



Spitzenverband



#weiterdenken

Geschäftsbericht 2015



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28, 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 2015.

Redaktionsschluss: 29.01.2016
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Verena Schröder (Bildredaktion),
Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Fotonachweis auf Seite 115

Bestellnummer 2016-001

#weiterdenken

Geschäftsbericht 2015

Geschäftsbericht 2015

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Reformen gestalten und nachhaltig finanzieren	10

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	13
Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stärken	16

Themen des Jahres

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen	19
Sektorenübergreifende Versorgung fördern	25
Krankenhausstrukturen reformieren	27
Geriatrische Versorgung besser koordinieren	32
Qualitätssicherung verbindlich machen	33
Bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung voranbringen	34
Ärztliche Vergütungsregelungen überdenken	37
Psychotherapie weiterhin angemessen vergüten	38
Qualität bei Hausgeburten sichern	39
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung ausbauen	41
AMNOG-Prinzip weiterentwickeln	45
Arzneimittelversorgung in Europa vergleichen	48
Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung klarer regeln	49
Marktanteil von Biosimilars erhöhen	51
Verordnungsverhalten transparent darlegen	53
Qualität der Pflege verbessern	54
Pflegereform wissenschaftlich begleiten	58
Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen stärken	60
Sichere Telematikinfrastruktur schaffen	61
Hospiz- und Palliativversorgung flächendeckend bereithalten	65
Qualität medizinischer Leistungen wissenschaftlich belegen	67

Kommunen unterstützen	71
Korruption im Gesundheitswesen bekämpfen	73
Barrieren abbauen, Teilhabe garantieren	76
Transparenz und Qualität sichern.	79
Patientinnen und Patienten unabhängig beraten.	80
GKV-Finanzierung zukunftssicher gestalten	83
Interessen international wahrnehmen	87
Gesundheit europäisch denken.	89
Gemeinsam handeln.	91
Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung regeln.	92
Gesundheitspolitik verständlich machen	95
Haushalt des GKV-Spitzenverbandes	96
Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	98

Anhang

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2015.	100
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats der 2. Amtsperiode (2012-2017)	102
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats der 2. Amtsperiode (2012-2017).	104
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	107
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter des Fachbeirats	111
Organigramm des GKV-Spitzenverbandes	112
Publikationen	114

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

obwohl wir erst die Halbzeit der Legislatur überschritten haben, sind die gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben der Großen Koalition beinahe vollständig abgearbeitet. Rückblickend ist die Schwerpunktsetzung auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgungsqualität zwar positiv zu bewerten, jedoch führen die Reformen zu erheblichen Mehrausgaben. Der Gesetzgeber hat wichtige und teilweise längst überfällige Reformen beschlossen. Zu nennen sind u. a. der Einstieg in die qualitätsorientierte Vergütung in der stationären Versorgung und das grundlegend neu ausgerichtete Begutachtungsverfahren zur Einstufung von Pflegebedürftigkeit.

Die spürbaren Mehrausgaben werden auf absehbare Zeit dazu führen, dass die Bezahlbarkeit der Versorgung wieder stärker in den Fokus rückt. Vor diesem Hintergrund sollten umgehend längst überfällige Schritte unternommen werden, um die bestehenden Potenziale für eine größere Versorgungseffizienz zu heben. Nach wie vor dominiert in der Versorgung das Sektorendenken, das auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten durch stärker sektorenübergreifende und wettbewerbliche Lösungsansätze abgelöst werden sollte.

Gleichermaßen kritisch zu bewerten sind die Änderungen, die eine einschränkende Wirkung auf die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung haben. Zentral hervorzuheben ist die aus unserer Sicht verfassungswidrige verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Durchführung von kassenübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen in Lebenswelten. Die Beauftragung einer obersten Bundesbehörde stellt eine Quersubventionierung durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenkassen dar und verletzt zudem das Selbstverwaltungsprinzip.

Es gibt noch weitere kritische Beispiele: Zwar hat der Gesetzgeber den Handlungsbedarf bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

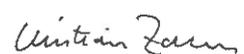
und der Telematikinfrastruktur erkannt und etliche neu vorgesehene Maßnahmen gehen auch in die richtige Richtung. Allerdings sind die geplanten Sanktionsmöglichkeiten nicht verursachergerecht ausgestaltet. Gerade mit dem GKV-Spitzenverband, der gemeinsam mit seinen Mitgliedskassen von Anfang an alles unternommen hat, um dieses Großprojekt voranzubringen, trifft es den Falschen. Angezeigt wäre es stattdessen, die notwendigen Entscheidungsstrukturen zu schaffen, damit der GKV-Spitzenverband als alleiniger Kostenträger mit hinreichenden Entscheidungsbefugnissen in der gematik ausgestattet wird. Immerhin haben die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler bislang über 1 Mrd. Euro investiert.

Und schließlich: Wenn auch nachvollziehbar ist, dass die Verfahren zur Entscheidungsfindung bei der Qualität in der Pflege grundlegend neu ausgestaltet werden müssen, ist die letztlich gewählte Lösung nicht sachgerecht. Die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden des neu einzurichtenden Qualitätsausschusses müsste durch die Vertragspartner und nicht durch das Bundesgesundheitsministerium erfolgen.

Insgesamt wird bereits bei diesen Beispielen deutlich, dass die politisch Verantwortlichen die Arbeit der Selbstverwaltung immer wieder erschweren und damit letztlich nicht wertschätzen. Das ist nicht nachvollziehbar, denn die Selbstverwaltung setzt sich sehr engagiert und erfolgreich für eine patientenorientierte Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ein. Nicht zuletzt mit Blick auf die bevorstehenden Herausforderungen wäre daher vielmehr eine Stärkung der Kompetenzen der Selbstverwaltung wichtig. Hoffen wir, dass die Koalition die zweite Hälfte der Legislaturperiode in diesem Sinne nutzt!

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Volker Hansen



Christian Zahn



Vorwort des Vorstandes



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

würde man die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung mit einem Patienten vergleichen, hätte dieser im zurückliegenden Jahr nicht weniger als sieben größere Operationen hinter sich. Zu Recht müsste man sich daher fragen, wie es um das Wohl dieses Patienten steht. An dieser Stelle können wir Entwarnung geben: Weiterhin haben wir ein sehr leistungsfähiges medizinisches und pflegerisches Versorgungssystem, dessen Qualität sich im internationalen Vergleich sehen lassen kann. Gleichwohl bedeuten die zurückliegenden Reformen in nahezu allen Versorgungsbereichen tiefgreifende Veränderungen, ist der Gesetzgeber doch mit dem Ziel angetreten, die Versorgungsstrukturen zu modernisieren und stärker an Qualitätskriterien auszurichten.

Längst überfällige Reformen wurden zum Abschluss gebracht. Positiv hervorzuheben ist die Neuausrichtung der Pflegeversicherung mit der

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der besonders die Benachteiligung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen beseitigt. Im vierten Anlauf hat das Präventionsgesetz die parlamentarische Hürde genommen. Grundsätzlich ist die Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten zu begrüßen. Den gesamtgesellschaftlichen Ansatz ist das Gesetz allerdings schuldig geblieben, da allein die GKV finanziell in die Pflicht genommen wird. Licht und Schatten wechseln sich auch beim E-Health-Gesetz ab: Erfreulich ist der Wille der Politik, den Aufbau der Telematikinfrastruktur und die Einführung konkreter Telematikanwendungen mit Fristen und Sanktionen zu beschleunigen. Die Sanktionen müssen aber zielgerichtet die Verursacher der Probleme treffen. Da bereits jetzt absehbar ist, dass die Industrie die Komponenten innerhalb der vertraglich vereinbarten Fristen nicht liefern kann, ist eine Sanktionsregelung, die nur den GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung trifft, inakzeptabel.

Viel Potenzial wurde bei der Restrukturierung der ambulanten und stationären Versorgungsbereiche verschenkt. Weder mit dem Versorgungsstärkungs- noch mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird es zu einem nennenswerten Abbau von Überkapazitäten in den jeweiligen Bereichen kommen. Die als große Strukturreform angekündigte Krankenhausgesetzgebung bietet lediglich die Chance auf einen Einstieg in die qualitätsorientierte Vergütung. Schwer wiegt das ungelöste Problem der mangelhaften Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer, die nun faktisch legitimiert wird. Mit der jetzt gewählten Konstruktion des neu geschaffenen Krankenhausstrukturfonds muss zudem befürchtet werden, dass die für den Kapazitätsabbau und für Umstrukturierungsmaßnahmen bereitgestellten Beitragsgelder der GKV von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen zweckentfremdet werden.

In der Rückschau auf das Reformjahr 2015 müssen wir zunächst ernüchert konstatieren, dass insbesondere bei der Neuausrichtung der Versorgungsstrukturen viele Maßnahmen über gute Ansätze nicht hinausgehen und eine Reihe struktureller Probleme ungelöst bleibt. Die umfassenden Veränderungen können zu einer Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten beitragen, insgesamt bleibt aber fraglich, ob diese spürbar sein werden.

Fest steht jedoch mit Sicherheit: Die reformbedingten Mehrkosten werden die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler teuer zu stehen kommen und sich in deutlich steigenden Zusatzbeiträgen niederschlagen. Die ohnehin bestehende Ausgabenschere wird sich trotz der weiterhin guten Einnahmesituation weiter öffnen und die Krankenkassen in einen noch schärferen Preiswettbewerb treiben. Bei den anstehenden Reformen des Jahres 2016 muss nun Ausgabendisziplin das Gebot der Stunde sein, um die finanzielle Stabilität der GKV nicht zu gefährden. Deren noch immer insgesamt gute Finanzlage darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Rücklagen merklich schwinden. Das gilt für die Kassen, bei denen die Rücklagen höchst unterschiedlich verteilt sind, wie auch für den Gesundheitsfonds, dessen Reserve zuletzt zur Finanzierung einzelner Reformmaßnahmen herangezogen wurde.

Mit Blick auf die Zukunft wird sich der GKV-Spitzenverband auch dafür einsetzen, dass die nun zaghafte begonnenen Strukturmaßnahmen im Sinne der Patientinnen und Patienten konsequent fortgeführt werden. Er wird dafür aktiv die Umsetzung der Gesetze mitgestalten sowie die weiteren notwendigen Reformen bei den Finanzierungs- und Versorgungsstrukturen einfordern, damit den Mehrkosten auch deutliche Qualitätsverbesserungen und Effizienzgewinne in der Versorgung gegenüberstehen.

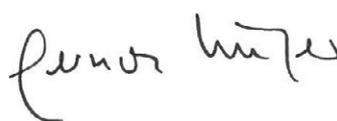
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

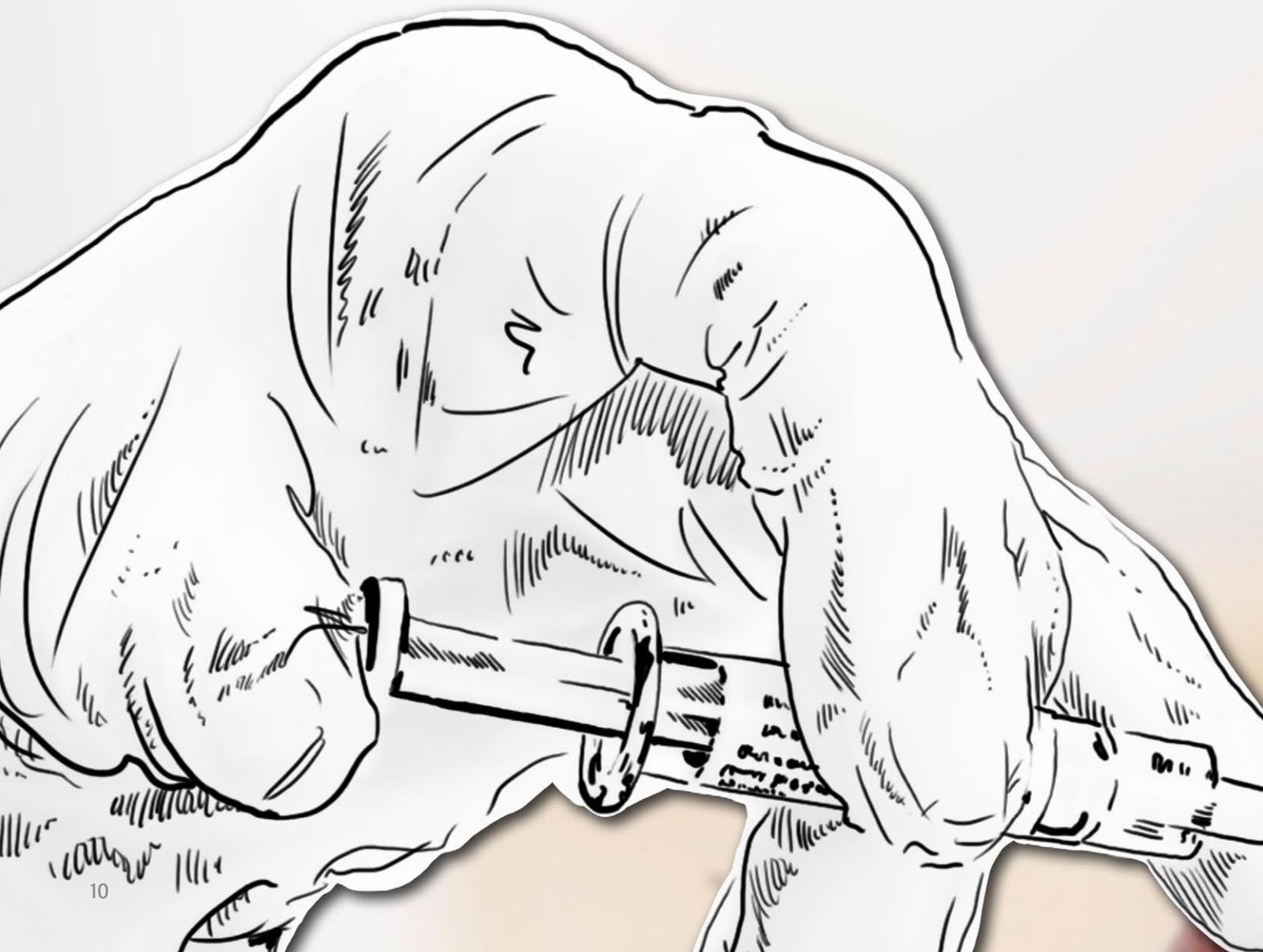
Reformen gestalten und nachhaltig finanzieren

Einen Großteil ihres im Koalitionsvertrag verankerten gesundheitspolitischen Programms hat die schwarz-rote Regierungskoalition bereits kurz nach Halbzeit der Legislaturperiode abgearbeitet. Viele wichtige Weichen für eine Verbesserung der Versorgung wurden gestellt. Besonders hervorzuheben ist der erkennbare Fokus auf Qualität bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Weniger positiv fällt hingegen die Bilanz zur Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Die Schere zwischen den Ausgaben der Krankenkassen und den Zuweisungen, die diese aus dem Gesundheitsfonds erhalten, geht immer

weiter auseinander. Diese schon länger zu beobachtende Entwicklung wird durch die im Jahr 2015 beschlossenen Reformen zusätzlich verschärft. Von einer umsichtigen Ausgabenpolitik, wie sie im Koalitionsvertrag für die GKV angekündigt wurde, kann jedenfalls nicht die Rede sein.

