ende 2011 verabschiedeten GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) beschlossen worden. Der GKV-Spitzenverband bezweifelt, dass hier wie behauptet für die GKV nur mit geringfügigen Mehrausgaben zu rechnen sei. Kostenrisiken entstehen in den nächsten Jahren insbesondere durch die im Gesetz vorgesehene Förderung der ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Regionen, durch die Aufgabe des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in der zahnärztlichen Versorgung, aufgrund der fehlenden Vorgaben zur Bedarfsplanung im Rahmen der neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und durch die ab 2013 geltende Regionalisierung in der vertragsärztlichen Vergütung.

Der Gesetzgeber selbst hat offensichtlich Zweifel an den eigenen Prognosen. Er geht einerseits davon aus, den gesetzlich bewirkten finanziellen Wirkungen stünden an anderer Stelle kompensatorisch ausgabensenkende Wirkungen gegenüber. Andererseits sieht das Gesetz vor, dass die Vergütungsänderungen auf das Versorgungsgeschehen und die Finanzwirkungen der GKV evaluiert werden, um etwaige Mehrausgaben bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd zu be-

rücksichtigen. Damit ist trotz aller Beteuerungen zu befürchten, dass ein in der Zukunft notwendig werdender Sozialausgleich nicht aus Steuermitteln finanziert wird. Der Gesetzgeber hatte noch mit dem GKV-Finanzierungsgesetz den Grundsatz verfolgt, den Sozialausgleich in vollem Umfang aus Steuermitteln zu finanzieren. Hier muss in den nächsten Jahren genau hingeschaut werden, denn Finanzierungslücken beim Sozialausgleich, die durch höhere Arzthonorare entstehen, dürfen nicht zu Lasten der Beitragszahler gehen.

Das GKV-VStG enthält darüber hinaus zahlreiche positive Ansätze zur Vermeidung der drohenden Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen. Dies gilt im Besonderen für die vorgesehene Möglichkeit einer Differenzierung des Raumbezugs nach Versorgungsbereichen - nämlich nach hausärztlichem, allgemein fachärztlichem und spezialisiertem ambulant fachärztlichen Bereich. Sinnvoll und vor allem in weniger ärztlich gut versorgten ländlichen Bereichen notwendig ist es auch, dass z. B. ärztliche Leistungen delegiert und substituiert werden können.

Allerdings wird die gleichzeitig bestehende Überversorgung mit den geplanten Maßnahmen nicht nachhaltig bekämpft. Nun sollen Kassenärztliche Vereinigungen zwar Praxen in überversorgten Regionen aufkaufen können, sie müssen es aber nicht. Es bleibt auch bei dem Anspruch der Praxisinhaber und deren Erben, dass eine Zulassung in einer überversorgten Region verkauft werden kann. So lange es aber weiterhin möglich ist, sich in einer Ballungsregion niederzulassen, wird der Strom aufs Land eher mäßig ausfallen. Dabei müsste allen klar sein, dass Über- und Unterversorgung zwei Seiten einer Medaille sind.

Für 2012 sind neue gesundheits- und pflegepolitische Vorhaben angekündigt, darunter die Themen Prävention und Patientenrechte. Längst überfällig ist die Reform der Pflegeversicherung. Bei der besseren Versorgung demenziell Erkrankter und dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff müssen nach all den Ankündigungen nun endlich Taten folgen.

Der Verwaltungsrat als Gremium der sozialen Selbstverwaltung orientiert sich bei der Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung stets an der Lebenswirklichkeit der Menschen. Auch im Jahr 2011 wurden unterschiedlichste Themenbereiche mit Unterstützung der jeweiligen Fachausschüsse beraten. Mit dem Bundesgesundheitsminister debattierte der Verwaltungsrat über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und die notwendige Reform der Pflegeversicherung. Die Neuausrichtung der Telematik wurde vom Verwaltungsrat intensiv begleitet und maßgeblich beeinflusst. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Verwaltungsrat eigene Eckpunkte formuliert und sich damit zur Zukunft der Bedarfsplanung, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und Innovationen positioniert. Bei der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen war es auch 2011 Ziel des Verwaltungsrates, Änderungen zu erreichen, die Lösungen für Verbesserungen zur Qualitätsbewertung der Pflege bieten. Außerdem hat der Verwaltungsrat Satzungsänderungen für den GKV-Spitzenverband beschlossen, die die Bedingungen eines Darlehens zur Zwischenfinanzierung bei Kassenschließungen regeln.

## Berichte aus dem Verwaltungsrat und seinen Fachausschüssen

Auch im letzten Jahr seiner ersten Amtsperiode hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes sich intensiv am gesundheits- und pflegepolitischen Diskurs beteiligt und dabei wichtige Impulse für die Reformgesetzgebung im Jahr 2011 geliefert. Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung muss sich eng an der Lebenswirklichkeit der Versicherten, der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie den Interessen der Beitragszahler orientieren. Der Verwaltungsrat als Gremium der sozialen Selbstverwaltung behält dabei stets im Blick, dass diese Maßgabe – auch vor dem Hintergrund eines gewachsenen Wettbewerbsdrucks in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – im Mittelpunkt des Handelns bleibt.

Zusätzlich zu seinen vier turnusmäßigen Sitzungen kam der Verwaltungsrat im Rahmen zweier Sondersitzungen zusammen, da sich aktueller Entscheidungsbedarf ergeben hatte. Die vier Fachausschüsse tagten in 16 regulären Sitzungen sowie in 9 Sondersitzungen, um Beschlussempfehlungen für das Plenum zu erarbeiten.

### **Position beziehen: Austausch mit der Politik**

In allen Sitzungen waren die Berichte des Vorstandes und die Ausführungen der Fachabteilungen wesentliche Grundlagen für die Beratungen und die Meinungsbildung des Verwaltungsrates. Es fanden zudem Gespräche mit Vertretern der Politik statt, um den Positionen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung Nachdruck zu verleihen und die weitergehenden Beratungen durch zusätzliche Aspekte noch stärker zu fundieren.

Im März 2011 folgte der damalige Bundesminister für Gesundheit, Dr. Philipp Rösler, einer Einladung des Verwaltungsrates. Er legte die zentralen Reformthemen und Intentionen der Bundesregierung im Bereich Gesundheit und Pflege dar und diskutierte mit dem Plenum Möglichkeiten und Erfordernisse einer zukunftsfähigen und generationengerechten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Im Fokus der Debatte stand die notwendige Reform der Pflegeversicherung. Minister und Verwaltungsrat stimmten überein, dass die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes die Basis und den Rahmen für die künftige Ausgestaltung der Pflegefinanzierung bilden muss. Die Mitglieder des Verwaltungsrates forderten dazu zeitnah Schritte, die ein tragfähiges Konzept erkennen lassen.

Der Fachausschuss Prävention, Pflege und Rehabilitation erörterte in seiner Sitzung im April 2011 mit Wolfgang Zöllner, dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung, verschiedene Aspekte des geplanten Patientenrechtegesetzes. Zöllner führte aus, dass die Koalition mit dem Ziel verfolge, unter Einbeziehung aller Beteiligten die Rechte der Patienten zu bündeln und deren Souveränität insgesamt zu stärken. Der Fachausschuss äußerte die Erwartung, dass Patientenautonomie durch das Gesetz im gesamten Rechtssystem durchgängig sichergestellt werde. Er unterstrich außerdem, dass die soziale Selbstverwaltung bei den Krankenkassen die Vertretung von Patienteninteressen in vollem Umfang gewährleisten und wandte sich in diesem Zusammenhang gegen Bestrebungen, Entscheidungsrechte von Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen. In seiner Sitzung im

# Ihr nächster Termin

2011

Verwaltungsrat und Fachausschüsse  
31 Sitzungen

Di Mi Do Fr  
Sa So

zur Gastroskopie  zur Koloskopie  
 zur Sonografie

Bitte bringen Sie mit:

Bescheinigung

Bescheinigung

Bescheinigung

Bescheinigung

Bescheinigung

Bescheinigung

Bescheinigung

Bitte mitbringen Sie eine Nachzahlung, falls Sie vor

September 2011 verabschiedete der Verwaltungsrat nach ausführlicher Vorbereitung durch den Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege ein Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Begleitung des parlamentarischen Verfahrens für ein Patientenrechtegesetz.

#### **Neuausrichtung der Telematik: Wichtiger Schritt**

Mit großem Engagement hat der Verwaltungsrat die Neuausrichtung der Telematik begleitet und maßgeblich beeinflusst. Der zuständige Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik hat sich in intensiven Beratungen immer wieder mit der Thematik befasst und substanzielle Beschlussempfehlungen für den Verwaltungsrat entwickelt. Nach dem GKV-Finanzierungsgesetz waren die gesetzlichen Kassen verpflichtet, im Jahr 2011 mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten auszustatten. Um die Kassen vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Verpflichtung wirksam zu unterstützen, hat der GKV-Spitzenverband im Auftrag des Verwaltungsrates und in Zusammenarbeit mit den Kassen die Machbarkeit von Alternativen mit dem Schwerpunkt der Online-Kartenprüfung/-aktualisierung mit Verfügbarkeit in zwei Jahren geprüft und in diesem Kontext mehrere Lösungsoptionen entwickelt, aus denen der Verwaltungsrat nach sorgfältigen Erwägungen seine Auswahl getroffen hat. In seiner Sitzung im Juni 2011 hat das Plenum das Konzept „Alternative 2012“ verabschiedet und den GKV-Spitzenverband mit der Umsetzung beauftragt. Mit der „Alternative 2012“ als vorgezogener Lösung ist ein beträchtlicher Mehrwert gegenüber der bisherigen Krankenversicherungskarte verbunden. So leistet z. B. die vorgesehene Online-Mitgliedschaftsprüfung einen entscheidenden Beitrag zur Vermeidung von Kartenmissbrauch. Die Kostenträger profitieren zudem

u. a. von der fachlichen und technischen Ausbaufähigkeit, ferner werden auch die Voraussetzungen für die Nutzung freiwilliger medizinischer Anwendungen geschaffen. In ihrer Sitzung im Dezember 2011 haben die Gesellschafter der gematik schließlich ein gemeinsam getragenes, stufenweises Vorgehen des Online-Rollouts auf Basis der „Alternative 2012“ beschlossen. Die Krankenkassen sind danach zeitnah in der Lage, ihrem gesetzlichen Auftrag zur Bereitstellung von Onlinediensten zur Aktualitätsprüfung der Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte nachzukommen. Es wird gleichzeitig ein Nutzen realisiert, der die bereits erfolgten und noch vorgesehenen Investitionen rechtfertigt. Der Selbstverwaltung ist damit in einem herausragenden Projekt der ersten Amtsperiode in enger Kooperation mit dem Hauptamt ein entscheidender Schritt nach vorn gelungen.

#### **GKV-Versorgungsstrukturgesetz:**

##### **Gestalten statt verwalten**

Im Juni 2011 hat der Verwaltungsrat Eckpunkte für ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz zur Begleitung des entsprechenden Gesetzgebungsprozesses beschlossen. Die Eckpunkte basieren auf den im Verwaltungsrat abgestimmten Positionen zur Zukunft der Bedarfsplanung, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und zu Innovationen. Dem Beschluss waren ausführliche Debatten im Plenum sowie im Fachausschuss Verträge und Versorgung vorausgegangen, die parallel zum weiteren Verlauf des parlamentarischen Verfahrens fortgesetzt wurden. Die Ansätze des Gesetzgebers zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land wurden dabei einhellig begrüßt. Ebenfalls positiv bewertete der Verwaltungsrat, dass - neben den jetzt immer noch im Gesetz stehenden Ausgabenrisiken - auf die anfänglich geplanten kostentreibenden Elemente in

Höhe von zusätzlich 2,4 Mrd. Euro bei der Ärztevergütung letztlich verzichtet wurde. Ein eklatantes Missverhältnis sah die Selbstverwaltung allerdings zwischen den Regelungen zum Abbau der Unterversorgung und den vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau der Überversorgung. Die im Zuge der Gesetzgebung ebenfalls intendierte Strukturreform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) befand der Verwaltungsrat für unnötig und sprach sich stattdessen für die Beibehaltung der bewährten autonomen und staatsfernen Ausrichtung des G-BA aus.

#### **Überarbeitung der Pflege-**

##### **Transparenzvereinbarungen: Konsens finden**

In einem aufwendigen Beratungsprozess haben sich der Verwaltungsrat und sein zuständiger Fachausschuss kontinuierlich und intensiv mit der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen befasst. Im Hinblick auf den Ende 2010 geforderten Konfliktlösungsmechanismus bei der Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen wurde mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes eine Schiedsstellenlösung durch den Gesetzgeber verankert. Unverändert war es auch 2011 Ziel des Verwaltungsrates, Änderungen der Pflege-Transparenz zu erreichen, die für erkannte Schwachstellen Lösungen bieten und zu einer Verbesserung des Instrumentes der vergleichenden Qualitätsbewertung der Pflege entsprechend dem gesetzlichen Auftrag führen. Überarbeitungsbedarf bei den bestehenden Transparenzvereinbarungen sah er vor allem bei der Stichprobe und der Bewertungssystematik. In seiner Sitzung im Juni 2011 hat das Plenum dem Konzept für die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen und den dort aufgeführten Umsetzungsschritten zugestimmt. Das Konzept für die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung sieht u. a. vor, Datenvollerhe-

bungen zu den Kriterien der Qualitätsprüfungen in insgesamt neun ambulanten und neun stationären Pflegeeinrichtungen in drei Bundesländern durchzuführen. Mit den Ergebnissen dieser Vollerhebungen soll ein geeignetes, methodisch und inhaltlich belastbares und zudem umsetzbares Stichprobenmodell ermittelt werden. Der Verwaltungsrat veranlasste außerdem auf Basis des Konzepts eine externe wissenschaftliche Begleitung zur Klärung der Frage, ob eine Bewertungssystematik nach Noten oder nach Punkten aus Sicht der Nutzer verständlicher ist. Die Beratungen werden 2012 fortgeführt.

##### **Kassenschließungen:**

##### **Verantwortung übernehmen**

Umfängliche Beratungen des Verwaltungsrates sowie der zuständigen Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Organisation und Finanzen erforderte die Schließung der CITY BKK. Die anfänglich kritischen Entwicklungen im Umgang mit den Versicherten wertete der Verwaltungsrat als schädlich für das Ansehen der GKV.

Dem GKV-Spitzenverband obliegt die organisatorische Abwicklung der Haftung bei Kassenschließungen und -insolvenzen. Um die Zwischenfinanzierung zum Ausgleich der Forderungen von Leistungserbringern, Versicherten und anderen Gläubigern möglichst zügig und liquiditätsschonend vollziehen zu können, ist die Aufnahme eines Darlehens erforderlich, bis die Mittel per Umlage aus dem Haftungsverbund eingenommen werden können. Die Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband ist gesetzlich geregelt. Der Verwaltungsrat hat hierzu im Juni 2011 eine entsprechende Satzungsänderung beschlossen. Er hat über die Aufnahme, die Höhe und die Konditionen des Darlehens zu entscheiden. Über den jeweiligen Darlehensverlauf



ist der Fachausschuss Organisation und Finanzen im Rahmen eines kontinuierlichen Reportings zu informieren.

Der Verwaltungsrat hat den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes beauftragt, die Vorgänge und Abläufe im Zusammenhang mit der Schließung der CITY BKK zu analysieren und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Dabei waren Aspekte der Vermeidung von Schließungen, der Gestaltung von Wahlrechten der Versicherten und der nahtlosen Leistungsgewährung beim Übergang in eine neue Krankenkasse einzubeziehen. Zudem waren die Aufgaben und Verantwortlichkeiten von schließender Kasse, Haftungsverbund, Aufsichtsbehörde, GKV-Spitzenverband und aufnehmenden Krankenkassen inklusive eventuell notwendiger gesetzlicher Veränderungen zu berücksichtigen. Die vorgelegten Ergebnisse bewertete der Verwaltungsrat als geeignete Grundlage zur weiteren Beratung von Details. Vor dem Hintergrund der Schließung der BKK für Heilberufe stimmte der Verwaltungsrat der Empfehlung zu, den Erfahrungsbericht weiterzuentwickeln.

VERWALTUNGSGESAMT  
2. AMTSPERIODE  
52 MITGLIEDER



Im Dezember 2011 hat die Mitgliederversammlung in ihrer konstituierenden Sitzung mit der Wahl eines neuen Verwaltungsrates für den GKV-Spitzenverband die zweite Amtsperiode der Selbstverwaltung eingeleitet. Nachfolgerin des bisherigen Vorsitzenden der Mitgliederversammlung, Richard Feichtner, wurde Iris Kloppich. Neben der Vorstandsvorsitzenden, Frau Dr. Doris Pfeiffer, wandte sich auf der Mitgliederversammlung auch Gesundheitsminister Daniel Bahr in einer Rede an die anwesenden Delegierten und unterstrich die Vorteile der Selbstverwaltung gegenüber staatlich organisierten Gesundheitssystemen. Der neu gewählte Verwaltungsrat verfügt in seiner zweiten Amtsperiode aufgrund einer neuen Sitz- und Stimmverteilung nunmehr über 52 Mandate und kann sich wegen der großen Resonanz bei der Mitgliederversammlung auf ein breites Votum der Krankenkassen stützen. Der neue Verwaltungsrat hat sich am 18. Januar 2012 konstituiert und die bisherigen alternierenden Vorsitzenden Dr. Volker Hansen und Christian Zahn als Vorsitzende wiedergewählt. Außerdem wurden die Mitglieder und Vorsitzenden der vier Fachausschüsse neu gewählt.

## Mitgliederversammlung: Verwaltungsrat neu gewählt



Mit den Sozialwahlen am 1. Juni 2011 zeichnete sich auch der Beginn der zweiten Amtsperiode der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes ab. Die erste Amtsperiode war um etwa ein Drittel auf gut vier Jahre verkürzt, nachdem der Verband im Mai 2007 – also rund zwei Jahre nach den turnusmäßigen Sozialwahlen im Jahr 2005 – errichtet worden war. Die im Sommer 2011 neu gewählten Selbstverwaltungsorgane der Kassen benannten nach den Konstituierungen ihre Vertreterinnen und Vertreter für die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes. Gleichzeitig bereitete der GKV-Spitzenverband in enger Kooperation mit den Krankenkassen und ihren Organisationen die zweite Mitgliederversammlung und die Wahl des neuen Verwaltungsrates vor. Von jeder Kassenart war eine Liste mit Kandidatenvorschlägen zu erstellen. Angesichts des komplexen Verfahrens für die Wahl des Verwaltungsrates mit Stimmgewichtungen nach Marktanteilen der Kassen, differenzierter Regelungen für die Zulassung von Delegierten und Kandidaten sowie knapp bemessener gesetzlicher

Fristen stellte das Projekt „Mitgliederversammlung“ für alle Beteiligten eine Herausforderung dar.

### **Solidarische Grundstrukturen als Fundament**

Am 20. Dezember 2011 kamen mehr als 200 Delegierte aus über 100 Kassen in Berlin zusammen, um sich als Mitgliederversammlung für die zweite Amtsperiode zu konstituieren und ihre Vorsitzenden sowie den neuen Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zu wählen. Die Mitgliederversammlung wurde für alle Krankenkassen im Extranet des GKV-Spitzenverbandes live übertragen. In einem kurzen Rückblick auf die Anfänge des Verbandes vor rund vier Jahren als damals neuer zentraler Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland dankte der scheidende Vorsitzende der Mitgliederversammlung, Richard Feichtner, den Mitgliedern des bisherigen Verwaltungsrates für ihr hohes Engagement bei Errichtung und Aufbau. Sein besonderer Gruß galt außerdem Klaus Kirschner, dem damaligen Errichtungsbeauftragten. Richard Feichtner appellierte mit Blick



auf die beginnende Amtsperiode an die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter, am Grundgedanken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festzuhalten und ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Solidargemeinschaft als Arbeitgeber- und Versichertenvertreter Rechnung zu tragen.

Die Vorsitzende des Vorstandes, Dr. Doris Pfeiffer, skizzierte in ihrer Rede an die Mitgliederversammlung die einschneidenden Veränderungen, denen die Krankenkassen und damit auch die Selbstverwaltung in den letzten Jahren gegenüberstanden. Die damit verbundenen erheblichen Kraftanstrengungen seien den beteiligten Politikern und der Bevölkerung insgesamt kaum bewusst. Der GKV-Spitzenverband werde auch in Zukunft alles dafür tun,

das hohe gesellschaftliche Gut der solidarischen GKV als Garant für ein erstklassiges Gesundheitssystem zu erhalten und „dort, wo es notwendig ist, an die Herausforderungen der Zukunft anzupassen.“ Die seit Jahren erstmals wieder stabile Finanzlage der GKV bezeichnete sie als erfreulich, räumte aber ein, dass die aktuellen Reserven nicht nur auf die gute Konjunktorentwicklung, sondern auch auf eine deutliche Beitragssatzerhöhung, die Versicherte und Arbeitgeber belasten, zurückzuführen seien. Angesichts der noch ungewissen weiteren Entwicklung und der keineswegs überwundenen Eurokrise mahnte Dr. Doris Pfeiffer dauerhafte Ausgabendisziplin an und warnte vor Überlegungen, die Krankenkassen mit zusätzlichen Ausgaben zugunsten der Leistungsbriinger zu belasten.



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr nutzte den Anlass der Mitgliederversammlung, um vor dem großen Forum aus ehren- und hauptamtlichen Vertreterinnen und Vertretern der Kassen Stellung zu beziehen. Er unterstrich, dass die Selbstverwaltung die bessere Alternative zu staatlich organisierten Gesundheitssystemen sei, in denen vielfach zu unflexibel und zu Lasten der Versorgungsqualität agiert werde. Daniel Bahr dankte der Selbstverwaltung für die gute Zusammenarbeit, die z. B. geholfen habe, die anfänglich kritische Entwicklung im Zusammenhang mit der Schließung der CITY BKK schnell zu überwinden. Offenkundigen Begehrlichkeiten aufgrund aktuell bestehender Finanzreserven in der GKV erteilte auch Bahr eine klare Absage. Diese seien vielmehr als Polster für



mögliche Krisen zu wahren. Mit Blick auf eine dringend notwendige Reform der Pflegeversicherung legte er dar, dass diese eines der wichtigsten Projekte der laufenden Legislaturperiode sei. Wegen der Komplexität des Systems müsse es hier mehrere Reformschritte geben. Neben der Finanzierung stünden sowohl die inhaltliche Arbeit als auch die bessere Versorgung demenziell Erkrankter und die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Fokus.

#### **Breites Votum der Krankenkassen**

Zur neuen Vorsitzenden der Mitgliederversammlung wählten die Delegierten einstimmig die Versichertenvertreterin Iris Kloppich (AOK Plus). Ihr Stellvertreter aus der Arbeitgebergruppe ist Ernst

Hornung (ESSO BKK), der ebenfalls einstimmig gewählt wurde. Nach der Verabschiedung des bisherigen Vorsitzenden der Mitgliederversammlung, Richard Feichtner (AOK Rheinland-Pfalz), und seines Stellvertreters, Dr. Horst Projahn (AOK Rheinland/Hamburg), übernahm Iris Kloppich die Sitzungsleitung und führte durch die rund 20 Wahlgänge. Der neu gewählte Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes verfügt in der zweiten Amtsperiode nunmehr über 52 Mandate. Angesichts der großen Resonanz der Delegierten auf die Einladung zur Mitgliederversammlung kann sich der neu gewählte Verwaltungsrat für seine Arbeit in der anstehenden Wahlperiode auf ein breites Votum aus den Kassen stützen.

#### **Neue Grundlagen für die Sitz- und Stimmenverteilung**

Im Vorfeld der Wahlen hatte der noch amtierende Verwaltungsrat bereits grundlegende Weichenstellungen für die zweite Amtsperiode vorgenommen und eine Satzungsänderung zur Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat beschlossen. Die Anpassung beruhte auf einer Neuregelung nach dem GKV-Änderungsgesetz, die der Entwicklung innerhalb der Kassenlandschaft infolge der Gesundheitsreform 2007 Rechnung trug: Erstmals hatten die Kassen danach die Option, auch über Kassenartengrenzen hinweg zu fusionieren. Dies führte dazu, dass in den Verwaltungsräten von Ersatzkassen, die eine kassenartenübergreifende Fusion vollzogen haben, nunmehr auch die Arbeitgeberseite repräsentiert ist. Bis zu der gesetzlichen Neuregelung bildeten die Ersatzkassen hier eine Ausnahme, da ihre Verwaltungsräte zuvor historisch bedingt ausschließlich mit Versichertenvertreterinnen und Versichertenvertretern besetzt waren. Mit dem GKV-Änderungsgesetz wurde die

Besetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes neu geregelt, um die neuen Strukturen im Ersatzkassenbereich adäquat abzubilden.

