



Spitzenverband



Gesundheitsversorgung optimieren und solide finanzieren

Geschäftsbericht 2012



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

Internet: 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 2012.

Redaktionsschluss: 12.02.2013 (außer Seiten 10-11 und 60-61: 05.03.2013)

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

Koordination: René Kircher

Gestaltung: Blumberry GmbH, Agentur für Kommunikation, Berlin

Fotonachweis: Andrea Katheder | fotografie www.andreakatheder.de; Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner www.schupfner.com (Titelbild Marginalspalte); gbo Medizintechnik AG (Seite 44, Bildausschnitt IGeL-Monitor);

Georg Lopata www.axentis.de (Seite 93)

Druck: LASERLINE Digitales Druckzentrum Bucec & Co. Berlin KG

Gesundheitsversorgung optimieren und solide finanzieren

Geschäftsbericht 2012

Geschäftsbericht 2012

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Solide Finanzen wecken Begehrlichkeiten – Reformherausforderungen bleiben bestehen	10

Themen des Jahres

Neuausrichtung der Pflege gelungen?	14
Neuer Expertenbeirat zur Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs	16
Qualitätssicherung in der Pflege – Ohne verbindliche Kriterien geht es nicht	18
Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung – Zehn Thesen, ein Ziel	20
Transplantationsgesetz und Gesetz zur Entscheidungslösung verabschiedet	22
Einführung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie	24
Neuausrichtung der Preis- und Mengensteuerung in der stationären Vergütung	26
Dritter Bericht zum Pflegesonderprogramm – Krankenhäuser nutzen Förderung	28
Bewertung neuer Methoden durch den G-BA – Erste Verfahren gestartet	30
Reform der Bedarfsplanung – Neue Richtlinie beschlossen	32
Umsetzung ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung	34
Die Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung 2013	36
Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung	38
Patientenrechtegesetz – Stärkung der Position der Patienten?	40
Medizinprodukte – Defizite der Marktzulassung und -überwachung	42
Transparenz bei Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL-Monitor gestartet	44
Datentransparenzverordnung in Kraft getreten	45
Arzneimittelversorgung – Erfahrungen bei den Preisverhandlungen	46
Verhandlungen zum Apothekenabschlag	48
Anpassung der Arzneimittelfestbeträge – Für eine wirtschaftliche Medikamentenversorgung	50
Heilmittelversorgung – Spürbare Entlastungen durch bundesweite Praxisbesonderheiten	52
Nationaler Krebsplan – Umsetzung der Empfehlungen beginnt	53
Hörhilfen – Neue Richtlinie für eine bessere Versorgung	54
„Nein“ zur Ausweitung des Kartellrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung	56
Elektronische Gesundheitskarte – Einführung nimmt Fahrt auf	58
Optimierung der Meldeverfahren in der sozialen Sicherung	59
Finanzentwicklung 2012 – GKV auf stabiler Basis	60
Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Verstöße ahnden, Patienten schützen	62
DVKA – Ökonomische Dimensionen der Patientenmobilität	64
Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes	68
Organisation und Haushalt	70

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	76
Vorstandswahl - Auf Kurs bleiben unter bewährter Führung	80
Bericht zum Fachbeirat	82
G-BA - Personelle und strukturelle Veränderungen nach dem GKV-VStG	84
„Neutralität und Keule?“ Interview mit Josef Hecken, G-BA Vorsitzender	86

Anhang

Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2012 (Stichtag 01.01.2013)	90
Fusionen im Jahr 2012 (Stand 01.01.2013)	91
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2012	92
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2012	94
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrates	96
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter/-innen des Fachbeirates 2012	100
Organigramm GKV-Spitzenverband	102

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

Außenstehende könnten angesichts immer neuer Rekordmeldungen über Kassenüberschüsse meinen, 2012 wäre somit auch ein „entspanntes“ Jahr für die Selbstverwaltung gewesen. Das Gegenteil ist der Fall: Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes war unmittelbar an allen gesundheits- und sozialpolitischen Grundsatzentscheidungen beteiligt – Medizinprodukte, Kartellrecht, Prävention, Honorarverhandlungen und Patientenrechte sind in diesem Zusammenhang nur einige Punkte der Debatte.

Hohe Aufmerksamkeit fand erneut die Finanzlage. Erfreulich ist: Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich in finanziell guter Verfassung. Vor dem Hintergrund konjunktu-

reller Risiken und erneut strukturell steigender Ausgaben wäre es sinnvoll gewesen, die überschüssigen Finanzmittel als Reserve für künftige Ausgabensteigerungen, konjunkturelle Schwankungen oder als Ausgleich für mögliche Defizite zu verwenden. Keinesfalls sinnvoll sind die Zweckentfremdung des Bundeszuschusses oder Wahlgeschenke vor der Bundestagswahl, mögen sie noch so verführerisch sein.

Nicht zuletzt standen die Prinzipien der Selbstverwaltung selbst im Mittelpunkt der politischen Diskussion: Im Herbst 2012 legte der Bundeswahlbeauftragte seinen lang erwarteten Schlussbericht über die Sozialversicherungswahlen 2011 vor. Darin finden sich viele richtige, teils auch



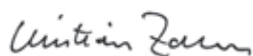
kritisch zu sehende Reformvorschläge. Vor allem brachte der Bericht aber eines deutlich zum Ausdruck – ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung im deutschen Sozialversicherungssystem. Zu Recht, steht doch die Selbstverwaltung für Solidarität und die institutionelle Mitbestimmung von Versicherten und Arbeitgebern bei den Krankenkassen und beim GKV-Spitzenverband. Sie sichert eine bedarfsgerechte, versicherten- und wirtschaftliche Versorgung.

Sorgen bereitet jedoch, dass Kompetenzbereiche der Selbstverwaltung in den letzten Jahren eingeschränkt wurden, um einen stärkeren Staatseinfluss in der gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Dieser Trend ist verhängnisvoll:

Der Staat kann in solch komplexen Sozialversicherungszweigen wie der Kranken- und Pflegeversicherung eine Versorgungsqualität, die am Patientenwohl orientiert ist, nicht so sachgerecht und praxisnah sichern und fortentwickeln wie die Selbstverwaltung.

Wie die Schuldenkrise in Europa vor Augen führt, liegen gerade hier die Stärken des deutschen Systems. Deshalb braucht es nach der Bundestagswahl im September 2013 ein klares Bekenntnis und gesetzgeberische Klarstellungen für eine Steuerung des Gesundheitswesens durch die soziale Selbstverwaltung einerseits und die gemeinsame Selbstverwaltung andererseits. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes wird sich in diesem Sinne weiter engagiert einbringen.

Mit freundlichen Grüßen



Christian Zahn



Dr. Volker Hansen

Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wenn Sie den vorliegenden Geschäftsbericht 2012 des GKV-Spitzenverbandes in Händen halten, ist die Bundestagswahl im September bereits in Sichtweite. Dies ist für uns Anlass genug, einen Blick zurückzuwerfen - nicht nur auf das abgelaufene Jahr, sondern vielmehr auf die gesamte Legislaturperiode: Zwar stand die Gesundheitspolitik weniger im Fokus der Öffentlichkeit als noch in den Jahren zuvor, da die europäische Schuldenkrise die politische Agenda dominierte. „Ruhige“ Jahre waren es für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) freilich nicht. Im Gegenteil: Die gesetzlichen Krankenkassen agierten innerhalb äußerst wechselhafter Rahmenbedingungen.

Es drohten Finanzlöcher in Milliardenhöhe, während der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch Zusatzbeiträge angeheizt wurde. Die gute konjunkturelle Lage und gesetzgeberische Maßnahmen der Koalition - die allerdings Versicherte und Arbeitgeber erheblich finanziell belasten - sorgten dann für eine unerwartet positive Finanzlage. Diese Überschüsse weckten umgehend Begehrlichkeiten von allen Seiten, nicht zuletzt von der Politik: So sank der Bundeszuschuss 2013 das dritte Jahr in Folge und entpuppt sich immer mehr als politische Verfügungsmasse. Eine nachhaltige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung, für die sich der GKV-Spitzenverband einsetzt, sieht anders aus.

Strukturfragen des Gesundheitssystems wurden ebenfalls angegangen: Vor allem die Neuordnung des Marktes für neue Arzneimittel war ein wichtiger und richtiger reformpolitischer Meilenstein. Die bisherigen Verhandlungen zeigen, dass ein fairer Ausgleich zwischen Industrie und GKV

möglich ist. Andere Reformen blieben trotz guter Ansätze leider auf halbem Wege stecken: So geben die neuen ambulanten Versorgungsstrukturen immer noch wenig Anreiz zum Abbau von Überversorgung. Auch die Intentionen des jüngst verabschiedeten Patientenrechtegesetzes gehen in die richtige Richtung, greifen aber noch zu kurz.

In der Gesundheitspolitik schließt sich an den Rück- immer auch ein Ausblick an: In der kommenden Legislaturperiode muss das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung für alle Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit für die Zukunft gesichert und das Gesundheitswesen effizient, wirtschaftlich und qualitätsorientiert weiterentwickelt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet hierfür die besten Voraussetzungen. Gerade der Vergleich mit vielen unserer europäischen Nachbarn, in denen auch das Gesundheitssystem in Turbulenzen geraten ist, zeigt die Stärken des deutschen GKV-Systems, das auf Sachleistung, Solidarität und Selbstverwaltung setzt. Diese Stärken gilt es zu bewahren und auszubauen. Auch nach der Bundestagswahl 2013.

Die Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes leisten mit ihrer Arbeit jeden Tag aufs Neue einen wichtigen Beitrag dazu, die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Sinne der Versicherten, Patienten und Beitragszahler mitzugestalten und weiterzuentwickeln. Der Geschäftsbericht dokumentiert die Ergebnisse dieser Arbeit und gibt in Ausschnitten Einblick, wie diese aussieht.



Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Johann-Magnus v. Stackelberg'.

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Doris Pfeiffer'.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gernot Kiefer'.

Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

Solide Finanzen wecken Begehrlichkeiten – Reformherausforderungen bleiben bestehen

Die mediale Aufmerksamkeit im Jahr 2012 galt vor allem der guten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung und den hieraus abgeleiteten Forderungen nach höheren Vergütungen im Gesundheitswesen. Diese Forderungen gipfelten in der Androhung eines Ärztestreiks, mit dem ungerechtfertigt hohe Honorarzuwächse erzwungen werden sollten. Gleichzeitig wurde von Teilen der Ärzteschaft eine Diskussion um den sogenannten Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante ärztliche Versorgung entfacht.

Bundeszuschuss verlässlich finanzieren

Im Fokus der öffentlich geführten Diskussion standen aber auch politische Konzepte

zum Abbau der Finanzüberschüsse bei den Krankenkassen und im Gesundheitsfonds. Im Zuge dieser Debatte brachte die Bundesregierung zwei für das Gesundheitswesen zentrale Beschlüsse auf den Weg. Erstens: Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen wird 2013 um 2,5 Mrd. Euro gekürzt und 2014 noch einmal um 3,5 Mrd. Euro. Zweitens: Die Praxisgebühr wird zum 1. Januar 2013 abgeschafft.

Mit der Kürzung des Bundeszuschusses um insgesamt 6 Mrd. Euro greift der Gesetzgeber ungeniert auf die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung zu. So sinkt der Bundeszuschuss 2013 das dritte Jahr in Folge und entpuppt sich damit immer mehr als politische Verfügungsmasse. Dabei ist er für die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen vorgesehen.

Auch die Abschaffung der Praxisgebühr wird der gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft finanzielle Bauchschmerzen bereiten: Als Steuerungsinstrument mag sie umstritten gewesen sein – ohne sie muss aber geklärt werden, woher künftig die fehlenden rund zwei Mrd. Euro kommen sollen. Eine nachhaltige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung sieht anders aus.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass die Krankenkassen ihre Betriebsmittel und Rücklagen auffüllen können. Das schützt sie vor Finanzrisiken, die absehbar auf sie zukommen werden. Auch auf der Ebene des Gesundheitsfonds bestand kein Grund für eine Abkehr vom Kurs einer nachhaltig stabilen Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Die nicht gesetzlich gebundene Liquidität des Gesundheitsfonds ist ein guter Puffer für reale konjunkturelle und strukturelle Risiken.

Fakt ist, dass die Finanzreserven in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012 auf rund 28,2 Mrd. Euro angestiegen sind. Der vom Bundesversicherungsamt verwaltete Gesundheitsfonds verfügte Ende des Jahres 2012 über eine Liquiditätsreserve von rd. 13,1 Mrd. Euro, während die Krankenkassen in ihren Haushalten über Reserven in der Größenordnung von rund 15,1 Mrd. Euro verfügten. Der hohe Überschuss in der Gesamtsumme darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Finanzlage der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich ist. Nicht vergessen werden darf, dass das gute Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur dank der guten konjunkturellen Entwicklung so positiv ist, sondern vor allem auch dank einer Beitragssatzanhebung, die Versicherte und Arbeitgeber seit Beginn des Jahres 2011 zusätzlich mit jährlich sechs Mrd. Euro belastet.

Mit dem Patientenrechtegesetz schlägt der Gesetzgeber zwar die richtige Richtung ein, greift dabei aber zu kurz. Wichtig ist, dass die Rechte der Patienten im Bürgerlichen Gesetzbuch, z. B. mit einer verbindlichen Beschreibung der Anforderungen an einen Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient, kodifiziert und ihre Informationsrechte verbessert werden. Allerdings wäre es dringend erforderlich gewesen, die Rechtsposition der Patienten bei Behandlungsfehlern durch eine erleichterte Beweislastumkehr zu stärken.

Was war rückblickend weiterhin bedeutsam? Hervorgehoben werden muss sicherlich die Umsetzung des zu Beginn des Jahres in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes, an der die gemeinsame Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2012 mit Hochdruck arbeitete. Insbesondere im Hinblick auf eine neue Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung und den neuen Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung mussten zunächst Richtlinien erarbeitet werden – bevor sie 2013 in der Praxis Anwendung finden können.

Im Wahljahr 2013 steht das Gesundheitswesen vor weiteren Reformnotwendigkeiten. So bedarf es in der neuen Legislaturperiode eines nachhaltig wirkenden Finanzierungskonzeptes. Die aktuell gute Finanzsituation darf nicht darüber hinwegtäuschen: Die GKV befindet sich in fiskalischer Hinsicht in einem Dilemma zwischen einer Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis und einer Dynamik der Gesundheitsausgaben. Die zukünftig immer größer werdende Lücke zwischen der Ausgabenentwicklung und der Finanzierungsbasis muss auf der einen Seite mit der Neuausrichtung der Finanzierungsgrundlagen und auf der anderen Seite mit besseren wirtschaftlicheren Versorgungskonzepten geschlossen werden.

Weitere Schritte sind notwendig, um die anerkannten Stärken des deutschen Gesundheitswesens zu bewahren und auszubauen. Hierbei muss es vor allem darum gehen, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung stärker auf die Patientenprobleme auszurichten. Notwendig ist ein besseres und durchgängiges Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen. Auch die Transparenz des gesamten Versorgungsgeschehens muss aus Patientensicht durch einen besseren Informationsaustausch und transparentes Management vorangetrieben werden. Und schließlich bedarf es einer konsequenteren Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Das ist wichtig, um auch in Zukunft alle Patienten am medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu lassen.

**Überschussdebatte verstellt
Blick auf die Finanzsituation
einzelner Kassen**

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass die Krankenkassen ihre Betriebsmittel und Rücklagen auffüllen können.



Themen des Jahres

Neuausrichtung der Pflege gelungen?

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Pflegeversicherung zukunftsfähig zu gestalten. Insbesondere demenziell erkrankte Menschen erhalten zusätzliche Sach- und Geldleistungen. Die Wahlmöglichkeiten in der Betreuung für Pflegebedürftige steigen und Angehörige finden mehr Unterstützung. Außerdem wird das Budget zur Förderung der Selbsthilfe aufgestockt und Vergütungszuschläge in teilstationären Pflegeeinrichtungen gezahlt.

Die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz festgeschriebenen Verbesserungen tragen die Handschrift des GKV-Spitzenverbandes. Dennoch besteht nach wie vor Handlungsbedarf.

Eine Flexibilisierung der Leistungen soll durch Einbeziehung der häuslichen Betreuung erreicht werden. Dieser Anspruch gilt für einen Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Um Pflegeleistungen flexibel gestalten zu können, haben Pflegebedürftige und Angehörige künftig außerdem die Möglichkeit, neben Leistungskomplexen auch Zeitkontingente zu vereinbaren. Auch werden neue Wohnformen (Wohngemeinschaften) stärker gefördert. Durch eine Informationspflicht für Pflegeheime über ihre Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Heimbewohner soll diese verbessert werden. Der Gesetzgeber erhofft sich eine Stärkung der Pflegebedürftigen im Begutachtungsverfahren durch Zusatzzahlungen der Krankenkassen sowie Beauftragung unabhängiger Gutachter der Pflegekassen.

Die Situation pflegender Angehöriger soll durch Addition rentenrechtlich wirksamer Leistungen sowie der Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes bei Verhinderungspflege verbessert werden. Zudem wird in dem Gesetz geregelt, dass pflegebedürftige Angehörige gemeinsam mit dem pflegenden Angehörigen in einer Rehabilitationseinrichtung aufgenommen werden können.

Um die Leistungsverbesserungen zu finanzieren, ist der Beitragssatz zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkt auf 2,05 Prozent gestiegen. Darüber hinaus wird mit dem PNG die freiwillige private Vorsorge staatlich mit 60 Euro pro Jahr gefördert. Um diese Förderung zu erhalten, müssen jedoch bestimmte Voraussetzungen vorliegen. So erhalten beispielsweise Menschen, die bereits pflegebedürftig sind, keine Förderung.



Obwohl 2011 zum Jahr der Pflege erklärt wurde, bleibt festzuhalten, dass die drängenden Probleme der Pflege trotz Verbesserung, die mit der Umsetzung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz erreicht wurden, ungelöst bleiben. Für eine wirkliche Neuausrichtung fehlt es immer noch an einer politischen Richtungsentscheidung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.

Wiederholt hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens folgende Kritik geübt:

- Durch die Aufnahme der häuslichen Betreuung in den Leistungskatalog der sozialen Pflegeversicherung und die Förderung neuer Wohnformen (Wohngemeinschaften) war eine Kostenverlagerung anderer Sozialleistungsträger auf die Pflegeversicherung zu befürchten. Der Gesetzgeber hat dem Rechnung getragen und Veränderungen vorgenommen.
- Kritisch zu sehen sind weiterhin die Regelungen zur Neugestaltung des Begutachtungsverfahrens sowie die Zusatzzahlungen durch die Pflegeversicherung bei Überschreitung der Entscheidungsfrist. Diese tragen nicht zur weiteren Verfahrensbeschleunigung bei. Stattdessen wird der Verwaltungsaufwand erhöht.
- Entgegen der Zielsetzung des Gesetzgebers wird mit der Beitragssatzerhöhung sowie der Einführung der staatlich geförderten privaten Pflegeversicherung eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung nicht sichergestellt.

Im Rahmen der weiteren Umsetzungsschritte kommt dem GKV-Spitzenverband eine zentrale Rolle zu. So werden z. B. die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die neuen bzw. verbesserten Leistungen im „Gemeinsamen Rundschreiben“ beschrieben. Die Begutachtungsrichtlinien für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind anzupassen und Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung sowie zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erstellen. Hinzu kommen Vereinbarungen mit der Rentenversicherung zur Anrechnung der Pflegezeit bei der Pflege mehrerer Pflegebedürftiger durch eine Pflegeperson sowie Vereinbarungen mit den Pflegeanbietern zu den Maßstäben und Grundsätzen der Qualität.

Mehr Wahlmöglichkeiten in der Betreuung von Pflegebedürftigen, Entlastung für Angehörige

Bei den einzelnen Umsetzungsschritten wird es nun darum gehen, für die pflegebedürftigen Menschen eine gute Pflege sicherzustellen.

Neuer Expertenbeirat zur Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Verbunden mit der Definition eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein Perspektivwechsel weg von der Erfassung somatischer Einschränkungen hin zur Feststellung der Selbstständigkeit im somatischen und kognitiven Bereich. Insbesondere sollen Menschen mit Demenz dann gleichberechtigt in der Pflegeversicherung Berücksichtigung finden. Entsprechend der Vereinbarung im Koalitionsvertrag bestand die Erwartung, dass bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich verankert wird.

Neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit dringend erforderlich

Stattdessen nahm der vom Gesundheitsminister einberufene Pflegebeirat unter Vorsitz des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, sowie des ehemaligen Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes, K.-Dieter Voß, am 1. März 2012 seine Arbeit auf. Das Gremium, in dem alle maßgeblichen Organisationen und Wissenschaftler aus dem Pflegebereich vertreten sind, soll Fragen erörtern, die im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufkommen. Die damit verbundenen Aufträge werden in vier Arbeitsgruppen bearbeitet. Arbeitsgruppe 1 erarbeitet Vorschläge zur Ausgestaltung des Leistungsrechts und erörtert die wechselseitigen Auswirkungen zu anderen Sozialleistungssystemen, wie z. B. der Eingliederungshilfe. Arbeitsgruppe 2 setzt sich mit der Einführung der Begutachtungsverfahren auseinander und erarbeitet u. a. Lösungen für die Begutachtung von Kindern und sogenannten Härtefällen.

Arbeitsgruppe 3 erstellt Lösungsvorschläge zum Vertrags- und Vergütungsrecht. In der Arbeitsgruppe 4 werden die Möglichkeiten der Überleitungsregelungen sowie des Bestandsschutzes der jetzigen Leistungsbezieher beraten. Im Rahmen seiner Mitarbeit im Expertenbeirat hat der GKV-Spitzenverband u. a. den Vorsitz der Arbeitsgruppen 1 und 2 inne.

Bei der Bearbeitung der einzelnen Fragestellungen ist zu berücksichtigen, dass bereits mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz Leistungsverbesserungen für Personen mit kognitiven Einschränkungen als Übergangsregelungen eingeführt wurden. Trotz dieses Vorgriffs des Gesetzgebers gilt es, weitere Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung und Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu ergreifen.

Für die Akzeptanz der Pflegeversicherung auf Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist von zentraler Bedeutung, dass die neue Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine neuen Ungerechtigkeiten schafft. Es bedarf daher einer ausreichenden wissenschaftlichen Fundierung. Außerdem ist zu vermeiden, dass mit der Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Kosten anderer Träger zu Lasten der Versichertengemeinschaft auf die Pflegeversicherung verlagert werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt nicht auf eine institutionelle Umverteilung finanzieller Mittel. Vielmehr muss es darum gehen, die pflegerische Versorgung pflegebedürftiger Menschen nachhaltig zu sichern.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll eine Verbesserung für alle pflegebedürftigen Menschen und deren Familien erzielt werden.



Qualitätssicherung in der Pflege – Ohne verbindliche Kriterien geht es nicht

Qualitätsbericht aussagekräftig sowie transparent gestalten und weiterentwickeln

Seit 2009 können die Leistungen und die Qualität von zugelassenen Pflegediensten und Pflegeheimen vom Verbraucher im Internet eingesehen werden. Hierfür wurden im Zuge der Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Trägern der Sozialhilfe und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen geschlossen. Die enorme Nachfrage der sogenannten Pflegenoten beim Verbraucher belegt ihre große Akzeptanz. Seit 2011 werden alle circa 23.000 Pflegedienste und Pflegeheime mindestens einmal jährlich durch die Medizinischen Dienste oder den Prüfdienst der privaten Krankenversicherung geprüft. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen fließen in die Pflegenoten ein.

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen für den stationären Bereich sind dringend weiterzuentwickeln. Auf dem Verhandlungsweg ist eine Anpassung aber nur möglich, wenn alle Beteiligten zustimmen. Bislang konnte hier keine Einigung erzielt werden, um dem gesetzlichen Auftrag nach verständlichen, übersichtlichen und vor allem vergleichbaren Informationen für Pflegebedürftige und deren Angehörige besser nachkommen zu können.

Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Sommer 2011 die Möglichkeit geschaffen, bei Nichteinigung die Schiedsstelle anzurufen. Ende 2011 hat der GKV-Spitzenverband zu Verhandlungen aufgefordert. Seit März 2012 liegen die Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes vor. Insbesondere sollen die Stichprobenbildung und



Anpassung der Pflegenoten: Schnelle, verbraucherfreundliche Veränderungen umsetzen

Vorschläge der Pflegekassen zur Anpassung des Transparenzsystems zur Qualitätsbewertung von Pflegeeinrichtungen:

Neues Stichprobenmodell zur Steigerung der Vergleichbarkeit

- Jeweils drei zufällig ausgewählte Personen aus jeder der drei Pflegestufen, unabhängig von der Einrichtungsgröße, werden in die Prüfungen einbezogen.

Kernkriterien sollen verbraucherrelevante Bereiche stärker berücksichtigen

- Formulierung von Kernkriterien, die mit einer stärkeren Gewichtung in die Gesamtbewertung einfließen sollen.
- Kernkriterien sollen dabei stärker die Bereiche berücksichtigen, die für den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Heimbewohner entscheidend sind.
- Die Möglichkeit, dass trotz schlechter Einzelbewertungen in diesen wichtigen Bereichen auch gute bis sehr gute Gesamtnoten vergeben werden, wird damit nicht mehr bestehen.

Verzicht auf unnötige Kriterien

- Reduktion der bisherigen 82 auf 72 Kriterien, um die Datenerhebung von unnötiger Bürokratie zu befreien.

die Bewertungssystematik angepasst und einige Kriterien verändert bzw. gestrichen werden. Dies würde einen grundlegenden Informationsgewinn für die Verbraucher bedeuten. Pflegebedürftige, deren Angehörige und die Öffentlichkeit würden damit ein genaueres und aussagefähigeres Bild der Qualität in der einzelnen Pflegeeinrichtung erhalten.

Mit Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Monaten wurde im Juni 2012 seitens des GKV-Spitzenverbandes die Schiedsstelle angerufen. Zugleich wurde deutlich gemacht, dass die Bereitschaft besteht, parallel weiter zu verhandeln. Damit ist das Ziel verknüpft, die Blockadehaltung aufzubrechen und in strittigen Fragen das notwendige Einvernehmen zu erreichen. Nachdem nunmehr auch die Vorschläge der Pflegeanbieter vorliegen, wird das gesetzlich vorgesehene Beteiligungsverfahren durchgeführt. Danach wird die Entscheidung der Schiedsstelle über die Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den stationären Bereich erwartet.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Laufe des Jahres wurde die Berücksichtigung von sogenannten Qualitätsindikatoren bei der Qualitätssicherung und -berichterstattung für stationäre Einrichtungen festgeschrieben. Mittelfristig plant der GKV-Spitzenverband daher die stärkere Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren in der Pflege. Für den stationären Bereich liegen erste Erkenntnisse zu Ergebnisindikatoren

eines von den Bundesministerien für Gesundheit (BMG) und Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts vor. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es hierzu aber eines wissenschaftsgestützten Prozesses unter Einbindung aller Vertragspartner. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass für die Entwicklung und Umsetzung von Ergebnisindikatoren mehrere Jahre erforderlich sind. Ziel ist es deshalb, mittelfristig ein belastbares Instrument für die Qualitätsmessung und -darstellung in der Pflege zu etablieren, das den gesetzlichen Anforderungen entspricht. In der Zwischenzeit muss das bestehende System funktionsfähig erhalten und weiterentwickelt werden.