Krankenhausreform: Rekordkosten ohne Strukturveränderungen

Qualität soll künftig vor allem in der Krankenhausversorgung eine größere Rolle spielen und perspektivisch als Kriterium Eingang in die Krankenhausplanung finden. Hinsichtlich der

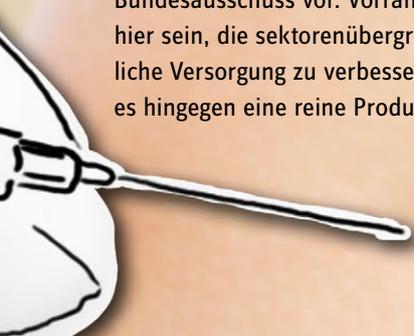


Vergütung sollen Qualitätszuschläge und -abschläge für Versorgungsleistungen etabliert werden. Kehrseite der Medaille sind die erheblichen finanziellen Mehrbelastungen, die sich aufgrund der Krankenhausreform ergeben. Die Hoffnung, dass die Reform auch dringend notwendige Strukturveränderungen anstößt, bleibt dabei allenfalls vage. So wird die Meistbegünstigungsklausel nicht angetastet, die im Jahr 2016 den Krankenhäusern allein ca. 1 Mrd. Euro mehr zufließen lässt, als ihnen tatsächlich an Kosten entstehen. Hinzu kommen Tarifausgleich, Pflegestellenförderung etc. Zu erwarten sind im Jahr 2016 insgesamt knapp 4 Mrd. Euro Mehrausgaben, davon werden knapp 1 Mrd. Euro auf die Krankenhausreform und rd. 2 Mrd. Euro auf die regulären jährlichen Ausgabensteigerungen zurückgehen.

Finanzierung und Finanzierbarkeit im Fokus

Mit dem neuen Präventionsgesetz wird die GKV ab dem Jahr 2016 auch ihre Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich erhöhen. Ordnungspolitisch verfehlt ist dabei die Quersubventionierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Beitragsmitteln der Krankenversicherung in Höhe von jährlich 31 Mio. Euro. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hält es daher für notwendig, die Rechtmäßigkeit dieser Vorgabe zur Weitergabe von Beitragsgeldern an eine staatliche Behörde (verfassungs-)gerichtlich überprüfen zu lassen.

Weitere erhebliche Mehrausgaben sind mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verbunden. Das Gesetz sieht bis 2019 1,2 Mrd. Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung mit einem neu geschaffenen Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Vorrangiges Ziel muss es hier sein, die sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Keinesfalls darf es hingegen eine reine Produktförderung zulasten



der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler geben. Auch mit dem Hospiz- und Palliativgesetz sowie mit dem E-Health-Gesetz gehen weitere Mehrausgaben einher. In der Konsequenz rückt die Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung wieder stärker in den Fokus der politischen Diskussion.

Reformen nachbessern, Umsetzung begleiten

Auch wenn die gesundheitspolitische Agenda der Großen Koalition nahezu abgearbeitet ist, bleibt einiges zu tun. Auf Ruhe beim Gesetzgeber sollte man sich trotz der 2017 bevorstehenden Bundestagswahlen nicht einstellen. Die Bundesregierung wird vor allem die Umsetzung der Reformen vorantreiben. Dabei werden auch notwendige inhaltliche Nachbesserungen an den Reformen erfolgen. Darüber hinaus könnten bislang ausgesparte Themen wie z. B. Heil- und Hilfsmittel aufgegrif-

fen werden. Nicht zuletzt könnte es im Arzneimittelbereich zu Veränderungen kommen. Die Diskussionen der Bundesregierung und der pharmazeutischen Industrie im Rahmen des Pharmadialogs, etwa über die Weiterentwicklung des Gesetzes

zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), werden den Druck auf die Große Koalition erhöhen. Dabei darf es aber keinesfalls zu einer Aushöhlung des AMNOG kommen. Vielmehr muss das erfolgreiche AMNOG-Prinzip weitentwickelt werden.

Pflegeausbildung: Länder in die Pflicht nehmen

Weitere konkrete Gesetzesvorhaben sind bereits in Arbeit. Seit Ende 2015 liegt ein Entwurf für das Pflegeberufereformgesetz vor, über den intensiv politisch debattiert wird. Bisher getrennte Pflegeausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sollen zu einer einheitlichen Ausbildung zusammengefasst werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss sich die Weiterentwicklung der Pflegeausbildung konsequent an dem Ziel ausrichten, das bestehende Qualitäts-

niveau zu steigern. Dabei ist vor allem das pflegerische Kompetenzspektrum weiterzuentwickeln, um so flexibel auf sich wandelnde Pflegebedarfe reagieren zu können. Ob diese Zielsetzung mit dem vorgelegten Gesetzentwurf erreichbar sein wird, ist fraglich. Das Pflegeberufereformgesetz ist deshalb nur nach Kenntnis der konkreten Ausbildungsinhalte abschließend zu beurteilen. Die hierfür vorgesehene Rechtsverordnung muss daher vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens vorliegen. Darüber hinaus sind mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierungssystematik erhebliche Finanzierungsrisiken für die soziale Pflegeversicherung verbunden. Hier müssen die Bundesländer im Rahmen ihrer Zuständigkeiten in die Pflicht genommen werden. Die Finanzierung von Schulkosten ist keine Aufgabe der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

Offene Punkte aus dem Koalitionsvertrag sind das Bundesteilhabegesetz und das Kommunale Pflegeförderungsrecht. Mit der neuerlichen Pflegegesetzgebung soll insbesondere die Rolle der Städte und Gemeinden in unserer alternden Gesellschaft gestärkt und die Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern besser miteinander verzahnt werden. Das Bundesteilhabegesetz will die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen verbessern, etwa durch mehr Beratung und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger. Dies sind ohne Zweifel wichtige Reformziele, doch darf es hier nicht zu weiteren finanziellen Lastenverschiebungen in Richtung der Kranken- und Pflegeversicherung kommen.

Die Finanzierbarkeit der Kranken- und Pflegeversicherung muss vor dem Hintergrund der bereits beschlossenen Reformen sowie der noch ausstehenden Gesetzgebung wieder stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik gerückt werden. Es muss stets darum gehen, eine hohe gesundheitliche und pflegerische Versorgungsqualität mit der Bezahlbarkeit für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in Einklang zu bringen.

Die Schere zwischen den Ausgaben der Krankenkassen und den Zuweisungen, die diese aus dem Gesundheitsfonds erhalten, geht immer weiter auseinander.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Die Gremienberatungen der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes waren im Geschäftsjahr 2015 von einer Vielzahl gesetzgeberischer Reformprojekte in der Gesundheits- und Pflegepolitik geprägt. Da die Gesetzesvorhaben fast alle Gesundheitsbereiche betrafen, war die Selbstverwaltung in ihren vier Fachausschüssen gleichermaßen gefordert und hat wie in den vergangenen Jahren ihre Kompetenz und Einflussmöglichkeiten im Interesse der Versicherten auf Bundesebene unter Beweis gestellt. Zu den wenigen Versprechen im Bereich der Gesundheitspolitik, die die Große Koalition bisher noch nicht eingelöst hat, gehören die Stärkung der Selbstverwaltung und die Reform der Sozialwahlen. Dies hat die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes zum Anlass genommen, ihre bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten auf der Grundlage einer Analyse der Kompetenzveränderungen von sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung zu untersuchen und notwendige Verbesserungen der politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu identifizieren (siehe S.16).

Im Rahmen der Gremienstruktur und der Beratungskaskade über die Fachebene, die Fachausschüsse bis zum Verwaltungsrat hat die Selbstverwaltung intensiv die Positionierung geprägt. In 21 Fachausschusssitzungen, vier Verwaltungsratssitzungen und einem Workshop hat sich die Selbstverwaltung 2015 mit allen relevanten gesundheits- und pflegepolitischen Fragestellungen intensiv auseinandergesetzt. Neben der Beschäftigung mit den großen Reformprojekten der Koalition wurde sie auch ihrer Verantwortung für die Umsetzung der zahlreichen neuen gesetzlichen Aufgaben durch organisationsbezogene verbandsinterne Entscheidungen gerecht.

Reformvorhaben: Versorgung verbessern

In den Fachausschüssen und im Verwaltungsrat befasste sich die Selbstverwaltung hauptsächlich mit den zum Teil überfälligen Gesetzesinitiativen wie dem Präventionsgesetz und dem Pflegestärkungsgesetz zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Breiten Raum nahmen

aber auch das Krankenhausstrukturgesetz und das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung ein. Neben den aus ihrer Sicht positiven Ansätzen zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wies die Selbstverwaltung auch auf die mangelnden Strukturveränderungen in der Krankenhausreform und auf die erheblichen Mehrausgaben durch die beschlossenen Reformen hin. In verschiedenen Positionspapieren wurden konkrete Erwartungen an die Politik formuliert.

Die Selbstverwaltung wies auf die mangelnden Strukturveränderungen in der Krankenhausreform und auf die erheblichen Mehrausgaben durch die beschlossenen Reformen hin.

Bereits vor Bekanntwerden eines Gesetzentwurfs zur Schaffung eines neuen Straftatbestandes der „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ wurden zu Beginn des Jahres auch Positionen und Forderungen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beraten und öffentlich gemacht. Aber nicht nur die Reformvorhaben standen im Fokus der Beratungen, sondern auch die Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung, die Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes und die Formulierung von Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege. In Hinblick auf die damit befasste Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden zentrale Positionen des GKV-Spitzenverbandes in einem Positionspapier festgehalten.

Mit Sorge hat die Selbstverwaltung nicht nur die aufgrund der verabschiedeten Gesetze prognostizierten Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet, sondern auch auf die steigenden Arzneimittelausgaben hingewiesen. Zur künftigen Finanzierbarkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung wird sich die Selbstverwaltung in die politische Debatte weiterhin einbringen.

Präventionsgesetz: Verantwortung übernehmen

Ihre Initiative stellte die Selbstverwaltung nach Verabschiedung des Präventionsgesetzes unter Beweis: Im Zuge der Haushaltsberatungen versah



sie in ihrer Dezembersitzung die vorgesehenen Mittel zur Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit einem Sperrvermerk. Der Verwaltungsrat begründete diese Entscheidung mit der aus seiner Sicht verfassungswidrigen Regelung im Präventionsgesetz, die Beauftragung der BZgA durch den GKV-Spitzenverband mit der Finanzierung der BZgA als nachgeordneter Bundesbehörde aus Beitragsmitteln der GKV zu verbinden. Mit dem Sperrvermerk hat der Verwaltungsrat die Möglichkeit eröffnet, Rechtsmittel gegen die zu erwartende aufsichtsrechtliche Anordnung einzulegen und auf diesem Weg eine gerichtliche Klärung der umstrittenen verfassungsrechtlichen Fragen zur Finanzierung der BZgA zu erzielen.

eGK/Telematik: Positionen bekräftigen

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur war wieder ein zentrales Thema in den Gremien der Selbstverwaltung. Bereits Ende 2014 hatte der Verwaltungsrat mit der Sperrung der Mittel für die gematik ein deutliches Signal gegeben, dass er die weiteren Verzögerungen nicht mehr hinnehmen will. Die Vorlage des Gesetzentwurfs für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im

Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) war auch eine Reaktion des Bundesgesundheitsministeriums auf die Initiative des Verwaltungsrats und dessen Forderungen in seinen Sitzungen vom 10. Dezember 2014 und vom 16. Januar 2015. Obwohl die Reformpläne insgesamt begrüßt wurden, machte der Verwaltungsrat zuletzt in seiner Sitzung am 2. Dezember 2015 deutlich, dass es angesichts der Lieferprobleme der Industrie nicht gerechtfertigt ist, die Gesellschafter der gematik durch Sanktionsmechanismen abzustrafen, wenn Säumigkeiten oder technische Probleme auf der Anbieterseite vorliegen.