Für die zweite Wahlperiode hat sich nach dem Beschluss des Verwaltungsrates zur Änderung des § 6 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes auf Basis der neuen gesetzlichen Vorgaben folgende Sitzverteilung ergeben:

Der Verwaltungsrat hat 52 Mitglieder.

Davon entfallen auf

- die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK)  
9 Versicherten- und 9 Arbeitgebervertreter/innen,
- die Ersatzkassen (EK)  
14 Versicherten- und 4 Arbeitgebervertreter/innen,
- die Betriebskrankenkassen (BKK)  
5 Versicherten- und 5 Arbeitgebervertreter/innen,
- die Innungskrankenkassen (IKK)  
2 Versicherten- und 2 Arbeitgebervertreter/innen,
- die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS) und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK)  
gemeinsam 1 Versicherten- und 1 Arbeitgebervertreter/in

Eine weitere Änderung betraf die Datengrundlage für die Stimmengewichtung bei der Wahl des Verwaltungsrates. Die Stimmen der Delegierten werden nach der bundesweiten Anzahl der Versicherten der jeweiligen Krankenkasse gewichtet. Eine geheime Wahl ist deshalb nicht möglich. Grundlage für die Gewichtung nach Marktanteilen ist die Statistik KM 1 zum 1. Januar des Jahres, in dem die Wahl stattfindet.

#### **Konstituierung des neuen Verwaltungsrates**

Am 18. Januar 2012 hat sich der neu gewählte Verwaltungsrat in Berlin konstituiert und seine Arbeit aufgenommen. Der stellvertretende Vorsitzende der Mitgliederversammlung, Ernst Hornung, eröffnete die Sitzung und begrüßte die Mitglieder des neuen Gremiums und den Vorstand. „Mit einer Stimme für die GKV“ – dies solle der Anspruch aller Akteure auch in der folgenden Amtsperiode sein, die erneut viele Fragestellungen und Problemfelder bereithalten werde. Nur auf dieser Handlungsgrundlage könnten die Belange der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Versicherten und der Beitragszahler gegenüber Politik und Leistungserbringern wirksam vertreten werden.

Zum Vorsitzenden wählte der Verwaltungsrat Dr. Volker Hansen (AOK Nordost) aus den Reihen der Arbeitgebervertreter. Dr. Hansen hatte das Amt des Vorsitzenden bereits seit Beginn der ersten Wahlperiode inne. Zum alternierenden Vorsitzenden wurde Christian Zahn (DAK-Gesundheit) aus der Gruppe der Versichertenvertreter gewählt. Er war in der ersten Wahlperiode bis Anfang 2010 zunächst Vorsitzender des Fachausschusses Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik und löste anschließend den damaligen versichertenseitigen Vorsitzenden des Verwaltungsrates, Willi Budde,

vereinbarungsgemäß in dieser Funktion ab. Der Vorsitz wechselt jeweils zum 1. Juli eines Jahres. Zudem wählte der Verwaltungsrat die Mitglieder und Vorsitzenden seiner vier Fachausschüsse „Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik“, „Organisation und Finanzen“, „Prävention, Rehabilitation und Pflege“ sowie „Verträge und Versorgung“ und stellte damit in vollem Umfang seine Arbeitsfähigkeit her.

Insgesamt stehen hinter den ordentlichen und stellvertretenden Mitgliedern des Verwaltungsrates 48 entsendende Kassen. Damit sind die Vielfalt der Kassenlandschaft und ihre wettbewerblichen Strukturen repräsentiert. Diese breite Basis gewährleistet, dass der Verwaltungsrat als höchstes Gremium der Selbstverwaltung in der GKV zahlreiche Meinungsaspekte und differenzierte Perspektiven in seinen Beratungen aufgreifen, bündeln und in gemeinsame Positionen überführen kann.



Termine



Patienten



Notizen

# Aktuelle Sprechzeiten | KW 40

Mittwoch, 5. Oktober 2011

08:00

## Fachbeiratssitzungen 2011

02.02.2011	05.04.2011
11.04.2011	16.06.2011
16.08.2011	05.10.2011
28.10.2011	07.12.2011

09:00

10:00

11:00

**Frau Mustermann**  
Patienten-Nr. 18567

12:00

**Herr Mustermann**  
Patienten-Nr. 16832



**Der Fachbeirat stellt eine schnelle Meinungsbildung in der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen sicher. Wesentliches Thema des Jahres 2011 war das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Im Fachbeirat wurden dazu Lösungsstrategien erarbeitet, die in den Gesetzgebungsprozess einfließen. Zu allen wichtigen GKV-Vertragsthemen des Jahres hat der Fachbeirat Position bezogen, Zielvorstellungen formuliert und Standpunkte gesetzt, so z. B. zu den regionalen Arznei- und Hilfsmittelvereinbarungen, zum Apothekenabschlag oder zur Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Im Zuge der Schließungen der Krankenkassen hat der Fachbeirat eine Reihe von Lösungen empfohlen. Im Fokus stand dabei stets die Sicherstellung der Leistungsansprüche für die betroffenen Versicherten.**

## Bericht aus dem Fachbeirat

Der Fachbeirat ist das Gremium des GKV-Spitzenverbandes, in dem der Meinungs- und Informationsaustausch zu allen wesentlichen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen erfolgt. Nach der Satzung hat er eine beratende Funktion. Seine 12 Mitglieder stellen einen schnellen Meinungsbildungsprozess in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicher und informieren alle gesetzlichen Krankenkassen über die Beratungsergebnisse des Fachbeirates.

Im Fokus der Beratungen im Jahr 2011 stand das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) mit seinem breiten Themenspektrum. Unter anderem wurde zum Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ein GKV-Positionspapier beraten, das insbesondere auf die Notwendigkeit einer bedarfsplanerischen Mengensteuerung und die Ausdehnung der Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung in § 115b SGB V hinweist. Die Ausgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung, die einen zentralen Inhalt des GKV-VStG darstellt, wurde ebenfalls eingehend im Fachbeirat erörtert. Die Lösungsstrategien wurden in den Gesetzgebungsprozess eingespeist.

Alle wesentlichen GKV-Vertragsthemen wurden ebenfalls im Fachbeirat beraten. So erfolgte beispielsweise die Beratung und Entwicklung von Zielvorstellungen für die Verhandlungen über die Rahmenvorgaben zur Gestaltung der regionalen Arznei- und Hilfsmittelvereinbarungen nach § 84 SGB V für 2012 im Fachbeirat. Über den Verlauf der Verhandlungen zum Apothekenabschlag für 2009/2010 erfolgte ebenfalls ein Austausch. Ange-

sichts der bei der zahnmedizinischen Versorgung zu beobachtenden zunehmenden Privatisierung und Aufweichung des GKV-Leistungskataloges wurde in enger Beratung mit dem Fachbeirat ein Positionspapier entwickelt, auf dessen Grundlage Versicherte vor finanzieller Überforderung geschützt und die Qualität der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen und der medizinischen Versorgung sichergestellt sowie deren Transparenz erhöht werden können.

Für die laufende Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurden im Fachbeirat Eckpunkte formuliert, die Fehlanreize zu Leistungsausweitungen beseitigen und Differenzen zwischen kalkulatorischem Punktwert und Orientierungswert kostenneutral abbauen sollen.

Der Fachbeirat hat zudem praxisorientierte Lösungen für die neuen Aufgaben, die aus der Schließung von Krankenkassen resultierten, als Beschlussvorlage für den Verwaltungsrat beraten und empfohlen. Im Vordergrund stand hierbei die lückenlose Sicherung der Leistungsansprüche der Versicherten, die von den Kassenschließungen betroffen waren.

**Die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses soll transparenter und effizienter werden. Weil die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgesehenen Änderungen aber in vielerlei Hinsicht die Arbeit eher erschweren und die Position der Selbstverwaltung schwächen, hat der GKV-Spitzenverband wiederholt kritisch Stellung bezogen.**

## Gemeinsamer Bundesausschuss: Veränderung der Strukturen

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) verfolgt die Politik das Ziel, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterzuentwickeln. Dabei sollen - wie schon bei vorangegangenen Gesundheitsreformen - Änderungen der Strukturen und der Arbeitsweisen und -abläufe im G-BA unter anderem dazu beitragen, Transparenz sowie Effizienz und Schnelligkeit der Beratungen zu erhöhen.

Das GKV-VStG sieht bezogen auf die G-BA-Strukturen grundsätzliche Änderungen mit kritisch zu bewertenden Auswirkungen vor:

- Entgegen der bisherigen Praxis, dass die Trägerorganisationen sich auf die Unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter einigen, sieht das Gesetz nun vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Benennungsvorschläge der Trägerorganisationen dem Ausschuss für Gesundheit des Bundestages zur Prüfung übermittelt, der ggf. nach Anhörung der Kandidaten der Benennung widersprechen kann. Mit diesem neuen Widerspruchsverfahren dominiert die Politik die Auswahl der Unparteiischen im G-BA.





G-BA-Beschlüsse im Jahr 2011

160

300  
260  
220  
180  
140  
100  
60  
20

## Gremienarbeit

- An die Unparteiischen und deren Stellvertreter werden künftig neue und besondere Anforderungen bezüglich ihrer Neutralität gestellt. Kandidaten für diese Aufgaben sollen ein Jahr lang keine Tätigkeit mit Bezug zu den Trägerorganisationen haben dürfen. Ergänzend wird die Amtszeit der Unparteiischen auf 6 Jahre heraufgesetzt, jedoch ohne Wiederwahlmöglichkeit. Diese Anforderungen erschweren die Suche nach geeigneten Kandidaten. Bei unzureichender fachlicher Qualifikation der Unparteiischen könnte die G-BA-Arbeit leiden und das Ansehen Schaden nehmen. Die neue Amtszeitregelung mit Streichung der Wiederwahloption könnte die Kontinuität in der G-BA-Arbeit gefährden.
- Die Neuverteilung der Stimmenanteile bei Beschlüssen zu den Leistungssektoren schmälert die sektorenübergreifende Beratung und Verantwortung der Leistungserbringerseite und bietet dieser eine ungerechtfertigte Rückzugsoption in ihren Sektor.
- Ein Mindestquorum im Plenum des G-BA von 9 Stimmen wird Beschlüsse zum Ausschluss von (bisherigen) GKV-Leistungen deutlich erschweren.
- Die Gefahr der gesetzlichen Überfrachtung und Verzögerung der Beratungen wird zusätzlich erhöht durch die Einführung eines erweiterten mündlichen Stellungnahmerechts, das Zulassen neuer Stellungnahmeberechtigter, einer Bürokratiekostenabschätzung und durch das Stellungnahmerecht für den Datenschutzbeauftragten.

Die Strukturänderungen sollten den G-BA als oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung stärken und die Transparenz verbessern. Das Gegenteil ist zu befürchten. Die Politik ist dringend aufgerufen, die Beratungsverfahren nicht unnötig zu erschweren und zu verlängern. Die gesetzliche Krankenversicherung unterstützt den G-BA, damit er seine Arbeit auch in der kommenden Amtszeit ab Juli 2012 erfolgreich fortsetzen kann.

Der GKV-Spitzenverband hat diese kritischen Positionen auf diversen Veranstaltungen und Anhörungen im Rahmen des abgelaufenen Gesetzgebungsverfahrens zum Ausdruck gebracht.



Ärztezuwachs  
1990 – 2010

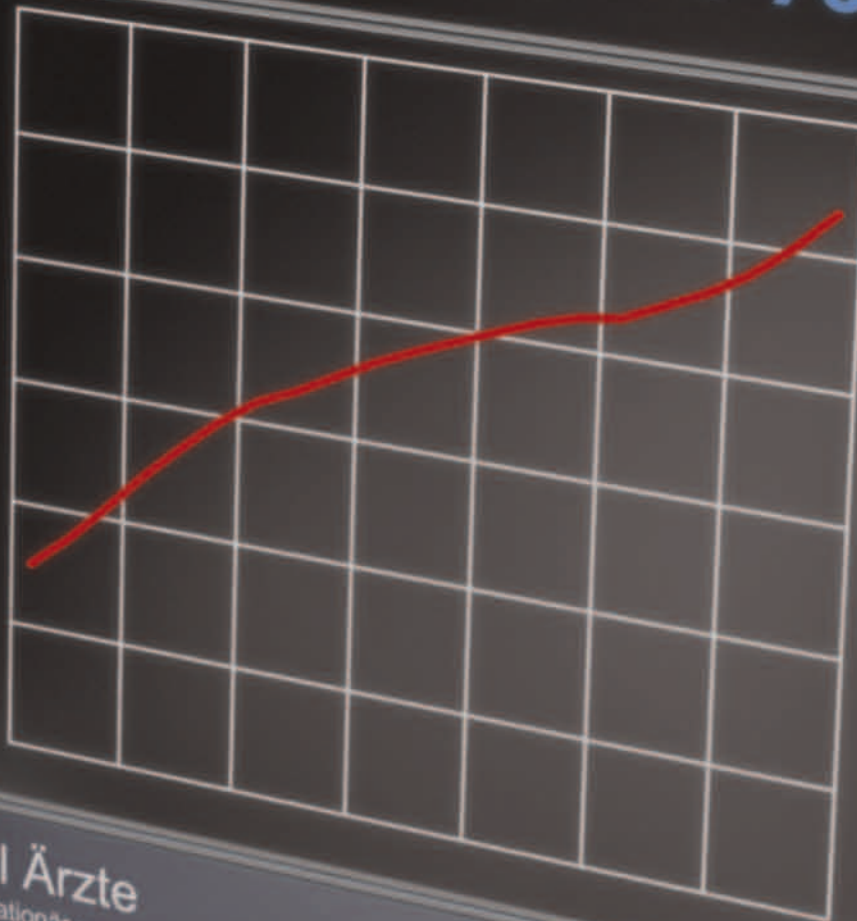
+40,32%

350.000

300.000

250.000

200.000



Anzahl Ärzte

(ambulant, stationär und andere Bereiche)

Quelle: BÄK

1990: 237750

2010: 333599

**Zentrales Ziel des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes ist es, auch zukünftig eine wohnortnahe und flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen. Hierfür hat der Gesetzgeber wichtige Instrumente eingeführt. Das zentrale Problem liegt jedoch in der räumlichen und arztgruppenspezifischen Fehlverteilung der ambulant tätigen Ärzte, nicht in einem Ärztemangel. So leistet sich Deutschland besonders in Ballungsgebieten eine teure und unwirtschaftliche Überversorgung an Medizinern, während gleichzeitig strukturschwache Regionen benachteiligt sind. Dieses Problem ist der Gesetzgeber nicht entschlossen genug angegangen, sodass die Fehlverteilung nicht substanziell abgebaut wird. Das Grundproblem von Überversorgung auf der einen und Unterversorgung auf der anderen Seite bleibt bestehen.**

## Verbesserung der Versorgungsstrukturen oder Ärzteversorgungsgesetz?

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) war das zentrale gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben des Jahres 2011. Die erklärte Absicht des Gesetzgebers ist es,

- auch künftig eine flächendeckende, wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,
- das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Rücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

Von Anfang an lag ein Schwerpunkt dieses Vorhabens in der Veränderung der Bedarfsplanung, die als zu wenig zielgenau, zu unflexibel und zu zentralistisch kritisiert wurde. Doch – genau betrachtet – ist die Bedarfsplanung nicht so schlecht, wie sie häufig dargestellt wird. Denn es war möglich, die Dynamik im Anstieg der Arztzahlen zu begrenzen, und es konnte mit der Sperrung von Kreisen aufgrund von Überversorgung erreicht werden, dass sich Ärzte auch in weniger attraktiven Kreisen niederließen. Von einem generellen Mangel an Ärzten und Psychotherapeuten kann deshalb heute keine Rede sein.

Dennoch ist die Versorgung nicht überall so, wie es wünschenswert wäre. Neben der fast flächendeckenden fachärztlichen Überversorgung gibt es

auch Kreise, in denen hausärztliche Sitze erhalten werden sollten. Es muss deshalb vor allem für die ärztliche Primärversorgung, also für den Teil der ärztlichen Versorgung, der flächendeckend und wohnortnah zur Verfügung stehen soll, nach intelligenten Lösungen gesucht werden. Es ist abzusehen, dass die hausärztliche Einzelarztpraxis gerade für ländliche Kreise mit geringer Bevölkerungsdichte nicht mehr die adäquate Lösung lokaler oder regionaler Versorgungsprobleme sein kann, vor allem dann nicht, wenn es sich um Kreise handelt, in denen Einzelarztpraxen gar nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden können.

Das GKV-VStG hat den Anspruch, hier Abhilfe zu schaffen, und tatsächlich findet sich im Gesetz eine Reihe von Vorgaben, die explizit der Verbesserung der Versorgung dienen sollen:

- Festlegung der regionalen Planungsbereiche durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung (Differenzierung zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung),
- Entscheidung der Zulassungsausschüsse, ob ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden soll,
- Bildung eines Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen,
- Anpassung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung,
- Schaffung einer rechtlichen Grundlage für eine Befristung von Zulassungen (Ärzte Zulassungsverordnung),



- Ermöglichung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kommunen,
- Beseitigung der Residenzpflicht,
- Anreize im Vergütungssystem zur Förderung ärztlicher Tätigkeit in unterversorgten Gebieten (Abkehr von Mengenbegrenzungen),
- Schaffung von Möglichkeiten für die regionale Ebene, von den Vorgaben des G-BA abzuweichen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird sich an dem zentralen Problem der ambulanten Versorgungssteuerung - zu viele (Fach-) Ärzte in den Städten, zu wenig (Haus-) Ärzte auf dem Land - voraussichtlich nicht viel ändern.

Hier hat es der Gesetzgeber versäumt, die Grundlagen der Fehlverteilung entschlossen anzugehen. Es ist zwar ein Fortschritt, dass mit der Änderung der

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erstmals eine Befristung der Zulassung eingeführt wird. Und auch die nunmehr eingeräumte Möglichkeit für die Zulassungsausschüsse, in überversorgten Planungsbereichen einem Antrag auf Nachbesetzung aus Versorgungsgründen zu widersprechen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Ein substanzieller Abbau der teuren, unwirtschaftlichen Übersorgung wird hiermit jedoch nicht erreicht. Konsequenz wäre es gewesen, die Malus-Regelung für überversorgte Bereiche nicht abzuschaffen, sondern endlich anzuwenden und das Nachbesetzungsrecht komplett entfallen zu lassen. Aus rechtlicher Sicht sind öffentlich-rechtliche Zulassung und privates Praxiseigentum zwei getrennte juristische Ebenen, eine Befristung der Zulassung greift somit nicht in das private Praxiseigentum ein. Eine Entschädigung des bisherigen Praxisinhabers für den entgangenen Verkauf wäre dabei selbstverständlich.



## Themen des Jahres

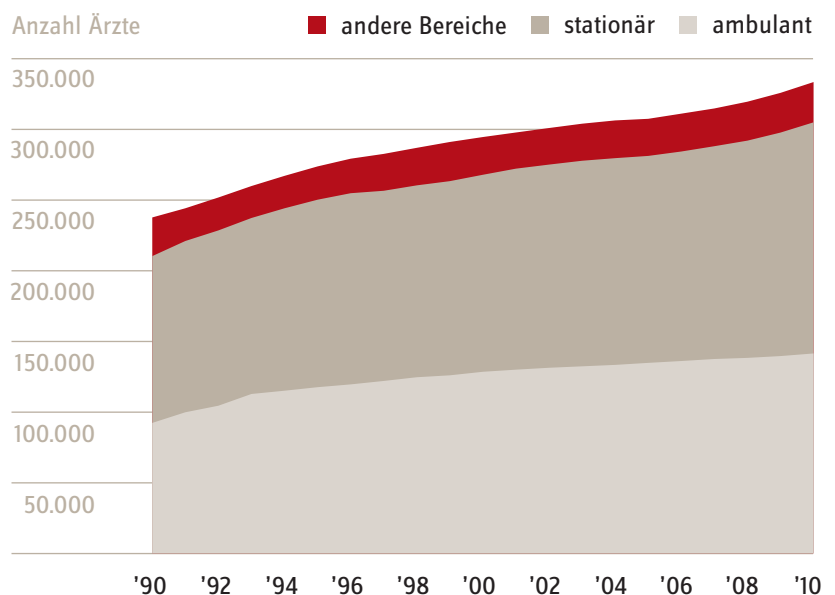


Parlamentarischer Abend, Bild links: Prof. Dr. Udo Steiner, Bundesverfassungsrichter a.D.; Bild rechts: Dr. Ronny Wölbling (Bildmitte), Prognos AG

Ein weiterer Kritikpunkt des GKV-Spitzenverbandes ist die vorgesehene Ermächtigung der Landesebene, mit Bezug auf regionale Besonderheiten von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen. Selbst wenn dieses nur begründet geschehen kann, bleibt unklar, wie überschneidende Regelungskompetenzen von Bundes- und Landesebene rechtssicher in Entscheidungen münden sollen, die den unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten gleichermaßen gerecht werden.

Das GKV-VStG enthält - bezogen auf die Bedarfsplanung - eine ganze Reihe von Ansätzen, die an sich begrüßenswert sind, aber das Grundproblem nicht wirklich angehen. Überversorgung und Unterversorgung sind zwei Seiten derselben Medaille. Wer Unterversorgung vermeiden will, muss Überversorgung abbauen.

## Ärzteschwemme oder Ärztemangel?



Mit dem neuen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde ein neuer ambulanter spezialfachärztlicher Versorgungsbereich geschaffen, dessen Konzeption unter anderem erhebliche finanzielle Ausgaberrisiken für die gesetzliche Krankenversicherung mit sich bringt. Im Rahmen der konkreten Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wird der GKV-Spitzenverband deshalb die notwendigen Konkretisierungen weiter intensiv begleiten.

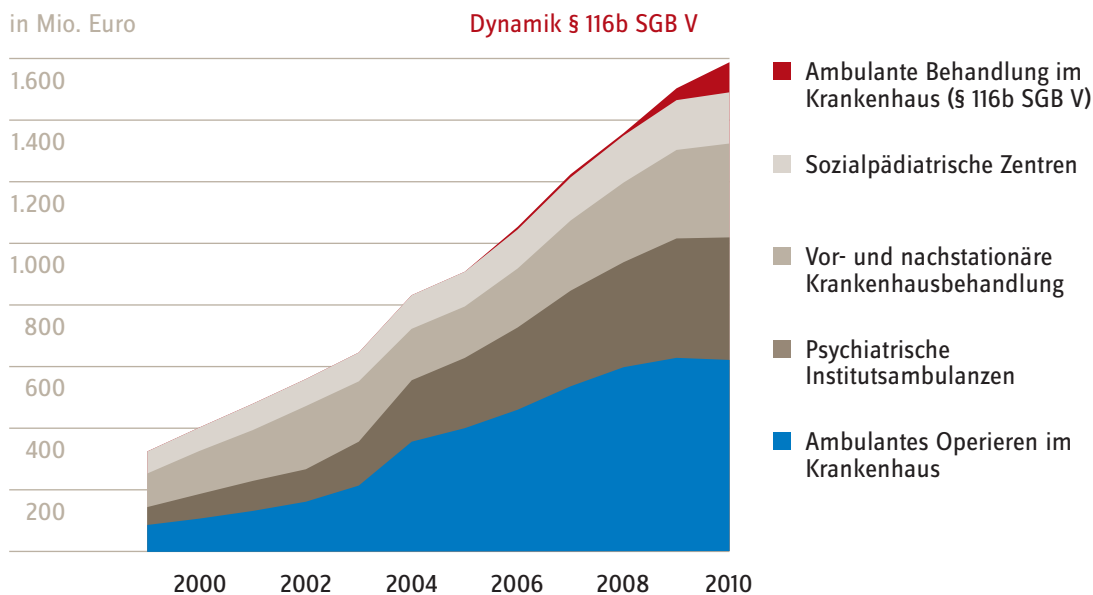
## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung: Ein neuer Versorgungssektor entsteht

Wichtigstes Anliegen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) ist die Lösung des sog. Landarztproblems. Es wurde jedoch auch unter der Bezeichnung „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ ein neuer Versorgungsbereich geschaffen, in dem Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen nach einheitlichen Rechtsvorschriften Leistungen erbringen. Hierzu gab es seitens der wesentlichen gesundheitspolitischen Akteure (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband) Konzepte zur Neuordnung. Der GKV-Spitzenverband forderte in diesem Zusammenhang eine umfassende einheitliche Neuordnung aller ambulanten Tätigkeitsbereiche

der Krankenhäuser. Im GKV-VStG hat nun die Bundesregierung – anders als in der vorausgehenden gesundheitspolitischen Diskussion – den Begriff „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ in einem sehr engen Sinne für ambulante hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (sog. 116b-Leistungen) verwendet.