Der GKV-Spitzenverband beabsichtigt, auch für die ambulante pflegerische Versorgung geeignete und wissenschaftlich abgesicherte Qualitätsindikatoren für die Messung von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität zu entwickeln. Als Grundlage hierfür hat der GKV-Spitzenverband eine Recherche und Bewertung von international in der häuslichen Pflege verwendeten Indikatoren in Auftrag gegeben. Der GKV-Spitzenverband nimmt damit seine gestalterische Rolle bei der Initiierung innovativer Vorhaben bei der Weiterentwicklung der Pflegequalität aktiv wahr.

Unter www.pflegenoten.de sind alle wesentlichen Informationen rund um das Thema Transparenz der Pflegequalität stets aktuell abgebildet.

Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung – Zehn Thesen, ein Ziel

Am 13. Juni 2012 wurde vom Verwaltungsrat das „Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ verabschiedet. In diesem werden die strategischen Ziele der Qualitätssicherungsarbeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) anhand von zehn Thesen dargestellt:

1. Qualitätssicherung bedeutet Verantwortung.
2. Ergebnisse der Qualitätssicherung sind öffentlich zu machen.
3. Im Fokus der Qualitätssicherungsmaßnahmen stehen die Patienten.
4. Die Qualitätssicherung bildet die Grundlage für einen Qualitätswettbewerb.
5. Die Messung der Qualität bildet die Grundlage für die Weiterentwicklung der Versorgung.
6. Dokumentation ist notwendig, der Aufwand dafür muss so niedrig wie möglich gehalten werden.
7. Qualitätssicherungsverfahren sind kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln.
8. In der medizinischen Versorgung gelten einheitliche Qualitätsanforderungen.
9. Die Qualitätsmessung schließt auch die Verlaufsbeobachtung ein.
10. Die Qualitätssicherung überschreitet Sektorengrenzen.

Zur Weiterentwicklung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) brachte sich der GKV-Spitzenverband intensiv in die Diskussion zur Überarbeitung des Methodensatzes des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen ein. Er arbeitet mit den Krankenkassen und ihren Verbänden daran, die Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen zum Zwecke der Qualitätssicherung vorzubereiten, damit der G-BA diese Daten zukünftig auf Basis seiner Richtlinien ebenfalls in die sQS einbeziehen kann.

Verzögert wird die Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zurzeit insbesondere durch eine Reihe von methodischen Hürden. In diesem Zusammenhang sind vor allem die mit den Abrechnungen verbundenen und in den Sektoren sehr unterschiedlichen Dokumentationspflichten zu nennen. Sie erschweren die Erhebung von Patientendaten über einen längeren Zeitraum erheblich. Im Sinne einer datensparsamen Weiterentwicklung wird daher für die sQS und die einrichtungsübergreifende stationäre Qualitätssicherung (ESQS) der Schwerpunkt zunächst auf die Einführung eines Follow-up unter Nutzung der Sozialdaten der Krankenkassen gelegt, um die Behandlungsqualität auch nach Verlassen des Krankenhauses oder einer ambulanten Einrichtung beurteilen zu können. Auf Grundlage der vom GKV-Spitzenverband entwickelten Umsetzungskonzepte konnten im G-BA die notwendigen Beschlüsse gefasst werden, z. B. für die Qualitätssicherung ambulanter und stationärer Kniegelenksspiegelungen und für Herzkatheterverfahren. Im Leistungsbereich gynäkologische Operationen wurden zudem mangels Aussagekraft die verpflichtende Erfassung der Indikatoren zu Gebärmutter-Operationen (Hysterektomie) ausgesetzt. Stattdessen soll die Qualitätssicherung verstärkt auf die Indikationsstellung ausgerichtet werden, um unnötige Operationen zu vermeiden.

Um komplexe Herausforderungen lösen zu können, bedarf es der Reduktion auf das Wesentliche. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband das zehn Punkte umfassende Thesenpapier entwickelt.



Parallel zur politischen Diskussion um eine gesetzliche Neuordnung der Transplantationsmedizin wurden durch den GKV-Spitzenverband im Bereich der ESQS der Transplantationsmedizin weitere Änderungen durchgesetzt. Mit dem Ziel der Verbesserung der Berichtsqualität und damit der Leistungstransparenz wurden u. a. verschärfte Sanktionsregelungen implementiert.

Ebenfalls auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes wurden in Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität personelle und zeitliche Anforderungen an den fachärztlichen Bereitschaftsdienst sowie zur Einsatzbereitschaft von nichtärztlichem Personal und diagnostischer Technik konkretisiert. Dazu gehören auch Anforderungen an die Qualifikation der in spezialisierten Bereichen einzusetzenden Pflegefachkräfte.

Bei der Umsetzung der ambulanten und stationären Qualitätssicherungsverfahren aber auch in der QS-Arbeit auf Bundes- und Landesebene werden allerdings bisher die Potenziale nicht immer ausgeschöpft. Die Kenntnis und Nutzung der Ergebnisse der Qualitätssicherung erlauben den Krankenkassen im Zusammenspiel mit den Leistungserbringern eine bessere Bewertung und Steuerung der Versorgung vor Ort. Der GKV-Spitzenverband setzt sich deshalb auch für eine intensivere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen ein.

Neustart des QS-Reha[®]-Verfahrens

Nach abschließender Vereinbarung der methodischen Grundlagen zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Rehabilitationseinrichtungen beauftragte der GKV-Spitzenverband im Sommer 2011 das BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit damit, das einrichtungsübergreifende externe Qualitätssicherungsverfahren für Rehabilitationseinrichtungen – das QS-Reha[®]-Verfahren – durchzuführen. Von Juni bis September 2012 wurden die Erhebungen zur Strukturqualität der Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Qualitätsberichte und Auswertungen werden in Kürze veröffentlicht. Die Erhebungen zur Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit werden im Juni 2013 abgeschlossen. Ziel der externen Qualitätssicherung der Rehabilitationseinrichtungen ist es, die Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen anzuregen. Die Krankenkassen erhalten durch die Qualitätsberichte bessere Möglichkeiten zur Belegungssteuerung sowie erweiterte Grundlagen für Vertragsverhandlungen.

Transparenz in den medizinischen Versorgungsbereichen weiter erhöhen

Unter www.qs-reha.de findet die Fachöffentlichkeit alle wesentlichen Informationen rund um das Thema Qualitätssicherung in der Rehabilitation.

Transplantationsgesetz und Gesetz zur Entscheidungslösung verabschiedet

Umsetzung der Novelle zum Transplantationsgesetz

Die lang diskutierte Novellierung des Transplantationsgesetzes (TPG) wurde im Bundestag am 24. Mai 2012 beschlossen. Der erste Teil, das Gesetz zur Änderung des TPG, regelt im Wesentlichen die „technischen“ Anpassungen, die infolge einer im Jahr 2010 verabschiedeten EU-Richtlinie notwendig geworden sind. Es beinhaltet aber auch Regelungen zur Einführung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern, die Organe entnehmen.

Lückenlose Aufdeckung und Aufklärung von Manipulationen im Organspendesystem

Der zweite Teil, das Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz, regelt den Umstieg von der „erweiterten Zustimmungslösung“ auf die „Entscheidungslösung“. In diesem Gesetz werden u. a. die bereits heute bestehenden Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten konkretisiert und erweitert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Versicherten aufzuklären über

- die Möglichkeiten der Organspende,
- die Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern einschließlich der Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Spendeerklärung,
- das Verhältnis von Organspendeerklärung zur Patientenverfügung,
- die Rechtsfolgen einer unterlassenen Erklärung im Hinblick auf das Entscheidungsrecht der nächsten Angehörigen,
- den Nutzen von Organ- und Gewebeübertragung.

Die Verantwortung für die Umsetzung der erweiterten Informationspflichten liegt im Verantwortungsbereich der einzelnen Krankenkassen. Dies gilt insbesondere für die Erstellung der notwendigen Informationsmaterialien. Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Kassen durch die Bereitstellung von ergänzenden Informationen.

Eine wichtige Neuregelung ist die verbesserte versicherungsrechtliche Absicherung von Organ Spendern bei einer Lebendspende. Obwohl durch die verbesserten medizinischen Möglichkeiten die Risiken für den Spender gesunken sind, ist die Lebendspende für den Spender nach wie vor mit erheblichen Risiken verbunden. Neben den direkten medizinischen Risiken der Organentnahme sind hier insbesondere die Spätfolgen (z. B. ein gesteigertes Risiko einer Niereninsuffizienz) zu nennen. Durch die Gesetzesänderungen wird nun klargestellt, dass der Spender einen umfassenden Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers hat. Dies betrifft sowohl die finanzielle Absicherung des Lebendspenders als auch die

Der Organspende-Skandal darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass mit der Novellierung des Transplantationsgesetzes wichtige Neuregelungen in Kraft getreten sind.

Übernahme der mit der Lebendorgan-spende verbundenen medizinischen Leistungen beim Organspender. So erhält der Organspender einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung (sechs Wochen) gegen seinen Arbeitgeber. Die geleistete Entgeltfortzahlung einschließlich der Beitragsanteile ist dem Arbeitgeber von der Krankenkasse des Organempfängers zu erstatten. Sollte sich eine länger währende, durch die Spende bedingte Arbeitsunfähigkeit einstellen, wird dem Organspender ein spezieller Krankengeldanspruch eingeräumt und er bleibt Mitglied in allen Zweigen der Sozialversicherung. Durch diese Änderungen wurde der Versicherungsschutz der Lebendspender erheblich verbessert. Darüber hinaus wurde der Versicherungsschutz im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung mit Beweiserleichterungen für den Versicherten erweitert.

Fehlverhalten der Transplantationszentren

Die Novellierung des TPG wurde überschattet von Manipulationen in einzelnen Transplantationszentren. Konkret wurde in den Universitätskliniken in Göttingen, Regensburg, München (Klinikum rechts der Isar) und zuletzt in Leipzig gegen die Richtlinien zur Organtransplantation verstoßen. Für die Aufklärung ist die Prüfungskommission der TPG-Auftraggeber (Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband) zuständig. Durch die aufgedeckten Manipulationen ist die Arbeit der Kommissionen in das Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Die Kommission hat Fälle systematisch aufgearbeitet und nach Abschluss des Verfahrens den zuständigen Staatsanwaltschaften und Landesaufsichten zugeleitet. Über strafrechtliche oder aufsichtsrechtliche Konsequenzen haben diese bislang noch nicht entschieden.

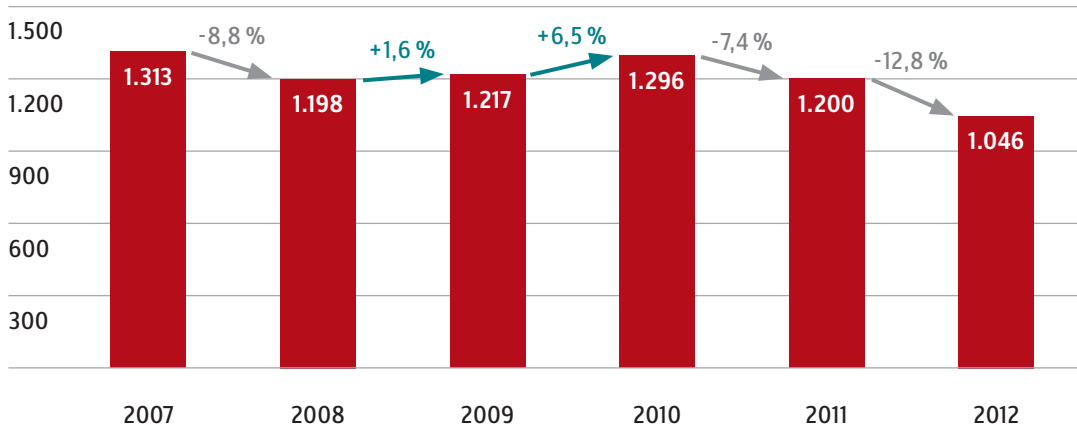
Um zukünftig die Kontrollen weiter zu verbessern, wurden in einem Gespräch mit dem Bundesgesundheitsminister am 27. August 2012 folgende Maßnahmen beschlossen:

- Intensivierung der Kontrollen in den Transplantationszentren durch flächendeckende Prüfungen,
- Überprüfung der ärztlichen Vertragsgestaltung (keine Transplantations-Boni für Ärzte),
- Verschärfung der Sanktionen bei Regelverstößen,
- Verbesserung der Transparenz der Organallokation,
- Transparente Gestaltung der Arbeit der Prüfungs- und Überwachungskommission,
- Verbesserung der Qualitätssicherung.

In der weiteren Konkretisierung dieser Ziele wurde ein umfassender Aktionsplan vorgelegt, der nunmehr abgearbeitet wird. Eine erste konkrete Maßnahme ist die flächendeckende, verdachtsunabhängige Prüfung der Transplantationszentren. Bislang wurden bereits in elf Transplantationszentren die Lebertransplantationsprogramme überprüft.

Organspende in Zahlen

Entwicklung der postmortalen Organspenden 2007 - 2012



Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Einführung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie

Der Deutsche Bundestag hat am 14. Juni 2012 mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) beschlossen.

Die Selbstverwaltung ist mit der konkreten Ausgestaltung beauftragt. Auf Basis umfangreicher Vorbereitungen und einer breiten empirischen Datengrundlage hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) am 4. September 2012 den Entwurf des ersten Kataloges vorgestellt. Dieser stellt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einen geeigneten Einstieg in die Optionsphase ab dem 1. Januar 2013 dar. Wegen der ablehnenden Haltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft konnte über den vorgelegten Entwurf jedoch keine Einigung der Vertragsparteien auf Bundesebene erzielt werden. Am 19. November 2012 unterzeichnete Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr die „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013)“ und setzte somit den PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen per Ersatzvornahme in Kraft.

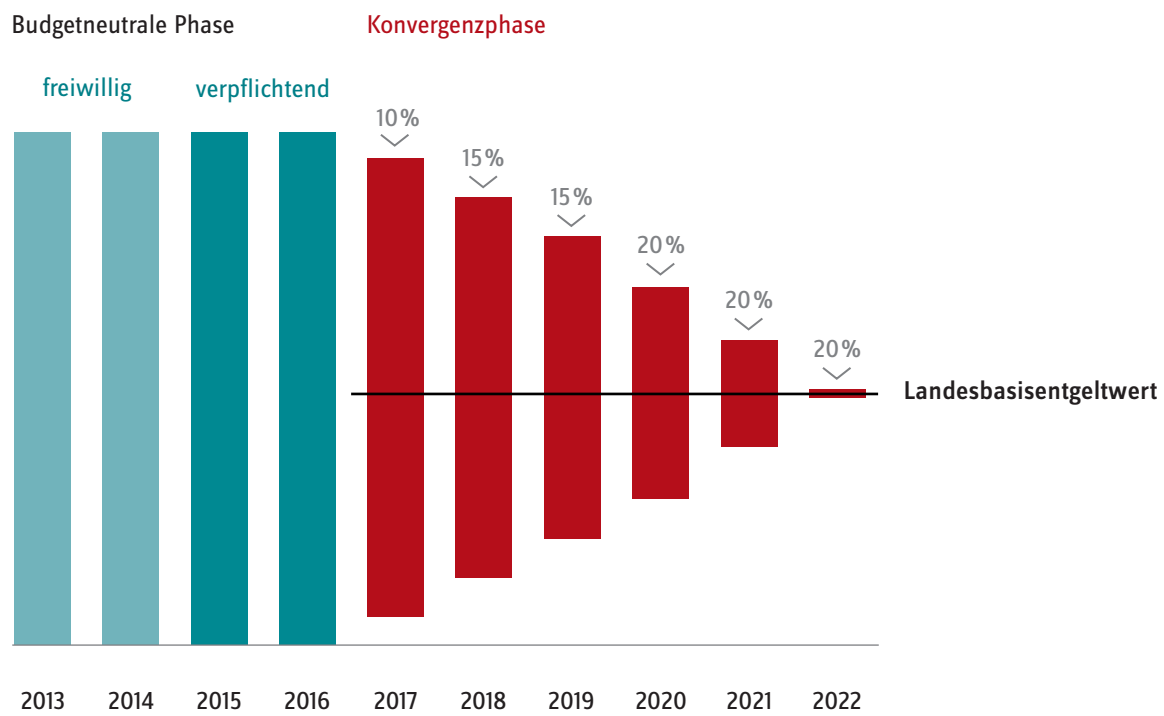
Ergebnis ist ein Katalog mit insgesamt 135 tagesbezogenen Entgelten für voll- und teilstationäre Leistungen und ergänzender Zusatzentgelte. Der PEPP-Entgeltkatalog ist wesentlich differenzierter als das bisherige Vergütungssystem, bei dem ein bis zwei unterschiedliche Abteilungspflegesätze abgerechnet werden. Das neue Entgeltsystem wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen verbessern und mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen ermöglichen. Einrichtungen, die aufwendige Leistungen erbringen, bekommen diese auch besser vergütet.

Die Einführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems ist für die Krankenhäuser bewusst budgetneutral ausgestaltet. Alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erhalten unabhängig vom neuen PEPP-Entgeltkatalog in den Jahren 2013 bis 2016 ihr Budget nach dem bisherigen unveränderten Verfahrensverfahren.

Seitens der Psychiater gab es erhebliche Vorbehalte gegen das neue System. Die Einführung zeitlich aufzuschieben, hätte jedoch den gesamten Entwicklungsprozess gestoppt. Der vorliegende erste PEPP-Katalog ist grundsätzlich geeignet, in den Prozess des „lernenden Systems“ einzusteigen und dieses weiterzuentwickeln. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind deshalb gefordert, durch eine rasche Einführung zur Weiterentwicklung und Optimierung des Entgeltsystems beizutragen.

Das neue Entgeltsystem wird die Transparenz verbessern und mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen ermöglichen – ein richtiges und wichtiges Signal.

Einführungsphasen PsychEntgG



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung

Neuausrichtung der Preis- und Mengensteuerung in der stationären Vergütung

Die zwei ausgabenbestimmenden Faktoren im stationären Bereich sind Preis (Landesbasisfallwerte) und Menge (Casemix). Trotz ausgabenbegrenzender Maßnahmen

Ein hoher Anteil des Mengenzuwachses im stationären Bereich ist auf ökonomische Anreize zurückzuführen. Demografische Entwicklungen alleine erklären Mengenausweitungen nicht.

auf der Preisseite (reduzierte Grundlohnrate) wie auf der Mengenseite (Mehrleistungsabschläge) kam es in 2011 zu einem Ausgabenzuwachs im

Krankenhausbereich von ca. zwei Mrd. Euro. Für 2012 prognostiziert der GKV-Spitzenverband einen Ausgabenzuwachs von ca. 2,4 Mrd. Euro. Eine Verlangsamung der Ausgabendynamik ist auch in den kommenden Jahren nicht zu erwarten. Diese Steigerungsraten belegen, dass

im Krankenhausbereich keine Ausgabendeckelung existiert. Die Morbiditätsentwicklung, der technische Fortschritt und die angebotsinduzierten Mengenentwicklungen werden auch im DRG-System voll durch die Krankenkassen finanziert. Ursache der starken Ausgabendynamik ist im Wesentlichen der kontinuierlich hohe Zuwachs an Leistungsmengen (Casemix). Durchschnittlich stieg der Casemix seit Einführung des DRG-Systems um ca. drei Prozent jährlich. Die DRG-Begleitforschung bestätigt, dass im Untersuchungszeitraum 2006 bis 2008 lediglich ein Drittel der jährlichen Leistungssteigerungen auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist.

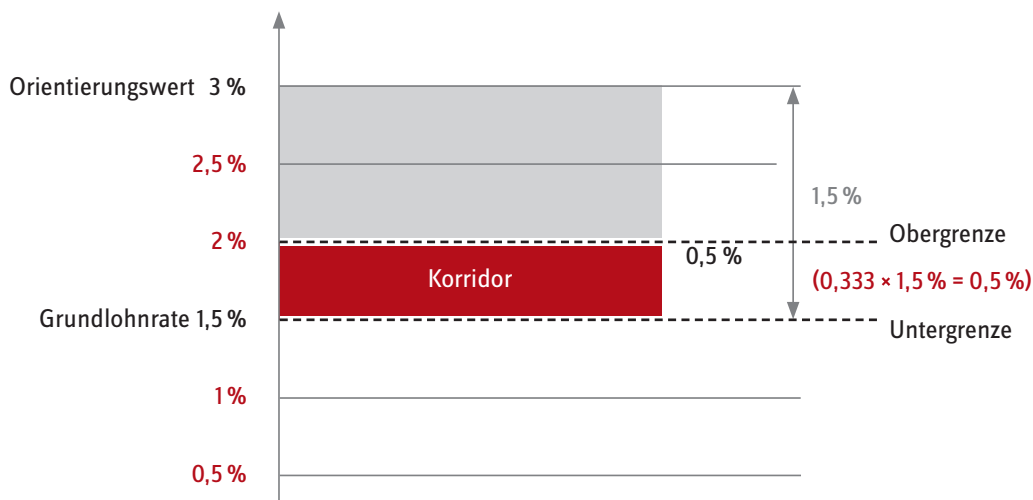
Der GKV-Spitzenverband beförderte früh die Diskussion um die dynamische und aus wirtschaftlichen Gründen motivierte Leistungsmengenentwicklung der Krankenhäuser. Anfang 2012 wurde das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) damit beauftragt, die „Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen“ zu untersuchen. Das Gutachten bestätigt, dass ein großer Teil der Leistungssteigerungen nicht durch die demografische Entwicklung begründet werden kann und legt die Vermutung nahe, dass Leistungserbringer aufgrund ökonomischer Anreize medizinisch nicht notwendige Leistungen erbringen. Darüber hinaus bestätigt das Gutachten anhand der Leistungsdaten der Jahre 2006 bis 2010 die These, dass höhere Preise (Landesbasisfallwerte) einen ökonomischen Anreiz für die Krankenhäuser darstellen, Mehrleistungen zu erbringen. Neben der empirischen Aufarbeitung der Ursachen der Mengenentwicklung beleuchtet das Gutachten unterschiedliche Lösungsoptionen, um der Mengendynamik effektiv begegnen zu können. Der GKV-Spitzenverband hat das Gutachten zusammen mit dem RWI im Rahmen einer Pressekonferenz am 29. Mai 2012 in Berlin vorgestellt.



Bestimmung Veränderungswert

Somatik - Fiktives Beispiel:

Orientierungswert > Grundlohnrate - Vereinbarung des Veränderungswertes im Korridor




Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung

Im Jahr 2012 hat die Regierungskoalition im Rahmen des am 1. August 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntgG) Neuregelungen im Bereich der Preis- und Mengenkompente auf den Weg gebracht:

Bezüglich der Preiskompente löst der Orientierungs- bzw. Veränderungswert ab 2013 die Grundlohnrate als Obergrenze für die Steigerung der Landesbasisfallwerte ab. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren den Veränderungswert bis zum 31. Oktober jeden Jahres. Der Verhandlungskorridor sieht die Grundlohnrate als neue Untergrenze des Korridors in den Fällen vor, in denen der Orientierungswert oberhalb der Grundlohnrate liegt. Die Grundlohnrate plus ein Drittel der Differenz von Orientierungswert und Grundlohnrate ist dabei die Verhandlungs- bzw. Korridorobergrenze. In den Fällen, in denen der Orientierungswert kleiner ist als die Grundlohnrate, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Bundesschiedsstelle bis zum 15. November. Für das Jahr 2013 entspricht der Veränderungswert dem Ende September 2012 vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Orientierungswert in Höhe von 2,00 Prozent, da dieser unterhalb der Grundlohnrate für 2013 (2,03 Prozent) liegt. Zudem wurde den Krankenhäusern in 2012 eine Tarifierfinanzierung in Höhe von 0,51 Prozent zugestanden, die zu einer flächendeckenden Anhebung der Landesbasisfallwerte 2012 führte.

Bezüglich der Mengenkompente wurde mit dem PsychEntgG der bereits existierende einjährige Mehrleistungsabschlag bis 2014 auf zwei Jahre ausgedehnt. Die Höhe der Abschläge wird gesetzlich auf 25 Prozent fixiert. Begleitend dazu wurde ein Forschungsauftrag für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene formuliert, der bis Mitte 2013 Lösungen bzgl. der dynamischen Leistungsentwicklung bringen soll bzw. die Prüfung von Alternativen zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen im Landesbasisfallwert und die Stärkung qualitätsorientierter Komponenten vorsieht.

Die nun geltende Regelung zum Orientierungswert ist aus Sicht der GKV unbefriedigend, da bei der Berechnung des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt die Erlössteigerungen der Krankenhäuser völlig außer Acht gelassen werden. Die Neuregelungen zur Mengenentwicklung können hinsichtlich der Wirkung auf die vorhandene Mengendynamik lediglich als Übergangslösung befürwortet werden. Mehrleistungsabschläge, auch auf mehrere Jahre ausgedehnt, stellen Instrumente dar, um kurzfristige Einspareffekte zu erzielen. In der Gesamtbetrachtung wirken die Mehrleistungsabschläge jedoch strukturkonservierend und widersprechen dem Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“. Aus diesem Grund besteht nach wie vor ein großer Bedarf an der Einführung von nachhaltig wirkenden Instrumenten zur Eingrenzung der Mengendynamik.

A man with dark hair and glasses, wearing a dark suit, white shirt, and blue tie, is walking in a hallway. He is smiling and looking to his right. He is holding a silver laptop under his left arm. The background shows a hallway with wooden doors and a light-colored wall.

Mit dem Pflegesonderprogramm leisten die Krankenkassen einen erheblichen Beitrag, die pflegerische Situation in den Kliniken zu verbessern. Ob die Krankenhäuser die Mittel tatsächlich zur Aufstockung des Pflegepersonals verwendet haben, wird der abschließende Bericht zum Pflegesonderprogramm im Juni 2013 zeigen.

Dritter Bericht zum Pflegesonderprogramm – Krankenhäuser nutzen Förderung

Über das Pflegesonderprogramm finanzierten die gesetzlichen Krankenkassen in den Jahren 2009 bis 2011 die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte in Krankenhäusern. Im Rahmen des Förderprogramms hatten sogenannte DRG-Krankenhäuser die Möglichkeit, bis zu 0,48 Prozent ihres Erlösbudgets zusätzlich zu erhalten, um neue Pflegekräfte einzustellen oder Teilzeitstellen aufzustocken. Vom Gesetzgeber angestrebt war die Förderung von bis zu 17.000 zusätzlichen Pflegekräften. Hierfür sollten die Krankenkassen bis zu 660 Mio. Euro an Finanzmitteln bereitstellen.

Der GKV-Spitzenverband wurde durch den Gesetzgeber beauftragt, jährlich über die Umsetzung des Förderprogramms zu berichten. Die Berichte wurden ab dem Jahr 2010 jeweils zum 30. Juni an das BMG übermittelt und können auf der Website des GKV-Spitzenverbandes abgerufen werden.

Im Programmverlauf profitierten zwei Drittel der in Frage kommenden Krankenhäuser von der zusätzlichen Finanzierung. Die Krankenkassen stellten im dreijährigen Förderzeitraum mehr als eine Mrd. Euro für 14.400 zusätzliche Stellen in der Krankenhauspflege zur Verfügung.