Flüchtlinge: Gesundheitsversorgung forcieren

Vor dem Hintergrund der steigenden Flüchtlingszuwanderung hat die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Asylsuchende frühzeitig aufgegriffen und die Politik aufgefordert, eine bundesweit geltende Regelung für eine einheitliche und angemessene Versorgung herbeizuführen. Dazu sollte nach Auffassung der Selbstverwaltung auch die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ermöglicht werden, um damit die Kommunen von Verwaltungsaufwänden zu entlasten.

Das Thema medizinische Versorgung für Asylsuchende hat der Verwaltungsrat frühzeitig aufgegriffen und die Politik aufgefordert, eine bundesweit geltende Regelung für eine einheitliche und angemessene Versorgung herbeizuführen.

Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stärken

Die Entwicklungen und Perspektiven der Selbstverwaltung als Steuerungsform im Gesundheitswesen werden in der kommenden Legislaturperiode im Fokus der politischen Diskussion stehen. Vor diesem Hintergrund hat sich die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes bereits im Jahr 2015 im Rahmen eines Workshops näher mit den bestehenden Gestaltungsspielräumen sowie notwendigen Verbesserungen für die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung befasst. Auf Grundlage der Ergebnisse des Workshops, die nachfolgend dargestellt werden, erfolgt die Ausarbeitung von Anforderungen und Positionen, um die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung zu verbessern.

Selbstverwaltung garantiert Praxisnähe

Selbstverwaltung stellt ein zentrales tragendes Prinzip der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dar. Sie zeichnet sich maßgeblich dadurch aus, dass die Beteiligten im Gesundheits-

wesen eigenverantwortlich die Versorgung gestalten. Ihre Leistungsfähigkeit demonstriert die Selbstverwaltung tagtäglich durch sachgerechte und praxisnahe Lösungen. Zugleich schafft

die Beteiligung der betroffenen Akteurinnen und Akteure eine größere demokratische Legitimation und erhöht die Akzeptanz der Entscheidungen.

Eine unerlässliche Voraussetzung für eine handlungsfähige Selbstverwaltung ist ein starker Rückhalt in der Politik. Nur wenn die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung relevant und klar definiert sind, kann sie lösungsorientiert auf bevorstehende Herausforderungen reagieren. Angesichts der sich verändernden soziodemografischen Rahmenbedingungen ist die Selbstverwaltung mehr denn je gefordert. Ihr Handlungsspielraum muss gestärkt und ausgebaut werden.

Bei der Diskussion über die Selbstverwaltung als Steuerungsform im Gesundheitswesen ist grundsätzlich zwischen sozialer und gemeinsamer Selbstverwaltung zu unterscheiden. Soziale Selbstverwaltung umfasst die institutionelle Mit-

bestimmung der Versicherten sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in den Krankenkassen und ihren Verbänden. Gemeinsame Selbstverwaltung umschreibt das Zusammenwirken von Krankenkassen und Leistungserbringern zur Konkretisierung von gesetzlich vorgegebenen Aufgaben. Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung verfolgen ein gemeinsames Ziel: Die patientenorientierte Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Gestaltungsspielraum der sozialen Selbstverwaltung

Die soziale Selbstverwaltung trägt mit zur Gestaltung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Versorgung bei. Ihr Anspruch ist es, die Versorgungsstrukturen kontinuierlich zu überprüfen und neue Versorgungsformen anzustoßen. Dabei sucht sie die offene und konstruktive Zusammenarbeit mit dem hauptamtlichen Vorstand.

Handlungsleitend ist das Engagement für die Patientinnen und Patienten sowie für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Um Versorgungsempässe, Problemlagen und Interessen der Versicherten, der Patientinnen und Patienten wahrnehmen und besser berücksichtigen zu können, orientiert sich die soziale Selbstverwaltung eng an deren Lebensumfeld.

In den vergangenen Jahren hat der Gesetzgeber den Gestaltungsspielraum der sozialen Selbstverwaltung in einigen Bereichen empfindlich eingeschränkt. Besonders hervorzuheben ist der Eingriff in die Entscheidungsautonomie der Krankenkassen bei der Auswahl des Vorstandspersonals durch die Vorab-Vorlagepflicht der Vorstandsverträge. Diese Änderung hat im Ergebnis dazu geführt, dass die Selbstverwaltung stärker einer staatlichen Kontrolle untersteht.

Zwar ist grundsätzlich anzuerkennen, dass die soziale Selbstverwaltung im Zuge der wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufgaben hinzugewonnen hat. Allerdings ist zu diskutieren, welche Form von

Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung muss gestärkt und ausgebaut werden.



#weiterdenken

Selbstverwaltung

Wettbewerb in der GKV nach den vorliegenden Erfahrungen tragfähig und wünschenswert ist. Notwendig ist ein stärker qualitätsorientierter Vertragswettbewerb, dessen Umsetzung die soziale Selbstverwaltung zentral gestalten sollte.

Gemeinsame Selbstverwaltung stärken

In der gemeinsamen Selbstverwaltung stellt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein Erfolgsmodell dar. Die Praxis zeigt,

das die Umsetzung gesetzlich übertragener Aufgaben im Interessenausgleich sehr gut funktioniert. Das Vertrauen der Politik in die Leistungsfähigkeit des G-BA wird durch den

kontinuierlichen Aufgabenzuwachs insbesondere in der aktuellen Legislaturperiode demonstriert. Auch künftig muss sichergestellt bleiben, dass der G-BA eigenverantwortlich entscheiden und seine verantwortungsvolle Funktion im Gesundheitswesen wahrnehmen kann.

Auch künftig muss sichergestellt bleiben, dass der G-BA eigenverantwortlich entscheiden und seine verantwortungsvolle Funktion im Gesundheitswesen wahrnehmen kann.

Die Patientenorganisationen leisten mit ihrem Mitberatungsrecht im G-BA einen Beitrag zur Vervollständigung der Perspektiven in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Weitergehende Entscheidungsrechte der Patientenorganisationen zu verankern, ist aber angesichts der fehlenden Finanzverantwortung abzulehnen. Vielmehr sollte an der bewährten Form der Zusammenarbeit festgehalten werden.

Kritisch zu sehen ist insbesondere, dass zuletzt bei verschiedenen Aufgaben die unmittelbare Beteiligung der Exekutive in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung vorgeschrieben war. Zudem wurden in der Vergangenheit unsachgerechte Änderungen an den Strukturen und der Arbeitsweise vorgenommen, wie z. B. bei der Berufung des unparteiischen Vorsitzenden. Daraus ergibt sich eine größere Staatsnähe und eine eingeschränkte eigenverantwortliche Entscheidungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Für die Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist die gemeinsame Selbstverwaltung – nicht nur im G-BA, sondern auch darüber hinaus, z. B. bei der Gestaltung der Bundesmantelverträge und der Vergütungsverhandlungen für Vertragsärztinnen und -ärzte – auf Landes- und Bundesebene angesichts der stetig zunehmenden Komplexität der heutigen wie auch der künftigen Herausforderungen von großer Bedeutung. Soziale und gemeinsame Selbstverwaltung können ihre Aufgaben nur dann lösen, wenn ihnen ausreichende Handlungsspielräume zugestanden werden.

Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begreifen

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) im Juli 2015 hat die Große Koalition die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Primärprävention in Gemeinden, Kindertagesstätten, Schulen, Betrieben, aber auch in Pflegeheimen und Freizeiteinrichtungen auf eine neue Grundlage gestellt. Zuvor waren drei gesetzgeberische Anläufe – in den Jahren 2005, 2008 und zuletzt 2013 – an Meinungsverschiedenheiten in der jeweiligen Koalition bzw. zwischen Bund und Ländern gescheitert.

Gesamtgesellschaftliche Verantwortung fehlt

Mit dem Präventionsgesetz werden die gesetzlichen Krankenkassen zu Mehrausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen verpflichtet. Erstmals erhalten auch die Pflegekassen einen expliziten gesetzlichen Präventi-

onsauftrag für Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, die in stationären Einrichtungen leben. Krankenkassenleistungen bleiben weiterhin an die im GKV-Leitfaden Prävention definierten Handlungsfelder und Kriterien gebunden. Der gesetzliche Richtwert für Ausgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung wird von 3,17 Euro im Jahr 2015 auf 7,30 Euro je Versicherten im Jahr 2016 erhöht. Davon sollen mindestens 4,30 Euro je Versicherten für lebensweltbezogene und betriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen ausgegeben werden.

Die private Krankenversicherung (PKV) wird gesetzlich nicht zu entsprechenden Leistungen verpflichtet. Die übrigen Sozialversicherungsträger werden mit dem Präventionsgesetz nicht stärker finanziell herangezogen – die gesetzliche Unfall- und die Rentenversicherung sind jedoch als maßgebliche Partner im Rahmen der Nationalen



Kernpunkte des Präventionsgesetzes

- Nationale Präventionskonferenz: Errichtung und Trägerschaft durch die gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und soziale Pflegeversicherung (mitberatend tätig sind Bundes- und Landesministerien, kommunale Spitzenverbände, die Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Patientinnen und Patienten sowie die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung)
- Entwicklung einer trägerübergreifenden Präventionsstrategie
- Erhöhung des Richtwertes je Versicherten für Prävention und Gesundheitsförderung durch die GKV auf 7 Euro, davon mindestens 4 Euro für lebensweltbezogene und betriebliche Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen
- Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen als Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung mit 0,30 Euro je Versicherten
- verpflichtende Beauftragung der BZgA für lebensweltbezogene Präventionsaufgaben der GKV
- Stärkung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und der ärztlichen Vorsorge bei Erwachsenen
- Gesundheitsuntersuchungen: Senkung der Altersgrenzen, Verknüpfung mit Primärprävention
- ärztliche Präventionsempfehlung: Ausstellung im Rahmen der Gesundheits- oder anderer Untersuchungen möglich
- Bonusprogramme der Krankenkassen: verpflichtendes Angebot statt bisheriger Kann-Regelung
- Versorgung durch Betriebsärztinnen und -ärzte: Ermächtigung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit Betriebsärztinnen und -ärzten über die Durchführung von Gesundheitsuntersuchungen



#weiterdenken

Präventionsgesetz



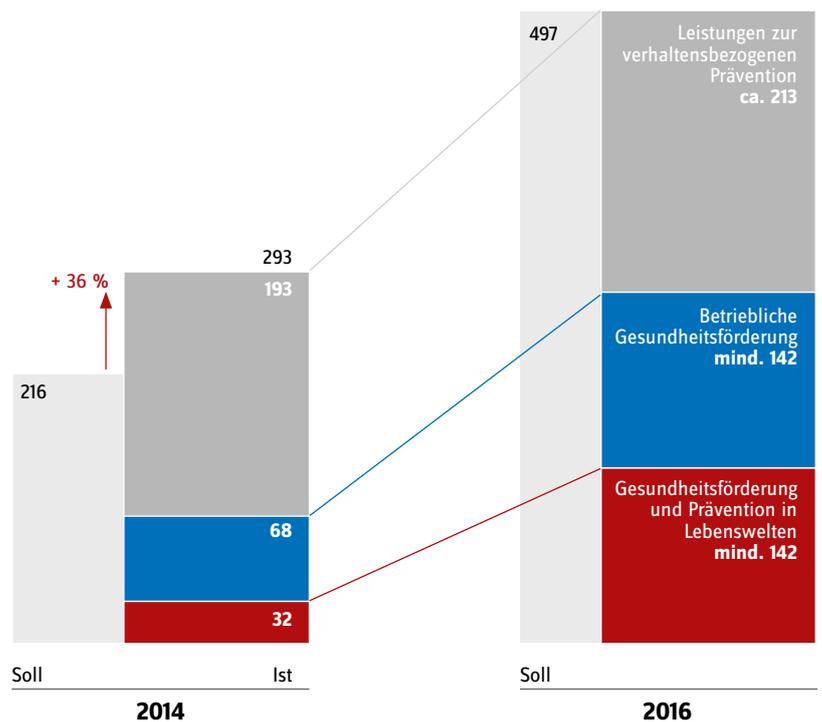
Präventionskonferenz (NPK) eingebunden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes leistet das Präventionsgesetz einen wichtigen Beitrag zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Allerdings werden die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Pflegeversicherung letztlich einseitig zur Verantwortung gezogen, statt die Finanzierung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen.

Aufgaben der Nationalen Präventionskonferenz

Mit der Nationalen Präventionskonferenz schafft das Präventionsgesetz ein zentrales Koordinations- und Abstimmungsgremium der bedeutenden Akteure auf Bundesebene. Beteiligt sind die Sozialversicherungsträger, darunter auch die Bundesagentur für Arbeit, der Bund und die Länder, Sozialpartner, Kommunale Spitzenverbände sowie

Abb. 1
Ausgaben für Prävention

Angaben in Mio. Euro



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten und bedeutender Fachorganisationen. Die Teilnahme der PKV setzt voraus, dass Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention entsprechend den Pro-Kopf-Mindestausgaben der GKV erbracht werden. Ein Präventionsforum aus Vertreterinnen und Vertretern maßgeblicher Fachorganisationen steht der NPK zukünftig beratend zur Seite.