Für die vom Gesetzgeber gewählte Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung besteht die Gefahr, dass dieser Leistungsbereich als Ausgangspunkt für die spezialärztliche Versorgung insgesamt, d. h. für alle ambulanten Tätigkeits-

## GKV-Ausgaben für ambulante Leistungen im Krankenhaus

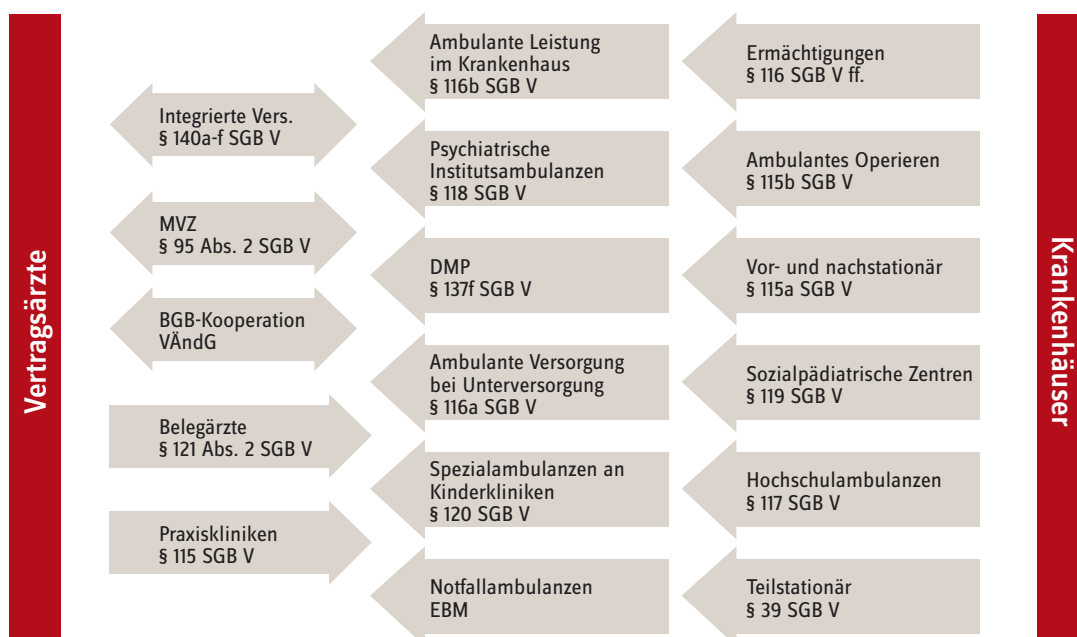


bereiche der Krankenhäuser, dient. Aus Sicht der Krankenkassen wäre das eine fatale Weichenstellung, weil bestimmte Basisentscheidungen, die im Bereich der speziellen und seltenen Erkrankungen sinnvoll sein mögen, keinesfalls zum Leitbild für die gesamte spezialärztliche Versorgung werden sollten. Das gilt insbesondere für die bedarfsunabhängige Zulassung und die Aufnahme ungeprüfter Behandlungs- und Untersuchungsmethoden in die ambulante Regelversorgung.

Der GKV-Spitzenverband hat das Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2011 auch in der Entwicklung des ambulanten spezialfachärztlichen Versorgungsgebietes intensiv begleitet und eine paritätische Besetzung der Entscheidungsgremien durch Kostenträger und Leistungserbringer erreicht.

Ein Schwerpunkt der anstehenden Umsetzung, der Etablierung und der konkreten Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wird die Arbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss sein. Hier werden im Jahr 2012 sämtliche Konkretisierungen für 116b-Leistungen überarbeitet, damit sie gleichermaßen für Kliniken und Vertragsärzte anwendbar sind.

## Ambulant-stationärer Grenzbereich



**Die Neuregelungen der ärztlichen Vergütung im GKV-Versorgungsstrukturgesetz werden auch in den kommenden Jahren zusätzliche Ausgaben zur Folge haben. Der Vergütungsanstieg wird dabei allerdings nicht zu einer spürbaren Verbesserung oder Sicherstellung der Versorgung für die Versicherten führen. Zusätzlich wurden den Kassenärztlichen Vereinigungen Instrumente an die Hand gegeben, die absehbar zu weiteren Vergütungsforderungen führen werden. Der GKV-Spitzenverband konnte aber u. a. erreichen, dass die weitere Entwicklung der Vergütung nicht mehr ausschließlich auf Veränderungen von Diagnosen beruht, deren Qualität nicht gesichert ist.**

## „Rolle rückwärts“ in der ärztlichen Vergütung

Die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) enthaltenen Neuregelungen zur ärztlichen Vergütung sind in erster Linie eine Reaktion auf die innerärztliche Diskussion und Kritik. Sie sind nicht Ergebnis einer systematischen Überprüfung der geltenden Regelungen oder eines im Dialog mit allen Beteiligten entwickelten neuen Konzeptes. Mit der Streichung von Preisabschlägen bei Überversorgung wird ein wirksames Instrument zur Niederlassungssteuerung ersatzlos beseitigt; Fehlanreize bleiben erhalten. Vor diesem Hintergrund werden die vorgesehenen Zuschläge für förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer in schlechter versorgten Regionen nur zusätzliche Ausgaben, aber kaum zusätzliche Ärzte zum Ergebnis haben.

Nicht nachvollziehbar ist es, den Vergütungsanstieg weiterhin an Veränderungen der Diagnosen zu binden, wenn die einzige Regelung zur Sicherung der Qualität der Diagnosen, die verbindliche Anwendung von Kodierregeln, aufgehoben wird. Mit der Regionalisierung entsteht ein „Wildwuchs“ in den Vergütungsregelungen der Länder. Vergütungsunterschiede zwischen den Regionen werden wieder zunehmen. Die Finanzmittel, die in den letzten Jahren zur Angleichung der Vergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen eingesetzt wurden, erscheinen vor diesem Hintergrund als Fehlinvestition, und die sich benachteiligt fühlenden Kassenärztlichen Vereinigungen sehen sich veranlasst, wieder neue Vergütungsforderungen vorzubringen.

Die Honorarverteilung und die Mengensteuerung wieder wie vor 2005 vollständig in die Hände der

Kassenärztlichen Vereinigungen zurückzugeben, stellt einen Rückschritt dar; damit können diese nach Mehrheiten umverteilen und über selbst erzeugte Versorgungsengpässe den Druck auf die Krankenkassen und letztendlich auch auf die Politik erhöhen.

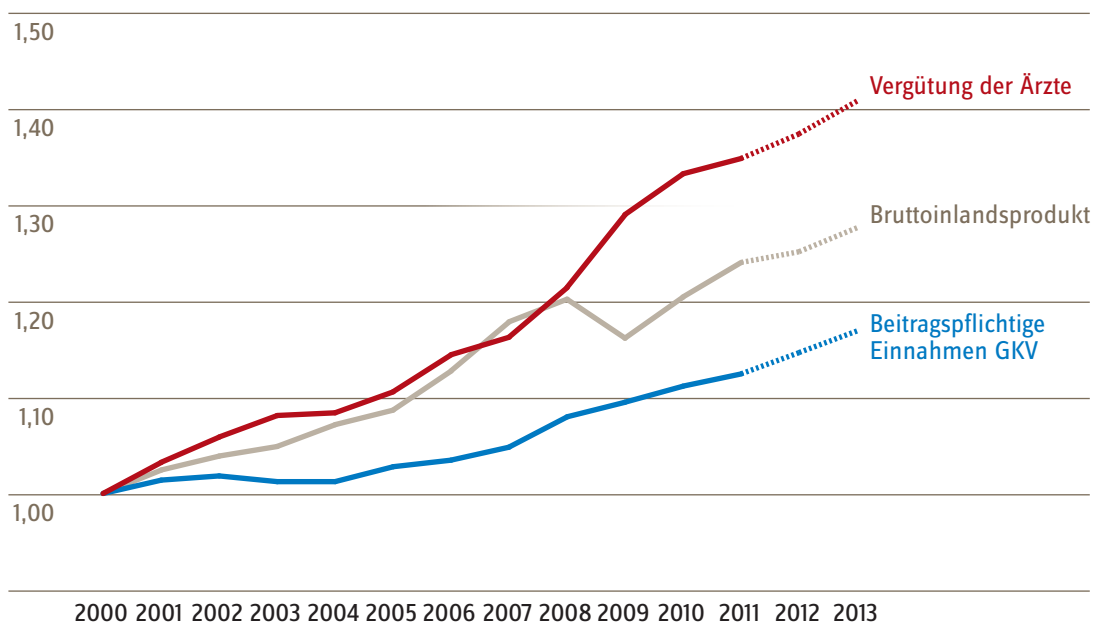
Der GKV-Spitzenverband hat allerdings verhindern können, dass über eine beabsichtigte Neubestimmung der Ausgangsbeträge für die Fortschreibung der regionalen Gesamtvergütungen erhebliche Mehrausgaben bewirkt werden. Darüber hinaus konnte abgewendet werden, dass zusätzlich zur Regionalisierung auch noch die Konvergenz der regionalen Vergütungen weitergeführt wird. Mit der Aufnahme des Demografiefaktors zur Bestimmung der Morbiditätsstruktur konnte der GKV-Spitzenverband erreichen, dass die Fortentwicklung der Gesamtvergütung nicht mehr ausschließlich auf nicht qualitätsgesicherten Diagnosen beruht.

Im Ergebnis bleibt aber festzustellen, dass auch in den nächsten Jahren mit überproportional steigenden Ausgaben für Ärzte und mit weiteren Versorgungsdisparitäten zu rechnen ist. Wenn die Politik will, dass sich höhere Honorare auch in einer besseren Versorgung der Versicherten auswirken, dann darf sie die Position der Krankenkassen nicht schwächen, sondern muss diese stärken.

## Finanzstabilität gefährdet

Themen des Jahres

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



Angaben Vergütung Ärzte, beitragspflichtige Einnahmen und Bruttoinlandsprodukt (Index); BIP 2012/2013 lt. Frühjahrgutachten Wirtschaftsforschungsinstitute; Vergütung und beitragspflichtige Einnahmen Fortschreibung 2013 (Trend)

8\*

2011

12\*

2012

\*Anzahl nichtmedikamentöse Neue  
Untersuchungs- und Behandlungs-  
methoden (NUB) mit NUB-Status 1,  
die erstmalig in dem Jahr  
beantragt wurden.

**Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die neuen Regelungen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz zur Frühbewertung innovativer Behandlungsmethoden. Im Einzelnen gibt es aber eine Reihe von Abweichungen des Gesetzgebers von den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes, die offenlassen, ob auf diese Weise die Erkenntnislage tatsächlich verbessert werden kann.**

## Innovative Behandlungsmethoden: Was das GKV-Versorgungsstrukturgesetz bringt

Für viele neue medizinische Verfahren im Krankenhaus fehlen aussagekräftige Studienergebnisse als Nachweis, dass ihre Anwendung den behandelten Patienten wirklich nützt.

Um diesen Missstand zu beheben, hat sich der GKV-Spitzenverband mehrfach in Form von öffentlichen Stellungnahmen geäußert, den Dialog mit der Politik gesucht und einen detaillierten Gesetzesvorschlag in die politische Diskussion eingebracht. Kernpunkt des Vorschlags ist eine frühe Nutzenbewertung von innovativen Methoden im Krankenhaus durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die Bundesregierung hat diese Initiative aufgegriffen und im GKV-Versorgungsstrukturgesetz neue Regelungen für die Bewertung stationärer Methoden geschaffen. Diese sind im Grundsatz zu begrüßen, bleiben jedoch hinter den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes zurück:

1. Eine Bewertung von Methoden durch den G-BA erfolgt in der Regel erst nach längerer Anwendung in der stationären Versorgung. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sah eine generelle Frühbewertung von neuen Methoden bei ihrer Einführung vor.
2. Bei festgestellter Notwendigkeit einer Erprobung entwickelt der G-BA die Eckpunkte für das Studienprotokoll. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes hat dagegen eine Studienentwicklung durch die Leistungserbringer vorgesehen, sodass die inhaltlichen Forschungsimpulse direkt aus dem Versorgungsalltag gekommen wären.

3. Eine Anwendung der zu erprobenden Methode ist laut Gesetz auch außerhalb von klinischen Studien möglich. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gefährdet diese Möglichkeit den Erfolg der gesamten Regelung, denn sie nimmt den Anreiz für Ärzte und Patienten, sich an diesen Studien zu beteiligen.
4. Die Industrie kann beim G-BA eigene Anträge zur Erprobung ihrer Produkte stellen, ohne zur vollständigen Übernahme der studienbedingten Mehrkosten verpflichtet zu sein. Der GKV-Spitzenverband stellt fest, dass diese Regelung eine Wirtschaftsförderung mit Versichertengeldern bedeutet, denn so könnten Unternehmen beispielsweise Studien mitfinanzieren lassen, deren Ergebnisse sie zum Erreichen einer Zulassung, z. B. in den USA, benötigen.

Zusammengefasst begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass die Politik gehandelt und Regelungen zur Erprobung von Methoden im Krankenhaus beschlossen hat, bei denen der Nutzen ungeklärt ist. Ob die konkret geschaffenen Rechtsnormen jedoch geeignet sind, die Erkenntnislage zu Nutzen und Schaden medizinischer Methoden nachhaltig zu verbessern, wird die Zukunft zeigen. Der GKV-Spitzenverband wird sich jedenfalls weiterhin für die Verbesserung der Studienlage stark machen.

**Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat Positionen für ein Patientenrechtegesetz beschlossen, die eine deutliche Verbesserung der Patientenrechte zum Ziel haben. Zum Beispiel sollte bei etwaigen Behandlungsfehlern die Beweislast nicht mehr ausschließlich beim Patienten liegen. Die Informationsrechte müssen so gestärkt werden, dass der Patient wirklich in die Lage versetzt wird, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Ferner ist eine Fehlervermeidungskultur zu fördern. Die Individuellen Gesundheitsleistungen brauchen im Interesse des Patienten deutlichere Regeln - vor allem bezüglich der Informations- und Aufklärungspflichten.**

## Patientenrechtegesetz: Der Patient im Mittelpunkt

Die Patientenrechte in Deutschland sind derzeit in einer Vielzahl von Gesetzen festgehalten. Für Patienten, die sich über ihre Rechte informieren wollen, bedeutet diese zersplitterte Gesetzgebung einen erheblichen, kaum zu leistenden Aufwand. Neben diesem Mangel an Transparenz sehen sich Patienten im Behandlungsalltag auch mit unzureichenden Informationen von Leistungserbringern und im Schadensfall mit einer schwachen rechtlichen Position in Arzthaftungsprozessen konfrontiert. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat daher Positionen für ein Patientenrechtegesetz verabschiedet, mit denen sich die gesetzliche Krankenversicherung in den Gesetzgebungsprozess einbringt.

Bei Behandlungsfehlern ist es wichtig, dass die bestehende Beweislastsituation im Sinne der Patienten verbessert wird. Bisher müssen Patienten beweisen, dass sie Opfer eines Fehlers geworden sind und dass dieser Fehler zu einem Schaden geführt hat. In den Arzthaftungsprozessen mit Gutachtern gelingt dies häufig nicht. Eine abgeschwächte Beweislastumkehr würde hier eine große Verbesserung für die Prozesssituation der Betroffenen bringen. Patienten müssten dann nur noch beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und sie einen Schaden erlitten haben. Dass dieser Fehler nicht ursächlich für den Schaden war, müsste dann der Behandler beweisen.

Auch die Informationsrechte der Patienten sind zu stärken. Der Patient muss über alle Informationen verfügen, die er für eine selbstbestimmte Entscheidung braucht. Insbesondere muss über Erfolgsaussichten, Art, Umfang und Risiken, auch im Vergleich zur Nichtbehandlung, informiert werden.

Ein unterzeichnetes Aufklärungsformular sollte dem Patienten daher vor der Behandlung verpflichtend ausgehändigt werden.

Zur Etablierung einer Fehlervermeidungskultur wird ein Mix aus Regeln für ein Risikomanagement, freiwillige Fehlermeldesysteme und ein Beschwerdemanagement als fester Bestandteil des Qualitätsmanagements in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf sämtlichen Versorgungsebenen notwendig.

Angesichts der deutlichen Steigerungen bei den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bedarf es hier klarer Regeln. Vor allen Dingen ist zunächst über die nach GKV-Leistungskatalog verfügbaren Diagnose- und Behandlungspfade zu informieren. Die Patienten müssen dann auf Vor- und Nachteile der IGeL, deren Konsequenzen und Alternativen hingewiesen werden. Es sollte grundsätzlich eine 24-stündige Einwilligungssperrfrist vorgesehen werden, um dem Patienten eine Bedenkzeit zu ermöglichen.





Individuelle Gesundheitsleistungen

Anzahl

> 360

IGeL 2010

Ausgaben

1,5

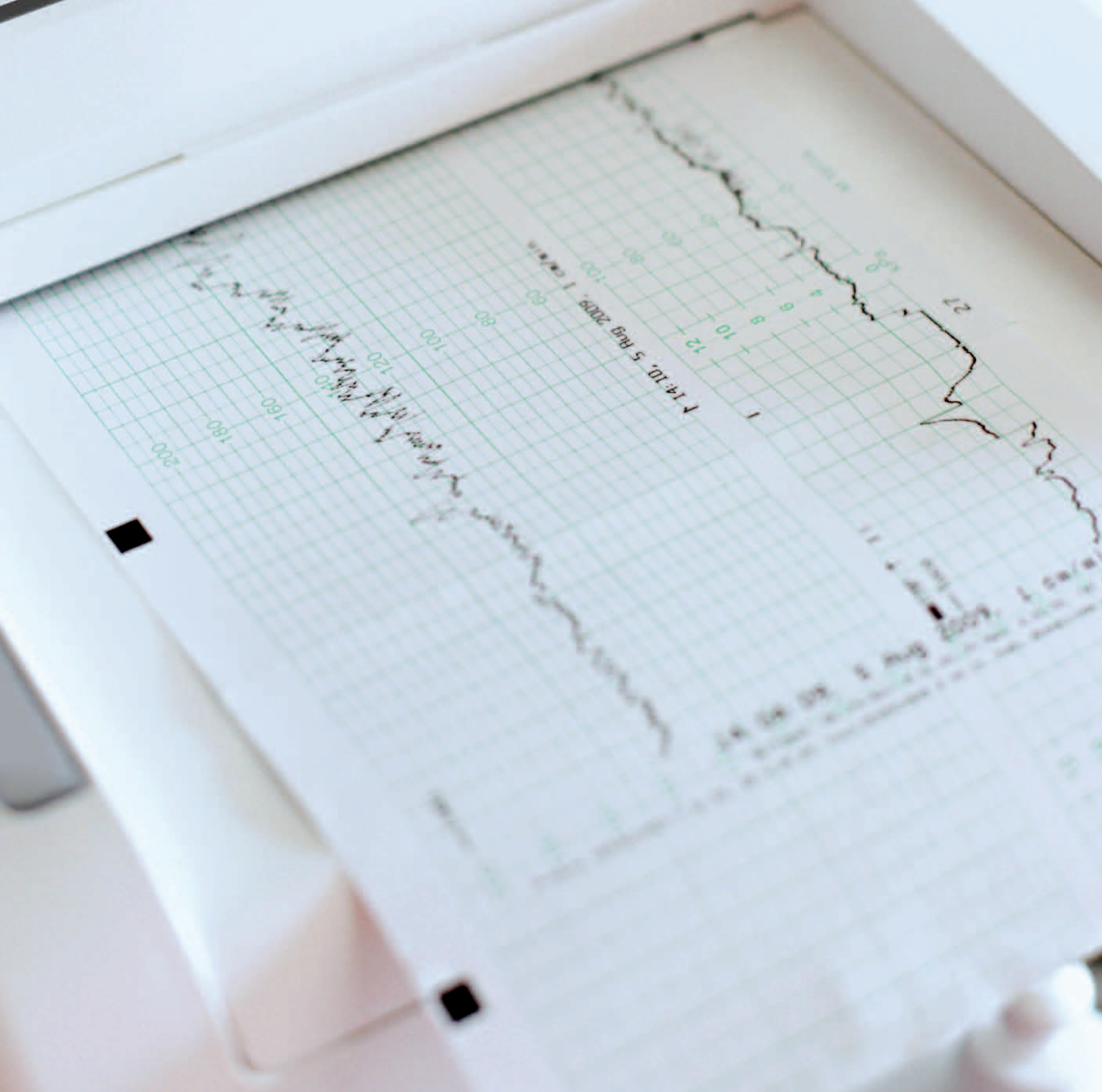
Mrd. Euro/Jahr

Menü

Einstellungen

Start

Stop





INSPECTION  
848

Neben den Vorbereitungen zur Einführung eines neuen leistungsorientierten Vergütungssystems für psychiatrische Einrichtungen ab dem Jahr 2013 sowie der Novellierung des Transplantationsgesetzes waren im stationären Bereich vor allem fehlerhafte Krankenhausabrechnungen das bestimmende Thema des Jahres. So erwiesen sich ungefähr 45 % der detailliert geprüften Rechnungen als fehlerhaft oder ungerechtfertigt. Im März gelangte der Bundesrechnungshof zu einer ähnlichen Einschätzung. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher für die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale ein, um mehr Anreize für Krankenhäuser zu schaffen, korrekt abzurechnen.

## Stationäre Versorgung

Themen des Jahres

### Krankenhausabrechnungsprüfung - ein Dauerbrenner

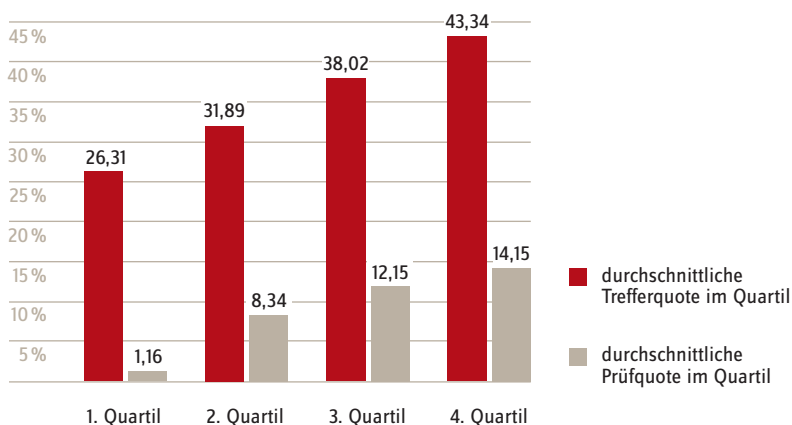
Das Thema „Fehlerhafte Abrechnungen der Krankenhäuser“ wurde durch den GKV-Spitzenverband im Jahr 2011 aktiv verfolgt. Am 16. August 2011 veröffentlichte der GKV-Spitzenverband ein zweites Argumentationspapier, das den aktuellen Trend der Abrechnungsprüfungen aufzeigte. Erneut hatten Krankenkassen in aktiver Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes Prüfergebnisse und Fallbeispiele zur Verfügung gestellt und so die Feststellung ermöglicht, dass über 45 % der detailliert geprüften Krankenhausabrechnungen als fehlerhaft einzustufen sind.

Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung	Rechnung
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte
Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte	Rechnungsposte
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe
554,81	803,55	3.521,17	64,31	987,42
7.031,26				

### Verteilung von Prüf- und Trefferquoten bei Krankenhäusern am Beispiel einer Krankenkasse

Auch der Bundesrechnungshof hatte in seinen Bemerkungen vom 12. April 2011 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes festgestellt, dass viele Krankenhausrechnungen fehlerhaft sind und Anreize für die Krankenhäuser fehlen, korrekt abzurechnen. Der GKV-Spitzenverband sieht sich damit in seiner Forderung an den Gesetzgeber bestätigt, die Aufwandspauschale künftig symmetrisch auszugestalten. Solange für Krankenhäuser bei Falschabrechnung die einzige Konsequenz darin besteht, den zu Unrecht erlösten Betrag zurückzahlen zu müssen, ist mit einer Änderung des Abrechnungsverhaltens der Krankenhäuser nicht zu rechnen.

> 1 Mio. Versicherte, 1.-3. Quartal 2010



Quelle: GKV-Spitzenverband

### Neues Psych-Entgeltsystem

Ab dem 1. Januar 2013 soll es eine neue, leistungsorientierte Vergütung für psychiatrische Einrichtungen geben. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt die Verantwortung für ein solches Psych-Entgeltsystem in die Hand der Spitzenverbandspart-

ner, wobei das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine zentrale Rolle spielen wird.

Im Jahr 2010 sind die ersten Kalkulationsrunden in den Krankenhäusern angelaufen. Trotz anfäng-

licher Probleme mit der Datenqualität zeichneten sich im Jahr 2011 gute Fortschritte bei der Leistungsdokumentation und Kostenerfassung zur Kalkulation von Tagespauschalen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab, sodass bis zum zweiten Halbjahr 2012 ein erster Entgeltkatalog durch das InEK vorgelegt werden kann.

Im Rahmen eines gesetzlichen Prüfauftrages soll über die Integration von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in das neue Entgeltsystem entschieden werden. Der GKV-Spitzenverband führte intensive Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), um in einem ersten Schritt eine bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation zu etablieren. Zu diesem Zweck stellte der GKV-Spitzenverband ein Konzept zur transparenten, aufwandsarmen und medizinisch gehaltvollen PIA-Leistungsdokumentation vor, das große Aufmerksamkeit erfuhr. Die Verhandlungen mit der DKG gestalteten sich allerdings derart schwierig, dass der Gesetzgeber im GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen verbindlichen Termin (30. April 2012) vorgegeben hat, bis zu dem ein bundeseinheitlicher Leistungskatalog nebst einem Konfliktlösungsmechanismus zu vereinbaren ist.

Seit Ende 2011 steht der ordnungspolitische Rahmen im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Der GKV-Spitzenverband hat im November 2011 eine Stellungnahme zum Referententwurf des Psych-Entgeltgesetzes erarbeitet und wird sich auch im Jahr 2012 aktiv am Gesetzgebungsprozess beteiligen. Es zeichnet sich eine sehr lange, auf fast zehn Jahre angelegte Einführungsphase ab.

### **DRG-Entgeltsystem 2012 per Ersatzvornahme**

Nach mehreren einvernehmlichen Jahren kam 2011 keine Einigung über die Weiterentwicklung der Diagnosis Related Groups (DRG) für 2012 zustande. Hintergrund hierfür war die unzureichende gesetzliche Regelung für die Überführung der Mittel aus dem dreijährigen Pflegesonderprogramm in die Landesbasisfallwerte ab dem Jahr 2012. Zusatzentgelte sind in dieser Regelung ausgeblendet. Gleichwohl hat das InEK – durchaus im Einvernehmen mit den Spitzenverbandspartnern – Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege kalkuliert. Durch die Einrechnung der Mittel für das Pflegesonderprogramm in die Landesbasisfallwerte und die gleichzeitige Abrechnung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege besteht die Gefahr einer Doppelfinanzierung in einer Größenordnung von über 200 Mio. Euro. Ein fairer Mittelübergang ohne Minderung oder Mehrung ist nur zu erreichen, wenn man die voraussichtlichen Zusatzentgelte nicht in den Landesbasisfallwert einbezieht.

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Gesundheit moderierten Selbstverwaltungslösung kam zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG keine Einigung zustande, sodass der DRG-Katalog 2012 nicht vereinbart werden konnte und eine Ersatzvornahme erforderlich wurde. Eine vom GKV-Spitzenverband geforderte flankierende gesetzliche Klarstellung erfolgte im Rahmen der Begründung der Ersatzvornahme.

### **Novellierung des Transplantationsgesetzes**

Organspende und Organtransplantation sind seltene Krankenhausleistungen, die kaum ein Promille aller Krankenhäuser darstellen. Im Jahr 2011 wurden 4.783 Organtransplantationen (einschließlich Organtransplantationen nach Lebendspenden)

durchgeführt. Dem stehen rund 18 Mio. Krankenhausbehandlungen gegenüber. Transplantationen gehören allerdings zu den teuersten Leistungen und stehen stark im Blickfeld der Öffentlichkeit.

Laut Transplantationsgesetz (TPG) werden die Kosten, die zur Vorbereitung einer Organtransplantation nach dem Hirntod des potenziellen Organspenders entstehen, durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) vergütet. Die DSO ihrerseits wird durch die Krankenkasse des Organempfängers finanziert. Ein gesondertes Problem stellen derzeit neue Transportvarianten dar. Statt des üblichen „kalten“ Transports gibt es inzwischen teure Transportgeräte, die eine Durchblutung während des Transports erlauben. Für Herztransplantationen wurde jüngst ein Vertrag für das „Organ Care System™“ (OCS™) der Firma TransMedics abgeschlossen. Die Einführung des Systems erfolgt im Rahmen einer auf 24 Monate ausgelegten prospektiven, multizentrischen Registerstudie in acht Transplantationszentren.

Im Jahr 2011 wurde intensiv über die Novellierung des TPG diskutiert. Ausgangspunkt der Diskussion sind die Vorgaben der Europäischen Union über die Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Transplantation bestimmte menschliche Organe vom 7. Juli 2010. Neben rein technischen Anpassungen geht es um eine Verbesserung der Spendenbereitschaft durch den Einsatz von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern. Die Umsetzung dieser Vorgaben wird grundsätzlich vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Der zweite wichtige Diskussionspunkt im Gesetzgebungsverfahren ist der Umstieg von der gegenwärtig gültigen erweiterten Zustimmungslösung hin zur „Entscheidungslösung“. Diesem Modell zufolge soll

#### **Quinth - der Qualitätsindikatorenthesaurus des GKV-Spitzenverbandes**

Die Qualitätssicherung entwickelt sich dynamisch, und es wird zunehmend schwerer, den Überblick zu behalten. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband eine Datenbank mit inzwischen über 2.000 Qualitätsindikatoren aufgebaut und ins Netz gestellt. Zu jeder Kennzahl gibt es Angaben zu Hintergründen, zum Stand der Entwicklung sowie zur Methodik und Aussagekraft der Indikatoren. Darüber hinaus bietet Quinth eine bisher in Deutschland einmalige Beurteilung der Indikatoren bezüglich ihrer Eignung für qualitätsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance-Programme).

Der Link zu Quinth:

<http://quinth.gkv-spitzenverband.de>

sich jeder Bundesbürger mindestens einmal in seinem Leben entscheiden, ob er seine Organe spenden möchte oder nicht bzw. ob er diese Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt treffen möchte. Diskutiert wird ebenfalls, die elektronische Gesundheitskarte um Informationen zur Organspendebereitschaft zu erweitern.

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist eine Reihe von Regelungen zur Datenverfügbarkeit und -transparenz neu geschaffen oder angepasst worden. Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Datenverfügbarkeit und -transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz verbessert hat. Im Hinblick auf eine Reihe von gesetzlichen Aufgaben sowie auf die Fragestellungen der Versorgungsforschung besteht aber weiterer Handlungsbedarf.

## Datenverfügbarkeit und -transparenz: Grundlage für die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben

Die Verfügbarkeit und Transparenz der Daten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird sich mit den neuen Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes verbessern. Die für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate notwendigen ärztlichen Abrechnungsdaten werden auch den regionalen Vertragspartnern übermittelt; so kann z. B. die Weiterentwicklung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung transparenter gemacht oder die Transparenz für die Vereinbarungen von Erstattungsbeträgen bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen erhöht werden. Auch für die Qualitätssicherung ergeben sich neue Möglichkeiten mit Routinedaten der GKV bessere Verfahren zu entwickeln. Mit Blick auf eine Reihe von gesetzlichen Aufgaben sowie auf Fragestellungen der Versorgungsforschung besteht aber weiterer Handlungsbedarf.

Zu den neuen Datengrundlagen im Einzelnen:

**Regelungskompetenz für den Bewertungsausschuss Ärzte zur Festlegung von Datengrundlagen für die regionalen Gesamtvertragspartner**  
Diese Daten sind für die Vergütungsvereinbarungen erforderlich und sollen vom Institut des Bewertungsausschusses jeweils bis zum 30. Juni eines Jahres übermittelt werden. Bereits im Oktober 2011 hat der Bewertungsausschuss auf der bisher geltenden Rechtsgrundlage beschlossen, dass die Daten der ärztlichen Abrechnung, die für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate durch das Institut des Bewertungsausschusses benötigt werden, auch den jeweiligen regionalen Vertragspartnern übermittelt werden. Hiermit können

einerseits die Empfehlungen des Bewertungsausschusses zu den Veränderungsdaten der Morbidität nachvollzogen werden; andererseits sind diese Daten auch zur Bewertung der Daten- und Diagnosequalität erforderlich. Diese Bewertungen werden bei der geforderten gewichteten Zusammenfassung einer demographischen Veränderungsrate und einer diagnosebezogenen Veränderungsrate eine wichtige Rolle spielen. Dabei wird das Pendel bei festgestellten Mängeln der Daten- bzw. Diagnosequalität zugunsten der demographischen Rate ausschlagen müssen. Insgesamt hat sich für die Gesamtvertragspartner damit die Transparenz bei der Weiterentwicklung der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung entscheidend verbessert.

### **Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes zur Auswertung der sog. Morbi-RSA-Daten**

Die Auswertungen bilden die Transparenzgrundlage für die Vereinbarungen mit den pharmazeutischen Unternehmen über die Erstattungsbeträge für Arzneimittel. Dementsprechend sind die Auswertungen vom GKV-Spitzenverband auch an die pharmazeutischen Unternehmen zu übermitteln. Mit der Möglichkeit der Auswertung von Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) werden die Vereinbarungen bspw. im Hinblick auf die erwarteten indikationsspezifischen Absatzmengen der Arzneimittel auf eine solidere Grundlage gestellt. Aufgrund der mangelnden Detailtiefe der Morbi-RSA-Daten eignen sich diese aber nicht für alle erforderlichen Analysen und Auswertungen. Es ist daher erforderlich, eine weitere gesetzliche Grundlage für darüber hinausgehende Datenaufbereitungen zu schaffen, mit der

HCT	48.0	RDW-SD	48.4
MCV	- 70.8	RDW-CV	+ 19.6
MCH	- 18.4	PDW	13.3
MCHC	- 26.0	MPV	10.1
PLT	75	P-LCR	28.0

P1

1:M.Descri. 2:Output

7

8

9

NUMMER

4

5

6

EINGABE

1

2

3

AUSWAHL

0

÷

C

MODUS

◀

▲

▶

HILFE

◀

▼

▶

AUS

18,4 Mrd.  
Datensätze\*

\*Stichproben ärztlicher  
Abrechnungsdaten und  
Morbi-RSA-Daten erfasst  
auf Grundlage der  
gesetzlichen Regelungen.

Nr. 2

Datum 06.02.2011

Uhrzeit 17:06

Modus WB

auch indikations- und behandlungsbezogene Auswertungen erstellt werden können.

**Grundlage für die Nutzung von Abrechnungs- und Diagnosedaten für die Qualitätssicherung**

Mit der Neuregelung des § 299 Abs. 1a SGB V gibt es erstmals eine Grundlage für die Nutzung der von den Leistungserbringern an die Krankenkassen übermittelten Abrechnungs- und Diagnosedaten auch für die Qualitätssicherung. Damit entfällt in vielen Fällen die Notwendigkeit, Daten zur Qualität der Behandlungen jeweils aufs Neue und separat von den Leistungserbringern erheben zu müssen. Dies ist einerseits ein wichtiger Beitrag zum Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen; andererseits wird die Qualitätssicherung hiermit nachhaltig verbessert.

**Verbesserung der Datengrundlage für die Versorgungsforschung**

Durch die Neuregelung des § 303a SGB V wird erstmalig eine bundesweite Datengrundlage für die Steuerung kollektivvertraglicher Bereiche, für die Planung von Leistungsressourcen, für Fragen der Qualitätssicherung sowie für die Versorgungsforschung geschaffen. Die hierzu vom Gesetzgeber bestimmten Daten des Morbi-RSA liegen bereits vor und müssen nicht zusätzlich erhoben werden. Diese Daten sind bei einer Vielzahl von Fragen hilfreich, sind aber nicht für alle der intendierten Nutzungszwecke geeignet. So fehlt bspw. für die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V sowie die Kosten-Nutzenbewertung nach § 35b SGB V die erforderliche Detailtiefe. Auch für viele Fragen der Versorgungsforschung werden detailliertere Daten mit konkretem Leistungsbezug benötigt.



**Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz hat 2011 die Erstattungsbedingungen für neue Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung umfassend geändert. So müssen neue Arzneimittel ihren Zusatznutzen unter Beweis stellen. Nach der organisatorischen Einrichtung des Bewertungsverfahrens konnten im zweiten Halbjahr 2011 erste Bewertungsergebnisse veröffentlicht werden, auf deren Grundlage der GKV-Spitzenverband ab Januar 2012 die Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen mit pharmazeutischen Unternehmern führt. Die Anwendung des Apothekenabschlags für die Jahre 2009 und 2010 bleibt hingegen weiter offen. Der GKV-Spitzenverband hatte gegen die Festsetzung des Abschlags durch die Schiedsstelle geklagt, nicht zuletzt auch, weil diese für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrkosten im dreistelligen Millionenbereich verursacht hat.**

## AMNOG: Umsetzung gestartet

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) wurden zum 1. Januar 2011 umfassende strukturelle Änderungen für die GKV-Finanzierung von Arzneimitteln eingeführt. Im Mittelpunkt der Neuordnung stehen die Bewertung und die Erstattungsregelung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die in der Vergangenheit mit hohen Preisen in den deutschen Markt eingeführt wurden. Damit sollen eine breitere Anwendung der Festbeträge und die Durchsetzung von GKV-weiten Rabatten für nicht festbetragsfähige Arzneimittel eröffnet werden.

Spätestens zum Zeitpunkt ihres Inverkehrbringens ist für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen eine Bewertung des Zusatznutzens auf der Basis eines Herstellerdossiers durchzuführen. Die Bewertungsverfahren liegen in der Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Für nicht den Festbeträgen zuweisbare Arzneimittel hat der GKV-Spitzenverband mit den pharmazeutischen Unternehmern Erstattungsbeträge in Gestalt eines Rabatts zu vereinbaren.

Dabei sollen Arzneimittel ohne Zusatznutzen und ohne Festbetragsgruppe einen Erstattungsbetrag erhalten, der nicht zu höheren Kosten führt, als für die zweckmäßige Vergleichstherapie aufzuwenden sind. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen sind mit dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer Verhandlungen über den angemessenen Erstattungsbetrag zu führen. Ausgehend von den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie ist der Erstattungsbetrag nach dem Ausmaß des Zusatznutzens unter Berücksichtigung weiterer in der Rahmenvereinbarung genannter Kriterien zu bemessen.

Die Neuordnung verlangte innerhalb kürzester Zeit den Aufbau einer neuen Organisationsstruktur. Es wurden neue Mitarbeiter eingestellt, mit Räumlichkeiten und Arbeitsmitteln ausgestattet, Verhandlungsschulungen durchgeführt sowie Verfahrensabläufe und Terminpläne für die Verhandlungen mit den pharmazeutischen Unternehmern festgelegt. Bis Ende Januar 2011 war der GKV-Spitzenverband in grundlegende Anpassungen der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses eingebunden. Diese regelt das nach dem Gesetz vorgesehene Bewertungsverfahren für neue Arzneimittel, das innerhalb von zwölf Monaten nach Inverkehrbringen abzuschließen ist. Konkretisiert werden wesentliche Aspekte wie Anforderungen an den Nachweis des Zusatznutzens durch den pharmazeutischen Unternehmer, Festlegung der zweckmäßigen Vergleichstherapie, Beratung, Nutzenbewertung, gesetzliches Stellungnahmeverfahren und Beschlussfassung. Gemeinsam mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde eine ausführliche Dossievorlage entwickelt, nach deren Maßgabe die pharmazeutischen Unternehmer ihre Nachweise zur Nutzenbewertung vorzulegen haben.

Im zweiten Halbjahr wurden die ersten Bewertungsergebnisse nach drei Monaten planmäßig auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht und dienten als Grundlage für den ersten Beschluss des G-BA im Dezember 2011. Auf dieser Grundlage haben die Verhandlungen zum Erstattungsbetrag im Januar 2012 begonnen.

Über die Maßstäbe der einzelnen Erstattungsbetragsverhandlungen hat der GKV-Spitzenverband



Einsparpotenzial durch Festbeträge  
**5,2 Mrd. Euro**

2011

MIT CLASE PROGRESIVA  
ALCOHOL MIT NEUTRALISIERENDEM  
EFFECT  
OF SANGREDO'S WHO NEW

gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer eine Rahmenvereinbarung zu treffen. Nach intensiven Verhandlungen wurden schließlich die Vorgaben für den formalen Ablauf wie Terminsetzung, Anzahl und Dauer der Sitzungen, Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie Aufteilung der Verfahrenskosten für die Einzelverhandlungen festgelegt. Auch auf die Maßstäbe und inhaltlichen Kriterien für die Feststellung des Erstattungsbetrages der Höhe nach hat man sich weitgehend einigen können.

In der bis zuletzt offen gebliebenen Frage, wie die Vergleichbarkeit mit Preisen in anderen europäischen Ländern in der Rahmenvereinbarung zu konkretisieren ist, hat man sich darauf verständigt, hierzu gemeinsam die vorgesehene Schiedsstelle anzurufen. Mit diesem Vertragsstand wurde die Rahmenvereinbarung Anfang November 2011 verabschiedet.

Parallel dazu wurde die gesetzlich vorgesehene Schiedsstelle eingerichtet (§ 130b Abs. 5 SGB V), deren Geschäftsführung dem GKV-Spitzenverband obliegt. Nachdem sich im Mai 2011 die Bundesvertragspartner einvernehmlich auf die personelle Besetzung der Schiedsstelle geeinigt hatten, trat diese am 24. Juni 2011 unter der Leitung des unparteiischen Vorsitzenden Dr. Manfred Zipperer erstmals zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Im März 2012 hat die Schiedsstelle die noch offene Frage der Vergleichbarkeit der Preise in anderen europäischen Ländern geklärt.

Während des gesamten Jahres 2011 hat sich der GKV-Spitzenverband personell und organisatorisch auf die anstehenden Bewertungsverfahren

im G-BA und die eigenen Verhandlungen zu den Erstattungsbeträgen vorbereitet. Die Personalrekrutierung ist nahezu abgeschlossen. Entsprechend der wachsenden Anzahl an Verfahren wurde ein stufiger Organisationsaufbau gewählt. Mehrere Verhandlungsteams werden nach einem straffen Sitzungskalender, der an die Terminfolgen des G-BA anschließt, die Verhandlungen produktbezogen durchführen.

#### **Apothekenabschlag**

Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel einen packungsbezogenen Abschlag. Dieser sogenannte Apothekenabschlag war für die Jahre 2009 und 2010 jährlich anzupassen. Nach erfolglosen Verhandlungen hat die zuständige Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V den Abschlag für das Jahr 2009 von bisher 2,30 Euro auf 1,75 Euro je verschreibungspflichtige Packung festgesetzt.

Gegen diese Festsetzung, die die gesetzliche Krankenversicherung mit rund 300 Mio. Euro belastete, hat der GKV-Spitzenverband Klage eingereicht. Das Sozialgericht Berlin ist der Klage gefolgt und hat die Schiedsentscheidung mit Urteil vom 27. April 2011 aufgehoben. Dagegen wurde Berufung vor dem Landessozialgericht Berlin Brandenburg eingelegt. Damit ist die Anwendung des Abschlages der Höhe nach für das Jahr 2009 bis heute offen.

Auch für das Jahr 2010 war der Apothekenabschlag zu überprüfen und ggf. anzupassen. Unter dem Eindruck der für das Jahr 2009 ergangenen Schiedsentscheidung forderte der Deutsche Apothekerverband (DAV) in den Verhandlungen für 2010 eine weitere Absenkung des Apothekenabschlages. Schließlich stellte der DAV einen entsprechenden

## Themen des Jahres

Schiedsantrag auf eine weitere Absenkung des Abschlages auf dann 1,37 Euro. In dem am 4. Juli 2011 neu eröffneten Schiedsverfahren beantragte der GKV-Spitzenverband seinerseits, das Verfahren für das Jahr 2010 bis zur noch ausstehenden gerichtlichen Klärung der Festsetzung für 2009 auszusetzen. Hilfsweise wurde beantragt, den Abschlag für das Jahr 2010 unter Berücksichtigung des Sozialgerichtsurteils auf 2,26 Euro festzusetzen.

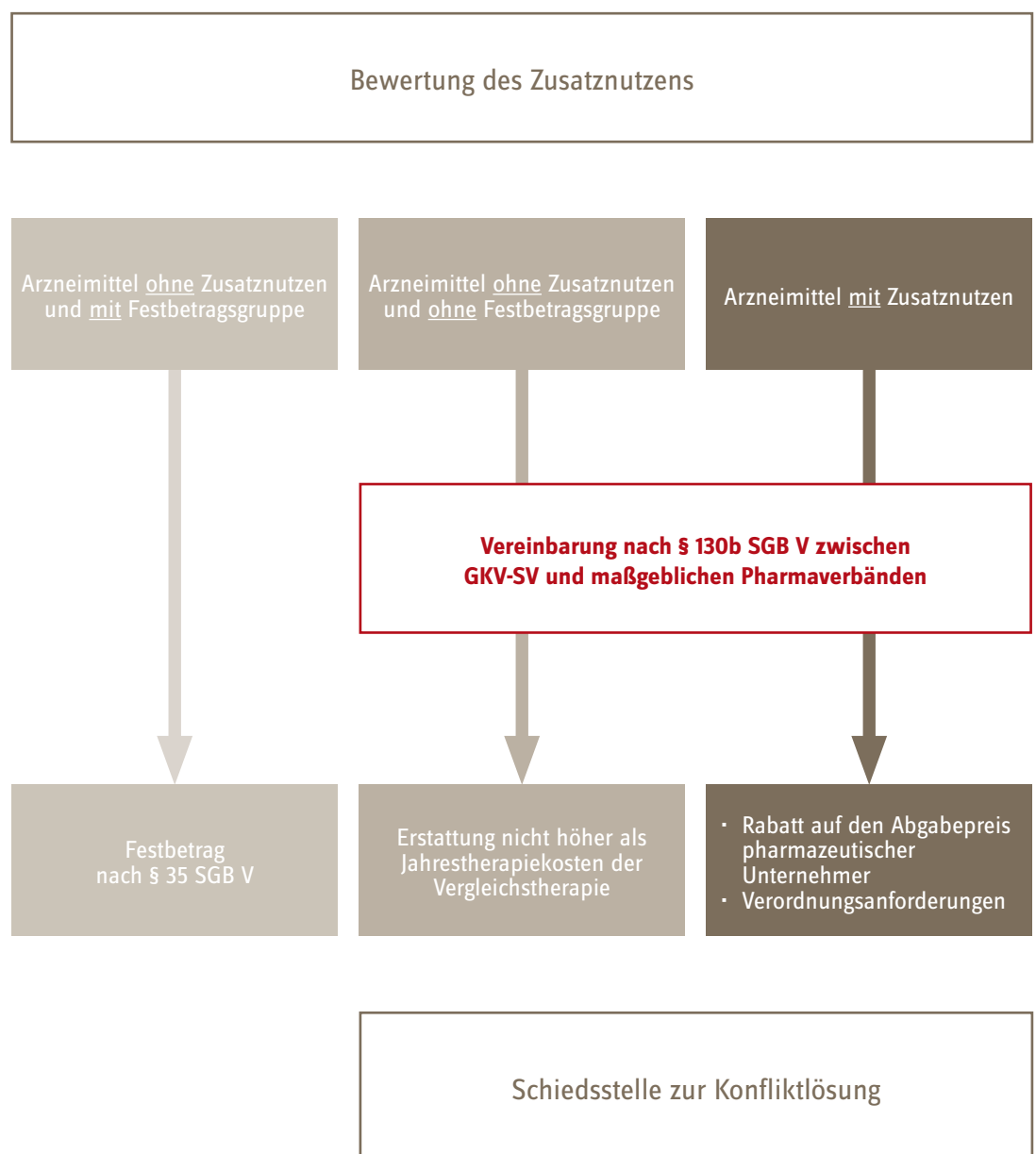
Die Schiedsstelle hat den Antrag des GKV-Spitzenverbandes auf Aussetzung des Verfahrens abgelehnt und in der abschließenden Verhandlung am 6. September 2011 den Apothekenabschlag für ein weiteres Jahr auf 1,75 Euro festgesetzt. Angesichts des noch offenen Rechtsstreits über die Festsetzung 2009 steht der Beschluss jedoch unter einer auflösenden Bedingung. Wird der Beschluss der Schiedsstelle für das Jahr 2009 rechtskräftig aufgehoben, ist auch für das Jahr 2010 eine neue Schiedsentscheidung zu treffen.