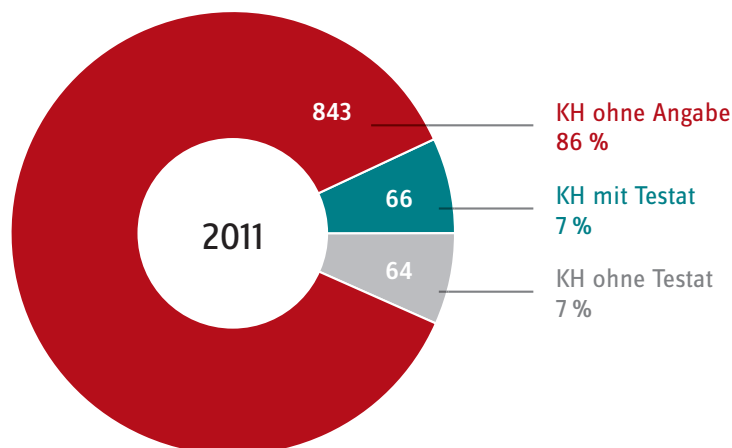
Inwieweit die vereinbarten Stellen durch die Krankenhäuser tatsächlich geschaffen wurden, kann abschließend erst nach Vorlage der Testate der Jahresabschlussprüfer beurteilt werden. Die im Rahmen des dritten Berichtes zum Pflegesonderprogramm vorliegenden Daten zur Umsetzung des Programms zeigen, dass insbesondere für das Jahr 2011 die Nachweise der Krankenhäuser noch in großem Umfang ausstehen (vgl. Abbildung).

Krankenkassen stellten über eine Milliarde Euro zur Aufstockung des Pflegepersonals zur Verfügung

Bislang liegen für 8.400 der 14.400 im gesamten Förderzeitraum zusätzlich vereinbarten Pflegekräfte die Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vor. Ein vierter und abschließender Bericht wird durch den GKV-Spitzenverband im Jahr 2013 erstellt.

Nach Abschluss des Förderprogramms erfolgte im Jahr 2012 der Übergang von der pauschalen Finanzierung hin zu einer leistungsgerechten Finanzierung im DRG-System. Mittels Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege und der anteiligen Einrechnung der Mittel des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte ist damit eine dauerhafte Zusatzfinanzierung gegeben.

Ist-Daten-Meldungen von Krankenhäusern mit Pflegesonderprogramm im Jahr 2011



Bewertung neuer Methoden durch den G-BA – Erste Verfahren gestartet

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen (noch) nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist, erhalten. Die damit einhergehenden neuen Anforderungen an das Stellungnahmeverfahren haben die fortlaufenden Beratungen der Methodenbewertung im G-BA erschwert. Es galt neue Stellungnahmeberechtigte zu ermitteln, das Vorgehen der Stellungnahmen und Anhörungen zu entwickeln und diese in die laufenden Beratungen zu integrieren.

Ziel der Methodenbewertung ist es, die Frage zu beantworten, ob der erreichbare Nutzen einer neuen Methode den möglichen Schaden überwiegt.

Die Grundlagen der Methodenbewertung nach der Verfahrensordnung des G-BA wurden durch das GKV-VStG unberührt gelassen. Der

Nutzen einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist weiterhin durch qualitativ angemessene Unterlagen zu belegen. Dennoch wurde die Konsequenz einer Methodenbewertung und damit auch der Antragstellung durch die Einführung der im Kern undefinierten Kategorie des „Potenzials einer erforderlichen Behandlungsalternative“ deutlich verändert: Ein fehlender Nutzenbeleg, der zuvor hinreichender Grund für einen Ausschluss einer Methode war, führt jetzt im Falle einer Antragsstellung in der Regel in eine „Erprobungsrichtlinie“ (Erprobung).

Mit einer solchen Erprobung wird zwar einerseits ein Erkenntnisgewinn in einer Studie möglich, andererseits wird während der Erprobungszeit das Verfahren im Krankenhaus uneingeschränkt abrechenbar. Nur wenn durch bereits vorhandene Erkenntnisse belegbar ist, dass ein Verfahren unwirksam oder schädlich ist, kann ein unmittelbarer Ausschluss erwirkt werden.

Trotz der erschwerten Ausschlusskriterien hat der GKV-Spitzenverband u.a. ein Beratungsverfahren zur Anwendung antikörperbeschichteter Stents angestoßen, mit dem Ziel, einen unmittelbaren Ausschluss zu erwirken. Die Erprobung kann auch von den Herstellern von Medizinprodukten und Anwendern von Methoden (Leistungsbringer) beantragt werden. Anders als bei Beratungen, die den Krankenhausbereich betreffen, ist die Erprobung auf einen Hersteller- oder Anwenderantrag aber in das Ermessen des G-BA gestellt. Eine Prüfung der Hersteller- und Anwenderanträge auf das „Potenzial einer Erprobung“ hat innerhalb von drei Monaten durch den G-BA zu erfolgen und ist durch den GKV-Spitzenverband zu begleiten. Wird dem Antrag stattgegeben und findet eine Erprobung statt, löst der Abschluss der Erprobung eine Methodenbewertung aus.

Während früher ein fehlender Nutzenbeleg zum Ausschluss einer Methode führen konnte, wird heute im Falle eines Antrags erprobt und die Leistung ist durch die Krankenkassen zu finanzieren.



Reform der Bedarfsplanung – Neue Richtlinie beschlossen

Zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung beauftragte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Selbstverwaltung auf Bundesebene, zentrale Punkte in der Bedarfsplanung neu zu regeln:

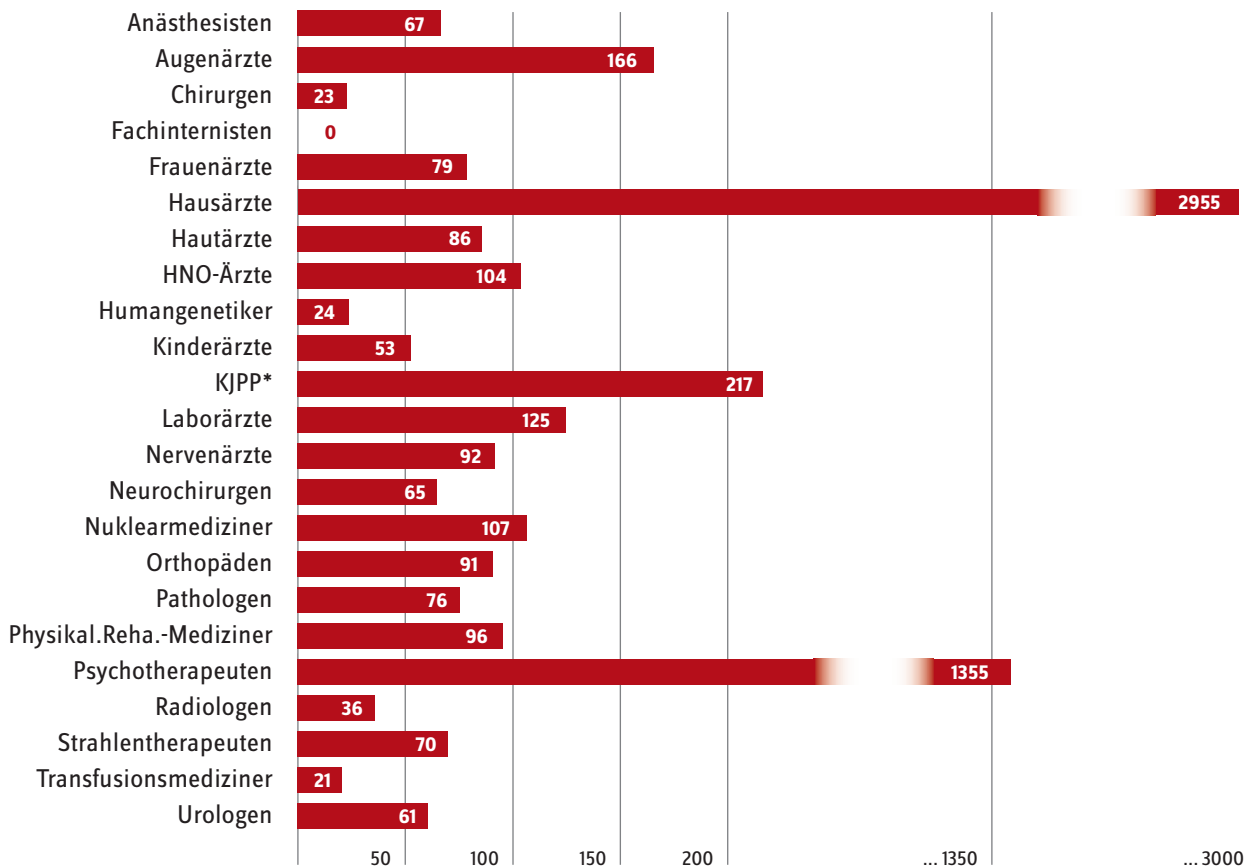
1. Neufassung der Arztgruppen in der Bedarfsplanung,
2. Neufassung und Differenzierung des räumlichen Planungsbezugs (Dreiteilung der Planungsbereiche und Zuweisung der Arztgruppen nach Versorgungsstufen),
3. Neufestlegung der Verhältniszahlen.

Damit waren den Selbstverwaltungspartnern ebenso umfangreiche wie zeitlich ausgesprochen ambitionierte Aufgaben bei der Umsetzung der Reform zugewiesen worden. Problematisch war vor allem die in einigen Punkten unklare Abgrenzung der Kompetenz von Bund und Ländern bei der Festlegung von Vorgaben und der Möglichkeit von Abweichungen.

Nach intensiv und z. T. sehr kontrovers geführten Diskussionen verständigten sich die Beteiligten im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf folgendes Konzept: Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung und in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung. In Übereinstimmung mit der Begrifflichkeit des GKV-VStG wird zwischen einer hausärztlichen, einer allgemeinen fachärztlichen und einer spezialisierten fachärztlichen Versorgung unterschieden. Zusätzlich werden weitere, bisher nicht benannte Arztgruppen als „Gesonderte Arztgruppen“ in die Planung aufgenommen. Es ist vorgesehen, Hausärzte zukünftig wohnortnah und flächendeckend unter räumlichem Bezug auf der Grundlage sogenannter Mittelbereiche zu planen. Für Allgemeine Fachärzte (inklusive Psychotherapeuten) sind nach wie vor Landkreise und (kreisfreie) Städte der entsprechende Raumbezugs, da eine weniger große räumliche Nähe zu den Versicherten und Patienten erforderlich ist als bei den Hausärzten. Die Landkreise und (kreisfreien) Städte werden fünf verschiedenen Raumordnungstypen zugeordnet, die den jeweiligen Grad der Mitversorgung abbilden. Spezialisierte Fachärzte werden in größeren räumlichen Einheiten (Raumordnungsregionen) geplant. Für die vergleichsweise kleine Gruppe der Gesonderten Fachärzte, die z. T. ohne jeglichen direkten Patientenkontakt tätig sind, ist die Region der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als Planungsbereich vorgesehen.



Zulassungsmöglichkeiten 2013 nach Arztgruppen



* Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bei einer Bewertung der Reform der Bedarfsplanung ist für die Krankenkassen entscheidend, ob sich die gewünschte Verteilungswirkung ergibt und ob damit die Versicherten besser als bisher versorgt werden. Es stellt sich aber auch die Frage, welche Auswirkungen die Reform auf die Anzahl der Arztsitze haben wird, die im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung vorgehalten werden sollen.

Mit der Planung der Hausärzte auf Mittelbereichsebene ist man einem wichtigen Versorgungsziel einen Schritt näher gekommen. Hausärztliche Leistungen sollen den Versicherten wohnortnah und flächendeckend angeboten werden. Die Er-

weiterung der Anzahl der Sitze bei den Psychotherapeuten um ca. 1.200 Sitze zielt in erster Linie auf einen Abbau des erheblichen Versorgungsfalles zwischen städtischen und ländlichen Regionen ab. Auch hier wird sich die Versorgung verbessern. Der GKV-Spitzenverband hat sich bei der Reform der Bedarfsplanung für eine größere Verteilungsgerechtigkeit in der ambulanten Versorgung eingesetzt.

Bei den langen und intensiven Verhandlungen über die Reform der Bedarfsplanung war es das zentrale Anliegen des GKV-Spitzenverbandes, die ambulante Versorgung der Patienten und Beitragszahler zu verbessern.



Umsetzung ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde unter der Bezeichnung „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ ein neuer Versorgungsbereich geschaffen, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser nach einheitlichen Rechtsvorschriften Leistungen erbringen können. Damit wurde der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz formulierte § 116b SGB V „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ abgelöst. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten und stellt daher besondere Anforderungen an die Leistungserbringer.

Der GKV-Spitzenverband hat in 2012 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung die Aufgaben in Angriff genommen, die der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei der Ausgestaltung des neuen Versorgungsbereichs übertragen hat. In über 20 Sitzungen des G-BA wurde der Grundstein für den neuen Leistungsbereich gelegt. Hierzu zählen beispielsweise neue Regelungen zur Bestimmung des Behandlungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung oder Anforderungen an spezielle intersektorale Kooperationen in der Onkologie. Insgesamt sind alle Regelungen so zu treffen, dass sie gleichermaßen für Kliniken und Vertragsärzte anwendbar sind.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene, d. h. GKV-Spitzenverband, DKG und KBV, haben sich zudem über die ersten Arbeitsschritte des zu gründenden Ergänzten Bewertungsausschusses verständigt. Dieser hat langfristig eine eigenständige Vergütungssystematik für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu entwickeln. Erste Entscheidungen des Ergänzten Bewertungsausschusses bzw. der Abschluss der dreiseitigen Vereinbarung zur Kalkulationssystematik von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind im Jahr 2013 zu erwarten.

Ziel: Gleiche Regelungen für Kliniken und Vertragsärzte

Die Umsetzung des neuen Leistungsbereichs „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ durch die gemeinsamen Selbstverwaltungspartner erweist sich als sehr anspruchsvoll.

Die Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung 2013

Die auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zu führenden Verhandlungen zur ärztlichen Vergütung im Jahr 2013 wurden im Berichtsjahr besonders dadurch belastet, dass die Ausgangspositionen von Ärzten und Krankenkassen bei der Festlegung der Höhe des Orientierungswertes außerordentlich weit auseinander lagen. Bereits im März 2012 kündigte die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Honorarforderung für die Verhandlungen von zusätzlich 3,5 Mrd. Euro in 2013 an. Mit wechselnden Begründungen wurde diese Forderung in der Folgezeit noch mehrfach öffentlich vorgetragen und mündete schließlich in dem Antrag, allein den Orientierungswert mit Wirkung für 2013 um nicht weniger als elf Prozent zu erhöhen. Darüber hinaus verfügte die Ärzteseite durch die Neuregelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes über weitere Verhandlungsoptionen, um sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Vergütungserhöhungen einzufordern. Damit ist die KBV mit Erwartungen in die Verhandlungen gegangen, die am Ende nur enttäuscht werden konnten.

In Anbetracht der kontinuierlichen Honorarerhöhungen seit 2009 und der insgesamt guten finanziellen Ausstattung der Arztpraxen war die Forderung der KBV für den GKV-Spitzenverband nicht akzeptabel. Die Position des GKV-Spitzenverbandes stützte sich auf den durch ein Gutachten der Prognos AG erbrachten Nachweis, dass die Kostensteigerungen der letzten Jahre in den Arztpraxen durch die hohen Vergütungszuwächse seit 2008 auch bei einem unveränderten Orientierungswert deutlich überkompensiert

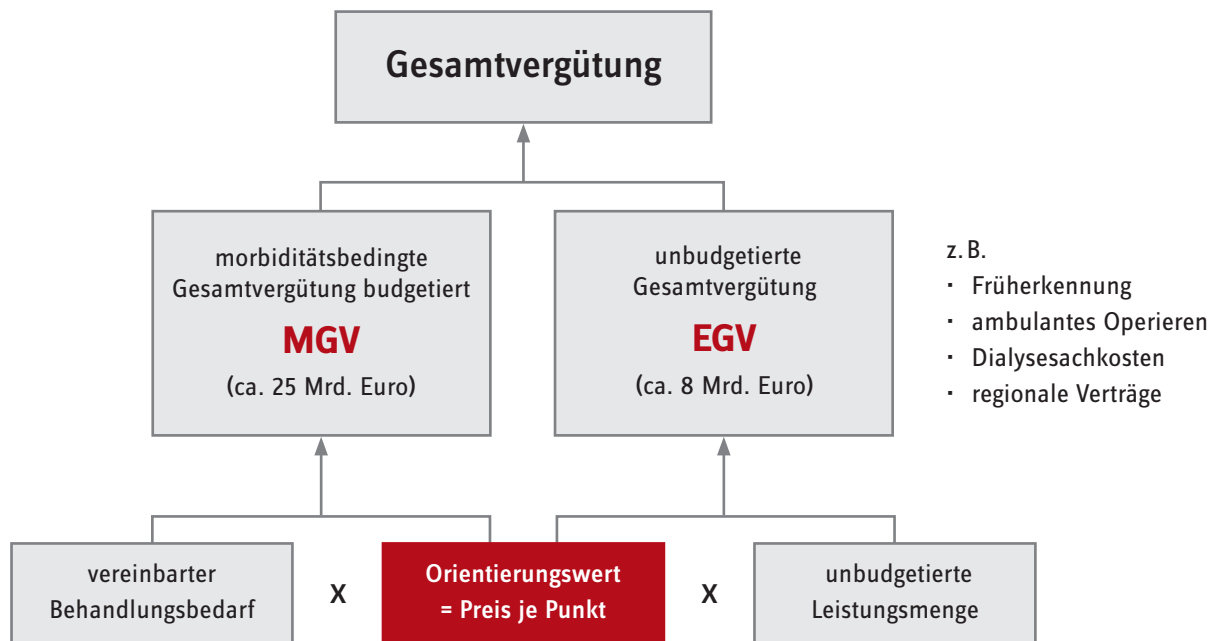
wurden. Die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses Ende August 2012, den Orientierungswert um 0,9 Prozent zu erhöhen, fand dann erwartungsgemäß nicht die Zustimmung der Ärzteseite. Durchaus problematisch war allerdings, dass dieser Beschluss eines Gremiums der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch in der Folgezeit in Frage gestellt und bereits vereinbarte Verhandlungen abgesagt wurden.

Erst Anfang Oktober 2012 konnte ein für beide Seiten akzeptabler Kompromiss gefunden werden. Diese Einigung ist nicht nur dem Verhandlungsgeschick des unparteiischen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses, Professor Jürgen Wasem, zu verdanken, sondern schließlich auch der Bereitschaft der Beteiligten auf beiden Seiten, wieder aufeinander zuzugehen und der gemeinsamen Verantwortung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten gerecht zu werden.

Die Einigung umfasst ein Paket von Maßnahmen, die sich nicht nur in höheren Vergütungen von Ärzten insgesamt niederschlagen, sondern auf Betreiben des GKV-Spitzenverbandes auch Anreize schaffen, die Versorgung der Versicherten gezielt zu verbessern. Hierzu zählt die Stärkung der geriatrischen und der palliativmedizinischen Versorgung durch Hausärzte und die Förderung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder mit Behinderungen. Weiterhin soll auch die fachärztliche Grundversorgung gegenüber der gut bezahlten spezialisierten fachärztlichen Versorgung aufgewertet werden. Nimmt man alles zusammen, u. a. die moderate Anhebung des Orientierungswertes um 0,9

Dem GKV-Spitzenverband und der KBV ist es gelungen, gemeinsam eine Lösung zu finden, die den Interessen der Patienten, Beitragszahler und Ärzte gerecht wird.

So setzt sich die ärztliche Gesamtvergütung zusammen:



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung

Prozent, die Mengenzuwächse aufgrund der Morbiditätsveränderungen und die Verbesserung der Grundversorgung, dann ergibt sich ein Gesamtanstieg der ärztlichen Vergütung 2013 von voraussichtlich mehr als 1,2 Mrd. Euro. Da der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz den Verhandlungen auf Landesebene den Vorrang einräumt, hängt dieses Ergebnis letztendlich von Verhandlungen auf Landesebene ab. Diese gestalten sich infolge der bisher bekannten, zum Teil unangemessen hohen Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenfalls als sehr konfliktträchtig.

Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen ist es dem GKV-Spitzenverband gelungen, ein für die Versorgung der Versicherten finanziell tragbares Ergebnis zu erzielen und einen Interessenausgleich zwischen den Verhandlungspartnern herbeizuführen. Um nicht im Jahresrhythmus mit ähnlichen Auseinandersetzungen und nicht mehr kalkulierbaren Ausgabenrisiken in der ambulanten Versorgung konfrontiert zu werden, müssen die gesetzlichen Vorgaben für die ärztliche Vergütung dringend reformiert werden.

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahnmedizinischen Versorgung

Damit der GKV-Spitzenverband Impulse bei anstehenden Reformen im zahnärztlichen Bereich setzen und sich im Sinne der Patienten und Beitragszahler aktiv in den gesundheitspolitischen Diskurs einbringen kann, hat der Verwaltungsrat im März 2012 ein Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung verabschiedet. In diesem

Privatleistungen sind in die Qualitätssicherung einzubeziehen

Papier wird festgestellt und anerkannt, dass sich die Mundgesundheit in den letzten Jahren in Deutschland deutlich verbessert hat und in Deutschland den gesetzlich Versicherten ein im Vergleich zum europäischen Ausland umfangreicher Leistungskatalog für die zahnärztliche Versorgung zur Verfügung steht. Die Einführung von Festzuschuss-Systemen wird dagegen kritisch gesehen, weil diese zu einer Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen wird – mit der Folge, dass die gesetzlich Versicherten zunehmend finanziell belastet und die Krankenkassen in ihrer Gestaltungsmöglichkeit eingeschränkt werden. Darüber hinaus kommt es dadurch zu einer Aushöhlung des Leistungskatalogs der GKV. Aus diesem Grund darf nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes in der vertragszahnärztlichen Versorgung das Festzuschuss-System nicht ausgebaut werden.

Um die für die Versicherten und Krankenkassen nachteiligen Folgen der bestehenden Privatisierung abzumildern, fordert der GKV-Spitzenverband die Schaffung von erweiterten Vertragsmöglichkeiten für die Krankenkassen. Diese erweiterten Vertragsmöglichkeiten sollen in Form von Öffnungsklauseln für die Preisgestaltung von Leistungen erfolgen, die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet und von den Krankenkassen bezuschusst werden.

Für eine weitere Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung ist es zudem notwendig, dass eine Qualitätssicherung und Transparenz über die Rechnung rasch eingeführt werden. Hinsichtlich der Qualitätssicherung der Leistungen muss sichergestellt sein, dass diese den Regelungen des SGB V unterliegen. Dabei sind ausdrücklich auch Privatleistungen in die Qualitätssicherung einzubeziehen, für die die Krankenkassen einen Teil der Kosten übernehmen. Die notwendigen Verbesserungen können im Rahmen der Abrechnung durch die Übermittlung sämtlicher zahnärztlicher Leistungen an die Krankenkasse, für die diese die Kosten vollständig oder anteilig übernimmt, erreicht werden. Gleichzeitig sollte eine direkte zahnarztbezogene Zuordnung von Leistungen mit Hilfe uncodierter Zahnarzt-daten möglich sein.

Außerdem ist die zahnmedizinische Versorgung und die Mundgesundheit von Personen, die ihre Mundhygiene nur eingeschränkt wahrnehmen können, langfristig zu verbessern. Dies ist durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen zahnärztlichem und pflegerischem Bereich möglich.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für mehr Qualitätssicherung und Transparenz über die Rechnungsstellung in der zahnmedizinischen Versorgung ein.



Patientenrechtegesetz – Stärkung der Position der Patienten?

Mit dem neuen Patientenrechtegesetz wird ein seit mehr als zwölf Jahren andauernder Diskussionsprozess vorerst abgeschlossen. Ziel ist es, die bestehenden Patientenrechte transparenter zu gestalten sowie ihre Durchsetzbarkeit und die Rechtssicherheit für die Patienten zu erhöhen. Eine besondere Herausforderung stellte hierbei die Zusammenführung von bisherigen Rechten, die sich über verschiedene Gesetze verteilten, sowie die verbindliche Kodifizierung des bisherigen Richterrechts dar. Gerade Letzteres erwies sich als äußerst anspruchsvoll. Einerseits war darauf zu achten, dass trotz der verbindlichen Kodifizierung auch noch in Zukunft eine Weiterentwicklung der Patientenrechte möglich ist. Andererseits bestand die Gefahr, bei der Festbeschreibung des vielfältigen Richterrechtes schon bestehende Patientenrechte einzuschränken. Auch wenn kein Grundsatzgesetz geschaffen wurde und sich die Rechte nach wie vor auf verschiedene Gesetzbücher verteilen, enthält das Gesetz eine ganze Reihe von Verbesserungen für Patienten, die vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt werden. So stellt die verbindliche Festbeschreibung der Rechte und Pflichten von Patient und Behandelndem im Behandlungsvertrag eine grundlegende Verbesserung dar – für

den Patienten wird die Transparenz deutlich erhöht. Die neue Verpflichtung der Krankenkassen, ihre Versicherten beim Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler zu unterstützen, ist eine konsequente Weiterentwicklung der bisher freiwilligen Praxis. Sie entspricht dem Interesse aller Versicherten und ist ebenfalls zu begrüßen. Mit der Klarstellung, dass Patientinformationen in verständlicher Weise erfolgen müssen, wird der Patient in die Lage versetzt, über seine weitere Behandlung zu entscheiden. Dies ist ein wichtiger Beitrag zum Leitbild des informierten Patienten. Die vorgesehenen Klarstellungen zur Führung der Patientenakten stärken ebenfalls die Position der Patienten.

Der GKV-Spitzenverband hat das Gesetzgebungsverfahren auf Grundlage eines vom Verwaltungsrat beschlossenen Positionspapiers intensiv begleitet. Im Mittelpunkt der im Rahmen einer Fachanhörung und einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorgebrachten Stellungnahme stand die Verbesserung der Prozesssituation von Betroffenen von Behandlungsfehlern. Wesentliche Probleme sind hier die oft schwierige Beweissituation, die Dauer der Prozesse, Schwierigkeiten mit den medizinischen Gutachten sowie Mängel in der Dokumentation, die im Schadensfall zu Lasten der Rechtsposition der Patienten gehen. Da die gesetzlichen Regelungen hier im Wesentlichen lediglich die gegenwärtige Rechtsprechung abbilden, schränken sie eine Weiterentwicklung ein und stellen damit keinen wirklichen Fortschritt dar. Um den Betroffenen effektiv zu helfen, spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine gesetzliche Verbesserung der Prozesssituation aus. Das zentrale Problem im Haftungsrecht ist die derzeitige Beweislastsituation. Der Patient sollte zukünftig nur noch beweisen müssen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dass er einen Schaden erlitten hat. Dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war, sollte zukünftig der Behandler beweisen müssen.



Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband auf weiteren gesetzlichen Regelungsbedarf zur Stärkung der Rechte von Patienten hingewiesen, der in diesem Gesetzgebungsverfahren noch nicht aufgegriffen wurde. Ein Aspekt sind neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen noch keine aussagekräftigen Studienergebnisse vorliegen. Hier sollte zukünftig sichergestellt werden, dass der Behandelnde seinen Patienten über bestehende Erkenntnislücken, über seine persönliche Erfahrung in der Anwendung der neuen Methode sowie über möglicherweise laufende klinische Studien aufklärt. Ferner sollte dem Patienten das Recht eingeräumt werden, Fehler in seiner Patientenakte berichtigen lassen zu können. Die Möglichkeit, mit dem Patientenrechtegesetz die bestehenden Schwächen im Medizinproduktegesetz anzugehen, um den Patientenschutz zu verbessern, wurde ebenso wenig genutzt wie die, vor dem Hintergrund der Fehlentwicklungen bei Individuellen Gesundheitsleistungen, dringend angezeigte Einführung einer 24-stündigen Bedenkzeit.

Das Patientenrechtegesetz sieht in mehreren Bereichen auch eine Ausweitung der Beteiligungsmöglichkeiten von Patientenvertretern in Gremien der Selbstverwaltung vor. Diese Änderungen führen dazu, dass subjektiv dominierende Interessenlagen nicht mehr gegeneinander abgewogen werden können bzw. sich unverhältnismäßig, auch gegenüber den Interessen der Versicherungsgemeinschaft, durchsetzen. Die soziale Selbstverwaltung, mit ihren in Sozialwahlen demokratisch legitimierten Verwaltungsräten, stellt hingegen die Vertretung der Patienteninteressen sachgerecht und lebensnah sicher. Gesetzlicher Auftrag der Krankenkassen ist es, alle medizinisch notwendigen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Patienten haben ein berechtigtes Interesse an einer möglichst umfassenden und hochwertigen Versorgung. Die Selbstverwaltung garantiert in diesem Kontext den notwendigen Ausgleich zwischen den Interessen der Patienten und denen der Beitragszahler. Das ist von Organisationen, die lediglich Partikularinteressen vertreten, nicht leistbar.

Die soziale Selbstverwaltung stellt die Vertretung der Patienteninteressen sachgerecht und lebensnah sicher.

Das Patientenrechtegesetz ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, muss aber in Zukunft konsequent im Interesse der Patienten weiterentwickelt werden. Besonders die Rechtsposition der Betroffenen von Behandlungsfehlern muss gestärkt werden.

Medizinprodukte - Defizite der Marktzulassung und -überwachung

Der Markt für Medizinprodukte entwickelt sich mit rasanter Geschwindigkeit. Medizintechnische Innovationen, die ihrerseits bisher unbekannte medizinische Behandlungsansätze ermöglichen, drängen zunehmend in die Versorgung. Allerdings hat das Medizinprodukterecht, in dem europaweit die Spielregeln für den Marktzugang und die Marktüberwachung festgelegt sind, mit diesen Entwicklungen nicht Schritt gehalten. Mehrere Vorfälle haben dies in den vergangenen Jahren deutlich gemacht. So wurde das erhebliche Schadenspotenzial bei bestimmten Hochrisiko-Medizinprodukten erst nach mehrjähriger Verfügbarkeit auf dem Markt und nach Anwendung bei Tausenden von Patienten erkannt (z. B. Stents in Gehirnarterien, Schrittmacher-Elektroden, Metall-auf-Metall-Endoprothesen). Damit liegt es auf der Hand, dass die geltenden Richtlinien und Verordnungen keinen ausreichenden Patientenschutz gewährleisten.

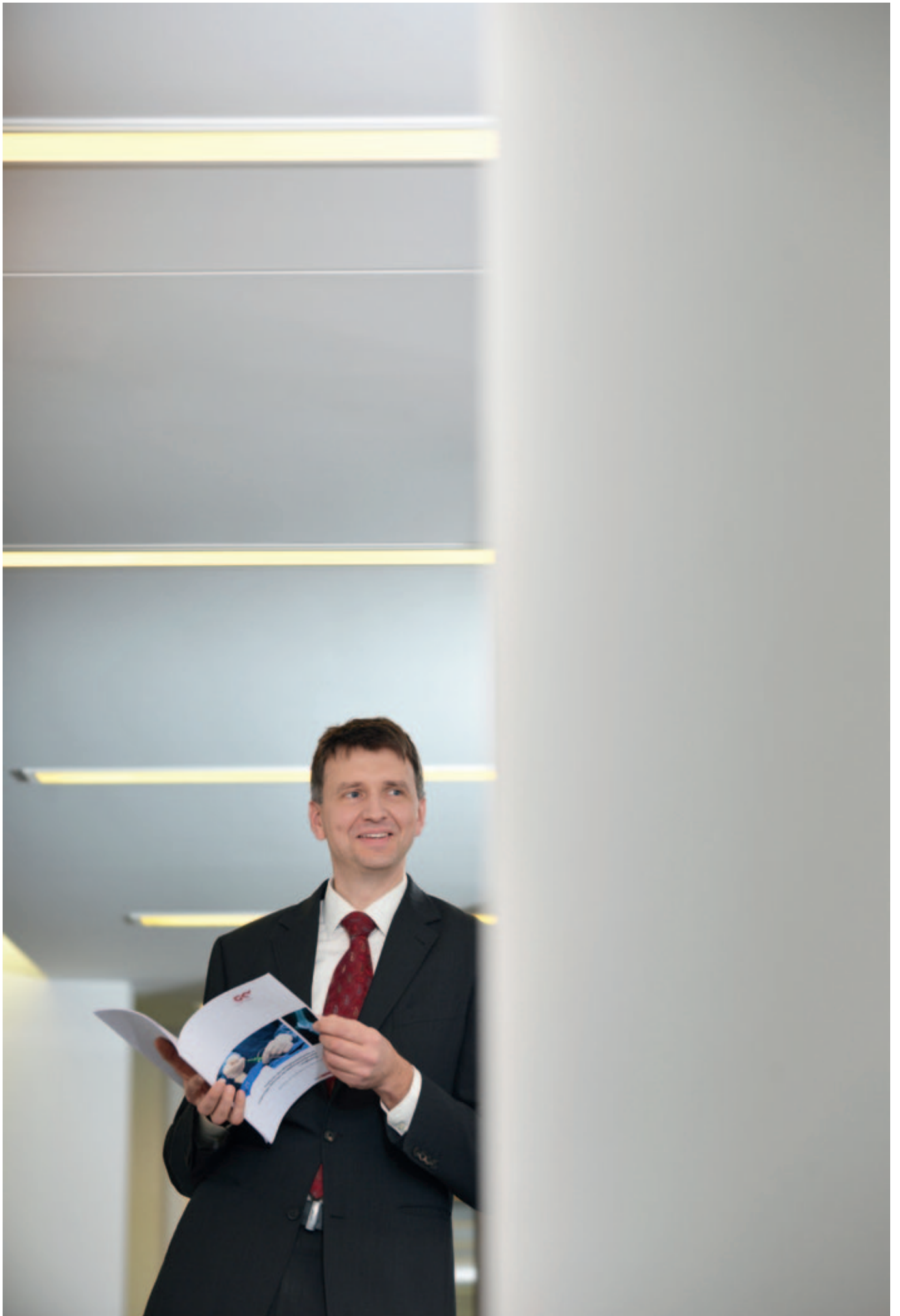
Die Diskussion um die Frage, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit von Medizinprodukten notwendig sind, ist in der Öffentlichkeit sowie in der Politik in vollem Gange – sowohl auf europäischer als auch auf nationaler Ebene. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat vor diesem Hintergrund Positionen zum Reformbedarf im Medizinprodukterecht verabschiedet. Die mit konkreten medizinischen Beispielen untermauerten Positionen, in denen die Unzulänglichkeiten des geltenden Medizinprodukterechts deutlich zutage treten, wurden im Herbst 2012 in einer Pressekonferenz vorgestellt.

Im Kern beinhaltet das Positionspapier vier wesentliche Forderungen:

1. Hochrisikoprodukte sollen künftig von einer unabhängigen, europaweit zuständigen Behörde zugelassen werden.
2. Zulassungen von Hochrisikoprodukten dürfen künftig nur dann erfolgen, wenn in klinischen Prüfungen ihre Sicherheit und Wirksamkeit in ausreichender Qualität nachgewiesen wurde.
3. Die Zulassungsbehörde muss eine verlässliche zentrale Überwachung aller auf dem Markt befindlichen Medizinprodukte gewährleisten und dafür mit geeigneten Kompetenzen und Instrumenten ausgestattet werden.
4. Die Daten zur Zulassung und zur Marktüberwachung müssen transparent, allgemeinverständlich und öffentlich zugänglich sein.

Mittlerweile hat die EU-Kommission einen ersten Verordnungsentwurf zur Reform des Medizinprodukterechts vorgelegt. Dieser bleibt jedoch weit hinter den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes zurück.

Die vorgelegten Vorschläge der Europäischen Kommission für mehr Sicherheit im Umgang mit Medizinprodukten bleiben weit hinter den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes zurück. Hier besteht erheblicher Reformbedarf.



Transparenz bei Individuellen Gesundheitsleistungen – IGeL-Monitor gestartet

Im Januar 2012 ist der IGeL-Monitor an den Start gegangen. Das Internetportal informiert über Nutzen und Schaden der sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL. Die nicht-kommerzielle Plattform wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes entwickelt und hat das Ziel, Versicherten eine Entscheidungshilfe im Umgang mit IGeL zu bieten, die wissenschaftlich abgesichert, verständlich und transparent ist. Der GKV-Spitzenverband hat die Entwicklung unterstützt und wird auch den weiteren kontinuierlichen Ausbau begleiten.

Der IGeL-Monitor gibt den Patienten ein hilfreiches Bewertungssystem an die Hand. An dem Ausbau wird kontinuierlich weitergearbeitet.

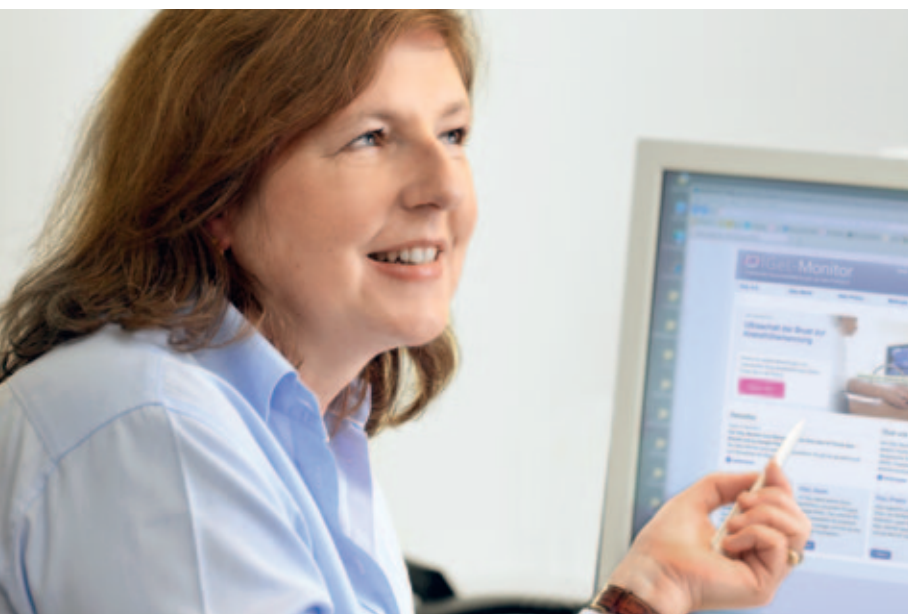
IGeL sind medizinische Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Dies können beispielsweise Atteste oder Reiseimpfungen sein, die per Gesetz nicht in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fallen. Zum größeren Teil handelt es sich jedoch um Maßnahmen zur Vorsorge, Früherkennung und Therapie von Krankheiten, deren Nutzen bisher nicht nachgewiesen werden konnte.

Das Volumen des IGeL-Marktes wird auf 1,5 Mrd. Euro jährlich geschätzt. Aus Befragungen ist bekannt, dass etwa jedem vierten GKV-Versicherten beim Arztbesuch IGeL angeboten werden. Aufgrund fehlender Informationen ist es den Patienten jedoch häufig nicht möglich, sich objektiv und fundiert für oder gegen eine angebotene Leistung zu entscheiden.

Das neue Portal soll Versicherten eine Hilfestellung geben, auf Grundlage der empirisch-medizinischen Bewertung einer IGeL eine Entscheidung zu treffen. Bislang wurden 27 der häufigsten Leistungen bewertet. Kontinuierlich sollen weitere hinzukommen. Der IGeL-Monitor bietet darüber hinaus u. a. Informationen über Alternativen, die von den Krankenkassen übernommen werden und gibt Tipps, wie man sich im konkreten Fall verhalten kann.

Vor dem Hintergrund des deutlichen Zuwachses bei IGeL fordert der GKV-Spitzenverband verbindliche Regeln. Eine wesentliche Forderung ist eine 24-stündige Einwilligungssperrfrist, die zwischen Angebot und Durchführung der Maßnahme liegen soll. Damit hätten Versicherte ausreichend Zeit, sich ein eigenes Bild über die angebotene Leistung zu machen und frei zu entscheiden. Hierbei kann der IGeL-Monitor eine wertvolle Hilfe leisten.

Unter www.igel-monitor.de finden Versicherte, Ärzte und alle Interessierten fundierte Bewertungen von sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen, die sich die Ärzte direkt von ihren Patienten bezahlen lassen.



Datentransparenzverordnung in Kraft getreten

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden auch die Regeln für eine bessere Datentransparenz neu bestimmt. Die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA-Daten) sollen künftig die Grundlage für Entscheidungsprozesse in der gesetzlichen Krankenversicherung bilden, z. B. für Nutzen-Kosten-Analysen und die Versorgungsforschung.

Mit der Datentransparenzverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit vom September 2012 wurde in einem nächsten Schritt die konkrete Umsetzung der Regelungen zur Datentransparenz neu gefasst. Danach übernimmt das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Bereitstellung der vom Gesetzgeber für die Datentransparenz bestimmten Morbi-RSA-Daten an die gesetzlich vorgegebenen Nutzer. Die Daten werden nach strengen Datenschutzvorschriften pseudonymisiert, sodass jeder Rückschluss auf Personen ausgeschlossen ist. Gegenüber dem ersten Entwurf der Verordnung wurden gemäß der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes einige Präzisierungen zu den Nutzungsregeln vorgenommen, die den Schutz vor unsachgemäßer Nutzung der Daten verbessern. Allerdings bleiben die Nutzungszwecke, insbesondere hinsichtlich der gesetzlich nicht näher bestimmten Institutionen der Gesundheitsversorgungsforschung weiterhin sehr unbestimmt.

Nach Antrag können die autorisierten Nutzer die Daten für die zugelassenen Zwecke nutzen. Hierzu stellt das DIMDI den Nutzern anonymisierte und zusammengefasste Daten zur Verfügung. In Ausnahmefällen ist ein Direktzugriff auf die pseudonymisierten Morbi-RSA-Daten in den Räumen des DIMDI möglich. Es ist davon auszugehen, dass im Laufe des Jahres 2013 die ersten Auswertungen mit den Morbi-RSA-Daten der Jahre 2009 und 2010 durchgeführt werden können. Die Daten der Folgejahre werden voraussichtlich jeweils etwa zweieinhalb Jahre nach Jahresende zur Verfügung stehen, also etwa die Daten des Jahres 2011 im Laufe des Jahres 2014.



Finanziert werden die damit einhergehenden Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen. Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband dem DIMDI die Kosten erstatten wird. Diese belaufen sich in 2012 auf voraussichtlich 240.000 Euro. Für 2013 ist mit ca. 1,76 Mio. Euro und ab 2014 mit ca. 640.000 Euro jährlich zu rechnen. Durch die vom DIMDI zu erhebenden Nutzungsgebühren, die auf die Erstattungen des GKV-Spitzenverbandes angerechnet werden, ist ein gewisser Refinanzierungsanteil zu erwarten. Mit dem Inkrafttreten der Datentransparenzverordnung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Datentransparenz für die Versorgungsforschung sowie für kollektive Steuerungsaufgaben vollzogen worden.

Mit dem Inkrafttreten der Datentransparenzverordnung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Datentransparenz für die Versorgungsforschung sowie für kollektive Steuerungsaufgaben vollzogen worden.

Arzneimittelversorgung - Erfahrungen bei den Preisverhandlungen

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) beauftragt den GKV-Spitzenverband seit dem 1. Januar 2011 für neue, nicht festbetragsfähige Arzneimittel Erstattungsbeträge mit den pharmazeutischen Unternehmen zu vereinbaren.

Der Bestandsmarkt muss sich ebenfalls einer Nutzenbewertung unterziehen.

Grundlage für entsprechende Vereinbarungen ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die frühe Nutzenbewertung, der Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens eines neuen Arzneimittels gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie feststellt. Der G-BA hat bis zum 31. Dezember 2012 bereits 118 Beratungsverfahren mit pharmazeutischen Unternehmen durchgeführt sowie eine Nutzenbewertung für 42 Wirkstoffe initiiert. 28 Bewertungsverfahren wurden mit G-BA-Beschlüssen abgeschlossen. Die bewerteten Arzneimittel waren Gegenstand von Verhandlungen über den Erstattungsbetrag. Davon sind bis Ende 2012 13 Verhandlungen mit einer Einigung und ein

Verfahren mit einem Spruch der Schiedsstelle beendet worden. Die anderen Wirkstoffe befinden sich in Verhandlungen oder in Vorbereitung dazu. Zwei Arzneimittel wurden bestehenden Festbetragsgruppen zugeordnet.

Zum Ablauf der Verhandlungen und zu den Maßstäben für die Feststellung des Erstattungsbetrages hat der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer eine Rahmenvereinbarung getroffen. Auf dieser Basis wurden die Verhandlungen am 23. Januar 2012 erstmals aufgenommen. Verhandelt wurde der Wirkstoff Ticagrelor (Arzneimittel Brilique®) mit dem Hersteller AstraZeneca. Dazu wurde am 31. Mai 2012 der erste Erstattungsbetrag nach dem AMNOG vereinbart. Im Jahr 2012 hat der GKV-Spitzenverband 87 Verhandlungstermine mit 18 unterschiedlichen pharmazeutischen Unternehmen durchgeführt. Bis Mitte 2013 sind bereits 39 weitere Verhandlungstermine fest terminiert.

Umsetzung AMNOG in Zahlen

Stand 31.12.2012



Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung



Das vom Gesetzgeber mit den Erstattungsbeträgen angestrebte Einsparvolumen von 1,4 Mrd. Euro lässt sich nicht allein über neu eingeführte Arzneimittel erreichen. Dazu müssen neben neuen Wirkstoffen, die zwingend zu bewerten sind, auch vor dem 1. Januar 2011 zugelassene und in Verkehr befindliche Arzneimittel (Bestandsmarkt) in die Verfahren einbezogen werden. Bereits im Berichtsjahr hat die Kassenseite daher erste Anträge für den Bestandsmarkt beim G-BA gestellt, der für dieses Marktsegment Nutzenbewertungen veranlasst. Nach den gesetzlichen Kriterien sind dabei vorrangig Arzneimittel mit besonderer Bedeutung für die Versorgung zu bewerten bzw. Arzneimittel, die im Wettbewerb mit bereits nutzenbewerten Arzneimitteln stehen.

Von den in den Jahren 2004 bis 2010 neu eingeführten Wirkstoffen sind rund 160 Wirkstoffe mit jährlich mehr als 10 Mio. Euro Umsatz pro Jahr potenziell relevant. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA aus dem Bestandsmarkt zuerst die Wirkstoffgruppe zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 zur Nutzenbewertung aufgerufen. Diese sind mit einem jährlichen Umsatzvolumen von rund 350 Mio. Euro (Stand 2011) besonders umsatzrelevant. Die betroffenen pharmazeutischen Unternehmer hatten ihre Unterlagen bis zum 31. Dezember 2012 beim G-BA zur Nutzenbewertung einzureichen.

Gleichzeitig befindet sich der GKV-Spitzenverband in laufender Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Verbänden der pharmazeutischen Industrie und des Handels zur technischen Umsetzung der Erstattungsbeträge. Es bedarf hier noch der gesetzlichen Klarstellung, dass der Erstattungsbetrag an die Stelle des bisherigen Abgabepreises tritt. Des Weiteren mussten die Verhandlungsverfahren an die fortschreitende Gesetzgebung angepasst werden, u. a. durch die in Kraft getretene Novellierung des Arzneimittelgesetzes. Dazu gehört insbesondere die Aktualisierung der mit den Verbänden geschlossenen Rahmenvereinbarung zu den Erstattungsbetragsverhandlungen. Hier gilt es, gesetzliche Neuregelungen zur Berücksichtigung von Umsätzen und Kaufkraftparitäten bei der Bewertung der Abgabepreise in anderen europäischen Ländern und die gemeinsame Nutzung neuer Datengrundlagen einzubeziehen. Im Rahmen dieser vom GKV-Spitzenverband aktiv begleiteten Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahren konnte darauf hingewirkt werden, dass die sich als wirksam erwiesenen AMNOG-Regelungen nicht abgeschwächt wurden.

Das zähe Ringen um Zusatznutzen und faire Preise macht sich bezahlt, weil es einen echten Gewinn für die Patienten und Beitragszahler bedeutet.

Verhandlungen zum Apothekenabschlag

Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel einen packungsbezogenen Abschlag. Dieser sogenannte Apothekenabschlag ist jährlich nach der wirtschaftlichen Entwicklung der Apotheken anzupassen. Über die Höhe des Abschlags verhandeln der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband (DAV). Für die Jahre 2011 und 2012 galt der durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) gesetzlich festgesetzte Apothekenabschlag von 2,05 Euro je abgegebener Packung.

2009 hatte der GKV-Spitzenverband gegen die Schiedsstellenentscheidung geklagt, den Abschlag von 2,30 Euro auf 1,75 Euro abzusenken. Hier ist bislang keine abschließende Rechtsentscheidung getroffen worden. Aufgrund der anhängigen Rechtsverfahren ist die Anwendung des Abschlags für die Jahre 2009 und 2010 weiterhin offen. Je nach Ausgang sind für die abgelaufenen Zeiträume aufwändige Rückabwicklungen zur monatlichen Apothekenabrechnung zu erwarten. Vor dem Hintergrund der offenen Rechtssituation hat der GKV-Spitzenverband mit Blick auf zukünftige Verhandlungen wiederholt eine gesetzliche Klarstellung gefordert.

Apothekenabschlag für die Jahre 2009 und 2010 weiterhin offen

In den im Herbst 2012 begonnenen Verhandlungen zur anstehenden Anpassung des Apothekenabschlages für das Jahr 2013 lagen die Positionen der Vertragspartner unverändert weit auseinander. Nicht nachvollziehbar ist, dass der DAV eine Abschlagsanpassung auf Grundlage der noch beklagten Schiedsentscheidung (1,75 Euro je Packung) forderte.

Hingegen sah der GKV-Spitzenverband den Ausgangspunkt im zurzeit gesetzlich festgelegten Abschlag von 2,05 Euro und verwies auf den mit dem AMNOG

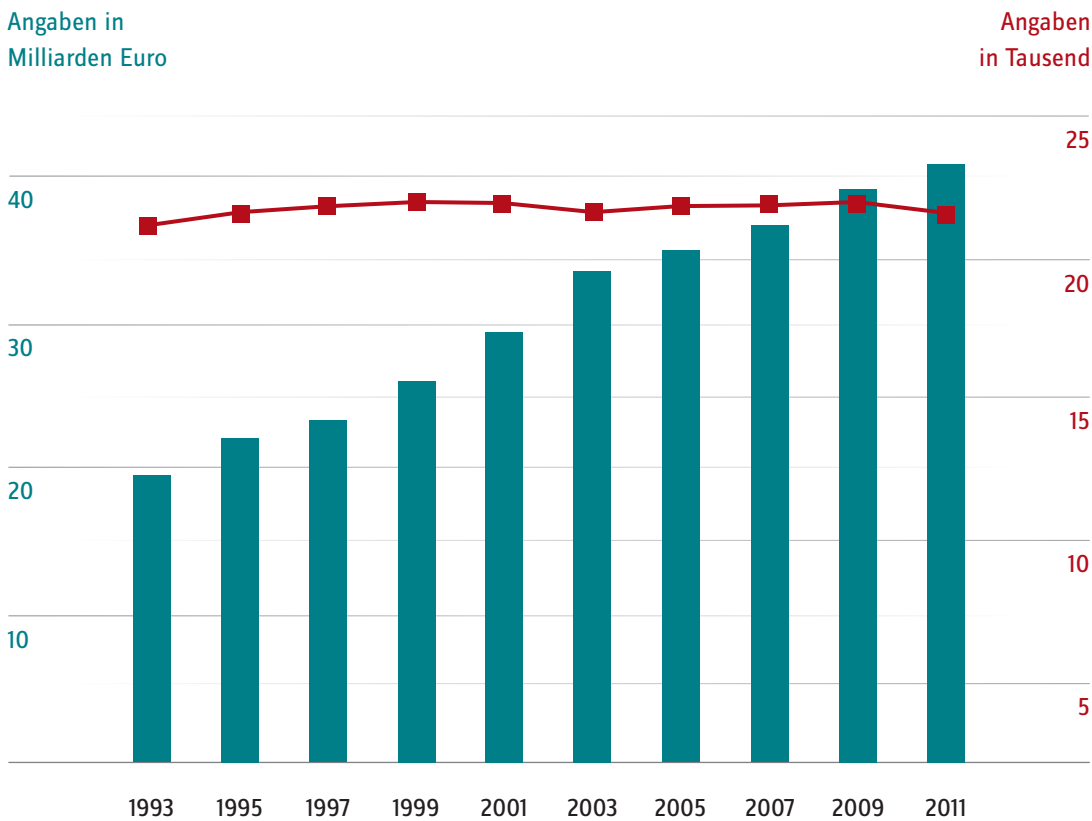
Gesetzliche Klarstellung wegen offener Rechtslage gefordert

neu bestimmten Auftrag, für die Anpassung ab dem Jahr 2013 die notwendigen Informationsgrundlagen zu schaffen: So sind die Veränderungen der Leistungen der Apotheken auf Grundlage einer standardisierten Beschreibung der Leistungen im Jahre 2011 zu bewerten. Die Einnahmen und Kosten sind anhand der tatsächlichen Betriebsergebnisse repräsentativ ausgewählter Apotheken zu ermitteln.

Da bisher keine repräsentativen und aussagekräftigen Zahlen zur wirtschaftlichen Situation der Apotheken vorliegen, hat der GKV-Spitzenverband versucht, sich mit dem DAV auf eine gemeinsame Datenbasis zu verständigen. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sah vor, für die Auswahl „repräsentativer Apotheken“, der Festlegung einer „standardisierten Leistungsbeschreibung“ und der aussagefähigen „tatsächlichen Betriebsergebnisse“ ein unabhängiges Institut oder eine andere neutrale Stelle zu beauftragen.

Der DAV brach die Verhandlungen im November 2012 ab und beantragte ein weiteres Mal eine Festsetzung des Abschlags durch die Schiedsstelle. Den Kompromissvorschlag des GKV-Spitzenverbandes, die Daten des Statistischen Bundesamtes auf die für den Apothekenabschlag relevanten Bereiche zu begrenzen, lehnten die Vertreter des DAV ab. Angesichts der Auffassungsunterschiede kann auch für die dritte Anpassungsrunde nicht mit einer raschen Festlegung gerechnet werden.