Das Leistungsgeschehen vor Ort soll stärker trägerübergreifend koordiniert werden.

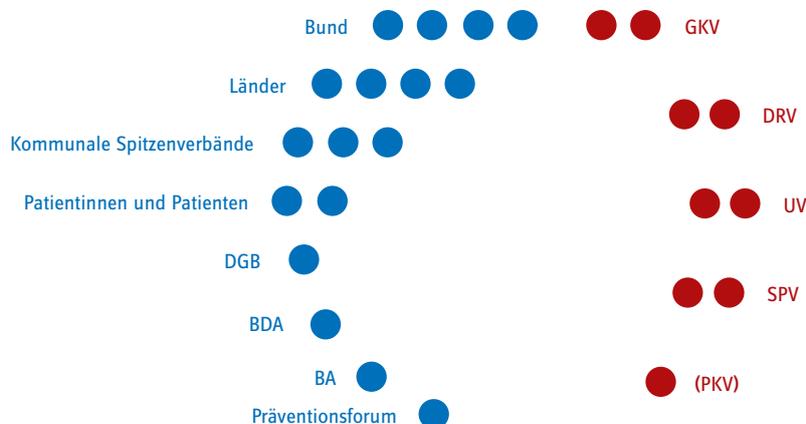
Die NPK konstituierte sich am 26. Oktober 2015. Sie ist mit der Erarbeitung bundesweiter Rahmenempfehlungen für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung beauftragt, die am 19. Februar 2016 erstmals verabschiedet werden sollen. Die Rahmenempfehlungen sind an den Lebensphasen orientiert und decken damit alle gesundheits-

förderlich gestaltbaren Lebenswelten der Menschen ab. Erstmals werden so gemeinsame Ziele und Zielgruppen, Handlungsfelder, zu beteiligende Organisationen sowie Dokumentations- und Berichtspflichten verbindlich definiert. Krankenkassen, Unfall- und Rentenversicherungsträger sowie die Bundesländer müssen diese in Rahmenvereinbarungen auf Landesebene berücksichtigen. Damit soll das Leistungsgeschehen vor Ort stärker trägerübergreifend koordiniert werden. Ein Präventionsbericht, der alle vier Jahre analog zum Präventionsbericht der GKV vorgelegt werden soll, schafft Transparenz über erbrachte Leistungen und erreichte Zielgruppen.

GKV-interne Zusammenarbeit wird gestärkt

Das Präventionsgesetz regelt zudem für alle Lebenswelten die engere Zusammenarbeit der gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegekassen unter-

Abb. 2
Nationale Präventionskonferenz



○ stimmberechtigt
○ beratend

Darstellung: GKV-Spitzenverband

einander. In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Krankenkassen zu Folgendem verpflichtet:

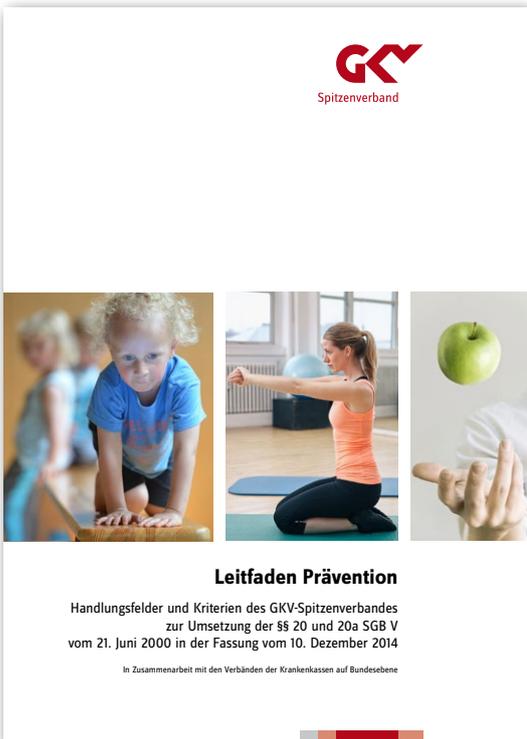
- Bündelung von Leistungen in gemeinsamen kassenübergreifenden Koordinierungsstellen auf Landesebene
- Zusammenarbeit mit regionalen Unternehmensorganisationen
- Beratung der Betriebe hinsichtlich angebotener Leistungen
- Zuständigkeitsklärung für die Leistungserbringung im Einzelfall

Zwangsbeauftragung der BZgA soll gerichtlich überprüft werden

Mit dem Präventionsgesetz wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – eine Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums – für die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten mit der „Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ zu beauftragen. Ca. 31 Mio. Euro jährlich sind dafür an die BZgA zu entrichten. Zum Vergleich: Der BZgA-Haushalt des Jahres 2015 betrug lediglich 16,3 Mio. Euro. Diese verpflichtende Beauftragung einer Bundesbehörde durch die Krankenkassen sowie deren Finanzierung durch Beitragsmittel der Sozialversicherung sind ordnungspolitisch falsch und verletzen das Selbstverwaltungsprinzip. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hält diese Regelung für verfassungswidrig und sieht daher die Notwendigkeit, die Rechtmäßigkeit der Weitergabe von Beitragsgeldern an eine staatliche Behörde auf dem Rechtsweg überprüfen zu lassen.

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass das richtige Ziel, die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, mit einer finanziellen Fokussierung rein auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nur schwer erreichbar ist. Vielmehr müssen alle gesellschaftlich Verantwortlichen ihren – auch finanziellen – Beitrag zu dieser Gemeinschaftsaufgabe leisten.

Die verpflichtende Beauftragung einer Bundesbehörde durch die Krankenkassen sowie deren Finanzierung durch Beitragsmittel der Sozialversicherung verletzen das Selbstverwaltungsprinzip.



GKV
Spitzenverband

Leitfaden Prävention

Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes
zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V
vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014

In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene



#weiterdenken

Innovationsfonds

Sektorenübergreifende Versorgung fördern

Zur Förderung von Innovationen in der Versorgung und von Versorgungsforschung sieht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom Juli 2015 einen Innovationsfonds mit einem jährlichen Budget in Höhe von 300 Mio. Euro vor. Ab 2016 stehen daraus 75 Mio. Euro für die Versorgungsforschung und 225 Mio. Euro für neue, sektorenübergreifende Versorgungsformen zur Verfügung. Gefördert werden sollen Projekte, die

- über die bisherige Regelversorgung hinausgehen,
- eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben,
- hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden („Umsetzungspotenzial“),
- und wissenschaftlich begleitet und ausgewertet werden können.

Die Finanzierung erfolgt je zur Hälfte durch die gesetzlichen Krankenkassen direkt sowie aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Institutionell ist der Innovationsfonds mit einer eigenen Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelt. Er wird für vier Jahre (2016–2019) eingerichtet. Danach soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Auswer-

tung der Förderung im Hinblick auf die Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung veranlassen. Über die Förderprojekte entscheidet der Innovationsausschuss, dem ein Expertenbeirat beratend zur Seite steht.

2019 soll die Förderung im Hinblick auf die Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung ausgewertet werden.

GKV-Perspektive im Innovationsfonds gestärkt

Der GKV-Spitzenverband begleitete bereits den Gesetzgebungsprozess intensiv und kritisch. Der Innovationsfonds wurde vor allem kritisiert, weil der G-BA erstmalig über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung gegenüber den Krankenkassen entscheidet. Darüber hinaus entscheiden Vertreterinnen und Vertreter der Bundesministerien, also der Exekutive, in einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung mit. Systemfremd ist zudem der Direktzugriff des Bundesversicherungsamtes als nachgeordneter Behörde des BMG auf den Gesundheitsfonds.

Nach Inkrafttreten des GKV-VSG stand in der zweiten Jahreshälfte 2015 der Aufbau des Innovationsfonds im Mittelpunkt. Dafür wurde eine temporäre interne Arbeitsstruktur beim



Förderschwerpunkte des Innovationsfonds

Neue Versorgungsformen

225 Mio. Euro p. a.; themenoffen, z. B.:

- Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit
- Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health
- Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen

Versorgungsforschung

75 Mio. Euro p. a.; themenoffen, z. B.:

- Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und Patientensicherheit
- Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität
- innovative Konzepte patientenorientierter Pflege
- Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung
- Optimierung bürokratischer Anforderungen

GKV-Spitzenverband eingerichtet. Um kassenseitig größtmögliche Transparenz herzustellen und die Erfahrung der Krankenkassen und Kassenartenverbände frühzeitig einzubinden, trafen und treffen sich gleichzeitig Mitglieder der Kassenartenverbände und Einzelkassen in einer regelmäßig tagenden Arbeitsgruppe „Innovationsfonds“. Sie entwickelte u. a. aus Kassensicht wichtige inhaltliche Weichenstellungen für eine Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsfonds. Zur Erarbeitung von Förderbekanntmachungen und Kriterien der Projektförderung wurden insgesamt drei Unterarbeitsgruppen unter Federführung unterschiedlicher Kassenartenverbände gebildet.

Damit sind die Grundlagen für die Projektförderung aus dem Innovationsfonds aus Kassensicht geschaffen worden.

Besetzung von Innovationsausschuss und Expertenbeirat

Für die Vergabe der Fördermittel ist der Innovationsausschuss zuständig. Er besteht aus zehn benannten Mitgliedern. Für seine drei Sitze sind dies beim GKV-Spitzenverband dessen drei Vorstände. Als stellvertretende Mitglieder wurden Vorstände der Kassenartenverbände auf Bundesebene benannt, die regelhaft die Vertretung der Kassenseite wahrnehmen.

Des Weiteren wurde ein Expertenbeirat zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstands in die Beratungsverfahren eingerichtet. Er gibt u. a. Empfehlungen zu Förderentscheidungen an den Innovationsausschuss ab. Die zehn unabhängigen Expertinnen und Experten wurden vom BMG berufen.

Abb. 3
Innovationsfonds: Ausschreibung und Begutachtung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Krankenhausstrukturen reformieren

Die 2013 im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD skizzierte Krankenhausreform wurde 2014 in einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingerichteten Bund-Länder-Arbeitsgruppe konkretisiert. Als Abschluss des seit Mai 2014 geführten Bund-Länder-Diskurses verabschiedete diese im Dezember 2014 ein Eckpunktepapier zur Krankenhausreform, das in den Folgemonaten durch das BMG in einen Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung überführt wurde (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG). Anfang November 2015 vom Bundestag beschlossen, ist das KHSG in seinen wesentlichen Teilen seit 1. Januar 2016 in Kraft.

GKV - wichtige Stimme im Reformprozess

Die Krankenhausreform wurde sowohl auf der politischen Ebene im Bund und in den Ländern als auch in den Medien breit diskutiert. Mit einer Kampagne und einer zentralen Kundgebung am Brandenburger Tor im September 2015 mobilisierten die Kliniken ihrerseits gegen das KHSG. Der GKV-Spitzenverband begleitete den Gesetzgebungsprozess mit Stellungnahmen, führte Hintergrundgespräche und organisierte Diskussionsveranstaltungen. Im Rahmen der Pressearbeit sowie über Klarstellungen und Fachveröffentlichungen wurde auf die Konsequenzen und tatsächlichen Wirkungen der Reform hingewiesen. Darüber hinaus konnten die Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Fachanhörung im Mai 2015 und in der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss im September 2015 dargelegt werden. Interne Arbeitsgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassen und Kassenarten koordinierten das gemeinsame Vorgehen der GKV und bereiteten die Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Umsetzung des KHSG vor.

Verbesserung der Qualität

Das Thema Qualität zählt zu den medienwirksamsten der Krankenhausreform. Zahlreiche neue Regelungen wurden im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern geschaffen. Damit setzt die Regierung

die Qualitätsorientierung des Koalitionsvertrages konsequent um. Der GKV-Spitzenverband begleitete die politische Diskussion von Anfang an und sendete mit seinem Positionspapier „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung“ die klare Botschaft: Unterschiedliche Behandlungsqualität muss Konsequenzen haben.

Deutschland befindet sich in puncto Qualitätssicherung nicht in der Stunde Null. Doch zeigt die mittlerweile 15-jährige Geschichte externer Qualitätssicherung im Krankenhaus, dass die Qualitätsvorgaben

oftmals ohne Konsequenzen bleiben. So werden bspw. Leistungen

erbracht und von den Krankenkassen vergütet, obwohl die pro Krankenhaus geforderten Mindestmengen nicht erfüllt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit dem KHSG den Auftrag erhalten festzulegen, was bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben passiert. So wird es bei Strukturen unterhalb von Mindestanforderungen zu Vergütungsausschlüssen kommen. Ob die Qualitätskriterien eingehalten werden, wird künftig der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüfen - dies aber nur im Rahmen von Vorgaben, die der G-BA zu erlassen hat.

Für erhebliche Auseinandersetzungen dürfte die gesetzliche Vorgabe sorgen, Kliniken mit schlechter Qualität niedriger zu vergüten und schließlich ganz vom Markt zu nehmen. Erstmals soll es in der Bundesrepublik eine qualitätsorientierte



Die zentralen Themen der Krankenhausreform 2015

- Verbesserung der Qualität
- strukturelle Weiterentwicklung der stationären Versorgung
- Preis- und Mengensteuerung



#weiterdenken

KHSG

Vergütung geben, ein Thema, das auch im Krankenkassenlager nicht unumstritten ist. Wichtige Botschaft ist hier, dass die Krankenkassen nicht an schlechter Qualität verdienen wollen. Doch beobachten die Kassen auch im Bereich der tolerierbaren Ergebnisqualität noch erhebliche Niveauunterschiede.