Damit bleibt auch für das Jahr 2010 die Anwendung des Abschlages der Höhe nach weiterhin offen. Je nach Ausgang der Verfahren sind aufwendige Rückabwicklungen zur Apothekenabrechnung für die abgelaufenen Zeiträume nicht auszuschließen. Für die Jahre 2011 und 2012 gilt der durch das AMNOG gesetzlich festgesetzte Apothekenabschlag von 2,05 Euro. Für die Zeit danach sind die Rahmenvertragspartner auf der Bundesebene aufgefordert, Anpassungsbedarf zum Apothekenabschlag zu prüfen und gegebenenfalls zu vereinbaren.

**Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes für Erstattungsbetragsverhandlungen nach § 130b SGB V**

1. Ziel des GKV-Spitzenverbandes sind faire Erstattungsbeträge. Das bedeutet, dass sich die Gewinne der Pharmaindustrie am Zusatznutzen für die Patienten orientieren und nicht an den Wunschvorstellungen der Aktionäre. Nicht jedes neu zugelassene Arzneimittel ist eine wirkliche Innovation. Innovative Arzneimittel müssen einen therapeutischen Zusatznutzen für die Patienten haben im Vergleich zu Medikamenten, die bereits auf dem Markt sind.
2. Der GKV-Spitzenverband führt die Verhandlungen auf Augenhöhe mit den Arzneimittelherstellern. Diese haben ein Monopol für ihr durch ein Patent geschütztes Produkt. Der GKV-Spitzenverband setzt sich auf Wunsch des Gesetzgebers auch für die Versicherten der privaten Krankenversicherung und damit für die Belange aller 80 Mio. Versicherten in Deutschland ein. Abstriche bei der Patientenversorgung wird es nicht geben.
3. Ausschlaggebend ist, dass neue Produkte bezüglich ihres Zusatznutzens geprüft werden. Wenn ein neues Präparat keinen Zusatznutzen für die Patienten hat, kann der Erstattungsbetrag nicht höher sein als der für das bereits auf dem Markt befindliche Vergleichsmedikament. Alternativ ordnet der Gemeinsame Bundesausschuss das Medikament in eine Festbetragsgruppe ein.
4. Um zu fairen Erstattungsbeträgen für wirkliche Innovationen zu kommen, wird zunächst von der jeweiligen Vergleichstherapie ausgegangen. Hat das neue Arzneimittel ihr gegenüber einen Zusatznutzen, wird ein angemessener Aufschlag auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie vereinbart. In einem weiteren Schritt geht es um den europäischen Vergleich.
5. Im Interesse der Beitragszahler und zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen müssen auch patentgeschützte Arzneimittel, die sich bereits seit vielen Jahren auf dem Markt befinden, auf ihren konkreten Zusatznutzen hin geprüft werden. Der GKV-Spitzenverband wird sich hierfür einsetzen.

## Neue Erstattungsbedingungen nach AMNOG



Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte durch die Krankenkassen hat im Oktober begonnen. Die Voraussetzung dafür wurde vom GKV-Spitzenverband geschaffen u. a. durch Finanzierungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern für die erforderlichen Kartenlesegeräte. Auf Basis einer Initiative des GKV-Spitzenverbandes wurde zudem ein Stufenkonzept für bestimmte Online-Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte beschlossen, die ab 2013 schrittweise eingeführt werden sollen.

## Telematik: Wichtige Schritte auf dem Weg zu einer Gesundheitstelematik

### Basis-Rollout

Nach Inkrafttreten der Neuregelung im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes ist es dem GKV-Spitzenverband gelungen, die Voraussetzungen für die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu schaffen. Hierzu gehörten im Wesentlichen die Festlegung der eGK-Spezifikation sowie der Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für neue Kartenlesegeräte zum Einlesen der eGK. Eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft lag hingegen bereits vor.

Auf Basis der Finanzierungsvereinbarung ist bis November 2011 eine sehr hohe Ausstattung der Arzt-/Zahnarztpraxen und Krankenhäuser mit eGK-fähigen Kartenlesegeräten erreicht worden. Unter Berücksichtigung der Arzt-/Zahnarztpraxen, die mit Hilfe ihrer alten multifunktionalen Kartenlesegeräte ebenfalls die Versichertenstammdaten der eGK in das Praxisverwaltungssystem einlesen können, ist davon auszugehen, dass nahezu flächendeckend die eGK-Fähigkeit hergestellt ist. Im Gegenzug begann im Oktober 2011 die Ausgabe der eGK an die Versicherten. Schwerpunktregion der eGK-Ausgabe war dabei Nordrhein. Deshalb erklärte die Gesellschafterversammlung der gematik am 5. Dezember 2011 den Basis-Rollout der eGK aus technischer Sicht als erfolgreich abgeschlossen.

### Alternative 2012

Parallel zu den Arbeiten an den im Vorjahr eingeführten Projekten zur Neuausrichtung der Telematik

erstellte der GKV-Spitzenverband mit der „Alternative 2012“ ein Konzept, mit dem bereits Anfang 2013 über eine Online-Anbindung testweise der Abgleich der Versichertenstammdaten erfolgen kann, sodass der Austausch der eGK bei Änderungen der Daten unnötig wird. Der Verwaltungsrat beauftragte den GKV-Spitzenverband am 8. Juni 2011 mit der Einbringung der „Alternative 2012“ in die Gesellschafterversammlung. Befürchtungen wurden von den Leistungserbringern geäußert, dass der GKV-Spitzenverband nach Einführung des Versichertenstammdatenmanagements die übrigen medizinischen Anwendungen vernachlässigen könnte. Dagegen betrachtete der GKV-Spitzenverband die „Alternative 2012“ als Beitrag zur Erhaltung der Zukunftschancen der eGK und Telematik für das GKV-System und beteiligte sich an einer Arbeitsgruppe, in der auf Basis der „Alternative 2012“ ein Kompromissvorschlag erarbeitet wurde.

In der Gesellschafterversammlung am 5. Dezember 2011 konnte die „Alternative 2012“ mit Zustimmungen hinsichtlich eines Stufenkonzepts verabschiedet werden. Somit haben sich die Gesellschafter der gematik nach dem erfolgreichen Basis-Rollout auf den nächsten Schritt geeinigt und ein gemeinsam getragenes, stufenweises Vorgehen des Online-Rollouts beschlossen. Dazu gehört vor allem die Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements. Das Stufenkonzept sieht vor, dass in einer nächsten Phase als Mehrwert die qualifizierte elektronische Signatur (QES) eingeführt werden soll. Sie ist in der elektronischen Kommunikation und Datenhaltung als Äquivalent zu einer handschriftlichen Unterschrift des

Gesundheitskarte



**GK**  
Spitzenverband



Ausgabe der eGK

an 10 %  
der Versicherten bis Ende 2011

an 70 %  
der Versicherten bis Ende 2012



(Zahn-) Arztes unerlässlich und bildet die sichere Basis für nahezu jegliche medizinische Anwendung, z. B. für Arztbriefe oder den Notfalldatensatz. Mit der Anwendung Versichertenstammdatenmanagement wird technisch die gesetzliche Vorgabe umgesetzt, nach der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Zahnärzte und Einrichtungen verpflichtet sind, die vorgelegte eGK bei der erstmaligen Inanspruchnahme von Leistungen im Quartal auf Gültigkeit und Aktualität der Versichertendaten zu prüfen. Liegen geänderte Daten bei einem Kostenträger vor, z. B. eine neue Anschrift des Versicherten, werden diese Informationen künftig im Hintergrund automatisch auf der Karte aktualisiert. Durch die beschleunigte Umsetzung der Telematikinfrastruktur wird auch der Weg für weitere Mehrwertanwendungen, wie die Notfalldaten und die adressierte Kommunikation der Leistungserbringer, geebnet.



### Weitere richtungsweisende Entscheidungen im Jahr 2011

Als weitere Anwendung der Telematikinfrastruktur wurde einstimmig das Projekt Arzneimittel-Therapie-Sicherheit beschlossen. Hierfür wird die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände als verantwortlicher Gesellschafter im Jahr 2012 mit der Erstellung eines Lastenheftes beginnen.

Zudem konnte auf der Gesellschafterversammlung am 5. Dezember 2011 einvernehmlich die Bestellung eines neuen Hauptgeschäftsführers der gematik beschlossen werden, der am 16. Januar 2012 seine Tätigkeit aufgenommen hat. Hiervon erwarten die Gesellschafter eine konsequentere, zielgerichtete Führung der gematik, sodass auch dies zum Gelingen der schnelleren Einführung der Telematikinfrastruktur beitragen wird.

**Durch den Einnahmenüberschuss des Gesundheitsfonds im Jahr 2011 ist dessen Liquiditätsreserve auf 9,5 Mrd. Euro angewachsen. Zu einer Lockerung der Ausgabendisziplin besteht jedoch kein Grund, denn die Mittel der Liquiditätsreserve sind zu einem Großteil gesetzlich gebunden. Die verbleibenden Mittel sind ein ökonomisch sinnvoller Puffer, um konjunkturellen Risiken begegnen zu können. Auch die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenkassen hat sich nach der angespannten Lage der letzten Jahre positiv entwickelt und führt dazu, dass 2012 nahezu flächendeckend keine Zusatzbeiträge mehr erhoben werden.**

## Finanzentwicklung 2011/2012: Konsolidierungskurs verdrängt Zusatzbeiträge

Die sich im Jahr 2010 bereits für den Gesundheitsfonds abzeichnende finanzielle Konsolidierung setzte sich erfreulicherweise im Berichtsjahr fort. Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist zu Beginn des Jahres 2012 dank der anhaltend guten konjunkturellen Entwicklung und aufgrund zentraler gesetzgeberischer Entscheidungen des Jahres 2010 insgesamt positiv. Zur Konsolidierung trugen einnahmenseitig die für die Beitragszahler schmerzliche Beitragssatzanhebung zum 1. Januar 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozent (GKV-Finanzierungsgesetz) und die Zahlung der ergänzenden Bundesbeteiligung in Höhe von 2,0 Mrd. Euro (Haushaltsbegleitgesetz 2011) bei. Ausgabenseitig profitierte die GKV insbesondere vom Arzneimittel-Sparpaket (GKV-Änderungsgesetz).

### Entwicklung 2011

Nach den jüngsten Zahlen des GKV-Schätzerkreises auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen (KV 45, 4. Quartal 2011) wird der Gesundheitsfonds im Berichtsjahr mit einem Einnahmenüberschuss von rd. 5,2 Mrd. Euro abschließen. Die Liquiditätsreserve beträgt damit zum 31. Dezember 2011 rund 9,5 Mrd. Euro.

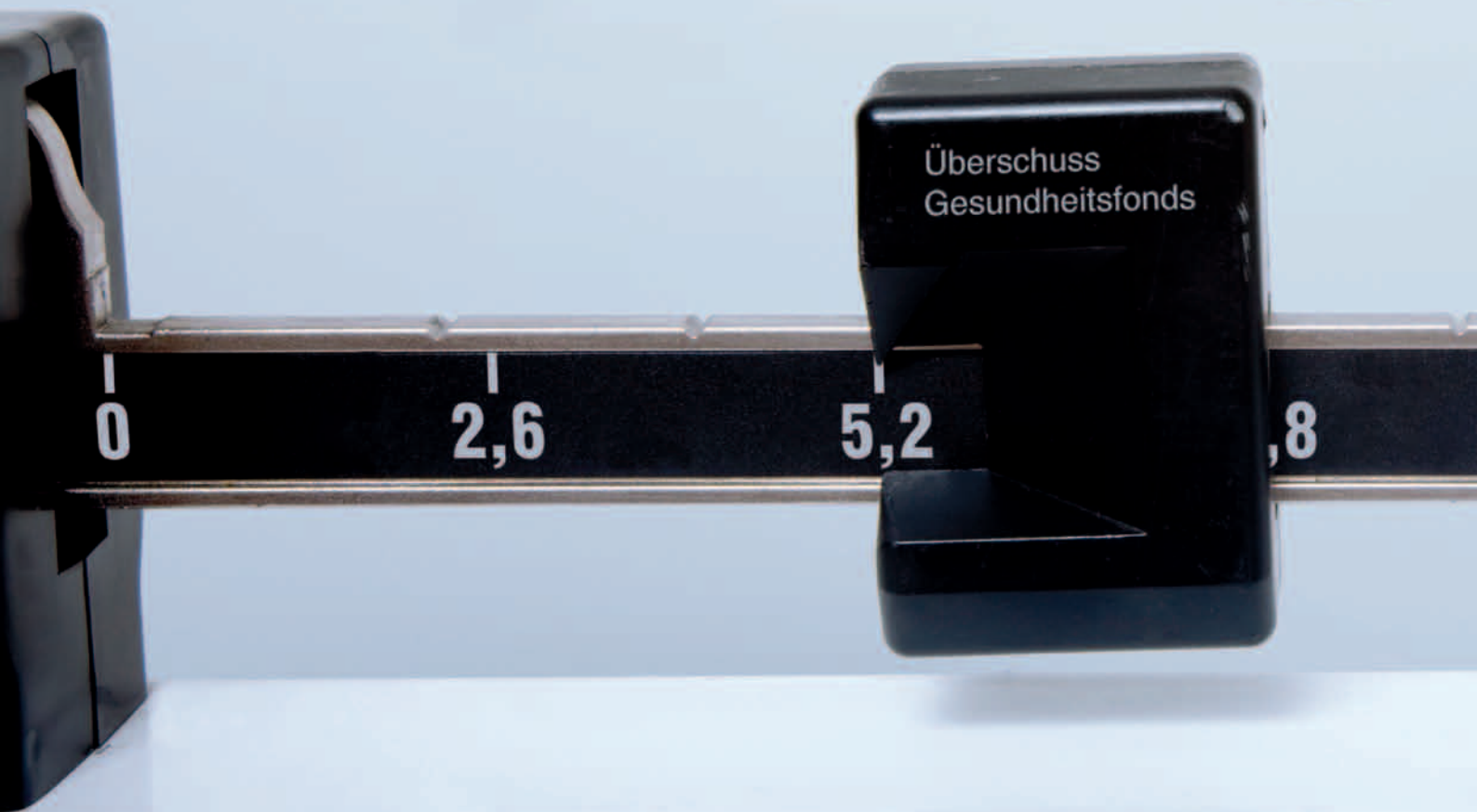
Im Berichtsjahr ist dieser positive Trend auch bei den Krankenkassen angekommen. Die vorläufigen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen für das Kalenderjahr 2011 (KV 45) gehen einschließlich der sonstigen Einnahmen der Krankenkassen, insbesondere der Zusatzbeiträge, von einem Überschuss in Höhe von rd. 4,0 Mrd. Euro aus.

### Prognose 2012

Für das Jahr 2012 erwartet der Fonds erneut ein positives Jahresergebnis. Das Plus soll 0,2 Mrd. Euro betragen. Dieser Saldo ergibt sich aus den erwarteten Einnahmen von 185,7 Mrd. Euro und einem in Höhe der erwarteten Ausgaben festgelegten Zuweisungsvolumen von 185,4 Mrd. Euro (bei Aufwendungen des Fonds von 15 Mio. Euro). Da die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen die Ausschüttungen des Fonds limitieren, beträgt die geschätzte Deckungsquote für das Jahr 2012 genau 100 Prozent. Entsprechend wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2012 auf null Euro festgesetzt. Im Ergebnis wird auch im Jahr 2012 kein Sozialausgleich durchgeführt. Der mit hohem Aufwand vom GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen unter Beteiligung der übrigen Sozialversicherungsträger geschaffene Meldedialog zur Umsetzung des Sozialausgleichs ab 2012 wurde daher im Rahmen eines Moratoriums ausgesetzt: Nach Auffassung des BMG sind die neuen Meldungen nur dann zu erstellen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag größer null ist und damit überhaupt ein Sozialausgleich durchgeführt werden muss. Arbeitgeber und Krankenkassen werden damit in erheblichem Maße von administrativem Aufwand entlastet.

### Zusatzbeiträge auf dem Rückmarsch

Der Konsolidierungskurs spiegelt sich unmittelbar im Preiswettbewerb der Krankenkassen wider. Die rund ein Dutzend Krankenkassen, die 2011 noch Zusatzbeiträge zwischen 8 und 15 Euro im



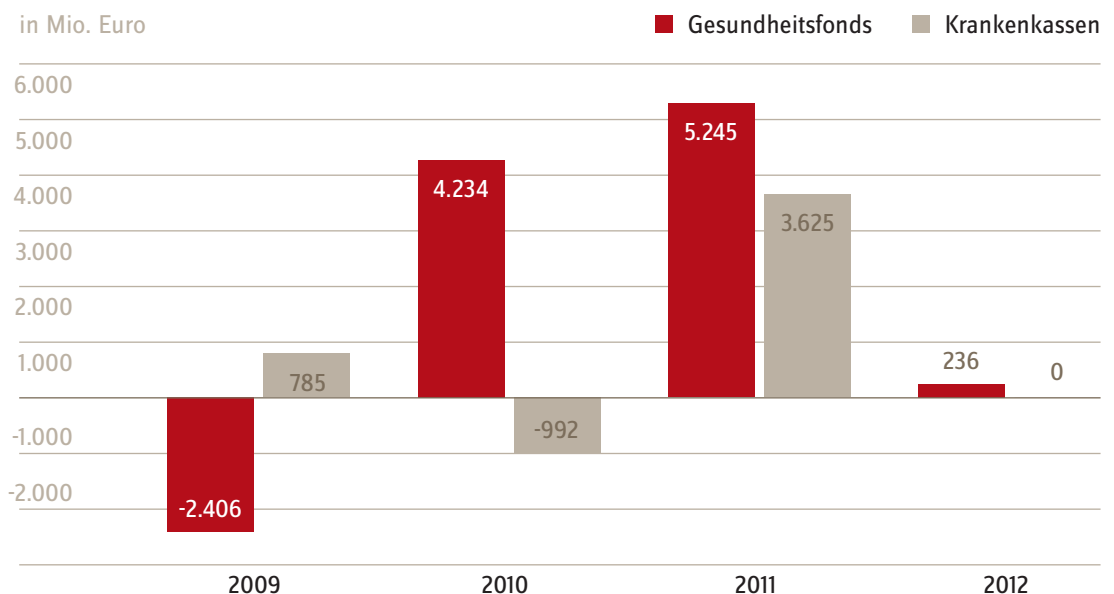
Monat erheben mussten, haben nahezu alle zum Jahreswechsel den Verzicht auf die weitere Erhebung angekündigt oder schon beschlossen.

### Zu hohe Liquidität?

Die GKV befindet sich insgesamt auf dem Weg einer nachhaltig stabilen Finanzierung. Sie schwimmt aber nicht im Geld, wie interessengelenkte Berichte suggerieren wollen. Die mit rund 9,5 Mrd. Euro gefüllte Liquiditätsreserve entspricht - um die Dimension deutlich zu machen - dem Finanzierungsvolumen der GKV für rd. 19 Tage. Die Mittel sind zudem in großen Teilen bereits gesetzlich gebunden: 3,0 Mrd. Euro sind als Mindestreserve für unterjährige Einnahmeschwankungen vorzuhalten. 2,0 Mrd. Euro sind für die Zwecke des

Sozialausgleichs der Jahre 2013 bis 2014 reserviert. Die verbleibende „freie“ Liquidität ist vor dem Hintergrund konjunktureller und struktureller Risiken fraglos ein ökonomisch sinnvoller Puffer. Gleiches gilt für die Finanzen der Kassen. Nach Jahren der Unterfinanzierung gelingt es ihnen, ihre Haushalte zu konsolidieren, notwendige Rücklagen und Betriebsmittel aufzubauen. Dies schützt die Beitragszahler vor Finanzrisiken, die bereits ab dem Jahr 2013 zu erwarten sind, etwa infolge der Einführung des Orientierungswertes in der stationären Versorgung oder dem Auslaufen des Arzneimittel-Sparpaketes. Es besteht kein Anlass, die geübte Ausgabendisziplin zugunsten höherer Vergütungen der Leistungserbringer zu lockern.

## Finanzergebnisse der GKV 2009 - 2012



Quellen: 2009: Amtliche Statistik KJ 1; 2010: KJ 1, KV 45 (Fonds); 2011: Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 13.03.2012 (auf Basis KV 45 I.-IV. Quartal 2011); 2012: Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 12.10.2011 (auf Basis KV 45 II. Quartal 2011); alle Finanzergebnisse der Krankenkassen ohne sonstige Einnahmen (Zusatzbeiträge, Zinserträge u. a.)

**Im Jahr 2011 mussten zwei gesetzliche Krankenkassen geschlossen werden. Die nach der Schließung notwendigen Voraussetzungen zur Sicherstellung der Leistungsgewährung für die betroffenen Versicherten wurden in Abstimmung mit den beteiligten Akteuren geschaffen. Um alle bestehenden Gläubigeransprüche zu befriedigen, wurde über ein Darlehen des GKV-Spitzenverbandes eine Vorfinanzierung realisiert. Insgesamt wurden im Schließungs- und Abwicklungsprozess Erfahrungen gemacht, aus denen der GKV-Spitzenverband gesetzlichen Handlungsbedarf ableiten konnte. Notwendige gesetzliche Änderungen sind bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt worden.**

## Bundesversicherungsamt schließt zwei Krankenkassen: Herausforderung für alle Akteure

Seit Einführung des Gesundheitsfonds und des bundeseinheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen zum 1. Januar 2009 agieren die gesetzlichen Krankenkassen in einem grundlegend veränderten Wettbewerbsrahmen.

Für Krankenkassen, deren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung ihrer Ausgaben ausreichen, steht zur Generierung weiterer Einnahmen die ergänzende Erhebung kassenindividueller Zusatzbeiträge zur Verfügung. Da nur wenige Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Ausgabenstrukturen das Mittel des Zusatzbeitrages einsetzen mussten, gibt es zurzeit keinen allgemeinen Preiswettbewerb. Für Krankenkassen, die Zusatzbeiträge erheben müssen, sind die Wirkungen erheblich. Bereits relativ geringe Zusatzbeiträge von monatlich 8 Euro je Mitglied führen dazu, die Finanzlage einer Krankenkasse durch die Abwanderung von Mitgliedern mit positiven Deckungsbeiträgen weiter zu verschärfen. Besonders schwerwiegend waren die Folgen der Zusatzbeitragerhebung bei der CITY BKK und der BKK für Heilberufe.

Im Zusammenhang mit der Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband die Beurteilung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit von Krankenkassen vorgenommen und u. a. die CITY BKK sowie die BKK für Heilberufe über geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Leistungsfähigkeit beraten. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit den Verbänden des BKK Haftungsverbundes und dem Bundesversicherungsamt.

Leider führten die Sanierungsbemühungen nicht zu der angestrebten Rettungsfusion. Bei einer Rettungsfusion muss in einem ersten Schritt ein freiwilliger Fusionspartner gefunden werden. Darüber hinaus unterliegt die Vereinigung auf Basis eines fundierten Fusionskonzeptes ebenso wie die Verträge über erforderliche freiwillige finanzielle Hilfen der Genehmigungspflicht der Aufsichtsbehörde. Die neu entstehende Krankenkasse muss außerdem stabil und tragfähig im Sinne dauerhafter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit sein.