Gesamtumsatz der Apotheken im Verhältnis zur Apothekenanzahl




Quelle: ABDA Jahresberichte, Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zur Apothekenhonorierung wurden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Apotheken durch die zuständigen Bundesministerien für Wirtschaft und für Gesundheit im Jahr 2012 neu bewertet und die Arzneimittelpreisverordnung angepasst. Der feste Vergütungsanteil der Apotheken wurde zum 1. Januar 2013 von 8,10 Euro je verschreibungspflichtiger Packung auf 8,35 Euro angehoben. Diese

Anhebung belastet die GKV mit rund 162 Mio. Euro jährlich. Insbesondere vor diesem Hintergrund ist ein doppelter Kostenausgleich – sowohl durch die höhere Honorierung als auch durch einen verminderten Abschlag – zu Lasten der Beitragszahler nicht gerechtfertigt.

Die tatsächliche Kostenentwicklung der Apotheken ist durch unabhängige Stellen zu bestimmen.

A woman with dark hair tied back, wearing a black cardigan over a white top, sits at a conference table. She is looking towards the right side of the frame. In the foreground, a man's hand is raised in the air, wearing a light blue shirt sleeve. The table is reflective and has some papers and a telephone on it. The background is a plain, light-colored wall.

Festbeträge leisten weiterhin einen maßgeblichen Beitrag zu stabilen Preisen bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Anpassung der Arzneimittel-Festbeträge - Für eine wirtschaftliche Medikamentenversorgung

Arzneimittel-Festbeträge fördern den Wettbewerb um niedrige Arzneimittelpreise, ohne die therapeutisch notwendige Arzneimittelauswahl einzuschränken. Als Erstattungshöchstgrenzen gelten sie für alle gesetzlich Versicherten. Die Festbetragsregelung umfasst gut 33.000 Arzneimittel in 426 Festbetragsgruppen. Das entspricht insgesamt rund 78 Prozent aller Verordnungen und 41 Prozent der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Festbeträge erschließen im Arzneimittelmarkt vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven. Das dadurch erreichte jährliche Einsparvolumen beträgt zum Stand 1. Januar 2013 rund 5,8 Mrd. Euro.

Der GKV-Spitzenverband überprüft regelmäßig den Arzneimittelmarkt und passt die Festbeträge bei Veränderungen der Marktlage an. Im Jahr 2012 hat er Anpassungen in 54 Gruppen vorgenommen und für rund 900 Arzneimittel erstmals Festbeträge bestimmt. Die Festbetragshöhe ergibt sich aus den gesetzlichen Kriterien, wonach mindestens 20 Prozent der Verordnungen und 20 Prozent der Packungen zum Festbetrag verfügbar

sein müssen. Je nachdem, ob es zuzahlungsfreigestellte Arzneimittel gibt, ist ggf. ein hiervon abweichender, höherer Festbetrag festzusetzen. Versicherte brauchen für besonders preisgünstige Festbetragsarzneimittel, die der GKV-Spitzenverband aufgrund gesetzlicher Vorgaben identifiziert, die gesetzliche Zuzahlung nicht zu leisten. Zuzahlungsfreistellungen wirken somit als ein die Festbetragsregelung ergänzendes, preiswettbewerbliches Instrument.

5,8 Mrd. Euro Einsparvolumen durch Festbeträge

Auf die Festbetragsanpassungen des Jahres 2012 haben die pharmazeutischen Unternehmer mit Preissenkungen reagiert: So waren bereits zum Inkrafttreten der neuen Festbeträge über 80 Prozent der betroffenen Arzneimittel für die Versicherten zum Festbetrag verfügbar. Zudem ist die Anzahl der von der Zuzahlung freigestellten Arzneimittel nach der Anpassung zum 1. Juli 2012 bis Ende des Jahres um 7,8 Prozent auf rund 5.300 gestiegen. Festbeträge leisten damit weiterhin einen maßgeblichen Beitrag zu stabilen Preisen der verschreibungspflichtigen Arzneimittel.

Festbetragsregelung zum 01.01.2013

Gruppierung nach Paragraph 35 SGB V	Identische Wirkstoffe (Stufe 1)	Pharmakologisch therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe (Stufe 2)	Therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe (Stufe 3)	Gesamter Festbetragsmarkt
Festsetzung für mit	301 Gruppen 192 Wirkstoffen	67 Gruppen 178 Wirkstoffen	58 Gruppen 142 Wirkstoffkombinationen	426 Gruppen
Umsatz Verordnungen Packungen	4,6 Mrd. Euro 220,2 Mio. 15.461	5,3 Mrd. Euro 200,8 Mio. 12.838	2,2 Mrd. Euro 62,1 Mio. 4.855	12,1 Mrd. Euro 483,1 Mio. 33.154
Einsparung	2,2 Mrd. Euro	2,5 Mrd. Euro	1,1 Mrd. Euro	5,8 Mrd. Euro

Heilmittelversorgung – Spürbare Entlastungen durch bundesweite Praxisbesonderheiten

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, auf Bundesebene erstmals Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln festzulegen, die bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Vertragsärzte verbindlich anzuerkennen sind.

Ziel des Gesetzgebers war es, die bislang regional sehr unterschiedlichen Regelungen zu Praxisbesonderheiten auf Bundesebene zusammenzufassen. Die Bundesvereinbarung kann weiterhin durch regionale Vereinbarungen ergänzt werden.

Nach mehrmonatigen Verhandlungen konnten sich der GKV-Spitzenverband und die KBV im zweiten Halbjahr 2012 auf einen gemeinsamen Katalog bundesweiter Praxisbesonderheiten sowie eine entsprechende Vereinbarung verständigen.

Parallel dazu hatte der Gesetzgeber für Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf aufgrund von schweren und dauerhaften Behinderungen – ebenfalls mit dem GKV-VStG – die Möglichkeit geschaffen, sich von der Krankenkasse die benötigten Heilmittel für mindestens ein Jahr genehmigen zu lassen. Entsprechende Verordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Vertragsärzte.

Die hier erfassten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind in der Regel so schwerwiegend, dass diese auch in der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten berücksichtigt wurden. Für einen Großteil der betroffenen Versicherten erübrigt sich somit ein Antragsverfahren, was den bürokratischen Aufwand bei Versicherten, Ärzten und Krankenkassen spürbar reduziert.

Auf Grundlage dieser Regelung hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein Merkblatt zur Patienteninformation formuliert und ist damit seinem Regelungsauftrag hinsichtlich der Konkretisierung des Personenkreises nachgekommen.

Die mehrmonatigen Verhandlungen des GKV-Spitzenverbandes haben sich ausgezahlt: Dauerhaft und schwerkranke Menschen können jetzt bundesweit langfristige Genehmigungen für benötigte Heilmittel bekommen.

Nationaler Krebsplan – Umsetzung der Empfehlungen beginnt

Krebs ist in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. Gerade vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Krebsfrüherkennung zu verbessern. Dies ist eine der zentralen Empfehlungen des Nationalen Krebsplans, bei dem die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband eine tragende Rolle spielen.

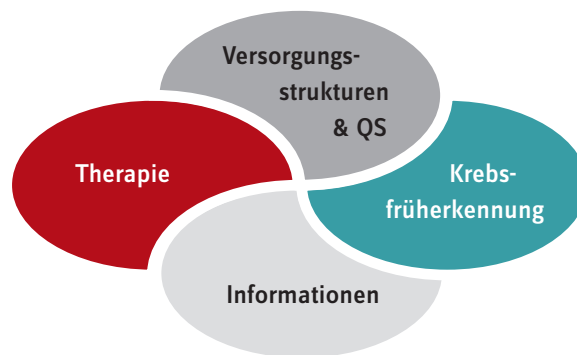
Im Jahr 2008 initiierte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe sowie der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan. Er umfasst die vier Handlungsfelder Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung, Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung und Stärkung der Patientenorientierung. Zu jedem Handlungsfeld wurden unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes Zielvorgaben erstellt, die im Jahr 2012 verabschiedet wurden.

Zur Umsetzung des Nationalen Krebsplans erarbeitete das BMG einen Katalog mit nach Zuständigkeiten und Prioritäten geordneten Zielen und Umsetzungsempfehlungen. Als weitere Maßnahme wurde der „Gesundheitspolitische Umsetzerring“ eingerichtet, der sich aus den umsetzungsverantwortlichen Normadressaten zusammensetzt und in dem auch der GKV-Spitzenverband vertreten ist. In einem ersten Treffen im Februar 2012 haben sich die Beteiligten mit einer gemeinsamen Erklärung auf die Prioritäten bei der Umsetzung sowie auf die eigenverantwortliche Umsetzung der in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich fallenden Empfehlungen verständigt. Ein zentrales Ziel ist u. a. der bundesweit flächendeckende Ausbau klinischer Krebsregister sowie die Verbesserung der Krebsfrüherkennung durch ein gezieltes Einladungsverfahren, einen Ausbau der Qualitätssicherung und eine systematische Erfolgskontrolle.

Mit dem vom Gesetzgeber vorgelegten Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) zur Umsetzung dieser beiden zentralen Empfehlungen des Nationalen Krebsplans kommt der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem GKV-Spitzen-

verband eine tragende Rolle bei der anteiligen Finanzierung und konzeptionellen Ausgestaltung der klinischen Krebsregister zu. Weiterhin werden mit dem Gesetzentwurf auch die rechtlichen Grundlagen für die Weiterentwicklung der bereits etablierten Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs in organisierte Früherkennungsprogramme unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Europäischen Leitlinien geschaffen. Das Inkrafttreten ist für das Jahr 2013 geplant.

Nationaler Krebsplan – vier Handlungsfelder



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, eigene Darstellung

Gemeinsam mit den Krankenkassen und ihren Verbänden hat der GKV-Spitzenverband eine fachliche und politische Position entwickelt und das Gesetzgebungsverfahren konstruktiv begleitet. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die GKV die neuen Regelungen ausdrücklich begrüßt, um Krebs als eine der häufigsten Neuerkrankungen besser und frühzeitiger zu bekämpfen. Allerdings hat der GKV-Spitzenverband auch frühzeitig darauf hingewiesen, dass die Register nicht pauschal durch die gesetzliche Krankenversicherung, sondern regelhaft durch den gesamten Nutzerkreis finanziert werden müssen.

Hörhilfen – Neue Richtlinie für eine bessere Versorgung

Eine unzureichende oder unterbliebene apparative Versorgung bei Funktionsstörungen des Ohres wirkt sich nachteilig auf die Kommunikationsfähigkeit und die soziale Interaktion hörgeschädigter Menschen aus. Die adäquate Hörgeräteversorgung im Rahmen der leistungsmöglichen Möglichkeiten ist daher Grundvoraussetzung für die Integration hörgeschädigter Versicherter. In einem Urteil des Bundessozial-

Die Anpassung der Festbeträge für Hörgeräte gewährleistet eine qualitätsorientierte und umfassende Versorgung.

gerichts (BSG) aus dem Dezember 2009 wurden die Versorgungsziele einer Hörgeräteversorgung konkretisiert. Teil des von den Krankenkassen geschuldeten Behinderungsausgleichs sei es, hörbehinderten Menschen im Rahmen des Möglichen auch das Hören und Verstehen in größeren Räumen und bei störenden Umgebungsgläuschen zu eröffnen und ihnen die dazu nach dem Stand der Hörgerätekunst jeweils erforderlichen Geräte zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang wurde die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung angepasst und ist in der Neufassung am 1. April 2012 in Kraft getreten.

gerichts (BSG) aus dem Dezember 2009 wurden die Versorgungsziele einer Hörgeräte-

Ungeachtet dessen ist der GKV-Spitzenverband seit geraumer Zeit damit befasst, die Versorgungssituation der Menschen mit Hörbehinderung nachhaltig zu verbessern. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der o. g. Rechtsprechung des BSG ist zunächst ein neuer Festbetrag für Versicherte mit an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit festgesetzt worden. Dieser neue Festbetrag ist am 1. März 2012 in Kraft getreten und gewährleistet eine qualitätsorientierte und umfassende Versorgung. In diesem Zusammenhang wird aktuell der Festbetrag für Versicherte mit mittel- oder hochgradiger Schwerhörigkeit überprüft, er soll gleichfalls zeitnah an die neue Rechts- und Marktlage angepasst werden.

Damit die neuen Festbeträge auch tatsächlich die erwünschten Wirkungen entfalten, hat der GKV-Spitzenverband eine repräsentative Datenerhebung zur Hörgeräteversorgung und Vertragssituation zusammen mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene initiiert. Im Fokus steht dabei vor allem die Analyse der Produktqualität, die Beratungs- und Dienstleistungstätigkeit durch die Leistungserbringer, die Zufriedenheit der Versorgten sowie die Aufzahlungswirklichkeit. Nach Abschluss dieser Analyse sollen in Abhängigkeit von den Ergebnissen Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Information und Beratung der Versicherten ergriffen werden, um die Versorgungsqualität auf Dauer sicherzustellen.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Hörbehinderung ein. Die Erhöhung der Festbeträge im Frühjahr 2012 war ein wichtiger Schritt auf diesem Weg.



„Nein“ zur Ausweitung des Kartellrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung

Bereits das Ende Dezember 2010 verabschiedete Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) hat die Anwendbarkeit des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) in der GKV ausgeweitet. Seitdem ist das Kartellrecht auf die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern anwendbar.

Nunmehr sieht der Entwurf des 8. Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) eine weitere Ausweitung des GWB auf das Handeln der gesetzlichen Krankenkassen vor. Das 8. GWB-ÄndG ist vom Bundestag am 18. Oktober 2012 verabschiedet worden. Am 23. November 2012 hat der Bundesrat allerdings beschlossen, hinsichtlich dieses Gesetzes den Vermittlungs-

ausschuss anzurufen. Grund hierfür ist die Ausweitung des GWB auf die gesetzlichen Krankenkassen und die damit verbundene Gefahr einer Verschlechterung der Versorgungssituation sowie eine Einschränkung der Rechte und Möglichkeiten der gesetzlich Krankenversicherten.

Die im 8. GWB-ÄndG vorgesehenen Änderungen betreffen die Wettbewerbsbeziehungen der Krankenkassen untereinander und ihre Rechtsbeziehungen zu den Versicherten. Für das Verhältnis der Krankenkassen und ihrer Verbände untereinander und zu den Versicherten sollen insbesondere das Kartellrecht sowie das Diskriminierungs- und Missbrauchsverbot entsprechend gelten. Verträge und Entscheidungen, zu denen die Krankenkassen und ihre Verbände verpflicht-



tet sind, sollen davon ausgenommen sein. Vergleichbares gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Des Weiteren ist ebenfalls vorgesehen, die Fusionskontrolle auf Vereinigungen von Krankenkassen entsprechend anzuwenden. Für Rechtsstreitigkeiten in Verfahren nach dem GWB der gesetzlichen Krankenkassen untereinander, zwischen ihnen und den Versicherten sowie den Kartellbehörden soll der Rechtsweg zu den Zivilgerichten eröffnet werden.

Der GKV-Spitzenverband hat sich früh in die politische Diskussion eingebracht und klar Position bezogen. In seiner Sitzung Ende März 2012 hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen, die Ausdehnung des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen abzulehnen. Dabei hat er betont, dass der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Selbstzweck sei. Er solle vielmehr der Effizienz und der Qualität der Leistungserbringung im Interesse der Versicherten und Beitragszahler dienen. Deswegen forderte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes den Gesetzgeber auf, eine sozialrechtsspezifische Wettbewerbsregelung zu schaffen. Damit soll sichergestellt werden, dass gerade auch im Interesse einer sowohl wirtschaftlichen als auch qualitativ hochwertigen sowie gerechten Gesundheitsversorgung der Versicherten in Deutschland die nationale Gestaltungskompetenz für das Gesundheitswesen, die Berücksichtigung des Versorgungsauftrags der Krankenkassen und das Prinzip der Selbstverwaltung gewährleistet bleiben. Dazu gehört auch die umfassende Zuständigkeit der Sozialgerichte für Wettbewerbsstreitigkeiten der Krankenkassen untereinander.

Der GKV-Spitzenverband nahm ferner Ende Juni 2012 an einem nicht öffentlichen Fachgespräch des Gesundheitsausschusses des Deutschen

Bundestages zu den gesundheitspolitisch relevanten Aspekten der 8. GWB-Novelle teil. In dem Gespräch legte der GKV-Spitzenverband dar, dass das Wettbewerbsrecht den Versorgungsauftrag der Krankenkassen nicht behindern dürfe. Das am privaten Wirtschaftsleben orientierte Wettbewerbsrecht sei die falsche Antwort auf die Frage nach einer adäquaten Wettbewerbsordnung für die Krankenversicherung. Das Sozialrecht habe sich als Rechtsrahmen für den Wettbewerb bewährt. Deswegen sollten anstelle der vorgesehenen Verweise ins GWB sozialrechtsspezifische Wettbewerbsregelungen im Sozialgesetzbuch verankert werden.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich gegen die Ausweitung des Kartellrechts auf die Krankenkassen aus. Das Kartellrecht steht im Widerspruch zum Zusammenarbeitsgebot des SGB V.

Die im 8. GWB-ÄndG vorgesehene Ausweitung des Kartellrechts ist auch vor dem Hintergrund des Urteils des Hessischen Landessozialgerichts vom 15. September 2011 zu sehen. Das Gericht hatte entschieden, dass Krankenkassen auch bei ihrem wettbewerblich relevanten Handeln keine Unternehmen im Sinne des GWB und der europarechtlichen Wettbewerbsnormen seien. Deswegen könne auch das Bundeskartellamt keine Kontrolle über das Handeln der Krankenkassen ausüben. Dafür seien ausschließlich das Bundesversicherungsamt und die entsprechenden Landesaufsichten zuständig. Dieses Urteil nahm das Bundeskartellamt zum Anlass, die Zusammenschlusskontrolle bei Vereinigungen von Krankenkassen einzustellen. Das Bundeswirtschaftsministerium und anschließend der Gesetzgeber griffen dies auf und initiierten die im 8. GWB-ÄndG vorgesehenen Änderungen. Der Gesetzentwurf lag zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses noch ohne Ergebnis im Vermittlungsausschuss.

Elektronische Gesundheitskarte – Einführung nimmt Fahrt auf

Vorgezogene Lösung

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur (TI) hat im Jahr 2012 große Fortschritte gemacht. So sind mittlerweile mehr als 50 Mio. Versicherte von ihren Krankenkassen mit der eGK ausgestattet worden, die damit mehr und mehr die alte Krankenversicherungskarte ablöst. Mit der Erarbeitung der „Alternative 2012“ durch den GKV-Spitzenverband im letzten Jahr ist der Grundstein für einen raschen Projektfortschritt gelegt worden. Die in dem Konzept vorgesehene „vorgezogene Lösung“ setzt inhaltlich auf den Nutzen von Standardkomponenten, eine Projektstrukturierung in Stufen sowie die Anpassung der Umsetzungsstrukturen.

Erste Anwendungen des Online-Rollouts

Im ersten Schritt werden ein Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) und eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) eingeführt. Mit dem VSDM kann die eGK in einem Kartenlesegerät online auf ihre Gültigkeit geprüft werden. Des Weiteren können die auf der Karte befindlichen Stammdaten eines Versicherten bei Bedarf aktualisiert werden. Diese Funktion der eGK wird zukünftig das Austauschen der Karte beispielsweise bei Änderung der Adressdaten überflüssig machen. Für die Krankenkassen, und damit letztlich auch für die Beitragszahler, bedeutet dies eine deutliche Kostenersparnis. Die QES wird es den Leistungserbringern zukünftig ermöglichen, elektronische Dokumente wie beispielsweise Abrechnungsdaten sicher zu signieren. Für die Realisierung beider Funktionen wurden in den letzten Monaten umfangreiche Vorbereitungen getroffen.

Mehrwert der eGK durch neue Funktionen in der Telematikinfrastruktur

elektronische Signatur (QES) eingeführt. Mit dem VSDM kann die eGK in einem Karten-

Insbesondere an der Entwicklung der VSDM-Funktion war der GKV-Spitzenverband maßgeblich beteiligt. Er hat unter anderem alle hierfür notwendigen Dokumente und Konzepte geprüft und abgestimmt. Diese Dokumente sind nun Grundlage für die Tests der Industrie. Auch die Ausschreibung dieser Tests und die dazugehörigen Vorbereitungen für ein Verhandlungsverfahren mit der Industrie wurden umfangreich vom GKV-Spitzenverband begleitet und unterstützt.

Weitere Funktionen

In einem zweiten Schritt werden weitere Funktionen in die Telematikinfrastruktur integriert bzw. zugeschaltet. Dazu gehören die Notfalldaten (NfDM) der Versicherten, welche beispielsweise Informationen über Allergien und eingenommene Medikamente enthalten und die in einem medizinischen Notfall hilfreich für den behandelnden Arzt sind. Zeitgleich sollen auch die gerichtete Kommunikation der Leistungsbringer (KOM-LE) zur sicheren Übertragung z.B. von Arztbriefen zwischen Leistungserbringern, die elektronische Fallakte (eFA) sowie die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung (AMTS) zur Überprüfung von Wechselwirkungen bei Medikamenten eingeführt werden.

Der GKV-Spitzenverband wird in seiner Rolle als Gesellschafter der gematik die anstehenden Verhandlungsverfahren mit der Industrie bezüglich der im nächsten Jahr stattfindenden Onlinetests bis zur erfolgreichen Zuschlagserteilung sowie die Tests konsequent begleiten und unterstützen.

Die elektronische Gesundheitskarte soll den sicheren Austausch medizinischer Daten ermöglichen und trägt damit zu einer schnelleren, effizienteren und kostengünstigeren Behandlung bei.

Optimierung der Meldeverfahren in der sozialen Sicherung

Das vom Bundeskabinett am 21. September 2011 beschlossene Projekt „Optimiertes Meldeverfahren in der sozialen Sicherung“ (OMS) unter Federführung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) wurde mit einer Kick-Off-Veranstaltung im Februar 2012 offiziell gestartet.

Da das Projekt OMS in erheblichen Maße die Meldeverfahren zwischen den Mitgliedskassen und den Arbeitgebern sowie Zahlstellen tangiert, findet eine intensive Begleitung des Projektes durch den GKV-Spitzenverband statt. Änderungen an bestehenden Datensatzstrukturen in den Abläufen im Melde-, Beitrags-, Bescheinigungs- und Antragsverfahren sowie bei der Datenannahme und -weiterleitung an die einzelnen Krankenkassen, haben große Auswirkungen auf die in den letzten Jahrzehnten aufgebaute und erfolgreich betriebene IT-Infrastruktur.

Der Einsatz der Informationstechnologie erfolgt auf der Basis von belastbaren Standards und Normen, die in vielen Fällen durch den GKV-Spitzenverband federführend betreut und weiterentwickelt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in der Vergangenheit erhebliche Investitionen in den Aufbau und die Pflege ihrer IT-Infrastruktur getätigt, um gesetzliche und fachliche Vorgaben umzusetzen. Diese erfolgten Investitionen haben maßgeblich zu einem reibungslosen Ablauf der zahlreichen Meldeverfahren innerhalb der Sozialversicherung beigetragen. Nun gilt es, die aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten weiterzuentwickeln.

Im ersten Projektstadium wurde eine IST-Aufnahme unter Mitwirkung aller Verfahrensbeteiligten in sechs Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten erstellt. Betrachtet wurden 39 Fachverfahren aus dem Melde- und Bescheinigungswesen sowie Antragsverfahren. Damit liegt erstmalig eine konsolidierte Übersicht der Geschäftsprozesse und der technischen Abläufe der wesentlichen Fachverfahren im Meldewesen in der sozialen Sicherung vor. Dabei handelt es sich um eine Momentaufnahme, da sich die gesetzlichen Grundlagen und Verfahrensabläufe auch künftig ändern werden.

Das zurzeit laufende zweite Projektstadium umfasst die Bewertung der durch die Projektbeteiligten eingebrachten Optimierungsvorschläge. Der GKV-Spitzenverband hat nach Abstimmung mit den Krankenkassen und den Arbeitgebern ebenfalls Optimierungsvorschläge in das Projekt eingebracht. In

Zusammenarbeit mit den übrigen Sozialversicherungsträgern, Arbeitgebern und

deren Verbänden sind weit über 100 Vorschläge zu bewerten. Dabei sind diejenigen Vorschläge zu identifizieren, die geeignet sind, den Datenaustausch zwischen der GKV und den übrigen an den Meldeverfahren Beteiligten zu optimieren, manuelle Bearbeitungen zu minimieren und somit auch die Krankenkassen zu entlasten.

Ziel des intensiv vom GKV-Spitzenverband begleiteten Projekts ist es, das bestehende Meldeverfahren zu verbessern, um schließlich die Beteiligten zu entlasten.

Finanzentwicklung 2012 – GKV auf stabiler Basis

Die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war im Berichtsjahr positiv. Aufgrund der erfreulich stabilen Beschäftigungslage, der positiven Lohnentwicklung und der Rentenerhöhung zum 1. Juli 2012 von über zwei Prozent erhöhten sich die beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlich Versicherten im Vergleich zum Vorjahr um 3,6 Prozent. Die Einnahmen der GKV aus Beiträgen stiegen von 169,1 Mrd. Euro im Jahr 2011 auf 175,2 Mrd. Euro im Berichtsjahr und sorgten so – im Verbund mit dem bereits zum 1. Januar 2011 erhöhten Beitragssatz – dafür, dass der Gesundheitsfonds trotz einer um 1,3 Mrd. Euro geringeren Bundesbeteiligung ein positives Ergebnis erzielen konnte. Auch die Finanzentwicklung bei den Krankenkassen war insgesamt erfreulich.

Obwohl die finanzielle Lage der GKV 2012 nach wie vor erfreulich ist, bleibt eine strikte Ausgabendisziplin unbedingt erforderlich.

Entwicklung 2012

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen (KV 45, IV. Quartal) betragen die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2012 rund 189,0 Mrd. Euro. Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen beliefen sich entsprechend der Festlegung aus dem Vorjahr auf rund 185,4 Mrd. Euro. Der resultierende Überschuss in Höhe von rund 3,5 Mrd. Euro floss der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu. Damit betrug die Reserve Ende 2012 rund 13,1 Mrd. Euro. Die RSA-relevanten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2012 betragen 180,3 Mrd. Euro. Somit überstiegen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben um rund 5,1 Mrd. Euro. Die auf Seiten der Krankenkassen weiterhin sehr positive Finanzentwicklung muss aber vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die Rücklagen und Betriebsmittel zwischen den einzelnen Krankenkassen ungleich verteilt sind.