Eine stärkere Verknüpfung von Qualität und Landeskrankenhausplanung oder auch selektive Qualitätsverträge sind weitere neue Themen. Ob die Krankenhausreform 2015 einmal als die „Qualitätsreform“ in die Geschichte eingehen wird, wird maßgeblich davon abhängen, in welchem Ausmaß dem G-BA und den Landesbehörden sowie den Krankenhäusern und Krankenkassen die konsequente Umsetzung des Gesetzes gelingt.

Strukturelle Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Lag früher die Gestaltung der Krankenhauslandschaft eindeutig im Kompetenzbereich der Länder, zeigt sich nun eine Verschiebung in Richtung G-BA. Der G-BA erhält eine Vielzahl von zusätzlichen Aufgaben, die auch weit in die Planung der stationären Kapazitäten hineinreichen. So sollen,

u. a. im Bereich der Sicherstellungszuschläge und der Notfallversorgung, bundeseinheitliche Vorgaben definiert werden, von denen die Länder allerdings vielfach abweichen können.

Als zentrale Maßnahme ist darüber hinaus der neu geschaffene Strukturfonds zu nennen. Eine solche Idee wurde bereits Ende 2013 diskutiert, fand damals aber keinen Eingang in den Koalitionsvertrag. Ende 2014 griff die Bund-Länder-Arbeitsgruppe sie erneut auf. Der Strukturfonds wurde nun im KHSG weiter konkretisiert und gesetzlich fixiert. In seinen „14 Positionen für 2014“ hatte sich der GKV-Spitzenverband für einen solchen Fonds ausgesprochen.

Das KHSG adressiert als erstes Krankenhausgesetz das Problem der Überkapazitäten. Deutschland hat im internationalen Vergleich zu viele Betten und zu viele Krankenhausstandorte. Dies zeigt schon der Vergleich zwischen den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen: Bei gleicher Fläche und gleicher Einwohnerzahl haben die Niederlande 132, Nordrhein-Westfalen hingegen 401 Krankenhäuser.

In den kommenden Jahren sollen 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in einen Strukturfonds zur Finanzierung von Maßnahmen zum Kapazitätsabbau und zur Umstrukturierung fließen. Jedes Bundesland hat die Möglichkeit, entsprechende Förderanträge an das Bundesversicherungsamt zu stellen und darüber die Mittel aus dem Strukturfonds abzurufen. Die Bundesländer sollen ebenfalls 500 Mio. Euro als Kofinanzierung bereitstellen. Ihnen wird dabei die Möglichkeit eingeräumt, auf den von ihnen zu zahlenden Anteil eine Beteiligung des Trägers der zu fördernden Einrichtung anzurechnen. Darüber hinaus darf die private Krankenversicherung freiwillig das Fördervolumen des Strukturfonds aufstocken – wovon allerdings nicht auszugehen ist.

Im Rahmen einer Rechtsverordnung hat das BMG im Einvernehmen mit den Ländern bereits Ende 2015 Regelungen zu den Vergabekriterien

Abb. 4
Vergleich der Krankenhausedichte
Niederlande / Nordrhein-Westfalen

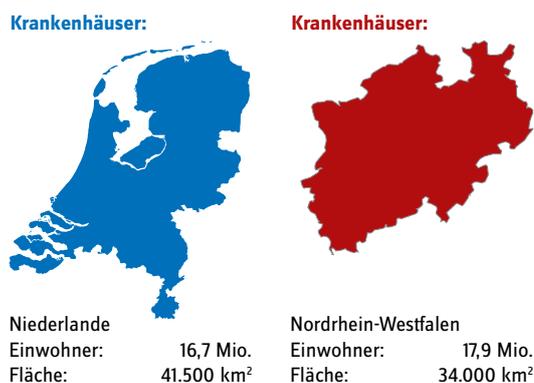
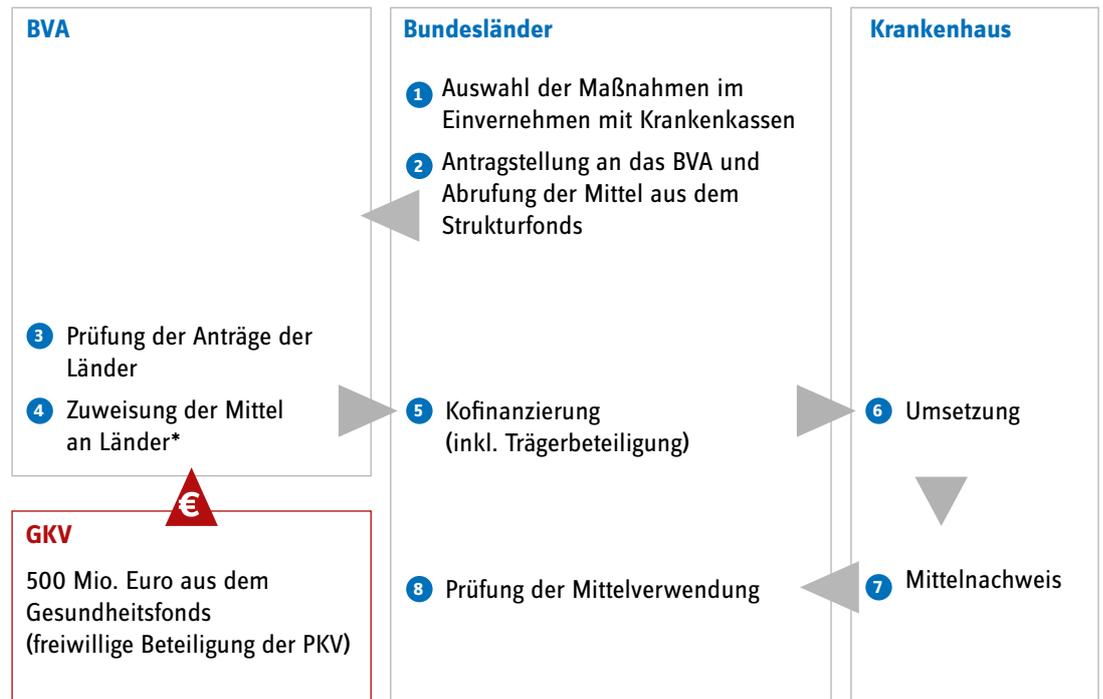


Abb. 5
Funktionsweise Strukturfonds



* Rechtsverordnung des BMG zu den Vergabekriterien

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Der wesentliche Mangel des KHSG ist die ungelöste Problematik der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder.

der Strukturfondsmittel erlassen. Der GKV-Spitzenverband nahm dazu Stellung und forderte insbesondere einen Vorrang für Standortschließungen. Mit dem

Fokus auf eine zweckentsprechende Verwendung der Mittel (Schließung von Krankenhäusern) sollten Mitnahmeeffekte durch reine „Türschildwechsel“ ausgeschlossen werden. In der Diskussion setzten sich schließlich die Landesfinanzministerinnen und -minister mit ihren Interessen durch. Aus Sicht der GKV besteht nun die Gefahr, dass der Strukturfonds von den Ländern als Ersatz für unterlassene Investitionsförderungen missbraucht werden könnte.

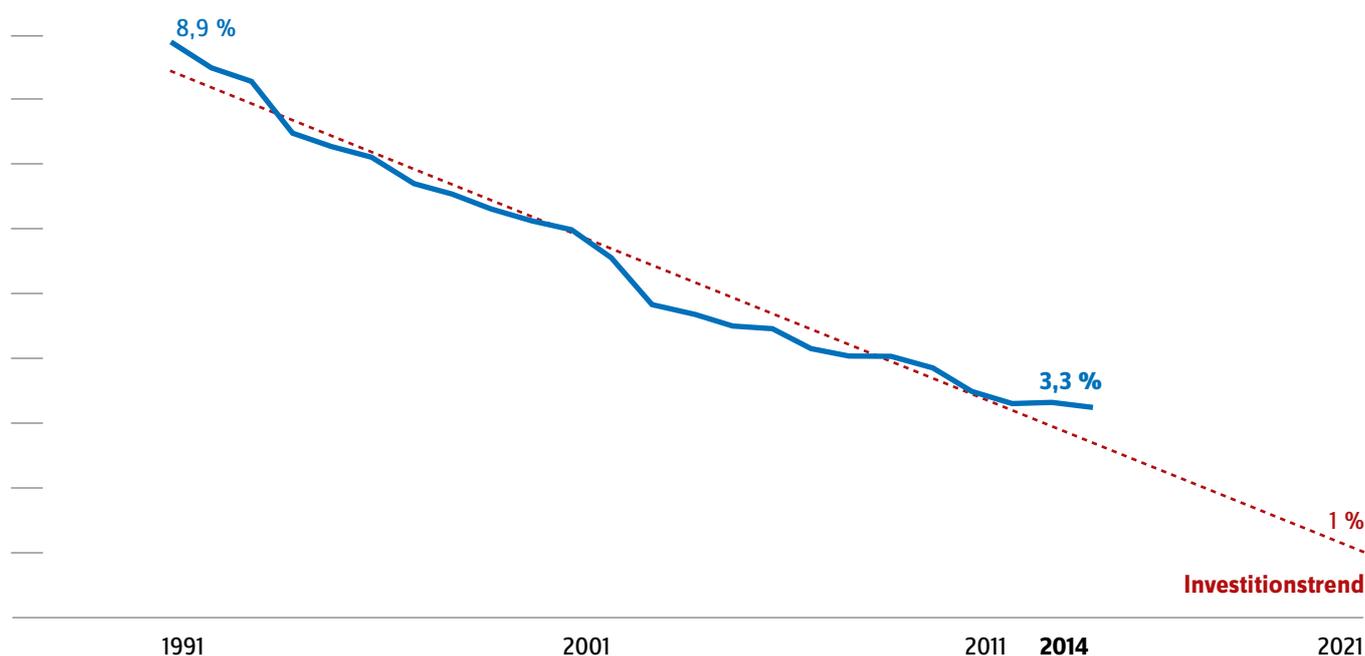
Trotz erheblicher Ausgestaltungsmängel ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Politik den

Handlungsbedarf in puncto Kapazitätsplanung erkannt hat und den anstehenden Umstrukturierungsprozess mit der Einrichtung eines Strukturfonds voranbringen will.

Preis- und Mengensteuerung

Auch im Bereich der Preisfindung rund um die jährlichen Verhandlungen der Landesbasisfallwerte gibt es zahlreiche Neuerungen. Sie belasten überwiegend die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. So führt ab 2017 eine starke Mengenentwicklung nicht mehr zur Absenkung der Landesbasisfallwerte. Lediglich auf Hausebene gibt es eine Preisabsenkung, den sog. Fixkostendegressionsabschlag, der finanziell keinen gleichwertigen Ersatz darstellt. Zudem wird es ab 2016 eine neue Konvergenzphase geben. Durch eine Anhebung der unteren Korridorgrenze werden sich

Abb. 6
Rückläufige Investitionen der Bundesländer
 Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der Krankenhäuser



Quelle: Statistisches Bundesamt (Gesamtausgaben), Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Investitionskosten)
 Darstellung: GKV-Spitzenverband

die Basisfallwerte der Bundesländer dabei weiter annähern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können die Anpassungen des Korridors die Fehler der Landesbasisfallwertkonvergenz allerdings nicht lösen. Im Gegenteil: Die einseitige Belastung der Kostenträger wird durch die Konvergenz weiter verstärkt.

Um das bestehende Ungleichgewicht im Bereich der Preisfindung beseitigen zu können, müssten insbesondere folgende Maßnahmen unverzüglich umgesetzt werden:

- ein symmetrischer Bundesbasisfallwertkorridor
- eine den Landesbasisfallwertverhandlungen nachgelagerte Bundesbasisfallwertermittlung
- die Streichung der Meistbegünstigungsklausel beim Veränderungswert

Im KHSG findet sich dazu nichts.

Gesamtbewertung: **Eine Krankenhausreform, aber keine große**

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes finden sich im KHSG, insbesondere im Bereich der Qualitätsmaßnahmen, zukunftsweisende Ansätze. Das Gesamtergebnis aber ist durchaus kritisch zu sehen. Der wesentliche Mangel ist dabei die ungelöste Problematik der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder. Zudem muss auf die Ausgabenbelastung der GKV hingewiesen werden. Die gesetzlich induzierten Mehrausgaben könnten bereits zwischen 2016 und 2018 auf insgesamt 6 Mrd. Euro steigen. Die finanzielle Mehrbelastung durch dieses Gesetz ist somit beitragsatzrelevant.

Geriatrische Versorgung besser koordinieren

Geriatrische Fachkrankenhäuser und geriatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern werden zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung ermächtigt.