Das in beiden Fällen nicht gleichzeitige Zustandekommen all dieser Voraussetzungen hat dazu geführt, dass das Bundesversicherungsamt die CITY BKK mit Ablauf des 30. Juni 2011 und die BKK für Heilberufe mit Ablauf des 31. Dezember 2011 geschlossen hat.

Wird eine Krankenkasse auf Anordnung der Aufsichtsbehörde geschlossen, enden die Mitgliedschaften bei der Krankenkasse zu dem Zeitpunkt, zu dem die Schließung wirksam wird. Trotz der für die Mitglieder geltenden Wahl- bzw. Zuordnungsverfahren, die eine Mitgliedschaft ab dem Tag unmittelbar nach der Schließung begründen, war insbesondere im Falle der Schließung der CITY BKK sehr schnell klar, dass für die nahtlose Sicherstellung der Leistungsgewährung ein gesondertes Verfahren zu etablieren war. Hierzu wurde eine Taskforce unter Beteiligung der von Wechslern besonders betroffenen Krankenkassen eingerichtet. Das hierbei vereinbarte Meldeverfahren sowie die Übermittlung der wesentlichen Kerndaten zur Weitergewährung von Leistungen hat sich dabei



im Prinzip bewährt. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesministerium für Gesundheit die geschlossenen Krankenkassen als leistungsaushelfende Krankenkassen benannt, um Versorgungslücken für Versicherte, auch durch entsprechende Vorfinanzierung, ausschließen zu können. Die erfolgreiche Umsetzung wurde u. a. durch die mit den geschlossenen Krankenkassen abgestimmte Kommunikationsstrategie des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt.

Mit dem Tag der Schließung firmiert eine Krankenkasse in Abwicklung solange weiter, bis sämtliche Verpflichtungen der Gläubiger erfüllt worden sind. Ein verantwortungsvoll agierender Abwicklungsvorstand, ein beratendes Gremium zu seiner Unterstützung sowie die Sicherstellung personeller Ressourcen für die Abwicklungsprozesse sind wesentliche Voraussetzungen zur Vermeidung von Benachteiligungen betroffener Versicherter, Leistungserbringer und sonstiger Vertragspartner.

Speziell die Sicherstellung der erforderlichen liquiden Mittel zur Befriedigung der Gläubigeransprüche ist Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, denn nur dieser kann die Erfüllung der Verpflichtungen bei den haftenden Krankenkassen verlangen. Eine aus administrativen Gründen sinnvolle Vorfinanzierung über ein Darlehen des GKV-Spitzenverbandes ist vom Verwaltungsrat und dem Bundesministerium für Gesundheit genehmigt worden.

Die finanzielle Abwicklung einer geschlossenen Krankenkasse - insbesondere die Mittelanforderungen - wird durch den GKV-Spitzenverband regelmäßig überprüft.

Über Umlagebescheide werden diese vorfinanzierten Mittel zur Begleichung geprüfter Rechnungen von den haftenden Krankenkassen refinanziert und das Darlehen des GKV-Spitzenverbandes entsprechend getilgt.

Aus den bisherigen Erfahrungen zum Schließungs- und Abwicklungsprozess hat der GKV-Spitzenverband den erforderlichen Handlungsbedarf für den Gesetzgeber sowie für alle Beteiligten abgeleitet und in den politischen Prozess eingebracht. Zahlreiche Vorschläge wurden im GKV-Versorgungsstrukturgesetz bereits umgesetzt.



**Fehlverhalten im Gesundheitswesen fügt der gesetzlichen Krankenversicherung große finanzielle Schäden zu. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, zur Verbesserung der Ermittlungsarbeit personenbezogene Daten organisationsübergreifend austauschen zu können, hat Eingang in das GKV-Versorgungsstrukturgesetz gefunden. Um Fälle von Fehlverhalten standardisiert dokumentieren, quantifizieren und in eine GKV-Gesamtsicht zusammenführen zu können, hat der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen ein Datenverarbeitungsprogramm zur Verfügung gestellt und Schulungsprogramme durchgeführt.**

## Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

### **Gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis von personenbezogenen Daten**

Bisher war die Übermittlung von personenbezogenen Daten an andere Kranken- und Pflegekassen oder Kassenärztliche Vereinigungen im Rahmen der Bekämpfung von Fehlverhalten ausdrücklich unzulässig. Für eine effektive Ermittlungsarbeit ist es aber geradezu notwendig, organisationsübergreifend personenbezogene Daten austauschen und zusammenführen zu können. Der GKV-Spitzenverband hat im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz die entsprechende gesetzliche Klarstellung gefordert und darauf hingewiesen, dass die seit Jahren bestehende Rechtsunsicherheit beseitigt werden muss. Als Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens wurde die Übermittlungsbefugnis von personenbezogenen Daten schließlich gesetzlich klargestellt. Zukünftig dürfen personenbezogene Daten, die zur Bekämpfung von Fehlverhalten erhoben oder weitergegeben wurden, organisationsübergreifend übermittelt werden. Die gesetzliche

Klarstellung fördert die kassenartenübergreifende Zusammenarbeit.

### **Schulungsoffensive zur Einführung der „Standardisierten Fallerfassung“**

Die „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ hat im Zusammenhang mit den gesetzlich vorgeschriebenen Tätigkeitsberichten der Krankenkassen eine „Standardisierte Fallerfassung“ empfohlen. Ziel ist die bessere Vergleichbarkeit, Transparenz und Auswertbarkeit der Berichtsinhalte. Zum Ende des Berichtszeitraums 2010/2011 sollen bei jeder Krankenkasse erstmals vergleichbare Kennzahlen ermittelt werden, z. B. die Anzahl der bei der jeweiligen Stelle eingegangenen Hinweise, der verfolgten bzw. abgeschlossenen Fälle, der Fälle, in denen die Staatsanwaltschaft unterrichtet wurde, sowie Angaben zur Höhe der Schadensrückforderung. Die gemeldeten Kennzahlen aller Krankenkassen sollen dann beim GKV-Spitzenverband zu einer GKV-Gesamtsicht zusammengeführt werden. Zur technischen Unterstützung stellt der GKV-Spitzenverband ein Datenverarbeitungsprogramm bereit. Der GKV-Spitzenverband hat begleitend zur Einführung PC-Schulungen und Workshops mit bereits 150 Teilnehmern aus über 90 Krankenkassen durchgeführt.





Fehlverhalten  
erkennen

**Die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern, ist eines der zentralen Anliegen der Pflegereform. Außerdem müssen der Pflegebedürftigkeitsbegriff weiterentwickelt und die Finanzierung auch in Zukunft gesichert werden. Pflegende Angehörige sollen durch Erleichterungen bei Organisation und Bewältigung der Pflege entlastet werden. Diese Absichten der Bundesregierung werden vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt, sind aber zum Teil heute schon im Leistungskatalog der Pflegeversicherung enthalten. Die detaillierte Ausgestaltung der Leistungen wird der GKV-Spitzenverband daher weiter konstruktiv und kritisch begleiten.**

## Pflegeversicherungsreform: Jahr der Pflege?

Im Jahr 2010 erhielten etwa 2,3 Mio. Frauen und Männer in Deutschland Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. 2050 kann die Zahl auf über 4 Mio. steigen. Zugleich steigt damit die Anzahl der Menschen mit Demenz, die heute etwa 1,3 Mio. beträgt. Hinzu kommt, dass sich die bisherigen Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familienstrukturen reduzieren werden. Veränderte Lebens- und Familienmodelle werden insbesondere jungen Familien mehr Flexibilität und Mobilität abverlangen. Höhere Frauenerwerbsquoten, längere Lebensarbeitszeit und räumliche Mobilität erschweren die Bedingungen, einen kontinuierlichen Pflegealltag sicherzustellen.

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Pflegereform hat die Bundesregierung das Jahr 2011 zum Jahr der Pflege erklärt. In der Kabinettsitzung am 16. November 2011 wurden schließlich Eckpunkte für die Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform beschlossen. Vorangestellt war ein „Pflegedialog“ auf Ministerienebene, an dem der GKV-Spitzenverband beteiligt war. Ein erster Referentenentwurf liegt seit Anfang 2012 vor.

Damit greift die Bundesregierung grundsätzlich auch eine Forderung des GKV-Spitzenverbandes auf. Sie strebt mit der Pflegereform an, insbesondere die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern und die Finanzierung der Pflege in Anbetracht des demographischen Wandels auf eine nachhaltigere Grundlage zu stellen.

Dazu sollen u. a.

- die Betreuungsleistungen, die insbesondere für Menschen mit Demenz erforderlich sind, Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung,
- die Leistungen der Pflegeversicherung flexibler ausgestaltet,
- die Rehabilitation Pflegebedürftiger gestärkt,
- ambulante Wohngruppen gefördert,
- die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen verbessert,
- die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen servicefreundlicher gestaltet und
- die Beratung von Pflegebedürftigen verbessert werden.

Ergänzend sollen pflegende Angehörige und Familien dadurch entlastet werden, dass

- sie leichter als bisher eine Auszeit nehmen können,
- sie erleichterten Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen, ggf. auch gemeinsam mit den Pflegebedürftigen, erhalten,
- die Pflege von mehreren Pflegebedürftigen rentenrechtlich berücksichtigt wird und
- Selbsthilfegruppen auch für pflegende Angehörige gefördert und unterstützt werden.



Es bleibt abzuwarten, wie die als Leistungsverbesserungen angekündigten Reformen im Einzelnen verwirklicht werden. Ein Teil der angekündigten Leistungsverbesserungen sind aber bereits heute als gesetzliche Leistung der Pflegeversicherung verankert (z. B. zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz oder Beratung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld), sodass es wesentlich auf die Ausgestaltung der Leistungen ankommen wird. Grundsätzlich ist eine Verbesserung der Leistungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu begrüßen. Die Ankündigung bleibt aber weit hinter dem zurück, was im von der Bundesregierung ausgerufenen „Jahr der Pflege“ von vielen erwartet werden konnte.

Ebenfalls noch in dieser Legislaturperiode sollen die Arbeiten zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abgeschlossen werden, um insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angemessen zu erfassen. Dazu hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes – einen Auftrag erhalten. Auf der Grundlage der Berichte des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits am 9. September 2009 ein „Eckpunktepapier zur Überarbeitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit“ verabschiedet, in dem die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gefordert wird, ohne dass es zu Leistungsverschiebungen zwischen unterschiedlichen Kostenträgern kommt.

Des Weiteren ist eine Verbesserung der Pflege- und Arbeitsbedingungen vorgesehen. Dazu werden im Rahmen einer Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive der Bundesregierung Vorschläge erarbeitet, an denen der GKV-Spitzenverband beteiligt ist.

Zur Finanzierung der Pflegeversicherung sieht der Kabinettsbeschluss vor, den Beitragssatz zum 1. Januar 2013 um 0,1 auf 2,05 Beitragssatzpunkte für Versicherte mit Kindern und 2,3 Beitragssatzpunkte für kinderlose Versicherte anzuheben. Mit den zusätzlichen Einnahmen sollen die vorgesehenen Leistungsverbesserungen finanziert werden. Diskutiert wird auch, durch steuerliche Anreize wie bei der „Riester-Rente“, ausgestaltet als Risikoversicherung, die private Vorsorge zu fördern. Eine nachhaltige Finanzierung wird nicht erreicht werden.



Familienname *Mu*

Geburtsdatum

Adresse

- Benötigt Hilfe bei
- Essen
  - An-/Auskleiden
  - Aufstehen
  - Toilettengang

- Waschen
- Fressieren
- Rasieren
- Lagerung zur Nacht

- Kraven gefähig
- Treppenstegen möglich
- Ständig betätigt
- Beherrschung Stuhlgang/Urinalge

Diagnose

Datum *26.11.20*

Stempel/Unterschrift



*Pflegeeinrichtungen geprüft*

Hinweise und Bemerkungen des Arztes  
*23.478 von 23.478  
(100%)*

**Im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 wurden Pflege-Transparenzvereinbarungen getroffen, die die Qualität der Pflege und die Souveränität der Verbraucher gleichermaßen fördern sollten. Im Regelbetrieb zeigten sich schon bald Verbesserungspotenziale, sodass der GKV-Spitzenverband die Vereinbarungen auf wissenschaftlicher Basis überarbeiten wollte. Vor allem sollte es darum gehen, Pflegenoten abzuwerten, sobald Pflegeeinrichtungen in wichtigen Kernbereichen nicht die geforderten Qualitätsstandards erfüllen. Hierzu konnte mit einigen Leistungserbringern kein Konsens erzielt werden. Die Bundesregierung hat in der Folge eine Schiedsstelle eingerichtet.**

## Pflege-Transparenzvereinbarungen: Neues Konzept und Schiedsstellenregelung

Ein zentrales Anliegen des Gesetzgebers für das 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz war die Förderung der Pflegequalität und die Stärkung der Verbrauchersouveränität durch die Verfügbarkeit von relevanten Informationen über Pflegedienste und -heime. Die Pflegekassen wurden verpflichtet, die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar u. a. im Internet kostenfrei zu veröffentlichen. Grundlage hierfür sind die Pflege-Transparenzvereinbarungen, die der GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringergesellschaften auf der Basis der Daten aus Qualitätsprüfungen bereits Ende 2008 für die stationäre und Anfang 2009 für die ambulante Pflege geschlossen hat.

Bei Aufnahme des Regelbetriebs Mitte 2009 wurden Verbesserungspotenziale identifiziert, die in verschiedenen Evaluationsvorhaben systematisch wissenschaftlich untersucht wurden. Dem GKV-Spitzenverband war frühzeitig an der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse gelegen. Hierbei sollte insbesondere berücksichtigt werden, dass Kriterien mit besonderer Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohner auf der Ebene der Bereichs- und Gesamtnoten zu einer Abwertung führen, wenn die Qualität dieser Leistungen nicht den Anforderungen entspricht. Damit sollte erreicht werden, dass Pflegeheime, die bei diesen so genannten Kernkriterien schlecht abschneiden, keine sehr guten Bereichs- und Gesamtnoten erhalten.

Aufgrund der Blockadehaltung weniger Leistungserbringerverbände kam eine Vereinbarung nicht zustande. Da jedoch ohne Zustimmung aller Vertragspartner eine Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen nicht möglich ist, hat sich der GKV-Spitzenverband frühzeitig gegenüber dem Gesetzgeber für einen gesetzlich fixierten Konfliktlösungsmechanismus eingesetzt. Angestrebt wurde eine Richtlinienkompetenz für den GKV-Spitzenverband. Der Gesetzgeber entschied sich jedoch für eine Schiedsstellenregelung. Um die notwendigen Verbesserungen an den „Pflegenoten“ sicherzustellen, setzt sich der GKV-Spitzenverband dafür ein, dass die Anpassung an die Pflegenoten auf Grundlage wissenschaftlich abgesicherter Konzepte erfolgt.

**Die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband soll die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in Bezug auf Pflegequalität, Betreuung und Versorgung älterer Menschen wissenschaftlich und fachlich begleiten. Schwerpunkte der Arbeit der Forschungsstelle sind die Begleitung von Modellprojekten, die Identifizierung neuer Forschungsbereiche und die wissenschaftliche Analyse. Im vergangenen Jahr wurde u. a. das Projekt „Evaluation der Pflegeberatung“ betreut, das die bisher geschaffene Beratungsstruktur als im Kern erfolgreich aufzeigen konnte.**

## Neu beim GKV-Spitzenverband: Forschungsstelle Pflegeversicherung

Die Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen gehört zu den zentralen sozialpolitischen Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens. Insbesondere im Hinblick auf die Qualität gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung älterer Menschen, die Entwicklung neuer und Weiterentwicklung bestehender Versorgungskonzepte und Pflegearrangements besteht ein kontinuierlicher Weiterentwicklungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wurde zum 1. September 2010 die Forschungsstelle Pflegeversicherung beim GKV-Spitzenverband eingerichtet. Zentrales Ziel ist es, die fachlichen und wissenschaftlichen Aktivitäten des Verbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung noch stärker zu profilieren. Zu den zentralen Aufgaben der Forschungsstelle gehören die Initiierung und Betreuung von entsprechenden Modellprojekten, die Identifizierung neuer Forschungsfelder und -themen im Bereich der Pflegeversicherung wie auch die wissenschaftliche Begutachtung und Bewertung aktueller nationaler und bei Bedarf auch internationaler Entwicklungen im Bereich der Pflege, Betreuung und Versorgung älterer Menschen.

Um die Publizität des Modellprogramms zu erhöhen, wurde im Herbst 2011 eine neue Schriftenreihe ins Leben gerufen. Mit dieser Reihe möchte der GKV-Spitzenverband ausgewählte Projekte und das Modellprogramm zur Pflegeversicherung in seinen vielfältigen thematischen Facetten der Fachöffentlichkeit präsentieren und Impulse zur Weiterentwicklung geben. Die bisher erschienenen acht Bände geben dabei Einblicke in wichtige Innovationsfelder der Pflegeversicherung.

Auch die externe Beauftragung und Betreuung von Projekten, die etwa aus einem gesetzlichen Auftrag heraus erwachsen, gehören zum Aufgabenprofil der Forschungsstelle. Im Jahr 2011 betraf dies u. a. das Projekt „Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI“.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass innerhalb der ersten beiden Jahre seit Einführung des individuellen Rechtsanspruchs auf die erweiterte Pflegeberatung eine vielfältige Beratungsstruktur durch die Pflegekassen entstanden ist. Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind die Pflegekassen insgesamt die wichtigsten und in der Regel ersten Ansprechpartner, wenn es um Information und Beratung geht. Jeder zweite Pflegehaushalt hat schon einmal eine ausführliche Pflegeberatung in Anspruch genommen. Die repräsentative Befragung von ca. 1.000 Pflegehaushalten hat gezeigt, dass Nutzer von Pflegeberatung, insbesondere jene, die das Fallmanagement genutzt haben, sich sehr zufrieden über das Angebot äußern und damit eine Verbesserung der Pflegesituation verbinden. Für dieses neue Angebot sind Pflegeberaterinnen und Pflegeberater umfassend qualifiziert worden.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die geschaffene Beratungsstruktur schon jetzt einen unverzichtbaren Beitrag dazu leistet, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen umfassend zu begleiten, ihrem Wunsch nach Transparenz und Unterstützung nachzukommen und damit ihre Versorgungssicherheit und Lebensqualität zu erhöhen.





RUN  
HOLD

POWER

POWER

COOL

80%

NUTZERZUFRIEDENHEIT

SEC

OPTIONS

BEI INANSPRUCHNAHME  
VON BERATUNGEN  
DURCH PFLEGEKASSEN

# Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung



<b>Band</b>	<b>Titel</b>	<b>Verfasser</b>
1	Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten	Dr. Klaus Wingenfeld Dr. Andreas Büscher Prof. Dr. Doris Schaeffer
2	Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	Dr. Klaus Wingenfeld Dr. Andreas Büscher Dr. Barbara Gansweid
3	Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	Prof. Dr. Jürgen Windeler Prof. Dr. Stefan Görres
4	Das Pflegebudget	Prof. Dr. Thomas Klie Prof. Dr. Baldo Blinkert Dr. Melanie Arntz Jun.-Prof. Dr. Stephan Thomsen
5	Das Integrierte Budget	Prof. Dr. Thomas Klie Annerose Siebert
6	Pflegebegleiter	Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf
7	Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten	Claudia Schroer-Mollenschott Prof. Dr. Elke Hotze
8	Telefongestützte Intervention für Pflegende Angehörige von Schlaganfall-Betroffenen	Dr. Klaus Pfeiffer Dr. Clemens Becker Prof. Dr. Martin Hautzinger

**Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland schließt für vorübergehend in anderen Staaten eingesetzte Arbeitnehmer Ausnahmevereinbarungen über das anzuwendende Sozialversicherungsrecht ab. Deshalb kommt es bei vorübergehender Beschäftigung in einem anderen Staat nicht zwangsläufig zu Lücken in der sozialen Absicherung eines Beschäftigten durch einen Wechsel in ein ausländisches Sozialversicherungssystem. Doppelte Beitragszahlungen und zusätzlicher administrativer Aufwand im Beschäftigungsstaat werden für die Unternehmer vermieden. Dieser Aspekt der Arbeit des GKV-Spitzenverbandes steht selten im Fokus der Öffentlichkeit.**

## Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland: Soziale Sicherheit weltweit

Inländische wie ausländische Unternehmen profitieren von der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit. Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) erledigt ihre Aufgaben mit dem Anspruch, dass die soziale Absicherung von Arbeitnehmern während eines Auslandseinsatzes gewährleistet ist. Darüber hinaus sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer daran interessiert, nicht in mehreren Staaten für gleiche Zeiträume Sozialversicherungsbeiträge zahlen zu müssen.

Garanten dafür, dass diesem Interesse Rechnung getragen wird, sind das europäische Gemeinschaftsrecht und die von der Bundesrepublik Deutschland mit anderen Staaten geschlossenen Sozialversicherungsabkommen. Danach gelten grundsätzlich die Rechtsvorschriften des Staates, in dem die Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wird. Allerdings sehen diese Regelungen Ausnahmen von diesem Grundsatz für vorübergehend im anderen Staat eingesetzte Arbeitnehmer vor, über die von den zuständigen Ministerien der betroffenen Staaten bestimmte Stellen zu entscheiden haben.

### **Im Interesse deutscher Unternehmen und Arbeitnehmer**

Der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland ist auf deutscher Seite zentral zuständig für den Abschluss von Ausnahmevereinbarungen über das anzuwendende Sozialversicherungsrecht im Verhältnis zu allen Staaten, mit denen Vereinbarungen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit getroffen wurden. Dies sind neben den Mitgliedstaaten der Europäischen

Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz ca. 20 weitere Staaten (u. a. USA, China, Japan, Kanada, Indien, Korea, Australien).

Gute Erfahrungen, die dabei in langjährigen internationalen Partnerschaften gemacht worden sind, und Änderungen von Rahmenbedingungen bei internationalen Personaleinsätzen bringt der GKV-Spitzenverband, DVKA darüber hinaus in Verhandlungen ein, wenn neue Abkommen geschlossen oder bestehende Vereinbarungen reformiert werden (s. Abb. Gespräche mit der Social Security Administration Baltimore, Maryland, USA).

In der jüngeren Vergangenheit liegt der wirtschafts- und sozialpolitische Fokus für Verhandlungen neuer Sozialversicherungsabkommen insbesondere auf den sogenannten BRIC-Staaten (Brasilien, Russland, Indien, China), die als aufstrebende Wirtschaftsnationen in ihrer weltweiten Bedeutung eine immer stärkere Stellung einnehmen.

Neue Abkommen - verhandelt wird derzeit u. a. mit Argentinien - werden dazu beitragen, die internationale Zusammenarbeit und die damit verbundene Mobilität der Arbeitnehmer weiter zu fördern.

Aufgrund der Exportorientierung der deutschen Wirtschaft ist es nicht verwunderlich, dass mehr vorübergehend im Ausland eingesetzte Arbeitnehmer durch eine vom GKV-Spitzenverband, DVKA geschlossene Ausnahmevereinbarung weiterhin den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit unterstellt werden als umgekehrt die weitere Unterstellung unter das ausländische

MUTAGADAM  
MUTAGADAM  
CH-B: 0000-1  
E0461

MUTAGADAM  
MUTAGADAM  
CH-B: 0000-1  
E0461

MUTAGADAM  
MUTAGADAM  
MUTAGADAM  
CH-B:  
E0461-1

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
Dr. med.  
Gatur...