Prognose 2013

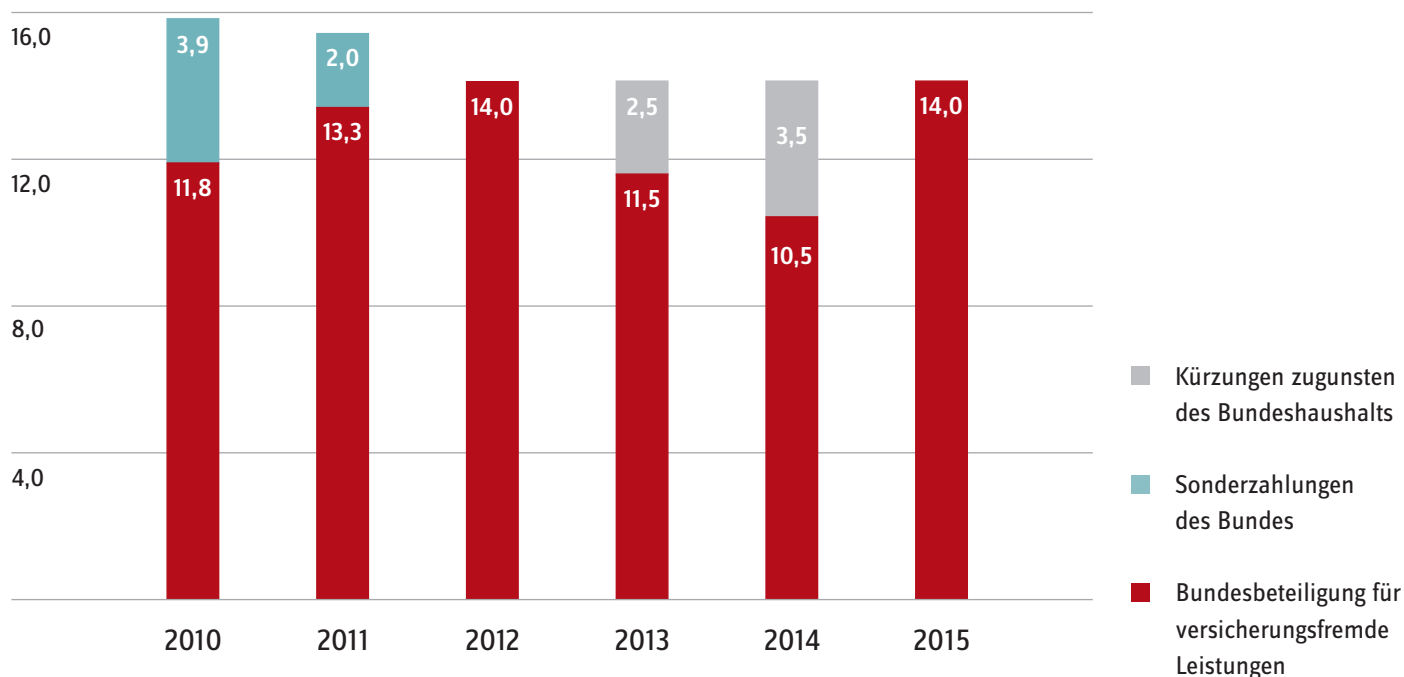
Für das Jahr 2013 prognostizierte der Schätzerkreis Einnahmen des Gesundheitsfonds von insgesamt rund 191,8 Mrd. Euro. Unter Berücksichtigung der später mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2013 beschlossenen Maßnahmen, die einerseits eine Minderung der Bundesbeteiligung und andererseits Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve umfassen, ist von Einnahmen in Höhe von 193,3 Mrd. Euro auszugehen. Die geschätzten Ausgaben der Krankenkassen betragen – unter Einbeziehung der zum Jahresbeginn entfallenen Praxisgebühr – rund 192,0 Mrd. Euro. Somit können auch 2013 die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig gedeckt werden.

Aufgrund der diesjährigen Zuführung von Mitteln der Liquiditätsreserve in das Zuweisungsvolumen ist mit Ablauf des Jahres 2013 eine Minderung der Reserve um rund 0,7 Mrd. Euro zu erwarten. Bei unterstellten ausgabendeckenden Zuweisungen wird sich auch das liquide Vermögen der Krankenkassen tendenziell eher etwas verringern. Grund dafür sind u.a. beschlossene bzw. angekündigte Prämienauszahlungen, denen absehbar keine sonstigen Einnahmen der Krankenkassen in vergleichbarer Größenordnung gegenüberstehen werden.

Die insgesamt positive Prognose für das Jahr 2013 steht allerdings unter einem erheblichen Vorbehalt: Aufgrund der unsicheren Lage des Euro-Raumes infolge der Staatsschuldenkrise bestehen erhebliche gesamtwirtschaftliche Risiken, die nicht in die Schätzung eingehen konnten. Ein realwirtschaftlicher Einbruch im Jahr 2013 würde sich via Beschäftigungsrückgang unmittelbar auf die Einnahmesituation des Gesundheitsfonds auswirken. Die Krankenkassen könnten dies zeitversetzt im Jahr 2014 treffen. Denn eine geringere Einnahmeprogno­se für das Jahr 2014 hätte ein entsprechend reduzierendes Zuweisungsvolumen für 2014 zur Folge.

Entwicklung der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit; Darstellung: GKV-Spitzenverband (Stand: 05.03.2013)

Konsolidierung der Staatsfinanzen auf Kosten der Beitragszahler

Vor dem Hintergrund der insgesamt günstigen Finanzlage der GKV vollzog sich im Berichtsjahr ein bedenklicher Prozess der Lastenverschiebung. Der Bund, der seit dem Jahr 2004 als Ausgleich für die gesamtgesellschaftlichen Leistungen der Beitragszahler Bundesmittel zur Verfügung stellt, entschied im Rahmen der Haushaltskonsolidierung, sich in erheblichem Umfang dieser Finanzverantwortung zu entziehen. Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2013 sowie der weiteren Finanzplanung des Bundes sollen der GKV für die Jahre 2013 und 2014 Bundesmittel von insgesamt 6,0 Mrd. Euro entzogen werden. Die vormals zugesicherte Bundesbeteiligung von jährlich 14 Mrd. Euro wird 2013 nur 11,5 Mrd. Euro betragen, 2014 noch 10,5 Mrd. Euro. Diese Maßnahmen werfen erneut die Frage nach der politischen Verlässlichkeit der Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen auf. Seit ihrer Einführung im Jahr 2004 wurden die zugesicherten Zahlungen je nach Haushaltslage des Bundes und der GKV reduziert oder wieder erhöht; im Jahr 2006 wurde kurzfristig gar ihre Abschaffung beschlossen.

Die nunmehr zehnjährigen Erfahrungen mit der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen durch den Bund geben wenig Anlass, mit Zuversicht auf die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz in Aussicht gestellte Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs zu blicken. Das derzeitige Finanzierungssystem mit festgeschriebenem Beitragssatz und pauschalen Zusatzbeiträgen ergibt aber ordnungspolitisch nur dann Sinn, wenn der Bund die für den Sozialausgleich aufzuwendenden Mittel vollständig trägt. Ob diese Erkenntnis ausreicht, bleibt zu bezweifeln – stehen dem gesundheitspolitischen Ziel doch haushaltspolitische Prioritäten entgegen.

Trotz dieser Unwägbarkeit hinsichtlich der steuerfinanzierten Säule bleibt festzuhalten, dass die Finanzentwicklung in der GKV im Berichtsjahr 2012 sehr erfreulich verlaufen ist. Auch die Prognose für das Jahr 2013 ist aktuell noch positiv. Nach der beschlossenen Minderung der Bundesbeteiligung sowie der Abschaffung der Praxisgebühr, die die Ausgaben der Krankenkassen dauerhaft um rund 1,8 Mrd. Euro jährlich erhöhen wird, ist es daher umso wichtiger, dass im Weiteren von allen Beteiligten strenge Ausgabendisziplin geübt wird. Ansonsten wird die mittelfristig positive Prognose nicht lange zu halten sein.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen – Verstöße ahnden, Patienten schützen

Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen verursachen jedes Jahr erhebliche finanzielle Schäden. Diese gehen insbesondere zu Lasten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und treffen damit letztlich die Beitragszahler. Die von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie dem GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen leisten einen wichtigen Beitrag, um Hinweisen und Verdachtsfällen unrechtmäßiger Nutzung von Finanzmitteln nachzugehen.

Der GKV-Spitzenverband hat den konkreten Regelungsvorschlag für eine neue Strafvorschrift „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht.

„Korruptives Verhalten“ im Gesundheitswesen auch strafrechtlich sanktionieren

Ende März 2012 veranstaltete der GKV-Spitzenverband seine zweite Fachtagung „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Als Eröffnungsdredner beleuchtete der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Maximilian Gaßner, Lösungsansätze zum Thema „Korruptionsfälle Gesundheitswesen“. Darüber hinaus präsentierte Prof. Dr. Kai Bussmann von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wesentliche Ergebnisse seiner Studie „Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Zuweisung gegen Entgelt“, die der GKV-Spitzenverband gefördert hat. Die empirischen Studienergebnisse belegen, dass bestehende sozialgesetzliche und berufsrechtliche Verbote vielfach weder beachtet werden noch von der Selbstverwaltung wirksam sanktioniert werden können.

Zwar hat der Bundesgerichtshof die umstrittene Rechtsfrage, ob „korruptives Verhalten“ niedergelassener Vertragsärzte nach geltendem Strafrecht strafbar ist, im Juni 2012 verneint. Doch der Gesetzgeber wurde ausdrücklich aufgefordert, die insoweit bestehende Strafbarkeitslücke zu schließen. In seiner Stellungnahme zum Patientenrechtegesetz sowie im Rahmen eines Expertengesprächs im Deutschen Bundestag hat der GKV-Spitzenverband deshalb die Schaffung einer neuen Strafvorschrift „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ im SGB V vorgeschlagen.

Abrechnungsbetrug in der Pflege organisationsübergreifend bekämpfen

Vor dem Hintergrund einer immer älter und damit auch pflegebedürftiger werdenden Bevölkerung gewinnt die effektive Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege weiter an Bedeutung. Bislang bestanden erhebliche Rechtsunsicherheiten, ob der dazu notwendige Austausch personenbezogener Daten zwischen Pflegekassen und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe datenschutzrechtlich überhaupt zulässig ist. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb im Rahmen der Pflegereform eine entsprechende gesetzliche Klarstellung eingefordert. Zum 1. Januar 2013 hat der Gesetzgeber nunmehr die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass zur Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten in der Pflege personenbezogene Daten organisationsübergreifend übermittelt werden dürfen.



Deutscher Bundestag
Ausschuss I Gesundheit
Anschlusdruckache
17(14)0339
Zum Exp.Gespräch 24.10.12, BGH
Urteil
17.10.2012

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

zu dem Expertengespräch
zu dem BGH-Beschluss zur
Strafbarkeit von Kassenärzten wegen Bestechlichkeit
am 24.10.2012

GKV-Spitzenverband
Wilmannsstraße 11, 10117 Berlin
Telefon: +49 30 26 298 200-0
Fax: +49 30 26 298 200-12
Internet: www.gkv.de

DVKA - Ökonomische Dimensionen der Patientenmobilität

Die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) des GKV-Spitzenverbandes unterstützt in ihrer täglichen Arbeit die fortschreitende europäische Integration im Bereich einer länderübergreifenden Gesundheitsversorgung. Sie gestaltet über- und zwischenstaatliches Sozialversicherungsrecht mit und trägt dazu bei, dass Versicherte die ihnen zustehenden Rechte bei der Gesundheitsversorgung im europäischen Raum trotz unterschiedlicher nationaler Gesundheitssysteme ohne wesentliche Einschränkung wahrnehmen können.

Zum 1. Mai 2004 wurden zehn Staaten in die Europäische Union aufgenommen. Insbesondere die Staaten Osteuropas erhofften sich einen besseren und unbürokratischen Zugang zu den europäischen Märkten. Mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsmärkte versuchte man durch eine temporäre Einschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit gering zu halten.

Über 2,36 Mrd. Euro wurden zwischen den Kostenträgern im Inland und dem europäischen Ausland transferiert.

Nach mittlerweile acht Jahren kann generell festgestellt werden, dass die wirtschaftlichen Auswirkungen durch die zehn neuen Mitgliedstaaten relativ gering geblieben sind. Zwar hat die Anzahl der Mitgliedsstaaten um zwei Drittel zugenommen und es sind ca. 75 Mio. Mitbürger hinzugekommen (ca. 20 Prozent Zuwachs), aber das gesamte Bruttoinlandsprodukt der Europäischen Union ist nur um ca. fünf Prozent gestiegen. Im Zuge des Transformationsprozesses sind die alten wirtschaftlichen Strukturen in den Beitrittsländern weitestgehend durch moderne Systeme abgelöst worden.

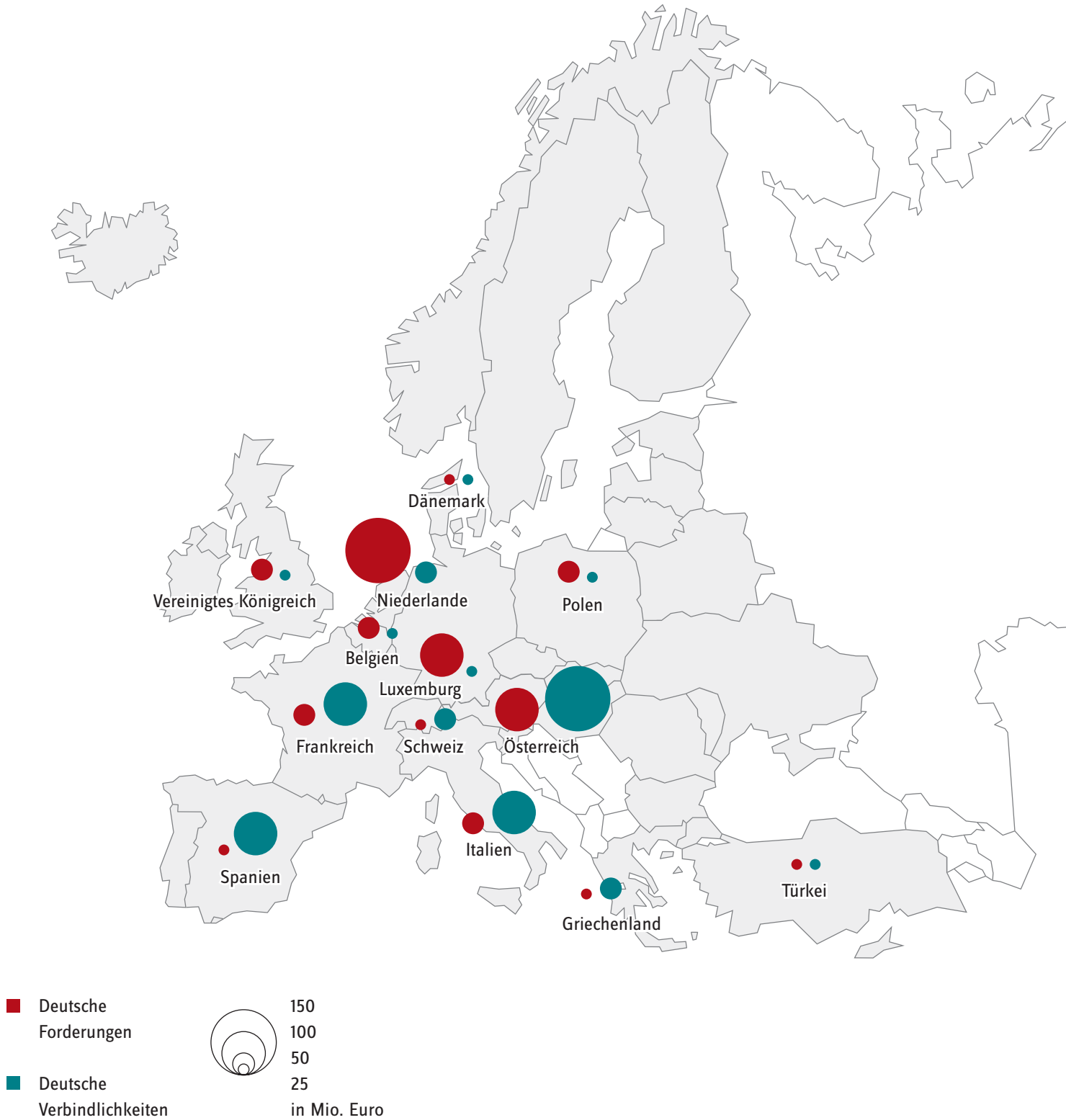
Der Europäische Gerichtshof hat in den vergangenen Jahren mit einer integrationsfreundlichen Rechtsprechung die Rechte der Versicherten in Bezug auf den freien Dienstleistungsverkehr zunehmend gestärkt und damit die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vereinfacht. Im Wesentlichen nehmen vier Versicherungsgruppen diese Gesundheitsleistungen in Anspruch:

- Grenzgänger,
- Rentner und deren Familienangehörige,
- Touristen,
- entsandte Arbeitnehmer, die für eine begrenzte Zeit im Ausland tätig sind.

Alle Versicherten profitieren von den klareren Regelungen, die innerhalb der Europäischen Union seit dem 1. Mai 2010 gelten. Außerhalb der Europäischen Union garantieren Sozialversicherungsabkommen, die die Bundesrepublik Deutschland mit anderen Staaten schließt, die notwendige Rechtssicherheit.

Die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen lässt sich anhand des Volumens und des Werts der Kostenabrechnungen abschätzen, die über die Verbindungsstellen auf Grundlage des EU-Verordnungsrechts und entsprechender Abkommensregelungen zwischen aushelfenden und zuständigen Krankenkassen ausgetauscht werden. Im Jahr 2011 hat der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland, über 2,36 Mrd. Euro zwischen den Kostenträgern im Inland und dem europäischen Ausland transferiert.

Abb. 1: Vergleich der deutschen Forderungen und Verbindlichkeiten gegenüber einigen ausgewählten Ländern (Stand 2011)



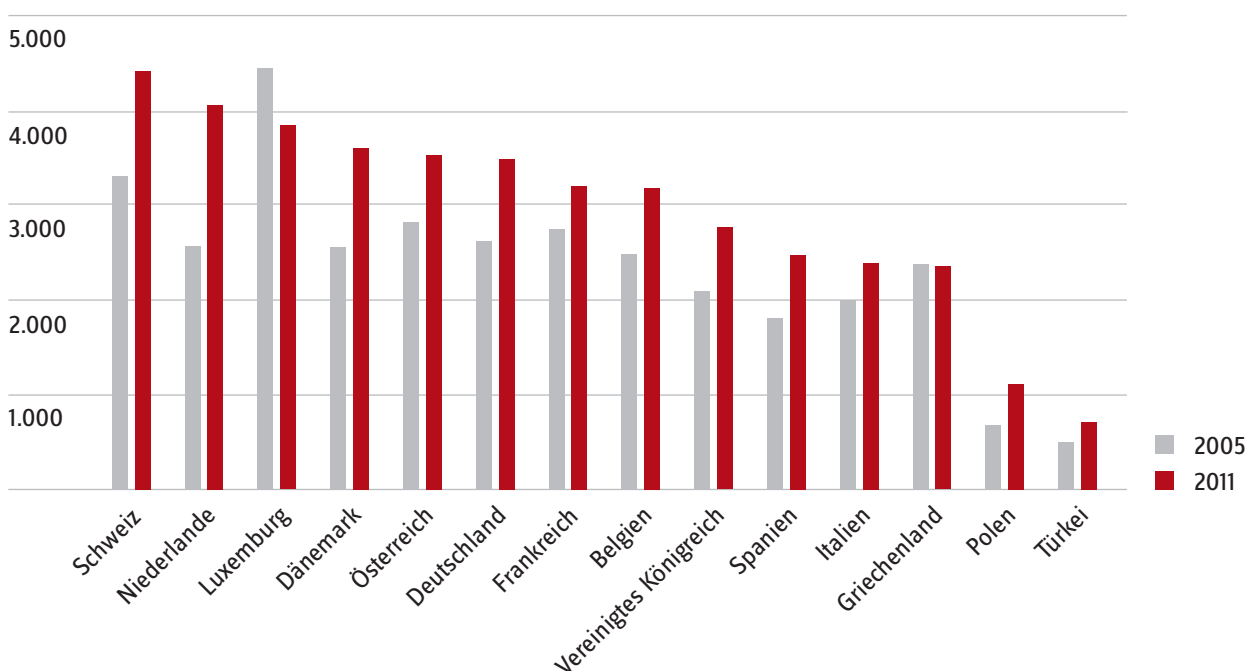
Quelle: DVKA, eigene Darstellung

Ein länderspezifischer Vergleich zeigt große Unterschiede in der Verteilung der Forderungen und Verbindlichkeiten, die Deutschland mit den europäischen Ländern hat. In besonders großem Umfang wurden Gesundheitsleistungen aus Deutschland von Versicherten der Niederlande, Luxemburgs, Österreichs und Belgiens nachgefragt (siehe Abb. 1). Als einer der Hauptgründe sind die engen wirtschaftlichen Verflechtungen Deutschlands mit den unmittelbaren Nachbarländern zu nennen. Versicherte aus den südeuropäischen Ländern nehmen in weitaus geringerem Umfang Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland in Anspruch.

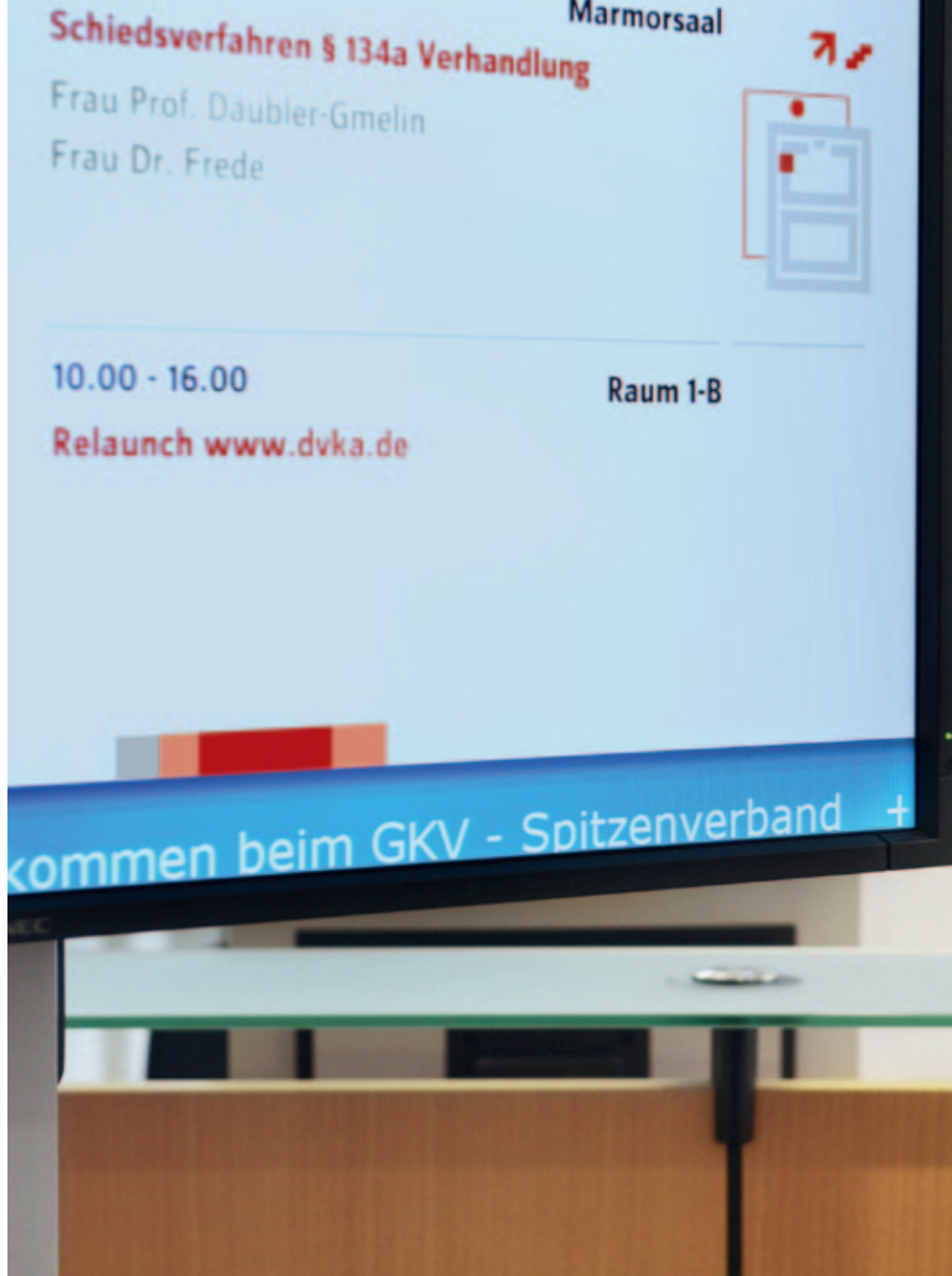
In umgekehrter Richtung werden von in Deutschland versicherten Personen in größerem Umfang Gesundheitsdienstleistungen in den südeuropä-

ischen Ländern in Anspruch genommen. Die fortschreitende europäische Integration lässt sich an einer ansteigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und medizinischen Behandlungen über die jeweiligen Grenzen der europäischen Länder hinweg ablesen. Somit tragen die Bemühungen zum Abbau rechtlicher und staatlicher Hürden und die Stärkung der Rechte der Versicherten für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme ihre Früchte. Die verbesserte rechtliche Situation korreliert mit einer zunehmenden wirtschaftlichen Verflechtung zumindest der Kernländer Europas. Allerdings muss die quantitative Zunahme der über Ländergrenzen hinweg in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen auch im Lichte einer immer teurer werdenden Gesundheitsversorgung in den meisten europäischen Ländern gesehen werden.

Abb. 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf in Euro



Quellen: EUROSTAT, OECD, WHO, Deutsche Bundesbank; Darstellung: DVKA



Bei einem europaweiten Vergleich dürfen jedoch die sehr unterschiedlichen Kosten der nationalen Gesundheitsversorgung und damit der Gesundheitsausgaben pro Kopf nicht außer Acht gelassen werden (siehe Abb. 2).

Danach bewegen sich die Gesundheitsausgaben in Deutschland und den unmittelbaren Nachbarländern seit Jahren auf sehr hohem Niveau und haben teilweise in einigen Ländern während der vergangenen sechs Jahre signifikante Steigerungen erfahren. Spitzenreiter sind hier die Niederlande,

deren Gesundheitsausgaben pro Kopf sich seit 2005 um fast 60 Prozent erhöht haben. Bei allen betrachteten Ländern lassen sich teils sehr hohe Anstiege feststellen. Einzige Ausnahme bildet hier Luxemburg, das die Gesundheitsausgaben pro Kopf im betrachteten Zeitraum um über 13 Prozent deutlich senken konnte. Ein hoher Anstieg der Gesundheitsausgaben ist auch für die Türkei festzustellen. Allerdings bewegen sich die türkischen Ausgaben absolut gesehen auf dem niedrigsten Niveau der betrachteten Länder.

Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes

Die Kommunikation des GKV-Spitzenverbandes 2012 spiegelt das vielfältige Aufgabenspektrum der Institution wider. Große öffentliche Resonanz riefen besonders die Honorarverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. Mit der Vorstellung des IGeL-Monitors in einer gemeinsamen Pressekonferenz haben der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Thema mit besonderer Relevanz für die Patienten auf die Agenda gehoben. Für nachhaltige Diskussion bei Leistungserbringern insgesamt sorgte die Präsentation der Studie „Zuweisungen gegen Entgelt“. Hier machte der GKV-Spitzenverband auf das Problem aufmerksam, dass Zuweisungen gegen Entgelt offensichtlich so häufig vorkommen, dass man nicht mehr nur von Einzelfällen sprechen kann – auch wenn sich der Großteil der Leistungserbringer korrekt verhält.