Die geriatrische Versorgung im niedergelassenen Bereich wird allenthalben als unbefriedigend angesehen. Der Gesetzgeber hat deshalb mit dem Psych-Entgeltgesetz aus dem Jahr 2012 eine vorsichtige Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante geriatrische Behandlung eingeleitet. Die gesetzliche Regelung sieht

vor, dass geriatrische Fachkrankenhäuser und geriatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt

werden können. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) konkretisierten hierzu in einer Vereinbarung auf Bundesebene im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft folgende Punkte:

- Inhalt und Umfang einer strukturierten und koordinierten geriatrischen Versorgung
- die zu versorgende Patientengruppe
- Anforderungen an Leistungserbringung und Qualitätssicherung
- Überweisungserfordernisse

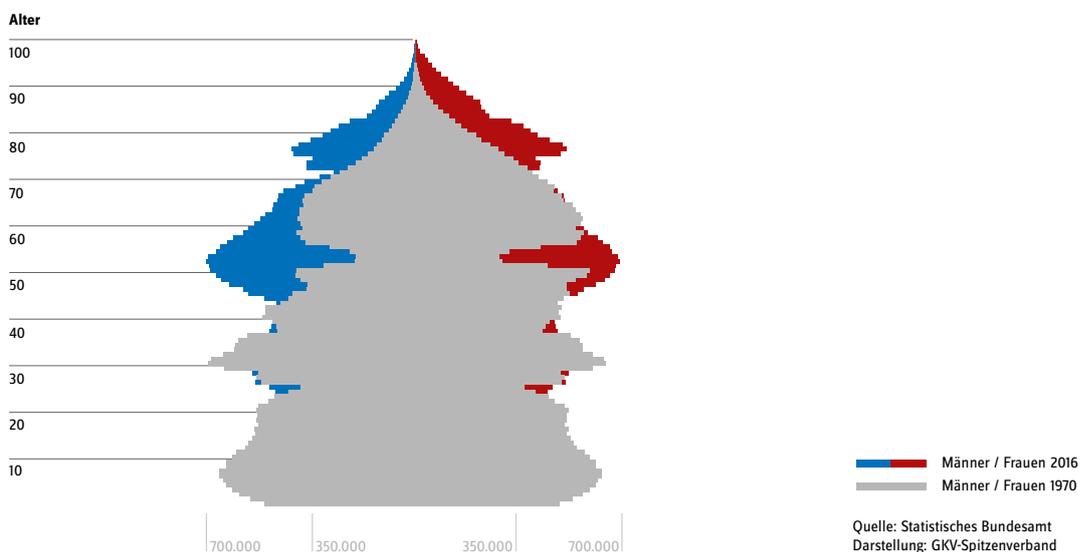
Wesentliche Forderungen durchgesetzt

Auf dieser Grundlage wurden seit 2013 dreiseitige Verhandlungen zum erstmaligen Abschluss einer Vereinbarung zu Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) geführt. Da ein Konsens nicht in allen Vereinbarungsinhalten erreicht werden konnte, musste schließlich das Bundesschiedsamt entscheiden. In der Verhandlung und der Festsetzung der GIA-Vereinbarung im Juli 2015 wurden wesentliche Positionen des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt:

- enge Verzahnung der Behandlung von ambulanten geriatrischen Patientinnen und Patienten durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte und die GIA
- klare Qualifikationsanforderungen und Ermächtigungsvoraussetzungen
- Fokussierung des Behandlungsumfanges auf die spezialisierte geriatrische Diagnostik und Behandlungsplanung
- erstmalige Verwendung der lebenslangen Arztnummer in der Institutsambulanz

Die GIA-Vereinbarung trat zum 1. Oktober 2015 in Kraft. Eine Vergütungsregelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ist von GKV-Spitzenverband und KBV im Bewertungsausschuss bis zum 31. März 2016 zu schaffen.

Abb. 7
Alterspyramide 1970 vs. 2016



Qualitätssicherung verbindlich machen

Ein wesentliches Anliegen des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ist die Erhöhung der Verbindlichkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das gilt nicht nur für die neuen Instrumente, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in den kommenden Jahren etablieren muss, sondern auch für bestehende Verfahren wie den Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Dieser stellt das medizinische, pflegerische und technische Leistungsspektrum der Einrichtungen sowie die im Rahmen der externen Qualitätssicherung ermittelten Qualitätsergebnisse auf Krankenhaus- bzw. Standortebene transparent dar und bildet damit einen wichtigen Baustein der externen Qualitätssicherung. Über Onlineportale der Krankenkassen können Patientinnen und Patienten bzw. ihre überweisenden Ärztinnen und Ärzte die Daten strukturiert abrufen und eine informierte Entscheidung über den Ort einer geplanten Behandlung treffen.

Neue Verbindlichkeit

Mit der Einführung einer gestuften Sanktionsregelung im Jahr 2013 wurden erstmals Konsequenzen für Krankenhäuser definiert, die ihren Qualitätsbericht nicht oder nicht vollständig geliefert haben. Damit ist ein über zehn Jahre gewachsenes Verfahren in Bewegung geraten: Fristen und Inhalte erhielten eine ganz neue Verbindlichkeit, die Frage nach dem berichtspflichtigen Krankenhaus bzw. seinem Standort wurde essenziell.

Der Qualitätsbericht der Krankenhäuser bildet einen wichtigen Baustein der externen Qualitätssicherung.

2015 galt es, die erste Stufe der Sanktionsregelung umzusetzen: die Erstellung und Veröffentlichung einer Liste von Krankenhäusern, die ihrer Berichtspflicht für das Jahr 2013 nicht nachgekommen waren. Dies drohte jedoch an der fehlenden Legaldefinition des Begriffs „Standort“ – der Voraussetzung für ein bundesweit verbindliches Verzeichnis – zu scheitern.

Fehlendes Standortverzeichnis der Krankenhäuser

Auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes wurde im G-BA ein zweistufiges Verfahren etabliert, um eine Standortliste zu ermitteln und abzuleiten, zu welchen Standorten Qualitätsberichte fehlen.

Grundlage für die jeweilige Entscheidung über eine Berichtspflicht bilden die Landeskrankenhauspläne und Feststellungsbescheide. Daran schloss sich ein Dialog mit den Krankenhäusern an, die ihrer Berichtspflicht in nicht ausreichendem Maße nachgekommen waren. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein lohnender Aufwand, um folgende Ziele zu erreichen:

- Vollzähligkeit der Berichte zur Information von Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Ärztinnen und Ärzten
- Rechtssicherheit für die Krankenhäuser und ihre Standorte mit Blick auf ihre zukünftige Berichtspflicht

Dieses Verfahren löst jedoch nicht das grundsätzliche Problem. Es besteht weiterhin die Notwendigkeit einer verbindlichen Definition des Begriffs „Standort“ sowie der eindeutigen Kennzeichnung des Ortes der Leistungserbringung. Das ist nicht nur Voraussetzung für die Zuordnung von Ergebnisdaten zur Struktur- und Qualitätssicherung im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren des G-BA, sondern auch entscheidend für Themen wie Erreichbarkeit, Sicherstellung und Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die im Krankenhausstrukturgesetz angelegt sind.

Bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung voranbringen

Das im Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) war eines der zentralen gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben des Jahres 2015. Darüber hinaus wurde mit dem GKV-VSG eine große Zahl von Einzelregelungen umgesetzt, die im Konsensprozess der Koalitionsverhandlungen vereinbart worden waren.

Mit dem GKV-VSG soll eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sichergestellt werden. Dies entspricht auch den Forderungen, die seitens der gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahren erhoben werden. Es ist besonders zu begrüßen, dass der Gesetzgeber den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

Fraglich bleibt, ob den zusätzlichen Ausgaben, die das GKV-VSG in den nächsten Jahren verursachen wird, ein entsprechender Nutzen für die Versicherten gegenübersteht.

konkretisiert hat. So wird durch die Verpflichtung zur Einrichtung von Terminservicestellen klargestellt, dass die Sicherstellung auch eine zeitnahe

Verfügbarkeit der fachärztlichen Versorgung umfasst. Bei der Nachbesetzung von Arztpraxen in überversorgten Regionen „soll“ die KV nun den Arztsitz aufkaufen (nicht mehr „kann“). Dies ist wohl ein Hinweis an die KVen, die vorhandenen Instrumente zur Steuerung der Versorgung besser zu nutzen. Allerdings wurde die Regelung kurz vor Abschluss des parlamentarischen Verfahrens auf Druck der Ärzteschaft aufgeweicht: Die Kann-Regelung bei einem Versorgungsgrad von 110 % bleibt zunächst bestehen. Die noch im ursprünglichen Gesetzentwurf ab diesem Versorgungsgrad vorgesehene Soll-Regelung wurde auf einen Schwellenwert in Höhe von 140 % heraufgesetzt.

Kein klarer Versorgungsbezug erkennbar

Einige Regelungen wurden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht konsequent genug gefasst. So wird die verpflichtende Aufkaufregelung von Arztsitzen aufgrund zahlreicher Ausnahmen und der vorgeschriebenen Stimmenmehrheit im paritätisch besetzten Zulassungs-

ausschuss voraussichtlich ohne Wirkung bleiben. Das Zulassungsrecht bleibt damit fast unverändert und die Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung sind weiterhin begrenzt. Hinzu kommen überzogene Erwartungen an die Steuerungsmöglichkeiten der Bedarfsplanung. Durch eine immer detailliertere, kleinräumigere Planung lässt sich keine höhere Bedarfsgerechtigkeit herstellen – ganz im Gegenteil steigt das Risiko unbeabsichtigter Effekte, wie z. B. einer Verstärkung von Verteilungsproblemen. Mit höherer Wahrscheinlichkeit kann so in bisher überversorgten Planungskreisen eine Niederlassung ermöglicht werden, wenn dort Gebiete mit einer weniger guten Versorgung ausgewiesen sind.

Andere Regelungen lassen ein strukturiertes Versorgungskonzept vermissen. So werden die Krankenhäuser stärker für die ambulante Versorgung geöffnet. Allerdings werden die bereits jetzt bestehenden Probleme im Schnittstellenbereich nicht gelöst. Hier fehlt nach wie vor ein einheitlicher Ordnungsrahmen, weshalb dieser Bereich eine weitestgehend ungesteuerte „Add-on-Versorgung“ mit diversen Überschneidungen darstellt. Allein die Unterscheidung zwischen Fällen ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V und Fällen in Hochschulambulanzen nach dem neuen § 117 SGB V erscheint praktisch kaum möglich. So wird die doppelte Facharztschiene nicht ab-, sondern ausgebaut.

Einen konkreten Versorgungsbezug lässt auch die Regelung zur Konvergenz der ärztlichen Vergütungen vermissen. Die beabsichtigte Anhebung unterdurchschnittlicher Gesamtvergütungen in einzelnen Ländern auf einen bundesdurchschnittlichen Mittelwert lässt außer Acht, dass bestehende Vergütungsunterschiede durch erhebliche regionale Strukturunterschiede begründet sind. Diese können durch eine höhere Gesamtvergütung nicht beseitigt werden. Das GKV-VSG bewirkt damit bis zu 500 Mio. Euro Mehrausgaben pro Jahr zur Erhöhung von Arztvergütungen, ohne dass damit eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten einhergeht.



#weiterdenken

GKV - VSG

Widersprüchliche Signale zur Zukunft des Gesundheitssystems

Zur künftigen Gestaltung des Gesundheitssystems finden sich widersprüchliche Hinweise. Auf der einen Seite wird die Selbstverwaltung geschwächt und staatliche Eingriffsmöglichkeiten werden erhöht, auf der anderen Seite werden die Aufgaben der Selbstverwaltung erweitert, wobei ordnungspolitische „Sündenfälle“ nicht zu übersehen sind. Besonders bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Kompetenzerweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mit dem Innovationsausschuss tritt der G-BA erstmals als Entscheider über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Krankenkassen

auf. Hinzu kommt außerdem, dass erstmals Vertreterinnen und Vertreter der Regierung unmittelbar mitentscheiden.

Am Ende bleibt fraglich, ob den zusätzlichen Ausgaben, die das GKV-VSG in den nächsten Jahren verursachen wird, ein entsprechender Nutzen für die Versicherten gegenübersteht. Spannend bleibt auch die Frage, wie der ambulant-stationäre Schnittstellenbereich weiterentwickelt und die Probleme an den Sektorengrenzen überwunden werden können. Es wird sich außerdem zeigen, wie gut es der Selbstverwaltung gelingt, künftige Versorgungsstrukturen im Kollektivvertrag zu gestalten und welche Impulse aus wettbewerblichen Ansätzen entstehen.



Kernpunkte des GKV-VSG

- zeitnahe Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen, wenn der G-BA neue Leistungen anerkannt hat
- Konvergenzregelung zum Abbau unbegründeter Nachteile in den Gesamtvergütungen (aber kein Abbau unbegründeter Vorteile in der Höhe der regionalen Vergütungen)
- Einbezug der Hochschulambulanzen in die ambulante Versorgung (bei schweren und komplexen Krankheiten)
- Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ): Möglichkeit der Einbeziehung von Kommunen in die Gründung und Trägerschaft, arztgruppengleiche MVZ als Option erlaubt
- Veränderung der Regelungen zur Nachbesetzung von Arztpraxen, Prüfung auf versorgungspolitische Notwendigkeit durch Zulassungsausschüsse
- Erhöhung der zu fördernden hausärztlichen Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.500, weitere 1.000 Stellen für grundversorgende Fachärztinnen und Fachärzte
- verpflichtende Einrichtung von Terminservicestellen durch KVen, Vermittlung von Facharztterminen innerhalb von vier Wochen
- Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie: Erweiterung von Leistungen, u. a. Einrichtung einer allgemeinen Sprechstunde
- Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den G-BA: Überprüfung der Größe der Planungsbereiche
- Ermächtigung von Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder mit schwerer Mehrfachbehinderung
- Anspruch auf Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten Eingriffen (elektive Operationen)
- Einrichtung eines Innovationsfonds
- Nutzenbewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten
- Verzicht der Kranken- und Pflegekassen auf Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen

Ärztliche Vergütungsregelungen überdenken

Die Verhandlungen auf Bundesebene zur vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2016 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband wurden mit der Entscheidung im Erweiterten Bewertungsausschuss abgeschlossen, den Orientierungswert zum 1. Januar 2016 um 1,6 % anzuheben. Dieses Ergebnis unterschreitet deutlich die Forderung der KBV und stellt daher einen vertretbaren Kompromiss dar. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss Empfehlungen zu den diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten des morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfs beschlossen. Sie bilden die Grundlage für die Entscheidung der Landesebene über die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur. Während die demografischen Veränderungsdaten im Durchschnitt nur noch bei ca. 0,2 % liegen, waren bei den diagnosebezogenen Veränderungsdaten instabile und nicht erklärbare Ergebnisse mit starken Schwankungen von bis zu zwei Prozentpunkten in den letzten Jahren zu beobachten. Vor diesem Hintergrund sollte die morbiditätsbedingte Veränderung des ambulanten Behandlungsbedarfs nur durch zuverlässige und nicht beeinflussbare demografische Faktoren gemessen werden. Auf die gesetzlich vorgegebene Einbeziehung einer Morbiditätsmessung, die auf der Grundlage selbst dokumentierter Diagnosen von Ärztinnen und Ärzten beruht, kann verzichtet werden. Der GKV-Spitzenverband konnte ferner die von der KBV geforderte Herausnahme weiterer Leistungen aus der budgetierten Gesamtvergütung im Bewertungsausschuss verhindern und damit verbundene Mehrausgaben abwenden.