DVKA

**Kooperation mit  
48 Ländern**

7. 10. 09

30. 09. 09

26. 10. 11

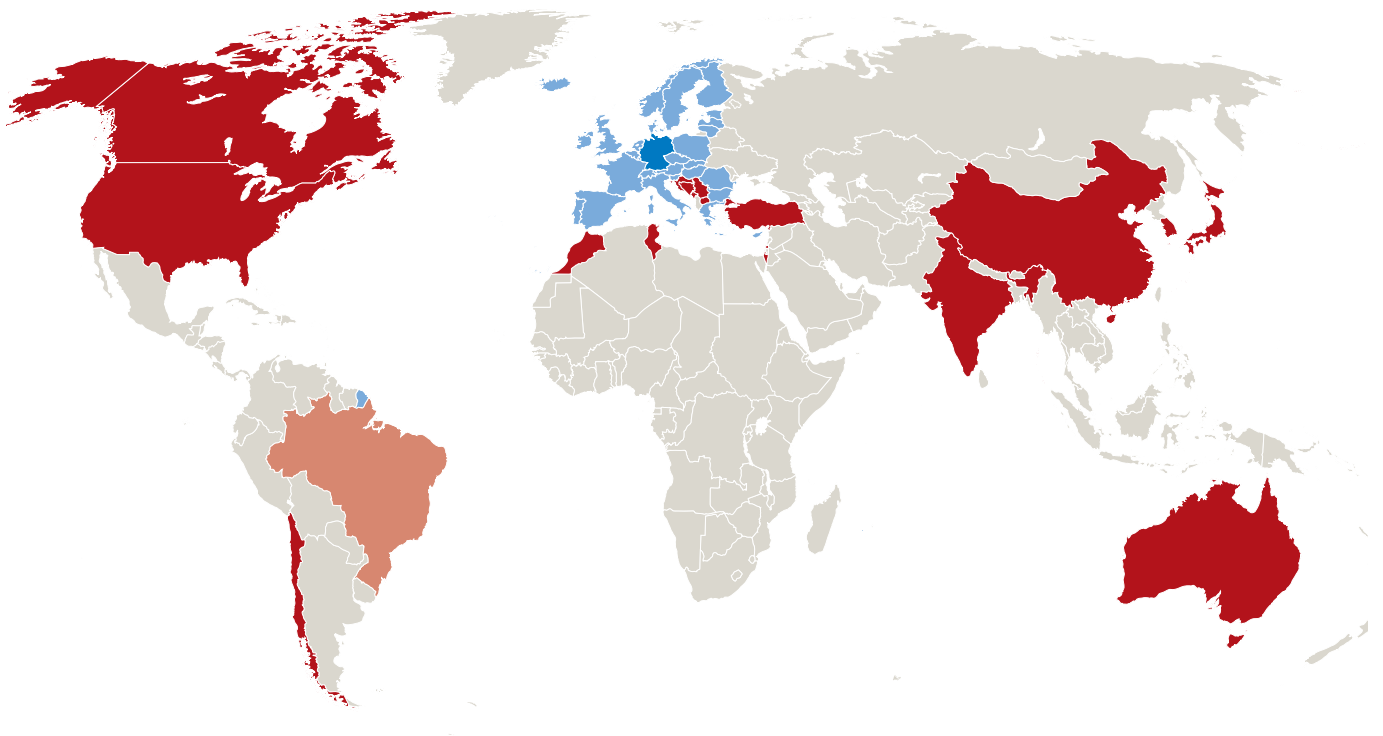




Sozialversicherungsrecht vereinbart wird. Der diesbezügliche Wunsch der grenzüberschreitend tätigen Arbeitnehmer zeigt dessen Stellenwert im internationalen Vergleich. Denn vor allem das hohe bundesdeutsche Sicherungsniveau für die Risiken Krankheit, Unfall und Alter, unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit eines Versicherten, ist jenseits der Grenzen keine Selbstverständlichkeit.

Durch die vom GKV-Spitzenverband, DVKA getroffenen Ausnahmevereinbarungen verbleiben nicht unerhebliche Beitragsmittel im Inland, obwohl die Arbeitsleistung im Ausland erbracht wird. Aber

auch die betroffenen Arbeitgeber werden durch die Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA über die Weitergeltung der deutschen Rechtsvorschriften vielfach entlastet. Ohne diese Vereinbarungen würde nämlich der Rechtsgrundsatz gelten, dass das Recht des Ortes anzuwenden ist, an dem die Arbeitsleistung erbracht wird. Insbesondere mit Blick auf zu erwartende Leistungen des ausländischen Rentenversicherungssystems würde dann von den vorübergehend im Ausland eingesetzten Mitarbeitern zumindest für den Bereich der Rentenversicherung eine weitere Absicherung in Deutschland gefordert werden. Eine doppelte Beitragsbelastung wäre die Folge.



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





Die gesundheitspolitische Agenda des Jahres 2011 war geprägt vom GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Durch intensive Medienarbeit konnte der GKV-Spitzenverband dazu beitragen, dass erhebliche Kostensteigerungen für die gesetzliche Krankenversicherung abgewendet wurden. Das Problem der Unter- und Überversorgung mit Ärzten wurde ebenfalls immer wieder in die Medien getragen. Als mit der CITY BKK eine Krankenkasse schließen musste, konnte der GKV-Spitzenverband mit seiner Kommunikationsstrategie beruhigend auf die Berichterstattung einwirken. Beim Thema Pflegereform betonte der GKV-Spitzenverband die Wichtigkeit einer schnellen politischen Konkretisierung. Ein neues Projekt von monatlichen Pressemeldungen zu einem ausgewählten Thema soll dazu beitragen, etwaige Vorurteile gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen.

## Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes

Themen des Jahres

Gesundheitspolitisch dominierte das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) das Jahr 2011. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes zeigten dabei durch zahlreiche Interviews, Talkshow-Teilnahmen, Statements und Hintergrundgespräche kontinuierlich Präsenz. Mit Erfolg: Enorme Kostensteigerungen von bis zu 2,4 Mrd. Euro für 2013 durch die ursprünglich vorgesehene doppelte Dynamisierung bei der Ärztevergütung konnten abgewendet werden. Auch die Botschaft des GKV-Spitzenverbandes, dass mit dem GKV-VStG einseitig das Problem der Unterversorgung mit Ärzten, nicht aber das der gleichzeitigen Überversorgung etwa in Ballungsgebieten angegangen wird, fand sich in vielen Medien wieder.

Eine schwierige kommunikative Situation hatte der GKV-Spitzenverband im Frühsommer mit der ersten Schließung einer Kasse zu meistern. Durch klare Aussagen, umfangreiche Sachinformationen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes, eine Pressekonferenz (siehe Abb.), diverse Hintergrundgespräche, Interviews und Beteiligungen an Talk-Runden konnte der GKV-Spitzenverband beruhigend auf die aufgeregte Berichterstattung infolge der Probleme bei der Aufnahme der CITY BKK Versicherten in andere Kassen einwirken.

Gegen Ende des Jahres kam das Thema Pflegereform zusätzlich auf die Agenda. Der GKV-Spitzenverband betonte in diesem Zusammenhang, wie wichtig eine schnelle politische Konkretisierung der Pläne sei, und wies - etwa in Statements - immer wieder darauf hin, dass eine Leistungserweiterung vor Klärung der Finanzierungsfrage zu einer Finanzlücke führt.

2011 startete der Verband zudem ein neu angelegtes Projekt zur Imageförderung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt: Mit seiner Serie unter dem Motto „Ganz normal für die gesetzlichen Kassen: ...“ wird das Versorgungsangebot der GKV in monatlichen Pressemeldungen beispielhaft dargestellt, um damit Alltagsmythen und Vorurteile zu widerlegen, wie zum Beispiel die Behauptung, dass die Leistungen für gesetzlich Versicherte ständig gekürzt würden.

GKV-Dialog, das Mitgliederportal des GKV-Spitzenverbandes, verzeichnete auch im Jahr 2011 weiter zunehmende Zugriffszahlen. Zum Jahresende waren 5.895 Nutzer bei GKV-Dialog registriert. Monatlich generieren ca. 4.500 Besuche bis zu 29.000 Seitenaufrufe. Die etwa 2.250 Rundschreiben werden am häufigsten abgerufen. In den 52 thematischen Gruppenräumen mit durchschnittlich 27 Mitgliedern werden vornehmlich Dokumente zu Referentenrunden und Arbeitskreisen veröffentlicht.



29.06.2011, rechts:  
Oliver Reken, Vorstand  
CITY BKK



1,07

1,08

1,09

1,10

1,11

**Verbandsbeitrag**  
in Euro pro Versicherten

1,06

1,05

1,04

1,03

**Auch im Jahr 2011 ist der GKV-Spitzenverband personell gewachsen, da ihm vom Gesetzgeber neue Aufgaben übertragen wurden, so z. B. die Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie bei der Einführung neuer Arzneimittel. Mit der Integration der GKV-Geschäftsstelle Arzneimittel-Festbeträge nimmt der GKV-Spitzenverband auf Bundesebene zudem weitere Aufgaben in der Arzneimittelversorgung selbst wahr. Trotz des erweiterten Aufgabenspektrums konnte der Verbandsbeitrag des GKV-Spitzenverbandes im Geschäftsjahr gesenkt werden.**

## Organisationsentwicklung im GKV-Spitzenverband 2011

Themen des Jahres

### Personalentwicklung

Im Jahr 2011 sah der Stellenplan des GKV-Spitzenverbandes insgesamt 335 Planstellen vor, davon entfielen 92 auf die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bonn. Von diesen Planstellen waren zum Jahresende 322 Stellen besetzt. Neben den unbefristet beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren bis zu 41 Beschäftigte übergangsweise im Rahmen von Abordnungen, Befristungen oder Zeitarbeit tätig. Zudem ist der GKV-Spitzenverband seit dem Jahr 2009 Ausbildungsbetrieb. Im Jahr 2011 konnten weitere zwei Auszubildende zur/zum Fachinformatiker/-in für Systemintegration im Rahmen einer 3-jährigen Berufsausbildung eingestellt werden.

### Tarifverhandlungen 2011

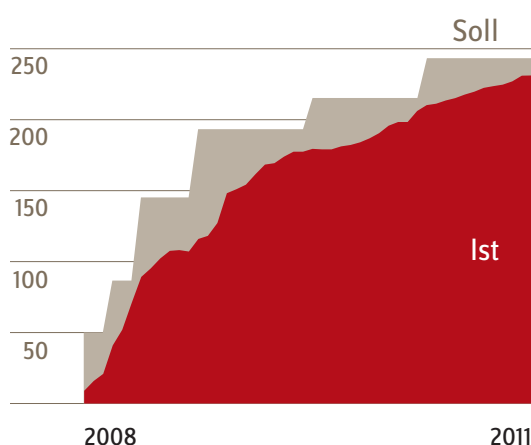
Der Vergütungstarifvertrag des GKV-Spitzenverbandes war erstmals zum 31. März 2011 kündbar. Nach ersten Sondierungsgesprächen konnte mit der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft und der Gewerkschaft der Sozialversicherung im April 2011 eine Einigung erzielt werden. Neben Vergütungsveränderungen wurden manteltarifvertragliche Regelungen abgestimmt. Mit einer Laufzeit von 25 Monaten bietet der Vergütungstarifvertrag Planungssicherheit für alle Beteiligten.

### Integration der GKV-Geschäftsstelle

#### Arzneimittel-Festbeträge

Bis zur Errichtung des GKV-Spitzenverbandes hat der BKK Bundesverband für die Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene wesentliche Aufgaben zur Arzneimittelversorgung erfüllt. Aufgrund enger gesetzlicher Zeitvorgaben,

### Personalentwicklung 2008-2011<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ohne Abteilung DVKA

der Aufgabenkomplexität und noch nicht vorhandener Ressourcen beim GKV-Spitzenverband wurden diese Aufgaben über den 1. Juli 2008 hinaus zunächst durch den BKK Bundesverband weitergeführt. Vereinbarungsgemäß endete dieser Dienstleistungsvertrag Ende 2010 und zum 1. Januar 2011 erfolgten die vollständige Integration und der Umzug der GKV-Geschäftsstelle Arzneimittel-Festbeträge von Essen nach Berlin.

### Erweiterung der Büroflächen

U. a. durch die Integration der GKV-Geschäftsstelle Arzneimittel-Festbeträge und neuer gesetzlicher Aufgaben, wie z. B. durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, waren die Büroflächen des GKV-Spitzenverbandes an den derzeitigen Standorten zum Jahresbeginn vollständig belegt. Weitere Büroräume wurden zum 1. Mai 2011 am Schiffbauerdamm/Friedrichstraße angemietet. Damit ist der GKV-Spitzenverband an drei Standorten in Berlin tätig.

## Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

### Jahresrechnung 2010

Die Prüfung der am 13. April 2011 vom Vorstand aufgestellten Jahresrechnung 2010 des GKV-Spitzenverbandes, einschließlich der Jahresrechnung des Teilhaushaltes der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland, erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG und führte zu keinen Einwendungen. Ergänzend zur Hauptprüfung fand auf Wunsch des Verwaltungsrates eine erweiterte Belegprüfung mit dem Prüfungsschwerpunkt Personal- und Reisekostenabrechnung statt, die ebenfalls zu keinen Einwendungen führte. Insgesamt wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. In seiner Sitzung am 8. Juni 2011 entlastete der Verwaltungsrat den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2010 ab.

### Verbandsbeitrag und Hochrechnung 2011

Der Haushaltsplan 2011 des GKV-Spitzenverbandes wies einen Verbandsbeitrag von 75,1 Mio. Euro aus. Das bedeutete eine Absenkung um 50,5 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr (125,6 Mio. Euro). Dies resultierte v.a. daraus, dass die Gematik sich im Jahr 2011 vollständig aus vorhandenen Rücklagen finanzierte.

Die Hochrechnung 2011 schloss mit einem Gesamtergebnis (Ausgabenüberschuss) von 0,6 Mio. Euro ab und wies gegenüber dem geplanten Ausgabenüberschuss von 3,1 Mio. Euro ein um 2,5 Mio. Euro verbessertes Ergebnis aus. Im Wesentlichen ist dies auf die verzögerte Realisierung der geplanten Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz zurückzuführen.

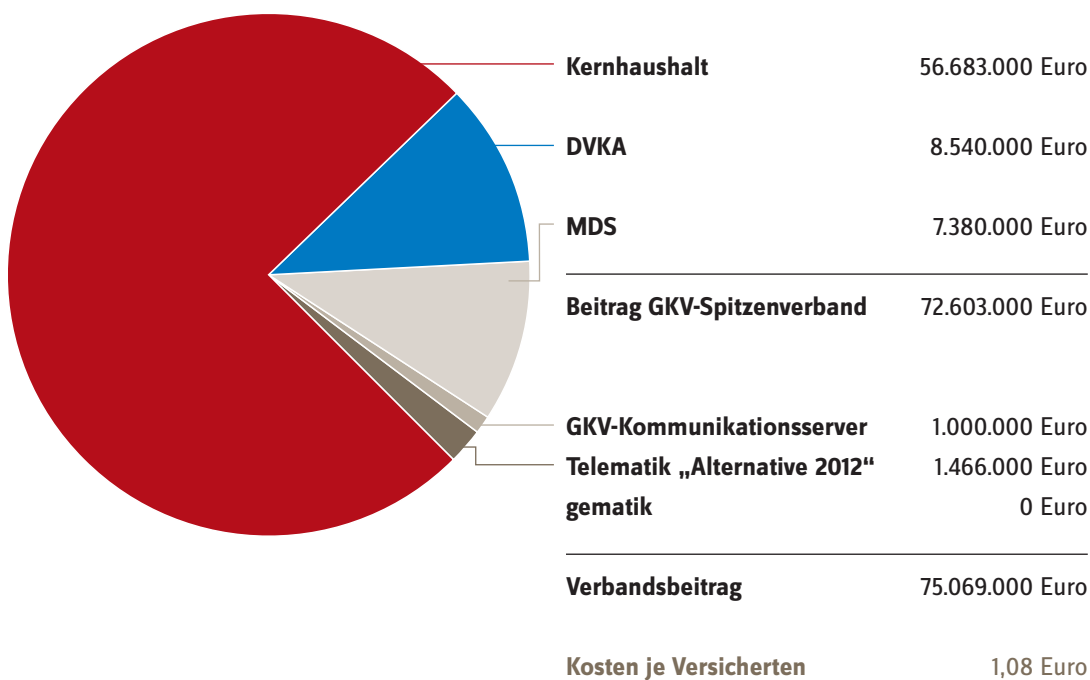
Die überschüssigen Betriebsmittel wurden bereits vor Erstellung der Jahresrechnung 2011 beitragsentlastend in die Haushaltsplanung 2012 eingebracht.

### Haushalt 2012

Der vom Vorstand am 13. Oktober 2011 aufgestellte und im Fachausschuss Organisation und Finanzen beratene Haushaltsplan 2012 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30. November 2011 mit einem Verbandsbeitrag in Höhe von 86,0 Mio. Euro einstimmig festgestellt und beschlossen. Der darin enthaltene Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes steigt gegenüber dem Haushalt 2011 (56,683 Mio. Euro) um 273.000 Euro auf 56,956 Mio. Euro und bleibt somit nahezu unverändert.

## Bestandteile des Verbandsbeitrages 2011

Themen des Jahres



Der Verbandsbeitrag des GKV-Spitzenverbandes beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes, die Umlagen zur Finanzierung der Teilhaushalte DVKA und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes sowie die Ausgaben für den GKV-Kommunikationsserver und die Telematik „Alternative 2012“. Mit Rechtsverordnung vom 6. Dezember 2010 wurde die Umlage zur Finanzierung der gematik auf 0 Euro festgesetzt. Die Finanzierung der gematik erfolgte aus Liquiditätsüberschüssen der Vorjahre.

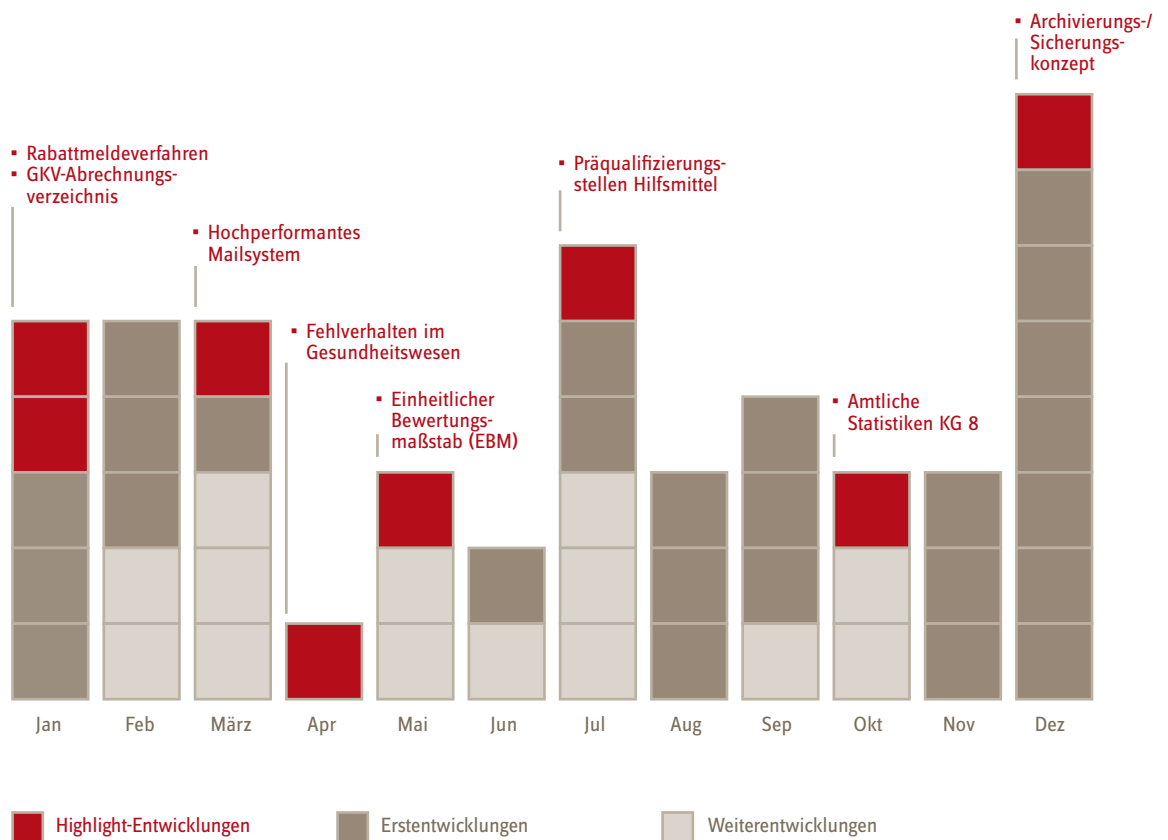
## Übernahme der PKV-Geschäftsanteile an der gematik

Nachdem der Verband der privaten Krankenversicherung als Gesellschafter der gematik den Gesellschaftsvertrag zum 31. Dezember 2012 fristgemäß gekündigt hat, wurde durch die Gesellschafterversammlung der gematik am 25. März 2011 entschieden, die Geschäftsanteile des GKV-Spitzenverbandes sofort entsprechend auf-

zustoßen. Somit ist weiterhin die im Gesellschaftsvertrag der gematik bestimmte Parität der Gesellschaftergruppen Kostenträger und Leistungserbringer gewährleistet und damit auch die Anrufung des zuvor installierten Schlichtungsverfahrens durch den GKV-Spitzenverband möglich (50 % Stimmanteile erforderlich).

## Abgeschlossene IT-Projekte im Jahr 2011

Insgesamt wurden im Jahr 2011 48 IT-Projekte des GKV-Spitzenverbandes abgeschlossen. Dabei handelte es sich bei 14 Projekten um Weiterentwicklungen, 34 Projekte waren Erstentwicklungen, von denen wiederum 8 einen Highlight-Charakter besaßen.



### In der Grafik nicht genannte Erst- und Weiterentwicklungen;

Annahme, Prüfung und Weiterleitung MRSA SA300, Annahme, Prüfung und Weiterleitung MRSA SA301, Annahmen und Weiterleitung Geburtstagsstichprobe, Datenbank Mitgliederversammlung, DAW-Verfahren 8ZS - Kassenverzeichnis, DAW-Verfahren KZV - Zahnarztverzeichnis, DAW-Verfahren PQD - Präqualifizierungsdaten, DWH-Integration ABDDATA - Hilfntaxe, DWH-Integration ABDDATA - Artikelstammdaten, DWH-Integration ABDDATA - Datenbank, DWH-Integration Anzahl Versicherte InBa, DWH-Integration ARZTRG, DWH-Integration EFN - Geburtstagsstichprobe, DWH-Integration ESE - Entgeltstrukturdatei der Krankenkassen, DWH-Integration GKV - Risikomanagement Scoring - Daten, DWH - Integration ICD/OPS, DWH - Integration Kassenstammdaten, DWH - Integration Postleitzahlen der KBV Laden, DWH - Integration RLV -Transparenzdaten, Einführung betrieblicher Tests, Erstellung eines Antivirenkonzepts, Fachanwendung Amtliche Statistik Release 1.6, Fachanwendung Amtliche Statistik Release 1.6.1, Fachanwendung Amtliche Statistik Release 1.7, Fachanwendung Amtliche Statistik Release 1.8, Fachanwendung Amtliche Statistik Release 1.9, Fachanwendung Hilfsmittelstelle Rel. 4, Fachanwendung Morbi-RSA Rel. 1.6, Fachanwendung Morbi-RSA Rel. 1.7, GAMSİ - Datenverfügbarkeit GAMSİ für Vertragsanalyse, Migration der universellen Datenannahme- und Weiterleitungsstelle (DAW), Monitoringverfahren über Leistungsparameter der Serverlandschaft, Pilot Loadbalancing für Front- und Backendsysteme, Prüfprogramm Amtliche Statistik Release 1.9, Prüfprogramm Amtliche Statistik Release 2.1, Prüfprogramm Amtliche Statistik Release 2.2, Qualitätsindikatoren-Thesaurus Quinth Rel. 2011, Universelle Datenannahme- und Weiterleitungsstelle Rel. 3.30, Webanwendung Fehlverhalten im Gesundheitswesen Rel. 1.1 .