Die Umsetzung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) in Form von Erstattungsbetragsverhandlungen zog sich durch das gesamte Kommunikationsjahr. Mehrmals suchte der Verband das Gespräch mit Journalisten, um über den Umsetzungsstand und die Herausforderungen dieses neuen Bereiches zu berichten.

Mit dem Positionspapier zur zahnmedizinischen Versorgung gelang es, die Öffentlichkeit für ein wenig beachtetes Problem zu sensibilisieren. Auf einer Pressekonferenz zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung wurden die Erfolge präsentiert, die der GKV-Spitzenverband gemein-

sam mit den Krankenhäusern bei der Qualitätssicherung im stationären Bereich erreichen konnte. Gleichzeitig wies der GKV-Spitzenverband auf die Qualitätssicherungsdefizite in der ambulanten Versorgung hin.

Große Probleme gibt es bei der Sicherheit von Hochrisiko-Medizinprodukten. Über dieses Thema hat der Verband das ganze Jahr über berichtet, auch im Rahmen einer Pressekonferenz. Bereits im Sommer machte der GKV-Spitzenverband die Medien auf die bedenkliche Mengenentwicklung in Krankenhäusern bei bestimmten Operationen aufmerksam. Das kommunikative Jahr endete schließlich mit einem Ausblick auf die schrittweise Einführung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem 1. Januar 2013.

Der Relaunch der Internetseite

Nach einem sowohl technischen als auch optischen Relaunch der Internetseite www.gkv-spitzenverband.de präsentiert sich der GKV-Spitzenverband seit Anfang Juli 2012 in einem übersichtlicheren und modernen Design, das ein unkompliziertes und rasches Erschließen der Inhalte ermöglicht.

Der Fokus der Internetseite liegt nach wie vor auf einer umfassenden und sachlichen Informationsbereitstellung. Webauftritt und Menüführung richten sich konsequent nach den Bedürfnissen der Nutzer und deren Such- und Lesegewohnheiten. Unter anderem wurde die komplette Internetseite mit über 1.000 Seiten und ca. 3.000 Dokumenten verschlagwortet, um sowohl bei externen Suchmaschinen als auch auf der eigenen Seite bessere Suchergebnisse zu erzielen. Die Internetpräsenz ist streng nach den Prinzipien der Barrierefreiheit aufgebaut. Der unabhängige Test auf Barrierefreiheit durch die BIK Beratungsstelle Hamburg bestätigt die sehr gute Zugänglichkeit mit 92 von 100 möglichen Punkten.

Die Inhalte des Internetauftritts des GKV-Spitzenverbandes sind jetzt noch unkomplizierter und schneller zugänglich.



Relaunch der Website des GKV-Spitzenverbandes

Mit den neuen Funktionen RSS-Feed, Social Bookmarking und die Einbindung des Twitterkanals des Pressesprechers hat der GKV-Spitzenverband seine Kommunikationskanäle ausgeweitet.

Nach dem erfolgreichen Relaunch der Internetseite hat der GKV-Spitzenverband bereits begonnen, auch die Themenportale auf das neue Content-Management-System (CMS) und die neue Optik umzustellen. Dieser Weg wird im Jahr 2013 Schritt für Schritt weiter verfolgt. Ebenfalls geplant ist ein Relaunch des Mitgliederportals GKV-Dialog.

Organisation und Haushalt

Personalentwicklung des GKV-Spitzenverbandes

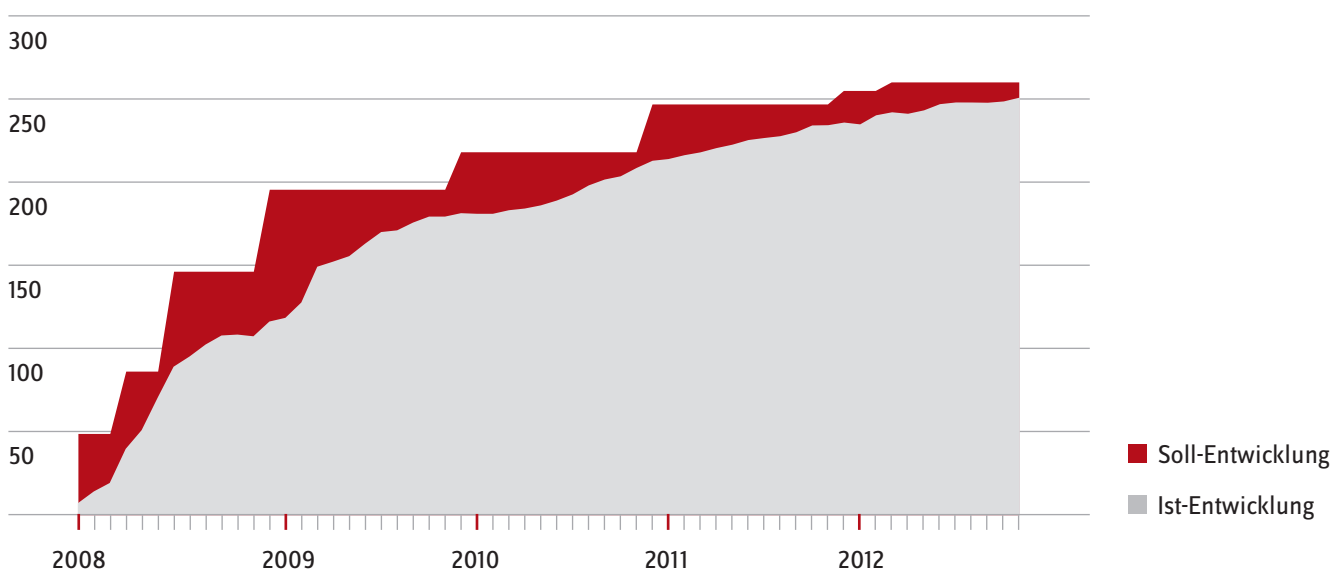
Im Jahr 2012 sah der Stellenplan des GKV-Spitzenverbandes insgesamt 348 Planstellen vor, davon entfielen 92 auf die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bonn. Von den Planstellen waren zum Jahresende 337 Stellen besetzt. Neben den unbefristet beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren bis zu 33 Beschäftigte Übergangsweise im Rahmen von Abordnungen, Befristungen oder Zeitarbeit tätig.

Im Sommer 2012 haben die ersten beiden Auszubildenden des GKV-Spitzenverbandes ihre Ausbildung zum Fachinformatiker, Fachrichtung Systemintegration, erfolgreich bestanden und wurden eingestellt.

Standorte des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband ist in Berlin auf drei unterschiedliche Standorte verteilt. Im Jahr 2013 wird mit dem Umzug in ein neues Verwaltungsgebäude die seit 2009 angestrebte Zusammenführung realisiert. Alle Beschäftigten werden dann unter einem Dach tätig sein, sodass die Arbeitsfähigkeit noch effizienter gestaltet werden kann. Auf Wunsch des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes beinhaltet der Mietvertrag für das Gebäude eine Kaufoption, die genutzt werden kann, wenn dies wirtschaftlich sinnvoll erscheint. Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland - DVKA wird weiterhin als Abteilung des GKV-Spitzenverbandes ihren Sitz in Bonn haben.

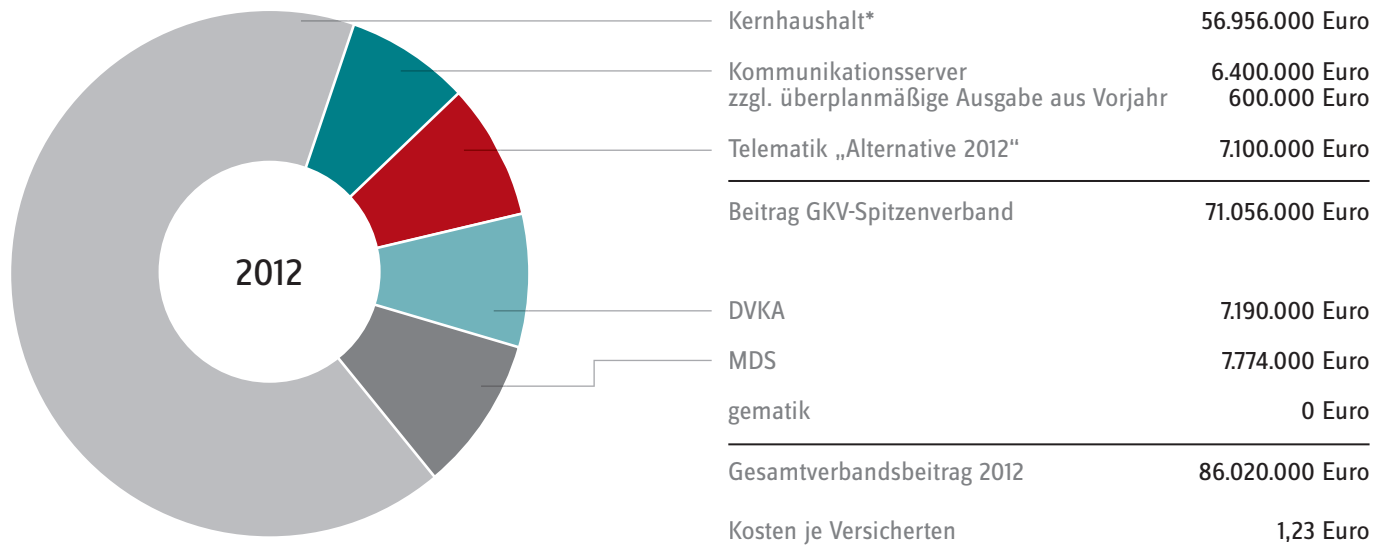
Personalentwicklung Januar 2008 - Dezember 2012 *



* ohne Abt. DVKA

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung

Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrages 2012



* inkl. Mittel zur Förderung von Einrichtung zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V in Höhe von 5.343.000 Euro

Quelle: GKV-Spitzenverband, eigene Darstellung

Jahresrechnung 2011

Die Prüfung der am 26. März 2012 vom Vorstand aufgestellten Jahresrechnung 2011, einschließlich der Jahresrechnung des Teilhaushaltes der Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG. Ferner wurde die KPMG mit der Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der vollständigen Datenmigration in das neue Finanzbuchhaltungssystem SAP beauftragt, sodass zur Hauptprüfung auch eine System- und Saldenprüfung stattfand. Insgesamt wurde durch die KPMG ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt. In seiner Sitzung am 13. Juni 2012 entlastete der Verwaltungsrat den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2011 ab.

Verbandsbeitrag und Hochrechnung 2012

Der Haushaltsplan 2012 weist einen Gesamtverbandsbeitrag von 86 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes einschließlich der Ausgaben für den GKV-Kommunikationsserver und die Telematik „Alternative 2012“. Ebenfalls eingerechnet werden die Umlagen zur Finanzierung des Teilhaushaltes DVKA, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. und der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik).

Haushalt 2013

Der vom Vorstand am 8. Oktober 2012 aufgestellte Haushaltsplan 2013 wurde vom Verwaltungsrat am 5. Dezember 2012 mit einem Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 120,5 Mio. Euro einstimmig beschlossen. Gegenüber dem Vorjahr steigt der Gesamtverbandsbeitrag um 34,5 Mio. Euro, was auf den zusätzlichen Kapitalbedarf der gematik zurückzuführen ist.

GKV-Spitzenverband als Datendrehscheibe

Der IT-Service führte 2012 für 114 Datenarten Datenaustauschverfahren durch, mit einem Gesamtvolumen von 5,3 Terabyte bei einem Aufkommen von 274.948 Datenmeldungen. Darüber hinaus wurden 20 Fachanwendungen mit eigener Anwendungsoberfläche und sechs Webportale mit 7.800 Nutzern betrieben. Für die Sicherstellung eines reibungsfreien Betriebes dieser Anwendungen war es erforderlich, permanent 3.823 Systemdienste auf mehr als 190 Serversystemen zu überwachen.

Das Data-Warehouse des GKV-Spitzenverbandes

Seit 2009 existiert beim GKV-Spitzenverband ein Data-Warehouse, mit dem die Fachabteilungen die für sie relevanten Analysen und Prognosen eigenständig durchführen können. Dafür müssen derzeit über 45 Mrd. Datensätze vorgehalten werden. Die Verfahren zur Umsetzung der Erstattungspreisverhandlungen im Rahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG), die Geburtstagsstichprobe, die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi), der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) und dessen Grouper gehören hier zu den größten Anwendungen und belegen mehr als ein Drittel des gesamten Datenvolumens von 19 Terabyte. Die bisherige Nutzungsweise dieser Daten zielt auf Fachexperten ab, die neben fachlichem Wissen auch über das nötige statistische und technische Fachwissen verfügen, um die Daten effizient zu nutzen. Parallel steht seit Oktober 2012 allen Fachbereichen eine webbasierte Anwendung mit standardisierten Berichten zur Verfügung, die auf Daten der Amtlichen Statistiken beruhen.

IT-Projekte 2012

Neben der Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Betriebes der mittlerweile 65 laufenden IT-Verfahren konnten im Jahr 2012 insgesamt 47 Projekte erfolgreich abgeschlossen werden. Dabei stand vor allem die Qualität und Effizienz des Datenmanagements im Blickpunkt. Für die Vertragspartnerdaten der Hebammen und im Pflegehilfsmittel-Bereich wurden zwei moderne Webanwendungen mit automatisierten Datenimporten entwickelt, die für eine deutliche Steigerung der Datenqualität sorgen. Zudem konnte durch die Anbindung des Antragsverfahrens der Hilfsmittelstelle an das Dokumenten-Management-System des GKV-Spitzenverbandes ein weiteres papiergebundenes Verfahren durch elektronische Vorgangsbearbeitung optimiert werden.

Durch die Entwicklung eines Systems für automatisierte Fach- und Betriebstests sowie den Aufbau flexibler virtueller Testumgebungen konnten auch innerhalb des IT-Services deutliche Qualitäts- und Effizienzsteigerungen erreicht werden.

Übernahme der Anteile der Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Seit dem 1. Juli 2012 ist der GKV-Spitzenverband als Nachfolger der Verbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Gesellschafter der Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Die Zuständigkeit für das Mammographie-Screening ist bezüglich der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesmantelvertrages an den GKV-Spitzenverband übergegangen. Zwischen den Trägern GKV-Spitzenverband und KBV wurde ein neuer Gesellschaftsvertrag abgeschlossen.





Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Nachdem der Ende 2011 neu gewählte Verwaltungsrat in seiner konstituierenden Sitzung alle nötigen formalen Voraussetzungen für seine Arbeit in der zweiten Amtsperiode geschaffen hatte, wandte er sich in den folgenden vier Sitzungen den vielschichtigen Inhalten zu, die die gesundheits- und pflegepolitische Debatte im Berichtsjahr bestimmten. Er informierte sich eingehend über die im Fokus stehenden Gesetzgebungsverfahren, wie z. B. das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das Patientenrechtegesetz, das Psych-Entgelt-Gesetz oder die Organspende-Reform und begleitete die allgemeine Reformdiskussion mit wichtigen Impulsen. Außerdem bezog er Stellung zu dem Bericht des Vorstandes über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Der Verwaltungsrat bezog zu allen wichtigen Reformthemen Stellung

Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz, das Patientenrechtegesetz, das Psych-Entgelt-Gesetz oder die

GKV-Finzen: Vernunft und Realismus

Eines der dominierenden Themen des Jahres 2012 war die erfreuliche, weil erstmals nach Jahren stabile Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung. War man in der Vergangenheit immer wieder mit der Frage konfrontiert worden, wie der stetigen Ausgabendynamik im Gesundheitswesen und den regelmäßig drohenden Defiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entgegen zu wirken ist, galt es nun, sich in der Debatte über die mögliche Verwendung von Finanzüberschüssen zu positionieren. Der Verwaltungsrat wertete die überraschend gute Lage als Ausnahmesituation, die längerfristig jedoch keinen Bestand haben werde. Zurückzuführen waren die Überschüsse auf die positive Entwicklung von Konjunktur und Arbeitsmarkt sowie auf ein Paket gesetzlicher Maßnahmen, das die Regierungskoalition Ende 2010 initiiert hatte. Ziel war es dabei, die Einnahmen – nicht zuletzt mit einer deutlichen Beitragssatzanhebung in einem Volumen von jährlich mehr als sechs Mrd. Euro – zu stabilisieren und die Ausgaben der GKV zu begrenzen, um u. a. die sich damals abzeichnende erhebliche Finanzierungslücke zu verhindern.

Die in 2012 anwachsenden Überschüsse boten eine Plattform für die unterschiedlichsten Forderungen von Leistungserbringern, wie die Mittel zu verwenden seien. Hinzu kam ein im Jahresverlauf zunehmender Druck seitens der Politik zum Abbau der Liquidität. Der Verwaltungsrat trat dennoch konsequent dafür ein, die Ausgaben disziplin zu wahren und das Ziel einer langfristig tragfähigen Finanzausstattung der GKV nicht aus dem Blick zu verlieren. Gemeinsam mit dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes plädierte die Selbstverwaltung dafür, im Sinne von Stabilität und Verlässlichkeit auf Schritte, die möglicherweise wieder zu einer Destabilisierung der Finanzsituation führen, zu verzichten. Stattdessen muss der Weg der finanziellen Konsolidierung fortgesetzt werden, um gegenüber konjunkturellen Schwankungen und steigenden Ausgaben in allen wesentlichen Versorgungsbereichen gewappnet zu sein.

GWB-Novelle: Wettbewerb und Solidarprinzip

In intensiven Beratungen erörterte der Verwaltungsrat die Pläne der Bundesregierung, mit der Novellierung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) die Regelungen des Kartellrechts weitgehend auf die gesetzliche Krankenversicherung auszudehnen. Er befürchtete, dass die geplante Anpassung Konsequenzen von erheblicher Tragweite nach sich ziehen werde, die sich gegen die Interessen der Patienten auswirken und die gesundheitliche Versorgung

Die Mitglieder des Verwaltungsrates sprechen sich gegen die uneingeschränkte Übertragung des Kartellrechts auf die gesetzliche Krankenversicherung aus.

GKV nicht zu ihrem öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag passe. Er appellierte an den Gesetzgeber, stattdessen eine sozialrechtsspezifische

in Deutschland beeinträchtigen. In einer öffentlichen Erklärung machte der Verwaltungsrat deutlich, dass die vorgesehene, nahezu uneingeschränkte Übertragung des Kartellrechts auf die

Wettbewerbsregelung vorzunehmen, die u. a. die Berücksichtigung des Versorgungsauftrages und das Prinzip der Selbstverwaltung gewährleistet und forderte ihn auf, die Zuständigkeit der Sozialgerichte für alle Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung festzuschreiben. Auf Basis der Positionierung des Verwaltungsrates lehnte der GKV-Spitzenverband die geplante Gesetzesregelung in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung ab. Darüber hinaus übermittelte er seine Stellungnahme dem federführenden Wirtschaftsausschuss und verdeutlichte seine Argumente in einem Expertengespräch des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages und gegenüber den beteiligten Ministerien.

Ärztliche Vergütung: Augenmaß und Verantwortung

Klare Worte fand der Verwaltungsrat zum Abbruch der Honorarverhandlungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), nachdem diese bei Festlegung des Orientierungswertes im Erweiterten Bewertungsausschuss mit den Stimmen der Kassen und dem Votum des unparteiischen Vorsitzenden überstimmt worden war. Das

Höhere Vergütungen müssen sich nachweislich in höherer Versorgungsqualität auswirken

erzeugten Erwartungen ihrer Mitglieder zurückgeblieben. Der Verwaltungsrat forderte die KBV auf, demokratischen Regeln und gesetzlichen Vorgaben entsprechend an den Verhandlungstisch zurückzukehren und darüber hinaus verantwortlich mit den Beitragsgeldern von Versicherten und Arbeitgebern umzugehen. Er kritisierte u. a. die Maßnahmen, die einzelne Ärztevertreter zu Lasten der Patienten angekündigt hatten, um ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen. Der Verwaltungsrat unterstrich, dass höhere Vergütungen sich in einer nachweislich höheren Versorgungsqualität auswirken müssen. Den entstan-

Volumen der Anhebung war dabei hinter den Forderungen der KBV und den damit

denen Konflikt sah er insgesamt mit Sorge und befürchtete, dass dieser eine Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung befördere. Um weitere Entwicklungen in diese Richtung zu vermeiden, wird er sich auch künftig mit der Problematik befassen und mögliche Lösungswege diskutieren.

Versorgung: Qualität und Sicherheit

Einen besonderen Schwerpunkt in den Beratungen des Plenums bildete im Berichtsjahr das Thema der Organisation der gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der Fachausschuss Verträge und Versorgung hat sich intensiv mit aktuellen versorgungspolitischen Fragestellungen auseinandergesetzt und eine Reihe Beschlussempfehlungen an das Plenum gerichtet:

In Deutschland gibt es im internationalen Vergleich besonders viele Arztpraxen, Krankenhäuser und medizinische Geräte – verbunden mit einem umfassenden Versorgungsangebot. Vor diesem Hintergrund ist es eine Herausforderung, die Qualitätssicherung im Interesse der Patientinnen und Patienten auszubauen und unnötige Bürokratie zu vermeiden. Der Verwaltungsrat hat deshalb ein Positionspapier zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung verabschiedet, um die notwendige Diskussion zu diesem Thema voranzutreiben. Hervorgehoben wurde gleichzeitig, dass die GKV mit diesen Positionen einmal mehr ihren hohen Qualitätsanspruch für die Versorgung der Versicherten belege.

Mit den in jüngster Zeit publik gewordenen Medizinprodukteskandalen wurde dringender Handlungsbedarf dahingehend deutlich, dass das Medizinprodukterecht einer Modernisierung bedarf und für Hochrisiko-Medizinprodukte eigene gesetzliche Zulassungsregeln zu schaffen sind. Der Verwaltungsrat hat zu der Thematik ein Positionspapier u. a. mit der Zielsetzung beschlossen, die Patientensicherheit in diesem Bereich aufrechtzuerhalten bzw. zu erhöhen.

Die Positionierung des Verwaltungsrates zur zahnmedizinischen Versorgung bildet die Grundlage für die Beratungen des GKV-Spitzenverbandes mit den Zahnärzten und der Politik zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung. Zu den zentralen Forderungen gehören dabei die Qualitätssicherung zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen sowie der Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung.

Mit seiner Beschlussfassung zur Hörgeräteversorgung hat sich der Verwaltungsrat in besonderem Maße für eine Verbesserung der Versorgungssituation hörbehinderter Menschen engagiert.

**Prävention und Gesundheitsförderung:
Lebens- und Arbeitswelten**

Für die gesetzliche Krankenversicherung sind der Schutz vor Krankheit und die Förderung der Gesundheit unverzichtbare Aufgaben. Bereits im Jahr 2009 hat der Verwaltungsrat Eckpunkte zur Prävention und Gesundheitsförderung vorgelegt; im Berichtsjahr wurden diese aktualisiert und weiterentwickelt sowie neue Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV für die Jahre 2013 bis 2018 beschlossen. Zuvor hatte sich der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege eingehend mit der Thematik beschäftigt. Auf dieser Basis tritt der GKV-Spitzenverband dafür ein, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu etablieren. Da Krankheiten und ihre Risikofaktoren in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt sind, ist gerade Versicherten in sozial benachteiligter Lage besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Pflegenoten: Transparenz und Orientierung

Im Bereich der Pflegeversicherung stand das Konzept für die Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) auf der Agenda des Verwaltungsrates. Der Verwaltungsrat stimmte u. a. den Änderungsvorschlägen zur Anpassung der PTV zu und beauftragte gleichzeitig den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, im Falle der Nichteinigung zu den strittigen Punkten der PTV im stationären Bereich die Schiedsstelle anzurufen. Vorausgegangen waren bereits intensive Beratungen des Fachausschusses Prävention, Rehabilitation und Pflege, deren Ergebnisse der Beschlussfassung des Verwaltungsrates zugrunde lagen.

Vorstand: Erfolg und Vertrauen

Der Verwaltungsrat bestätigte Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus v. Stackelberg und Gernot Kiefer für weitere sechs Jahre in ihren Ämtern als Mitglieder des Vorstandes. Dabei folgte der Verwaltungsrat den Beschlussempfehlungen seiner Fachausschüsse Organisation und Finanzen sowie Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik.

Der Verwaltungsrat setzt sich bei seiner Arbeit konsequent für eine langfristige und tragfähige Finanzausstattung der GKV ein.



Verwaltungsrat des
GKV-Spitzenverbandes
- 2. Wahlperiode -

STIMMKARTE

Versichertenvertreter

Vorstandswahl - Auf Kurs bleiben unter bewährter Führung

Der bisherige Vorstand des GKV-Spitzenverbandes ist auch der neue: Ohne Gegenstimmen bestätigte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes die Vorstandsmitglieder für eine weitere Amtszeit.

Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus v. Stackelberg und Gernot Kiefer wurden im vergangenen Jahr als Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes für die zweite Wahlperiode bestätigt. Die Wiederwahl durch den Verwaltungsrat für die Amtsperiode bis zum 30. Juni 2019 erfolgte einstimmig. Mit der Wahl positioniert sich der GKV-Spitzenverband in Zeiten vielfältiger Herausforderungen als verlässlicher Partner und bringt seine Bereitschaft und Überzeugung zum Ausdruck, die bisherige Ausrichtung beizubehalten und die gesetzten Ziele weiterzuverfolgen.

Die einstimmige Wiederwahl belegt weiterhin den hohen Grad der Zustimmung seiner Mitglieder, vertreten durch ihre ehrenamtlichen Vertreter im Verwaltungsrat. Ihre Anerkennung bezieht sich sowohl auf die gelungene Aufbauarbeit als auch auf die erfolgreiche Führung des inzwischen etablierten und bei den Krankenkassen, in der gemeinsamen Selbstverwaltung, in der Politik und im verbandspolitischen Umfeld anerkannten Spitzenverbandes aller Kranken- und Pflegekassen.

Gleichzeitig mit der Wiederwahl wurden Frau Dr. Pfeiffer als Vorsitzende und Herr v. Stackelberg als stellvertretender Vorsitzen-

der des Vorstands in ihren Funktionen bestätigt. Beide hatten in diesen Positionen Aufbau und Etablierung des Spitzenverbandes ab dem Jahr 2007 maßgeblich gestaltet und begleitet. Gernot Kiefer trat im April 2010 nach dem altersbedingten Ausscheiden von K.-Dieter Voß dessen Nachfolge als Vorstandsmitglied an.

Nach der erfolgreichen Wahlhandlung gratulierten die alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrates, Christian Zahn und Dr. Volker Hansen, den drei Vorstandsmitgliedern im Namen des gesamten Verwaltungsrates für ihre erfolgreiche Arbeit. Sie verbanden diesen Dank mit der Erwartung, dass das Vorstandsteam auch in der zweiten Wahlperiode vertrauensvoll mit dem Verwaltungsrat zusammenarbeiten und den Verband weiterhin auf hohem Niveau professionell führen wird.

Bericht zum Fachbeirat

Vielfalt bei den Krankenkassen ist Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb und damit die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Diese resultiert aus unterschiedlichen Strategien und Versorgungsangeboten. Daran haben auch die im Jahr 2012 vollzogenen Fusionen zwischen Krankenkassen nichts geändert. Das Kassenlager ist nach wie vor durch einen hohen Grad an Pluralität gekennzeichnet.