Änderungen des Vergütungssystems notwendig

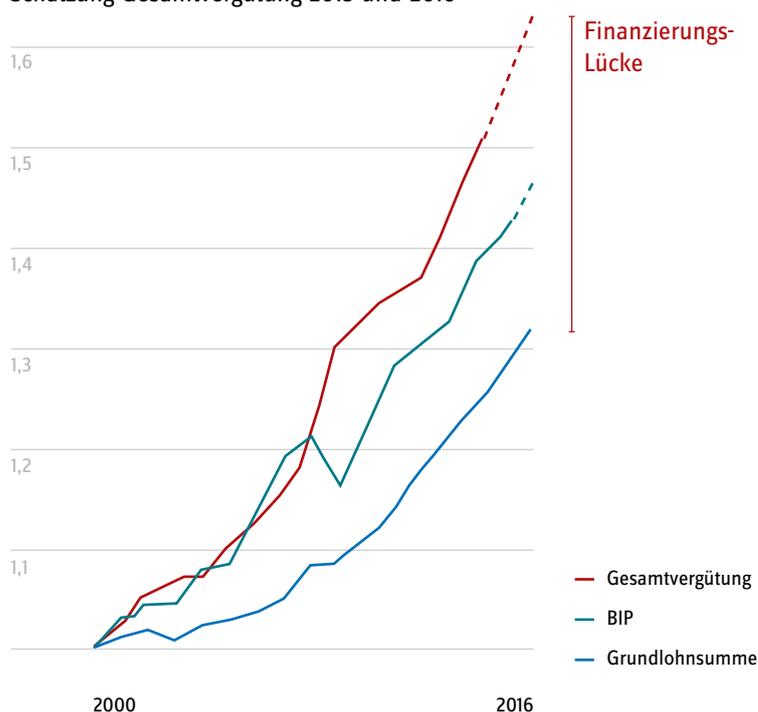
Die Honorarrunde 2016 auf Bundesebene wird einschließlich des erwarteten Mengenanstiegs und der Mehrausgaben für die Anpassung der psychotherapeutischen Vergütung eine Erhöhung der Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Leistungen von rd. 1,35 Mrd. Euro bzw. 3,8 % bewirken. Hinzu kommen noch Mehrausgaben aufgrund der Umsetzung anstehender Gesetzes-

vorhaben sowie infolge der Gesamtvertragsverhandlungen auf Landesebene. Die seit 2013 zu beobachtende Ausgabendynamik der ärztlichen Vergütung, die sogar die außerordentlich gute Grundlohnsummenentwicklung übertrifft, führt insgesamt zu einer wachsenden Finanzierungslücke in Milliardenhöhe. Vor diesem Hintergrund bedarf es grundlegender Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen. Ausgabentreibende Regelungen ohne versorgungspolitische Bedeutung sollten gestrichen und das ärztliche Vergütungssystem vereinfacht werden.

Die seit 2013 zu beobachtende Ausgabendynamik der ärztlichen Vergütung führt insgesamt zu einer wachsenden Finanzierungslücke in Milliardenhöhe.

Abb. 8
Vergleich der Entwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, des Bruttoinlandsprodukts (preisunbereinigt) und der GKV-Grundlohnsumme

Angaben 2000 = 1,0 (Indexierung); einschl. Selektivvertragseinnahmen; Schätzung Gesamtvergütung 2015 und 2016



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Psychotherapie weiterhin angemessen vergüten

Die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen sind entsprechend der gesetzlichen Vorgaben so festzulegen, dass eine angemessene Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist. Im Dezember 2013 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, die Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen zu überprüfen. Die für diese Überprüfung erforderlichen Analysen und Berechnungen wurden durch das Institut des Bewertungsausschusses erstellt.

Nach mehrmonatigen intensiven Beratungen zwischen der Kassenseite und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fasste der Erweiterte Bewertungsausschuss im September 2015 den einstimmigen Beschluss, die Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen rückwirkend zum 1. Januar 2012 um 2,7 % zu erhöhen. Darüber hinaus erhalten alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen an die Vergütung der Therapiestunde gekoppelten Strukturzuschlag, wenn ihre Auslastung - bezogen auf den individuellen Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid - im jeweiligen Quartal 50 % übersteigt. Die sich aus diesem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ergebenden Mehrausgaben betragen ca. 80 Mio. Euro pro Jahr. Das entspricht einer Vergütungssteigerung für die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen

von 5,5 %. Ein Nachvergütungsanspruch von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besteht nur dann, wenn sie Widerspruch gegen ihren Honorarbescheid eingelegt haben und die angefochtenen Honorarbescheide noch nicht rechtskräftig geworden sind.

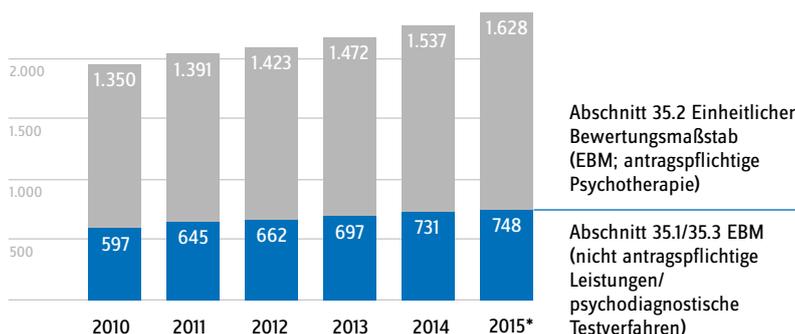
Die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie waren im Jahr 2012 Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Daraus ergibt sich für die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verpflichtung, für die aus diesem Beschluss folgenden Nachvergütungen des Jahres 2012 aufzukommen. Zum 1. Januar 2013 wurden die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen aus der MGV in die extrabudgetäre Vergütung überführt, sodass hieraus für die Krankenkassen eine Verpflichtung zur Übernahme der Nachvergütungen für die Jahre 2013 bis 2015 entstehen kann.

Entlastung der Krankenkassen und angemessene Vergütung

Der GKV-Spitzenverband konnte in den Verhandlungen durchsetzen, dass die aus diesem Beschluss resultierenden finanziellen Belastungen für die Krankenkassen dauerhaft reduziert werden: Zur Kompensation der extrabudgetär zu finanzierenden Höherbewertungen wird die MGV ab dem Jahr 2016 basiswirksam vermindert. Im Zeitraum von 2016 bis 2018 erfolgt darüber hinaus eine weitere Reduzierung der MGV. Diese zusätzliche Entlastung dient als Ausgleich für die Mehrausgaben, die den Krankenkassen voraussichtlich für die Jahre 2013 bis 2015 in Form von Nachvergütungen entstehen.

Die psychotherapeutische Vergütung wurde in den letzten sechs Jahren mehrfach angehoben. Der aktuelle Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses stellt sicher, dass die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts angemessen sind. Die anhaltende Kritik der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der Vergütungshöhe ist daher nicht sachgerecht.

Abb. 9
Ausgabenentwicklung im Bereich der Psychotherapie ohne Nachvergütung; Angaben in Mio. Euro



*Hochrechnung auf Basis des 1. Halbjahres 2015
Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Qualität bei Hausgeburten sichern

Zur Verbesserung der Hebammenversorgung hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren eine Vielzahl von neuen Regelungen geschaffen. Er verpflichtete die Vertragspartner auf Bundesebene – die Verbände der Hebammen und den GKV-Spitzenverband – u. a. dazu, konkrete Mindestanforderungen an die Qualität der Hebammenleistungen bis Ende 2014 zu vereinbaren. Damit verbunden war eine fünfprozentige Anhebung sämtlicher Vergütungspositionen. Zusätzlich waren die Vertragspartner angehalten, bis zum Sommer 2015 vertragliche Regelungen zur Auszahlung eines sog. Sicherstellungszuschlags für geburtshilflich tätige Hebammen zu vereinbaren. Damit sollen die hohen jährlichen Kosten für die geburtshilfliche Berufshaftpflichtversicherung – für den Großteil der Hebammen seit 1. Juli 2015 über 6.200 Euro – kompensiert werden. Der GKV-Spitzenverband hatte im Juni 2015 die Schiedsstelle angerufen, weil in beiden Punkten keine Einigung mit den Verbänden der Hebammen erreicht werden konnte.

Ausschlusskriterien für Hausgeburten beschlossen

Die Vertragspartner hatten sich zuvor auf fast alle qualitätssichernden Maßnahmen zur gesetzlich geforderten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verständigen können. Die Hebammenverbände waren jedoch nicht bereit, den nach Auffassung der Kassenseite unverzichtbaren verbindlichen Ausschlusskriterien für Hausgeburten zuzustimmen, ähnlich wie sie seit 2008 für Geburtshaus-Geburten gelten. Die Schiedsstelle hat sich im September 2015 nunmehr für eine Angleichung dieser Qualitätsmaßnahme für alle außerklinischen Entbindungen entschieden, sodass die fünfprozentige Vergütungserhöhung ab diesem Zeitpunkt gilt. Lediglich bei der Überschreitung des errechneten Geburtstermins wurde von den geltenden Ausschlusskriterien in den Geburtshäusern geringfügig abgewichen.

Für werdende Mütter, die sich für eine Hausgeburt entscheiden, bedeuten die Regelungen ein Mehr an Sicherheit. Erstmals gelten auch für Hausgeburten verbindliche Qualitätskriterien.

Abb. 10
Anzahl freiberuflicher Hebammen



Quelle: Vertragspartnerliste Hebammen, Stand jeweils zum Oktober des Jahres
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Jede geburtshilflich tätige Hebamme kann zweimal im Jahr einen Antrag auf Auszahlung ihrer tatsächlichen Haftpflichtversicherungskosten seit dem 1. Juli 2015 stellen.

Für werdende Mütter, die sich für eine Hausgeburt entscheiden, bedeuten die Regelungen ein Mehr an Sicherheit. Erstmals gelten auch für Hausgeburten verbindliche Qualitätskriterien. Diese dienen dem Schutz von Mutter und Kind. Ein absolutes Ausschlusskriterium ist z. B. eine Blutgruppen-Inkompatibilität. Liegen relative Ausschlusskriterien vor, z. B. Gerinnungsstörungen, ist eine zusätzliche ärztliche Untersuchung notwendig, um die Geburt zu Hause durchführen zu können.

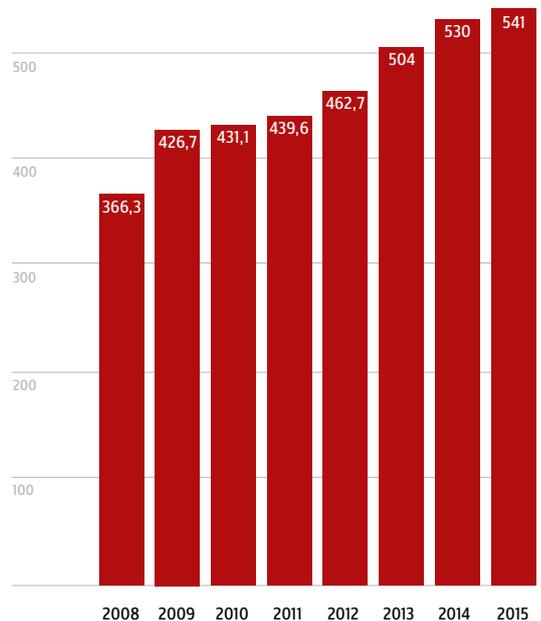
Gerechter Haftpflichtausgleich für alle Hebammen

Die Schiedsstelle setzte im September 2015 außerdem die Regelungen und die Berechnungsformel zum Sicherstellungszuschlag für Kostensteigerungen der Berufshaftpflichtversicherung von geburtshilflich tätigen Hebammen fest. Damit sind Überzahlungen, die zuvor über pauschale Haftpflichtzuschläge auf die geburtshilflichen Gebührenpositionen gewährt wurden, obsolet. Diese Regelung bevorteilte Hebammen, die viele Geburten im Jahr betreuen konnten. Nun kann jede geburtshilflich tätige Hebamme zweimal im Jahr einen Antrag beim GKV-Spitzenverband auf Auszahlung ihrer tatsächlichen Haftpflichtversicherungskosten seit dem 1. Juli 2015 stellen. Voraussetzung ist, dass sie mindestens eine geburtshilfliche Leistung pro Quartal bzw. vier je Versicherungsjahr erbracht hat und dass Haftpflichtkosten nachgewiesen werden können. Die ausgleichenden Haftpflichtkosten sind allerdings noch um bestimmte Kostenbestandteile zu reduzieren (u. a. Anteil für private Haftpflichtversicherungen).