---



# Anhang

88

Anhang

## Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 01.07.2011

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



- |   |  |
|---|--|
| 113. DIE BERGISCHE<br>KRANKENKASSE                  | 139. mhplus BKK                                |
| 114. Die Continentale<br>BKK                        | 140. Novitas BKK                               |
| 115. Die Schwenninger<br>Betriebskranken-<br>kasse  | 141. pronova BKK                               |
| 116. E.ON BKK                                       | 142. R+V BKK                                   |
| 117. energie-BKK                                    | 143. SAINT-GOBAIN BKK                          |
| 118. ESSO BKK                                       | 144. Salus BKK                                 |
| 119. HEAG BKK                                       | 145. SECURVITA BKK                             |
| 120. HEK - Hanseatische<br>Krankenkasse             | 146. Shell BKK/LIFE                            |
| 121. hkk Erste<br>Gesundheit                        | 147. SBK Siemens-<br>Betriebskranken-<br>kasse |
| 122. HypoVereinsbank<br>BKK                         | 148. SKD BKK                                   |
| 123. IKK Brandenburg<br>und Berlin                  | 149. Südzucker-BKK                             |
| 124. IKK classic                                    | 150. Techniker<br>Krankenkasse                 |
| 125. IKK gesund plus                                | 151. Vaillant BKK                              |
| 126. IKK Nord                                       | 152. Vereinigte BKK                            |
| 127. IKK Südwest                                    | 153. Vereinigte IKK                            |
| 128. KKH-Allianz                                    | 154. WMF BKK                                   |
| 129. DRV Knappschaft-<br>Bahn-See                   |  |
| 130. Krankenkasse für<br>den Gartenbau              |  |
| 131. LKK Baden-<br>Württemberg                      |  |
| 132. LKK Franken und<br>Oberbayern                  |  |
| 133. LKK Hessen,<br>Rheinland-Pfalz<br>und Saarland |  |
| 134. LKK Mittel- und<br>Ostdeutschland              |  |
| 135. LKK Niederbayern/<br>Oberpfalz und<br>Schwaben |  |
| 136. LKK Niedersachsen-<br>Bremen                   |  |
| 137. LKK Nordrhein-<br>Westfalen                    |  |
| 138. LKK Schleswig-<br>Holstein und<br>Hamburg      |  |

---

## Fusionen im Jahr 2011 (Stand 01.01.2012)

### Vereinigte Kasse

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

BKK Kassana

Vereinigte BKK

mhplus BKK

BKK Vor Ort

Schließung der CITY BKK zum 30.06.2011

IKK classic

Schließung der BKK für Heilberufe zum 31.12.2011

### Fusionspartner

AOK Berlin-Brandenburg  
AOK Mecklenburg-Vorpommern

BKK Kassana  
salvina BKK

Vereinigte BKK  
BKK ENKA

mhplus BKK  
GBK

BKK Vor Ort  
Dräger & Hanse BKK

Vereinigte IKK  
IKK classic

**Vereinigte Kasse**

BKK ALP plus

BKK Verkehrsbau Union (VBU)

DAK-Gesundheit

Audi BKK

BKK A.T.U

**Fusionspartner**BKK ALP plus  
BKK Pfeifer & LangenBKK Verkehrsbau Union (VBU)  
BKK futurDAK Deutsche Angestellten Krankenkasse  
BKK Gesundheit  
BKK AXEL SPRINGERAudi BKK  
BKK MAN und MTU MünchenBKK A.T.U  
BKK Schott-Rohrglas

---

## Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2011

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Blum, Leo	LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Burger, Winfried	IKK Südwest
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
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
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Schmid, Karl-Heinz	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Schweinitz, Detlef E. von	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Wöhler, Dr. Claudia	AOK Bayern
Wollseifer, Hans Peter	Vereinigte IKK (ab 01.08.2011 IKK classic)

**Versichertenvertreter**

<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Balzer, Klaus	KKH-Allianz
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bender, Hans	DAK
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Breymaier, Leni	BARMER GEK
Budde, Willi	BKK vor Ort
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Huber, Ludwig	BARMER GEK
Jockel, Heidelind	AOK Nordost (am 08.06.2011 vom Amt entbunden)
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Kloppich, Iris	AOK PLUS
Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Linnemann, Eckehard	DRV Knappschaft-Bahn-See
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Mathes, Manfred	BARMER GEK
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reumann, Peter	hkk Erste Gesundheit
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Stute, Hans-Peter	DAK
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK

---

## Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2011

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Beetz, Jürgen	Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
Bernecker, Viktor	AOK PLUS
Bögemann, Heiner	AOK Bremen/Bremerhaven
Bruns, Rainer	AOK NORDWEST
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Fitzke, Helmut	AOK Nordost (am 23.03.2011 vom Amt entbunden)
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
John, Rainer	BKK vor Ort
Kreßel, Prof. Dr. Eckhard	Daimler BKK
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz
Lampe, Lothar	LKK Niedersachsen-Bremen
Malter, Joachim	AOK Saarland
Projahn, Dr. Horst-Dieter	AOK NORDWEST
Schneider, Dr. Peter	AOK Sachsen-Anhalt
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Zöller, Horst	BKK Gesundheit

**Versichertenvertreter**

<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>	<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>
Aichberger, Helmut	DAK	Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Balser, Erich	KKH-Allianz	Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz
Bartz, Christoph	Deutsche BKK	Neuendorf, Theo	DAK
Beeskow, Eva	BARMER GEK	Nothof, Karl	BARMER GEK
Biermann, Ilka	BARMER GEK	Richling, Bärbel	Techniker Krankenkasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz	Ringhoff, Hubert	Techniker Krankenkasse
Christen, Anja	BKK Verkehrsbau Union (VBU)	Röhm, Jacqueline	Techniker Krankenkasse
Deutschland, Peter	AOK Nordost	Schäfer, Günter	DAK
Dorneau, Hans-Jürgen	Bahn BKK	Schelter, Wolfgang	DAK
Erb, Hartwig	IKK classic	Schwan, Silvia	Techniker Krankenkasse
Fenske, Dieter	DAK	Seiffert, Stephan	BKK 24
Friederichs, Günter	Shell BKK/LIFE	Slovinec, Gertrude	Techniker Krankenkasse
Habermann, Rolf	Vereinigte IKK (ab 01.08.2011 IKK classic)	Söffing, Hans-Jürgen	AOK Bremen/ Bremerhaven
Haigis, Kurt	BKK Gesundheit	Staudt, Alfred	AOK Saarland
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK	Treibmann, Peter	Techniker Krankenkasse
Heerbeck, Thomas	BARMER GEK	Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Holz, Elke	DAK	Wittrup, Hermann	KKH-Allianz
Hoof, Walter	DAK		
Hüfner, Gert	DRV Knappschaft- Bahn-See		
Klefler, Regina	IKK classic		
Köhler, Peter	AOK NORDWEST		
Krause, Helmut	BIG direkt gesund		
Krell-Jäger, Barbara	DAK		
Kunzmann, Martin	BARMER GEK		
Lieske, Dieter	Vereinigte IKK (ab 01.08.2011 IKK classic)		
Lohre, Karl Werner	BARMER GEK		
Lubitz, Bernhard	HEK - Hanseatische Krankenkasse		
Maurer, Matthias	BARMER GEK		
Meckel, Klaus	BKK MEM		

## Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates 2. Amtsperiode (2012 bis 2017)

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Aust, Michael	Bertelsmann BKK
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Blum, Leo	LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
Hornung, Ernst	ESSO BKK
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz
Landrock, Dieter	AOK Baden-Württemberg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Schnurr, Hans-Jürgen	KKH-Allianz
Schrörs, Dr. Wolfgang	hkk Erste Gesundheit
Schweinitz, Detlef E. von	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse
Wöhler, Dr. Claudia	AOK Bayern
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic



**Versichertenvertreter**

<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>	<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>
Balsler, Erich	KKH-Allianz	Schäfer, Günter	DAK-Gesundheit
Beier, Angelika	AOK Hessen	Schoch, Manfred	BMW BKK
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse	Schösser, Fritz	AOK Bayern
Brendel, Roland	BKK Pfalz	Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Breymaier, Leni	BARMER GEK	Strobel, Andreas	SBK Siemens- Betriebskrankenkasse
Ermiler, Christian	BARMER GEK	Stute, Hans-Peter	DAK-Gesundheit
Güner, Günter	AOK Baden- Württemberg	Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Hamers, Ludger	BKK vor Ort	Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Heerbeck, Thomas	BARMER GEK	Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit	Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Katzer, Dietmar	BARMER GEK	Zahn, Christian	DAK-Gesundheit
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST		
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner		
Langkutsch, Holger	BARMER GEK		
Linnemann, Eckehard	DRV Knappschaft- Bahn-See		
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse		
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost		
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus		
Reuber, Karl	AOK Rheinland/ Hamburg		
Römer, Bert	IKK classic		

## Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates 2. Amtsperiode (2012 bis 2017)

### Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Bauer, Egon	KKH-Allianz
Beetz, Jürgen	Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
Bruns, Rainer	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer-Michael	AOK Baden-Württemberg
Diehl, Mario	KKH-Allianz
Empl, Martin	LKK Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben
Fitzke, Helmut	Techniker Krankenkasse
Gantz-Rathmann, Birgit	BAHN-BKK
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
Gemmer, Traudel	AOK Sachsen-Anhalt
Henschen, Jörg	Techniker Krankenkasse
Heß, Johannes	AOK NORDWEST
Heymer, Dr. Gunnar	BKK BPW Bergische Achsen KG
Husl, Joachim	AOK Bayern
Kastner, Helmut	IKK Nord
Köster, Hans-Wilhelm	AOK Rheinland/Hamburg
Kreßel, Prof. Dr. Eckhard	Daimler BKK
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lang, Dr. Klaus	pronova BKK
Lübbe, Günther	hkk Erste Gesundheit
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Malter, Joachim	AOK Saarland
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Nobereit, Sven	AOK PLUS
Reinisch, Dr. Mark	BKK Kassana
Schirp, Alexander	AOK Nordost
Sölller, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Steigerwald, Claus	BKK Faber-Castell & Partner
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen

**Versichertenvertreter**

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

## Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2011

### Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Dieter Niederhausen/Willi Budde (alternierend)

#### Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

#### Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Dieter Landrock/Holger Langkutsch (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Dietrich von Reyher/Eckehard Linnemann (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

1. Dietrich von Reyher (BKK)
2. Dr. Claudia Wöhler (AOK)
3. Nikolaus Chudek (IKK)
4. Günter Mauer (AOK)
5. Ernst Hornung (BKK)

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

- 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  
Barbara Krell-Jäger (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-7

## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Ernst Hornung/Fritz Schösser (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

## Mitglieder der Fachausschüsse im Jahr 2012

### Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

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

\* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

#### Ordentliche Mitglieder

##### Arbeitgebervertreter

1. Stephan Jehring (AOK)
2. Axel Stehr (AOK)
3. Walter Winkler (EK)
4. Leo Blum (LKK)
5. Michael Aust (BKK)
6. Hans Peter Wollseifer (IKK)

##### Versichertenvertreter

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

#### Stellvertretende Mitglieder

##### Arbeitgebervertreter

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

##### Versichertenvertreter

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



## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Holger Langkutsch/Dieter Landrock (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

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

\* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Günter Güner/Ernst Hornung (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

- Traudel Gemmer (AOK)
- Alexander Schirp (AOK)
- Dr. Claudia Wöhler (AOK)
- Jörg Henschen (EK)
- Dietrich von Reyher (BKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)
- Peter Wadenbach (IKK)

#### Versichertenvertreter

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

## Der Verwaltungsrat und seine Fachausschüsse: Themen und Termine 2011

Gremien	Themen	Sitzungen im Berichtsjahr 2011
<b>Verwaltungsrat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Neuausrichtung der Telematik</li> </ul>	23.03.2011
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Bedarfsplanung Ärzte und Spezialärztliche Versorgung</li> </ul>	08.06.2011
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Übernahme der PKV-Geschäftsanteile an der gematik mbH</li> </ul>	28.06.2011 (Sondersitzung)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Reform der Pflegeversicherung</li> </ul>	07.09.2011
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Pflege-Transparenzvereinbarungen</li> </ul>	30.11.2011
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Verständlichkeit der Bewertungssystematik (Noten/Punkte)</li> </ul>	19.12.2011
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Überarbeitung der Stichprobe</li> </ul>	(Sondersitzung)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Konzept zur Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat in der 2. Amtsperiode</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eckpunkte zu einem Versorgungsgesetz</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Satzungsänderung § 4: Darlehensaufnahme</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Darlehensaufnahme gemäß der Satzungsregelung § 4 für CITY BKK</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inanspruchnahme der Darlehen zur Schließung der CITY BKK</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Darlehensverlauf gemäß § 155 Abs. 4 Satz 5 SGB V</li> <li>· Darlehensverlauf gemäß § 171d Abs. 6 SGB V</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Schließung BKK für Heilberufe</li> <li>· Darlehensaufnahme gemäß der Satzungsregelung § 4</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Erfahrungsbericht zur Kassenschließung</li> </ul>	

- Jahresrechnung 2010 des GKV-Spitzenverbandes
  - Prüfung der Jahresrechnung durch die KPMG gem. § 31 SVHV einschließlich der Stellungnahme des Vorstandes zu den Feststellungen der KPMG gem. § 32 SVHV i. V. m. § 40 Abs. 2 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes
  - Entlastung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes (§ 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 32 SVHV und § 31 Abs. 1 Nr. 14 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)
- Mitgliederversammlung am 20.12.2011
- Positionen des GKV-Spitzenverbandes zu einem Patientenrechtegesetz
- Referentenentwurf für ein Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften - Artikel 5: Erweiterung der Publikationspflichten der Krankenkassen
- Haushalt 2012
- Auswahl Prüfer für die Jahresrechnung 2011
- Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler
- Mitgliedschaft Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
- Änderung der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates (§ 13 Fachausschüsse)
- Dienstordnung - Stellenplan
- Geschäftsbericht 2011
- Genehmigung der Finanzhilfenordnung nach § 265a SGB V
- Finanz- und Personalstatus
- Besetzung von Gremien

<b>Fachausschüsse des Verwaltungsrates</b>	Zur effizienten Wahrnehmung seiner Aufgaben hat der Verwaltungsrat vier Fachausschüsse eingerichtet, deren Aufgabenfelder sich an der Aufbauorganisation des GKV-Spitzenverbandes orientieren: Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Fachausschuss Organisation und Finanzen, Fachausschuss Verträge und Versorgung und Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege. Die Ausschüsse bereiten im Rahmen einer Arbeitsteilung Beschlüsse des Verwaltungsrates sowie Themen, die im Plenum zu behandeln sind, fachlich vor.	
<b>Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik (FA-GG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Neuausrichtung der Telematik</li> <li>· Umsetzung der Alternative 2012</li> <li>· Künftige Finanzierung der Pflegeversicherung</li> <li>· Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes</li> <li>· Eckpunkte zu einem Versorgungsgesetz</li> <li>· Schließungsverfahren CITY BKK</li> <li>· Erfahrungsbericht Schließung CITY BKK</li> <li>· Erweiterung der Publikationspflichten der Krankenkassen</li> <li>· Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler</li> </ul>	<p>16.02.2011  18.03.2011  (Sondersitzung mit FA-PRP)  03.05.2011  30.05.2011  (Sondersitzung)  06.07.2011  12.10.2011  17.11.2011  (Sondersitzung)</p>
<b>Fachausschuss Organisation und Finanzen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aktueller Finanz- und Personalstatus</li> <li>· Konzept „Mittelfristige Finanzplanung“</li> <li>· Status bedeutender IT-Projekte des Jahres 2011</li> <li>· Sitz- und Stimmenverteilung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes: Satzungsänderungen</li> </ul>	<p>15.02.2011  04.05.2011  01.06.2011  (Sondersitzung)  07.06.2011  (Fortsetzung der Sondersitzung)  27.06.2011  (Sondersitzung)  05.07.2011  26.10.2011  19.12.2011  (Sondersitzung)</p>

- Jahresrechnung 2010 des GKV-Spitzenverbandes
  - Prüfung der Jahresrechnung durch KPMG gem. § 31 SVHV einschließlich der Stellungnahme des Vorstandes zu den Feststellungen von KPMG gem. § 32 SVHV i. V. m. § 40 Abs. 2 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes
  - Abnahme der Jahresrechnung 2010 (§ 31 Abs. 1 Nr. 13 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes) Entlastung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes (§ 77 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 32 SVHV und § 31 Abs. 1 Nr. 14 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes)
- Entsperrung der für die Umsetzung des AMNOG vorgesehenen Stellen im Personalhaushalt 2011
- Abstimmung der Systematik zur Berichterstattung über die Beteiligungsgesellschaften
- Satzungsänderung § 4: Darlehensaufnahme
- Darlehensaufnahme gemäß der Satzungsregelung § 4 für CITY BKK
- Darlehensaufnahme gemäß der Satzungsregelung § 4 für BKK für Heilberufe
- Haushalt 2012
- Auswahl Prüfer für die Jahresrechnung 2011 (Prüfungsschwerpunkte)
- Inanspruchnahme der Darlehen zur Schließung der CITY BKK
- Immobilienobjekt
- Dienstordnung - Stellenplan
- Prüfung der Einführung eines integrierten betriebswirtschaftlichen Systems für Personal-, Rechnungs- und Beschaffungswesen
- Berichterstattung über die Beteiligungsgesellschaften
- Mitgliedschaft Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin

---

<b>Fachausschuss Verträge und Versorgung (FA-VV)</b>	· Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung	09.02.2011
		19.04.2011
	· Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Themenbezogene Umsetzung	30.06.2011
		24.10.2011
	· Struktur und Aufgabenplanung 2011 des Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen	
	· Weiterentwicklung der Geburts- und Hebammenhilfe in Deutschland	
	· Hilfsmittelrichtlinie - Hörgeräteversorgung	
	· Eckpunkte zu einem Versorgungsgesetz	
	· Aktueller Bericht zu den Auswirkungen befundbezogener Festzuschüsse beim Zahnersatz	
	· Gutachten Prognos zum § 103 Abs. 4 SGB V (Abbau von Arztsitzen durch Aufkauf und Stilllegung)	
	· Psych-Entgelte	
	· aktuelle Reformumsetzung und ordnungspolitischer Rahmen	
	· Rahmenvorgaben nach § 84 SGB V für Arznei- und Heilmittelvereinbarungen für das Jahr 2012	
	· Versorgung von Kindern/Jugendlichen/Frauen mit bedarfsgerechten Medikamenten, Mengen und Packungsgrößen	
	· Mitgliedschaft Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin	
	· Krankenhausvergütung - G-DRG-System 2012	
· Finanzierung Organtransplantation - Entgelte, Innovationsfinanzierung (OCS)		
· Festbeträge im Hilfsmittelbereich		



**Fachausschuss  
Prävention,  
Rehabilitation und  
Pflege (FA-PRP)**

- Pflege-Transparenzvereinbarungen - Aktueller Sachstand
  - Kritik an der geltenden Bewertung
  - Vorschläge zur Stichprobe und Bewertungssystematik
  - Bericht über das Konzept des MDK Bayern zur Optimierung der Pflege-Transparenz
  - Präzisierung des Verwaltungsratsbeschlusses vom 07.12.2010 zur Konfliktlösung
  - GKV-Richtlinienkompetenz
- Konzept für die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung
  - Stichprobe
  - Bewertungssystematik
- Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes zu einem Patientenrechtegesetz
- Pflegeversicherung
  - Reform der Pflegeversicherung
  - Konzept für die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarung
  - Ausbildungen in der Pflege
  - Forschungsstelle Pflegeversicherung
  - Erste Ergebnisse des Modellprojektes „Evaluation der Pflegeberatung“
- Änderungsvorschläge im Leistungs- und Beziehungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung
- Stand Festsetzung der Festbeträge Hilfsmittel

08.02.2011  
18.03.2011  
(Sondersitzung mit FA-GG)  
13.04.2011  
13.05.2011  
(Sondersitzung)  
29.06.2011  
13.10.2011  
11.11.2011  
(Sondersitzung)

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

### Mitglieder

### Stellvertreter/-innen

#### BKK

1. Heinz Kaltenbach
2. Achim Kolanoski  
(seit 20.10.2010 für Dr. Hildegard Demmer)

- Dr. Hildegard Demmer  
Winfried Baumgärtner  
(seit 19.01.2012 für Thomas Bodmer)

#### AOK

1. Jürgen Graalmann  
(seit 08.09.2011 für Dr. Herbert Reichelt)
2. Dr. Helmut Platzer  
(seit 08.09.2011 für Dr. Rolf Hoberg)

- Uwe Deh  
(seit 08.09.2011 für Jürgen Graalmann)  
Jürgen Peter  
(seit 08.09.2011 für Rolf Steinbronn)

#### Ersatzkassen

1. Thomas Ballast
2. Ulrike Elsner

- Dr. Jörg Meyers-Middendorf  
Oliver Blatt

#### IKK

1. Jürgen Hohnl  
(seit 28.06.2011 für Rolf Stupardt)
2. Uwe Schröder

- Frank Neumann  
Enrico Kreutz

#### Landwirtschaftliche Sozialversicherung

1. Eckhart Stüwe
2. Dr. Erich Koch

./.

#### Knappschaft-Bahn-See

1. Rolf Stadié
2. Gerd Jockenhöfer

- Hans-Jürgen Fries  
Jörg Neumann

## Referentenrunden (Stand 29.12.2011)

Anhang

### Systemfragen

Fachkonferenz Beiträge  
 Fachkonferenz Meldungen  
 RSA-Bestimmung  
 RSA-Clearingverfahren  
 Workshop „Verfahren amtliche Statistik“  
 Rechnungswesen und Statistik

### Systemfragen/Telematik

Projektleitungsausschuss PLA „Neuausrichtung Telematik“  
 Technische Unterarbeitsgruppe (TUAG) „Neuausrichtung Telematik“  
 Vorbereitungsgruppe GSV gematik (Telematikbeauftragte der Kassenarten)  
 Technische Arbeitsgruppe zur Umsetzung des DTA nach § 295(1b) SGB V  
 Technische Kommission TP1 Ärzte  
 Technische Kommission TP2 Zahnärzte  
 Technische Kommission TP3 Apotheken  
 Technische Kommission TP4a Krankenhäuser  
 Technische Kommission TP4b Rehabilitation  
 Technische Arbeitsgruppe TP5 Sonstige Leistungserbringer  
 Technische Kommission TP6 Pflege  
 Technische Arbeitsgruppe Elektronische Archivierung  
 Technische Steuerungsgruppe Sozialausgleich  
 Technische Arbeitsgruppe Datenaustausch mit Arbeitgebern nach § 23c SGB IV

### Medizin

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung  
 AG Umsetzung Qualitätsprüfungsrichtlinien  
 AG Umsetzung Richtlinie nach § 92 SGB V (QeSü)  
 Methodenbewertung  
 DMP/BVA

AQUA-Fachgruppen  
 Medizin und Recht  
 MDS-Abstimmungsrunde

### Ambulante Versorgung

AG Morbi-Vergütung  
 AG Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung  
 AG Datenverfügbarkeit  
 Arztreferenten  
 AG Bedarfsplanung  
 AG Honorar  
 AG Vertragsstrategien  
 Zahnarztreferenten  
 AG BEL II (abrechnungsfähige zahntechnische Leistungen nach § 88 SGB V)  
 AG BMVZ  
 Hebammenreferenten  
 AG Auswertungen QS-Vereinbarungen  
 AG Psychotherapie  
 AG Abrechnungsprüfung § 106a SGB V  
 AG Rahmenformular  
 AG Zuordnungstabelle Versichertennummern

### Krankenhäuser

Krankenhausreferenten  
 AG Psychiatrie  
 AG Spezialärztliche Versorgung  
 AG Abrechnungsprüfung nach § 275 SGB V  
 AG Abrechnungsregeln  
 AG Besondere Einrichtungen  
 AG Systemzuschlag  
 AG TVöD  
 AG AOP-Vertrag nach § 115b SGB V

## Anhang

AG Ausbildungsfinanzierung nach § 17a KHG  
AG Begleitforschung (Psychiatrie)  
AG Begleitforschung (Somatik)  
AG Investitionsbewertungsrelationen  
AG Pflegesonderprogramm

**Arznei- und Heilmittel**

AG Arzneimittel  
AG Heilmittel-Referenten

**Gesundheit**

Hilfsmittel-Referenten  
Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht  
Fachkonferenz Pflege  
Rehabilitation  
Gemeinsamer Ausschuss § 137d SGB V  
Fachkonferenz Prävention  
Fachkonferenz Leitfaden Selbsthilfeförderung  
Beirat Leitfaden Selbsthilfeförderung  
Beirat § 65b SGB V  
AG zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen  
Ständiger Arbeitsausschuss  
AG Expertenstandards Pflege  
AG Pflegebedürftigkeitsbegriff  
AG Pflegereform  
AG Pflegeberatung  
AG Pflege-Transparenzvereinbarungen  
AG Projekt Ergebnisqualität Pflege  
AG Zertifizierung Pflege  
AG Geschäftsordnung Pflege  
Beirat Modellprogramm nach § 8 Abs. 3 SGB XI  
AG Gemeinsame Rundschreiben Pflege

**Politik**

Politik-Referenten

**Justizariat**

Wettbewerbsrecht

---



# Organigramm (Stand: März 2012)