Die gesundheits- und versorgungspolitische Agenda ist vielfältig und dynamisch. Der Fachbeirat unterstützt den GKV-Spitzenverband dabei im Sinne seiner Mitglieder und damit im Sinne der Patienten und Beitragszahler zu agieren.

Vor dem Hintergrund der sich daraus ergebenden Herausforderung für den GKV-Spitzenverband als Interessenvertretung aller Kranken- und Pflegekassen stellt der Fachbeirat als Beratungsplattform eine schnelle und fachlich fundierte Meinungsbildung des Verbandes sicher. Sämtliche Stellungnahmen, zu denen der GKV-Spitzenverband – z.B. vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages – aufgefordert wird, werden über den Fachbeirat mit den Krankenkassen abgestimmt. Darüber hinaus war die Arbeit im Fachbeirat auch im Jahr 2012 von allen wesentlichen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen des Berichtsjahres geprägt.

Im Fokus der Beratungen im Fachbeirat stand wiederholt das Thema Organspende. Für die sich aus der Transplantationsgesetzgebung ergebenden weitreichenden Änderungen und Pflichten für die Krankenkassen wurde im Fachbeirat über geeignete Umsetzungsstrategien beraten, auch unter Berücksichtigung der bekannt gewordenen Unregelmäßigkeiten bei der Vergabe von Spenderorganen.

Mehrfach wurde im Fachbeirat auch das Thema Mengen- und Preisproblematik in der stationären Versorgung thematisiert. Der Schwerpunkt dieser Debatte lag u. a. darin, Lösungsoptionen für effektive Steuerungsinstrumente aufzuzeigen, mit denen Anreize für Krankenhäuser minimiert werden, Leistungen zu erbringen, die wirtschaftlich motiviert, aber medizinisch nicht notwendig sind.

Im Bereich der ambulanten Versorgung wurde das Bedarfsplanungskonzept des GKV-Spitzenverbandes konstruktiv begleitet. Es diente den Selbstverwaltungspartnern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Grundlage für die Erarbeitung einer neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie.

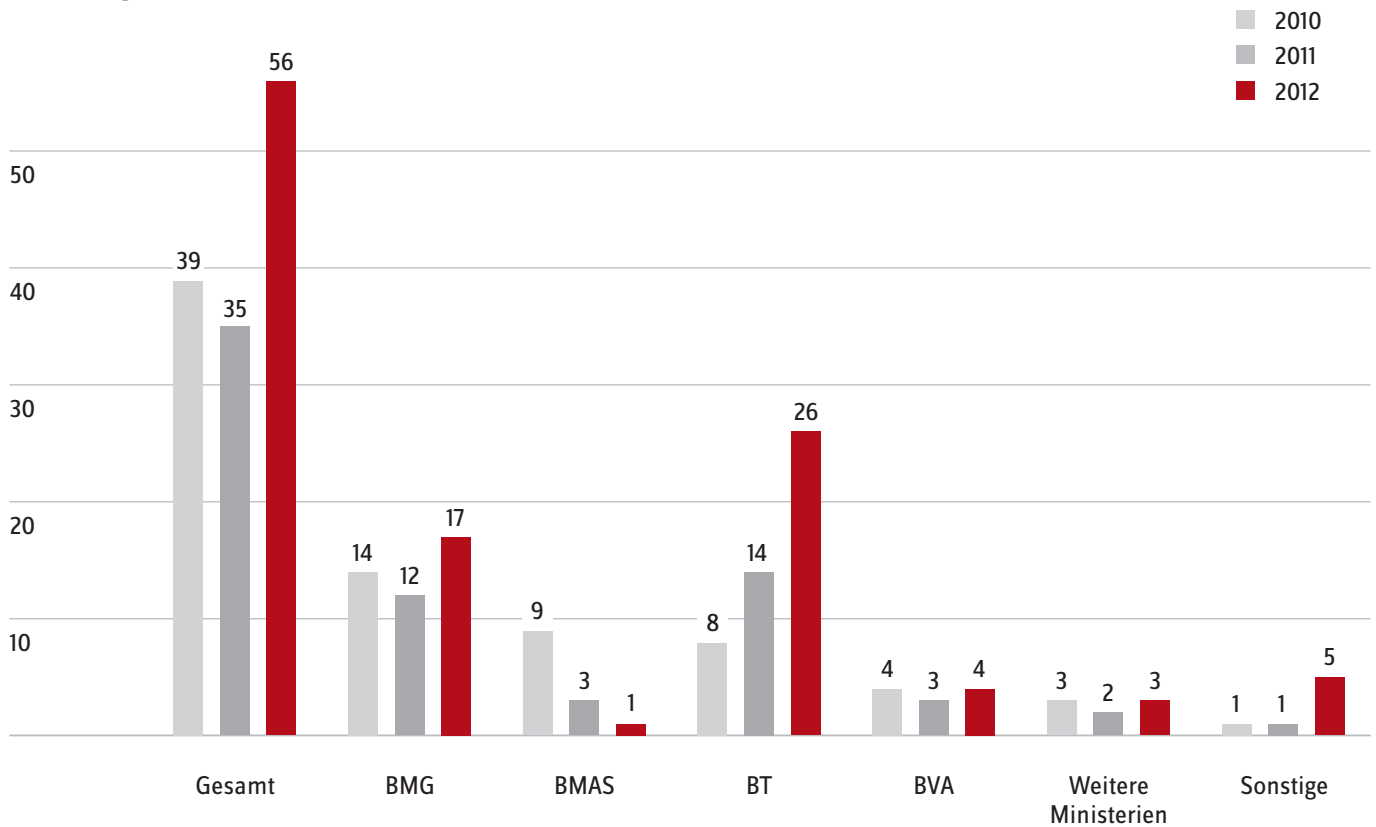
In enger Rückkopplung mit dem Fachbeirat hat der GKV-Spitzenverband zu zahlreichen versorgungspolitischen Themen Stellung bezogen und die politische Debatte maßgeblich geprägt. Beispielsweise wurde ein Positionspapier zum Themenbereich Medizinprodukte entwickelt, in dem die Weiterentwicklung des Medizinprodukterechts zugunsten der Patientensicherheit gefordert wird. Die Mitglieder des Fachbeirates sprachen sich diesbezüglich für die entsprechenden Korrekturen und aufgezeigten Lösungsvorschläge aus.

Fachbeirat stellt schnelle und fundierte Meinungsbildung sicher

Ausgiebig wurde im Fachbeirat die Notwendigkeit der Nutzung von Routinedaten für die Qualitätssicherung

in der medizinischen und pflegerischen Versorgung diskutiert. Die Beratungen konzentrierten sich dabei auf eine gemeinsame Positionierung und Erarbeitung fachlich-technischer Eckpunkte zur Umsetzung der Nutzung von Daten der Krankenkassen.

Stellungnahmen



BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BT: Bundestag (inkl. Ausschuss für Gesundheit)

BVA: Bundesversicherungsamt

Weitere Ministerien:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend;

Bundesministerium für Wirtschaft; Bundesministerium für Justiz;

Bundesministerium für Finanzen

Sonstige: Bundesrechnungshof; Robert-Koch-Institut

G-BA – Personelle und strukturelle Veränderungen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Zum 1. Januar 2012 sind zahlreiche den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) betreffende Vorgaben des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) in Kraft getreten. Die wesentlichen Änderungen sind:

Berufung der Unparteiischen und ihrer Stellvertreter

Die einvernehmliche Benennung der drei unparteiischen Mitglieder des G-BA und ihrer Stellvertreter durch die Trägerorganisationen unterliegt zusätzlich einer Prüfung der Neutralität durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Diesem wird bei der Prüfung ein Widerspruchsrecht eingeräumt. Die Amtszeit der Unparteiischen wurde von vier auf sechs Jahre ausgedehnt; eine zweite Amtsperiode ist nicht mehr möglich. Des Weiteren wurde eine Karenzzeit eingeführt, die bei der Berufung der Unparteiischen und der Stellvertreter zu erfüllen ist. Demnach

können nur Personen benannt werden, die im vorangegangenen Jahr nicht bei den Trägerorganisationen oder als Ärzte oder im Krankenhaus tätig waren.

Die gemeinsame Selbstverwaltung als Strukturprinzip der GKV schafft die Grundlage für eine hohe Versorgungsqualität in der gesundheitlichen Versorgung.

Nachdem sich die Trägerorganisationen über die Benennung der Kandidatinnen und Kandidaten für die Unparteiischen und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter verständigen konnten, wurde der geeinte Vorschlag an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Der Ausschuss für Gesundheit des Bundestages hat dem Vorschlag – in der vorgesehenen Frist von sechs Wochen – nicht widersprochen, sodass die Unparteiischen und deren Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter für die dritte Amtsperiode des G-BA vom 1. Juli 2012 bis zum 30. Juni 2018 durch die Trägerorganisationen berufen werden konnten.

Sektorenbezogene Stimmverteilung im Plenum

Mit dem GKV-VStG wurde zum 1. Februar 2012 eine neue sektorenbezogene Stimmverteilung im Plenum eingeführt. Nach der neuen Regelung dürfen bei Beschlüssen, die allein einen oder allein

zwei Leistungssektoren betreffen, die davon nicht betroffenen Bänke nicht mehr mitstimmen. Deren Stimmen werden im anteiligen Verhältnis auf die jeweils stimmberechtigten Bänke der Leistungserbringer übertragen. Der G-BA hat – fristgerecht bis Ende Januar 2012 – in seiner Geschäftsordnung die Stimmrechtsübertragungen angepasst und festgelegt, bei welchen Richtlinien und Entscheidungen allein ein oder allein zwei Leistungssektoren wesentlich betroffen sind. Seither erfolgt bei Beschlüssen zu diesen Richtlinien und Entscheidungen in allen Gremien die jeweils entsprechend festgelegte Stimmabgabe.

Leistungsausschlüsse mit Stimmquorum

Für Beschlüsse, die eine bisher zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbringbare Leistung ausschließen, ist seit dem 1. Januar 2012 in bestimmten Fällen ein Stimmquorum von mindestens neun der insgesamt dreizehn Stimmen im Plenum des G-BA erforderlich. Dieses Quorum gilt für Ausschlüsse, die nicht allein nur einen, sondern mehrere Leistungssektoren wesentlich betreffen.

Stellungnahme- und Teilnahmerechte Dritter

Mit dem GKV-VStG wurde der Kreis der gesetzlich vorgegebenen Stellungnahmeberechtigten deutlich erweitert. Das Gesetz regelt detailliert, wann Dritten (z. B. wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Interessenvertretern und Interessenvertretungsorganisationen) Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Darüber hinaus haben die Stellungnahmeberechtigten, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, künftig in der Regel auch ein mündliches Stellungnahmerecht im jeweiligen Unterausschuss. Der G-BA hat die Stellungnahmen in seine Entscheidungen einzu beziehen.

Bei den Richtlinien zur Bedarfsplanung haben die Länder seit dem 1. Januar 2012 ein Mitberatungsrecht ohne Stimmrecht, das durch zwei Vertreter der Länder ausgeübt wird. Ihre Benennung erfolgt durch die Gesundheitsministerkonferenz der

Die Unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter

	Mitglied 1 (hauptamtlich)	1. Stellvertreter (ehrenamtlich)	2. Stellvertreter (ehrenamtlich)
Unparteiischer Vorsitzender	Josef Hecken	Prof. Dr. Dr. Rainer Pitschas	Prof. Dr. Norbert Schmacke
Unparteiisches Mitglied	Dr. Harald Deisler	Dr. Johannes Vöcking	Dr. Hermann Schulte-Sasse
Unparteiisches Mitglied	Dr. Regina Klakow-Franck	Dr. Udo Degener-Hencke	Dr. Margita Bert

Länder. Dabei umfasst die Mitberatung auch das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein.

Bürokratiekostenabschätzung

Weiterhin verpflichtet das GKV-VStG den G-BA seit dem 1. September 2012, die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten nach dem Standardkostenmodell des Normenkontrollrats zu ermitteln und diese Kosten in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar darzustellen.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

Das GKV-VStG hat mit der Neufassung des § 116b SGB V einen neuen Versorgungssektor geschaffen – die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV). Sie umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser sollen unter grundsätzlich gleichen Anforderungen zur ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der ASV berechtigt sein. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA die Aufgabe, Näheres zur Ausgestaltung und Umsetzung der ASV in einer Richtlinie zu konkretisieren.

Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie

Die neue Richtlinie für eine Bedarfsplanung wurde Mitte Dezember 2012 im Plenum des G-BA verabschiedet. Die Neufassung trat – wie mit dem GKV-VStG vorgesehen – fristgerecht zum 1. Januar 2013 in Kraft. Ziel der Neufassung ist es, ärztliche Leistungen in der ambulanten Versorgung zielgenauer zu planen.

Richtlinie und Anträge zur Erprobung von Methoden mit Potenzial

Das GKV-VStG hat dem G-BA mit Wirkung zum 1. Januar 2012 die Möglichkeit eröffnet, bei Methoden ohne hinreichenden Nutzenbeleg, aber mit Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative, eine sogenannte Erprobungs-Richtlinie zu erlassen. Demnach sind Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden in einem zu befristenden Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zulasten der Krankenkassen erbringbar. Anbieter von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Medizinproduktehersteller können direkt einen Antrag auf Erprobung einer Methode beim G-BA stellen, über den innerhalb von drei Monaten nach Eingang entschieden werden muss.

DMP künftig Richtlinien des G-BA

Der Gesetzgeber hatte den G-BA beauftragt, zu den seit 2001 laufenden Disease-Management-Programmen (DMP) Empfehlungen zu erarbeiten, die das BMG in Richtlinien überführt hat. Mit dem GKV-VStG wurde der G-BA ermächtigt, selbst verbindliche Richtlinien zu beschließen, mit denen der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessert werden sollen.

Quo vadis G-BA?

Mit dem GKV-VStG hat der Gesetzgeber weitreichende Reformen der Strukturen und Arbeitsweisen des G-BA beschlossen, mit dem Ziel die Abläufe und Beratungsverfahren transparenter und effizienter zu gestalten. Erste Erfahrungen zeigen allerdings, dass mit der Neustrukturierung und den erweiterten Aufgaben und Anforderungen formale Hürden aufgebaut wurden, die den Beratungsprozess verlangsamen. Daher fokussiert der GKV-Spitzenverband seine Arbeit im G-BA auf die Herausforderung, die gesetzlichen Änderungen zeitnah und pragmatisch umzusetzen.

„Neutralität und Keule?“

Interview mit Josef Hecken, der zum 1. Juli 2012 zum neuen unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses berufen wurde.

Sehr geehrter Herr Hecken. Nach vielen Jahren als aktiver Politiker sind Sie als unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses Teil der Selbstverwaltung geworden. Was hat Sie daran gereizt?

Sowohl in der Politik als auch in der Selbstverwaltung haben wir einen ordnungspolitischen Ausgangspunkt, um die unterschiedlichen Belange für die Menschen zu regeln und möglichst zu verbessern. Es gibt aber einen wichtigen Unterschied: Im Gemeinsamen Bundesausschuss wird stets auf Basis evidenzbasierter Fakten diskutiert und entschieden und nicht auf Grundlage von Stimmungen und Meinungen. Auch sind wir im Gemeinsamen Bundesausschuss näher am konkreten Versorgungsgeschehen. Was wir hier regeln, hat oftmals einen direkteren Einfluss auf die Versorgungsrealität der Menschen als dies bei politischen Entscheidungen der Fall ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft Entscheidungen für 70 Millionen Menschen. Ist es da überhaupt möglich, jedem Einzelnen gerecht zu werden?

Unser Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität in Deutschland immer wieder zu hinterfragen und, wo es möglich ist, besser zu machen. Besser machen bedeutet auch, dafür zu sorgen, dass

Neuerungen möglichst schnell bei den Menschen ankommen. In der Vergangenheit haben wir es gelegentlich erlebt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss relativ lange brauchte, um zu Beschlüssen zu kommen. Da, wo Entscheidungen lange brauchen, sind es manchmal nur Detailfragen, die einen bestimmten Teil einer Richtlinie, einer Vorgabe berühren. Ich möchte an solchen Stellen gern schneller vorankommen. Bei jeder Entscheidung sollten wir uns fragen, ob es nicht besser ist, umgehend eine Regelung zu treffen, von der 95 Prozent der Menschen profitieren, oder aber so lange weiter zu diskutieren, bis 100 Prozent erreicht werden – dann aber zu dem Preis, dass es möglicherweise ein bis zwei Jahre länger dauert. Hier ist meine Erfahrung aus der Politik hilfreich: Es braucht ein gewisses Maß an Pragmatismus, um Kompromisse nicht nur in der Sache, sondern auch mit Blick auf die angemessene Zeitschiene zu finden.

Kann man es so zusammenfassen, dass Sie etwas mehr gesunden Pragmatismus in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hineinbringen möchten?

Ja, sicherlich, aber Pragmatismus bedeutet hier nicht, dass es wie auf einem Basar zugehen soll. Die eigentliche Herausforderung ist es herauszufinden, welche 95 Prozent einer sehr komplexen Materie rasch beschlossen und umgesetzt werden können, um dann die fehlenden 5 Prozent auch noch anzugehen. Wir brauchen die richtige Balance von fachlicher Detailarbeit und Geschwindigkeit. Ich freue mich, dass uns dies bei

„Unser Ziel muss es sein, die Versorgungsqualität in Deutschland immer wieder zu hinterfragen und, wo es möglich ist, besser zu machen. Besser machen bedeutet auch dafür zu sorgen, dass Neuerungen möglichst schnell bei den Menschen ankommen.“



der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie gelungen ist, weil alle Bänke gemeinsam mit großem Engagement daran gearbeitet haben.

Als unparteiischer Vorsitzender müssen Sie einerseits die manchmal entgegengesetzten Interessen als neutraler Makler zusammen führen, andererseits ist Ihre 13. Stimme die „neutrale Keule“, um am Ende eine Mehrheit zu erzwingen. Widerspricht sich das nicht - Neutralität und Keule?

Nein, das sehe ich nicht. Ich muss, ebenso wie meine unparteiische Kollegin und mein unparteiischer Kollege, im Laufe des Beratungsprozesses

bis zur letzten Sekunde aufmerksam und uneingeschränkt offen sein für neue Argumente, und zwar von allen Seiten. Dies ist die Grundlage dafür, wirklich unparteiisch sein zu können. Aber wir haben hier im Gemeinsamen Bundesausschuss keine unverbindlichen Plauderrunden, sondern wir müssen Entscheidungen treffen. Und da ist es manchmal hilfreich, wenn auf dem gelegentlich steinigem Weg hin zu einem Konsens alle Beteiligten wissen, dass statt einer Einigung auch ein mehrheitlicher Beschluss gegen eine Seite möglich ist. Neutralität in den Beratungen heißt nicht, dass man am Ende eine klare Entscheidung scheut.



Anhang

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2012 (Stichtag 01.01.2013)

1. actimonda kranken- kasse	21. BKK Achenbach Buschhütten	48. BKK Groz-Beckert	80. BKK VDN	109. HEAG BKK
2. AOK - Die Ge- sundheitskasse für Niedersachsen	22. BKK advita	49. BKK Heimbach	81. BKK VerbundPlus	110. Heimat Kranken- kasse
3. AOK - Die Ge- sundheitskasse in Hessen	23. BKK Aesculap	50. BKK HENSCHERL Plus	82. BKK Verkehrsbau Union VBU	111. hkk Erste Gesund- heit
4. AOK Baden- Württemberg	24. BKK Akzo Nobel -Bayern-	51. BKK Herford Min- den Ravensberg	83. BKK VICTORIA- D.A.S.	112. HypoVereinsbank BKK
5. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse	25. BKK B. Braun Melsungen AG	52. BKK Herkules	84. BKK Vital	113. IKK Brandenburg und Berlin
6. AOK Bremen / Bremerhaven	26. BKK Basell	53. BKK IHV	85. BKK vor Ort	114. IKK classic
7. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	27. BKK Beiersdorf AG	54. BKK KARL MAYER	86. BKK Voralb Heller*Leuze*Traub	115. IKK gesund plus
8. AOK NORDWEST - Die Gesundheits- kasse	28. BKK BJB	55. BKK Kassana	87. BKK Werra- Meissner	116. IKK Nord
9. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen	29. BKK BPW Ber- gische Achsen KG	56. BKK KBA	88. Wieland BKK	117. IKK Südwest
10. AOK Rheinland- Pfalz/Saarland - Die Gesundheits- kasse	30. BKK Braun-Gillette	57. BKK KEVAG KOBLENZ	89. BKK Wirtschaft & Finanzen	118. Kaufmännische Krankenkasse - KKH
11. AOK Rheinland/ Hamburg - Die Gesundheitskasse	31. BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	58. BKK Krones	90. BKK Würth	119. mhplus Betriebs- krankenkasse
12. AOK Sachsen- Anhalt	32. BKK der G. M. PFAFF AG	59. BKK Linde	91. BKK ZF & Partner	120. Novitas BKK
13. atlas BKK ahl- mann	33. BKK der MTU Friedrichshafen GmbH	60. BKK MAHLE	92. BMW BKK	121. pronova BKK
14. Audi BKK	34. BKK der SIEMAG	61. BKK MEDICUS	93. Bosch BKK	122. R+V BKK
15. BAHN-BKK	35. BKK der Thüringer Energieversorgung	62. BKK Melitta Plus	94. Brandenburgische BKK	123. Salus BKK - Die Gutfühlfversicherung
16. BARMER GEK	36. BKK Deutsche Bank AG	63. BKK MEM	95. Continentale Betriebskranken- kasse	124. SECURVITA BKK
17. Bertelsmann BKK	37. BKK Diakonie	64. BKK Merck	96. Daimler BKK	125. Shell BKK/LIFE
18. BIG direkt gesund	38. BKK Dürkopp Adler	65. BKK Miele	97. DAK-Gesundheit	126. SBK Siemens- Betriebskranken- kasse
19. BKK24	39. BKK ESSANELLE	66. BKK Mobil Oil	98. Debeka BKK	127. SKD BKK
20. BKK A.T.U	40. BKK EUREGIO	67. BKK Pfalz	99. Deutsche BKK	128. Sozialversiche- rung für Landwirt- schaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
	41. BKK EWE	68. BKK PHOENIX	100. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	129. Südzucker-BKK
	42. BKK exklusiv	69. BKK Pricewater- houseCoopers	101. Die Schwenninger Betriebskranken- kasse	130. Techniker Kran- kenkasse
	43. BKK Faber-Castell & Partner	70. BKK Publik	102. DRV Knappschaft- Bahn-See	131. TUI BKK
	44. BKK firmus	71. BKK Rieker.Ricos- ta.Weisser	103. E.ON BKK	132. Vaillant BKK
	45. BKK Freudenberg	72. BKK RWE	104. energie-BKK	133. Vereinigte BKK
	46. BKK GILDE- MEISTER SEIDEN- STICKER	73. BKK Salzgitter	105. Ernst & Young BKK	134. WMF BKK
	47. BKK GRILLO- WERKE AG	74. BKK Scheufelen	106. ESSO BKK	
		75. BKK Schleswig- Holstein	107. G+V BKK	
		76. BKK Schwarz- wald-Baar-Heu- berg	108. HEK - Hanseatische Krankenkasse	
		77. BKK Stadt Augs- burg		
		78. BKK Technoform		
		79. BKK Textilgruppe Hof		

Fusionen im Jahr 2012 (Stand 01.01.2013)

Vereinigte Kasse

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Die Gesundheitskasse

BKK vor Ort

BKK A.T.U.

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau

DAK-Gesundheit

Fusionspartner

AOK Rheinland-Pfalz
AOK Saarland

BKK vor Ort
BKK Hoesch

BKK A.T.U.
BKK Schwesternschaft München

Krankenkasse für den Gartenbau
LKK Baden-Württemberg
LKK Franken und Oberbayern
LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
LKK Mittel- und Ostdeutschland
LKK Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben
LKK Niedersachsen-Bremen
LKK Nordrhein-Westfalen
LKK Schleswig-Holstein und Hamburg

DAK-Gesundheit
SAINT-GOBAIN BKK

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2012

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/Saarland
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

Name	Krankenkasse
Balsler, Erich	KKH-Allianz
Behle, Christine	BARMER GEK (am 29.11.2012 zum ordentlichen Mitglied gewählt)
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bilz, Rosemie	Techniker Kranken- kasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Breymaier, Leni	BARMER GEK (am 05.09.2012 vom Amt entbunden)
Ermler, Christian	BARMER GEK
Güner, Günter	AOK Baden-Württem- berg
Hamers, Ludger	BKK vor Ort
Heerbeck, Thomas	BARMER GEK
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER GEK
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Linnemann, Eckehard	DRV Knappschaft- Bahn-See
Märtens, Dieter F.	Techniker Kranken- kasse
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reuber, Karl	AOK Rheinland/ Hamburg
Römer, Bert	IKK classic



Schäfer, Günter	DAK-Gesundheit
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Kranken- kasse
Strobel, Andreas	SBK Siemens-Betriebs- krankenkasse
Stute, Hans-Peter	DAK-Gesundheit
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK-Gesundheit

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates im Jahr 2012

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 (am 05.12.2012 vom Amt entbunden)
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 Rheinland-Pfalz/Saarland
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Nobereit, Sven	AOK PLUS
Reinisch, Dr. Mark	BKK Kassana
Schirp, Alexander	AOK Nordost
Söller, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Steigerwald, Claus	BKK Faber-Castell & Partner
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse	Name	Krankenkasse
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	Knöpfe, 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 Verkehrsbau 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/Saarland
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/Saarland	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		(am 05.12.2012 vom Amt entbunden)
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse	Slovinec, Gertrude	Techniker Krankenkasse
Gransee, Ulrich	AOK Niedersachsen	Sonntag, Dr. Ute	BARMER GEK
Hachtmann, Götz-Wilhelm	SECURVITA BKK	Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK	Vater, Birgit	BARMER GEK
Heinemann, Bernd	BARMER GEK	Vieweg, Johanna	Techniker Krankenkasse
Hoppe, Klaus	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse		
Hüfner, Gert	DRV Knappschaft-Bahn-See		

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrates

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 Söllner (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); bis 05.09.2012
Christine Behle (EK); ab 05.12.2012
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

Ordentliche Mitglieder der Fachbeirates 2012 und Stellvertreter/-innen

Mitglieder

BKK

1. Heinz Kaltenbach
2. Achim Kolanoski

AOK

1. Jürgen Graalmann
2. Dr. Helmut Platzer

Ersatzkassen

1. Ulrike Elsner
(seit 19.12.2012 für Thomas Ballast)
2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf
(seit 19.12.2012 für Ulrike Elsner)

IKK

1. Jürgen Hohnl
2. Uwe Schröder

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

1. Eckhart Stüwe
2. Dr. Erich Koch

Knappschaft

1. Bettina am Orde
(seit 08.10.2012 für Rolf Stadié)
2. Gerd Jockenhöfer

Stellvertreter/-innen

Dr. Hildegard Demmer
Winfried Baumgärtner

Uwe Deh
Dr. Jürgen Peter

Manfred Baumann
(seit 19.12.2012 für Dr. Jörg Meyers-Middendorf)
Oliver Blatt

Frank Hippler
(seit 26.06.2012 für Frank Neumann)
Enrico Kreutz

. / .

Rolf Stadié
(seit 08.10.2012 für Hans-Jürgen Fries)
Jörg Neumann

Organigramm GKV-Spitzenverband