Weitere gesetzliche Neuerungen und Ausblick

Mit dem Präventionsgesetz vom Juli 2015 wurde der Anspruch der Versicherten auf Wochenbettbetreuung von acht auf bis zu zwölf Wochen nach der Geburt angehoben. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, die Inanspruchnahme dieser Leistung für die Versicherten zeitlich flexibler zu gestalten. Im Übrigen bleibt die bisher zwischen den Vertragspartnern vertraglich vereinbarte Anzahl möglicher Betreuungsleistungen im Wochenbett insgesamt unverändert.

Abb. 11
Ausgaben für Hebammenleistungen in Mio. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KfJ; 2015: KV45 1.-4. Quartal
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung ausbauen

Mit der im Jahr 2012 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) eingeführten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde ein neuer Versorgungssektor geschaffen. In diesem können seitdem vertragsärztliche Fachärztinnen und Fachärzte sowie Krankenhäuser für definierte Erkrankungen unter möglichst gleichen Bedingungen Leistungen erbringen.

Die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und im ergänzten Bewertungsausschuss zur Ausgestaltung des neuen Sektors sind ausgesprochen komplex, zumal bereits die erste Novellierung mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) stattgefunden hat. Die Beschränkung des Krankheitsspektrums für onkologische und rheumatologische Erkrankungen wurde gelockert. Statt „schwerer Verlauf“ heißt es nun „besonderer Verlauf“. Diese Neudefinition

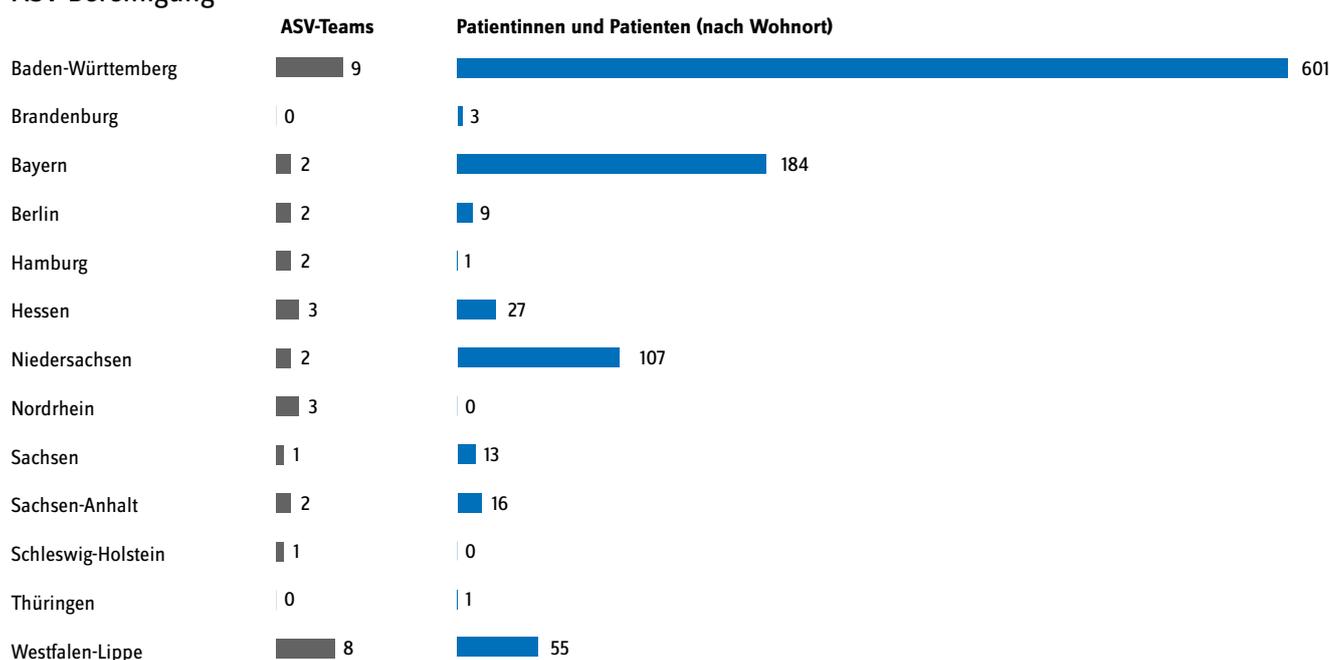
der Zugangskriterien ermöglicht zukünftig mehr Patientinnen und Patienten die Teilnahme an der ASV.

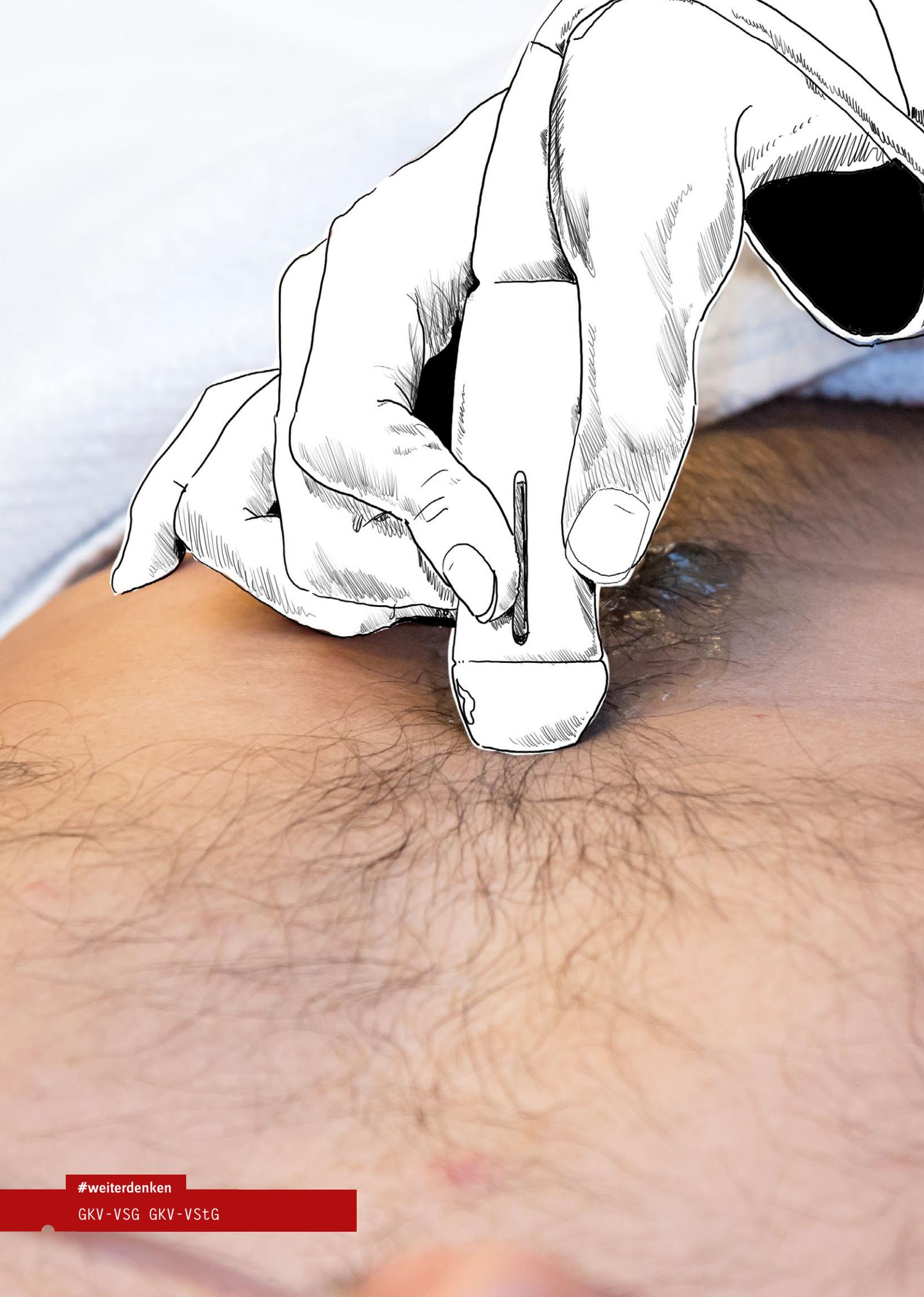
ASV-Leistungen ausgeweitet

Im Dezember 2015 beschloss der G-BA aufgrund der gewandelten Gesetzeslage eine Reihe von Änderungen. Die ASV-Rahmenrichtlinie sowie die krankheitsspezifischen Konkretisierungen zu den gastrointestinalen Tumoren und den Tumoren der Bauchhöhle sowie zu den gynäkologischen Tumoren und zum Marfan-Syndrom wurden neu gefasst. Ein Änderungsbeschluss zur Konkretisierung der Tuberkulose ist weitgehend vorbereitet. Erstmals wurde die Konkretisierung zur pulmonalen Hypertonie verabschiedet. Damit können Patientinnen und Patienten nun in fünf Indikationsgebieten ASV-Leistungen erhalten.

Die Neudefinition der Zugangskriterien für die ASV ermöglicht zukünftig mehr Patientinnen und Patienten die Teilnahme.

Abb. 12
ASV-Bereinigung





#weiterdenken

GKV-VSG GKV-VStG

Zudem wurde der G-BA durch die Gesetzesnovelle verpflichtet, die von ihm verabschiedeten Beschlüsse im Rahmen der ASV spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der jeweiligen indikationspezifischen Anlage hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit zu evaluieren. Über die Ergebnisse hat der G-BA das Bundesministerium für Gesundheit in Kenntnis zu setzen.

Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Versorgung der Versicherten mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen um die Leistungen bereinigt werden sollen, die Bestandteil der ASV sind. Die Ausgestaltung der Vorgaben für die Umsetzung durch die regionalen Gesamtvertragspartner wurde dem Bewertungsausschuss Ärzte übertragen. Für alle an der Umsetzung Beteiligten ist festgelegt, welche Aufgaben durch wen bis wann zu erledigen sind: Der Bewertungsausschuss gibt für jede ASV-Indikation nach entsprechenden Berechnungen seines Instituts einen pauschalen Bereinigungsbetrag je ASV-Patientin und -Patient vor. Die regionalen Gesamtvertragspartner in einem KV-Bezirk stellen den konkreten Bereinigungsbetrag durch Multiplikation dieses Wertes mit der Anzahl der ASV-Patientinnen und -Patienten fest. Die methodische Hauptarbeit ist daher durch die Bundesebene zu leisten, was den Aufwand zur Umsetzung auf regionaler Ebene minimiert.

Vorgabe pauschaler Bereinigungsbeträge

Zur Ermittlung eines pauschalen Bereinigungsbetrags wird überprüft, welche vertragsärztlich in Anspruch genommenen Leistungen von Versicherten mit entsprechender Indikation auch innerhalb der ASV hätten versorgt werden können. Der Bewertungsausschuss nimmt dabei Abschlüsse für Leistungen vor, die für ASV-Patientinnen und -Patienten aufgrund von Mehrfacherkrankungen oder -inanspruchnahmen weiterhin vertragsärztlich

erbracht werden. Die pauschalen Bereinigungsbeträge werden je KV-Bezirk und Indikation einmalig durch den Bewertungsausschuss festgelegt und durch die Gesamtvertragspartner lediglich dynamisiert. Dies wurde nach intensiven Beratungen zu methodischen Berechnungsdetails bislang für die Indikationen Tuberkulose, gastrointestinale Tumore und Marfan-Syndrom abgeschlossen.

Aufgrund der mit dem GKV-VSG bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen aufgehobenen Einschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen

überprüft der Bewertungsausschuss einmalig die für die Indikation gastrointestinaler Tumoren beschlossenen Pauschalen auf ihre Korrekturbedürftigkeit. Darüber hinaus wurde eine datengestützte Überprüfung der indikationsübergreifenden Bereinigungsvorgaben ab dem Jahr 2016 vereinbart. Dabei sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch die im Rahmen der ASV abgerechneten Leistungsmengen und die Bereinigungsbeträge vergleichend untersucht werden.

Der Bewertungsausschuss gibt für jede ASV-Indikation einen pauschalen Bereinigungsbetrag je ASV-Patientin und -Patient vor.

Ermittlung der Zahl der ASV-Patientinnen und -Patienten

Die Zahl der ASV-Patientinnen und -Patienten wird quartalsweise von den Krankenkassen an die KVen übermittelt. Sie wird dauerhaft um die Anzahl der bereits nach alter Rechtslage mit hochspezialisierten Leistungen ambulant im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten reduziert, um das historische Patientenvolumen dieses Versorgungssektors nicht nachträglich zu bereinigen. Darüber hinaus wird eine Begrenzung auf die Anzahl der im jeweiligen Vorjahresquartal vertragsärztlich behandelten Patientinnen und Patienten mit entsprechender Indikation vorgenommen, womit das Mengenrisiko bei den Krankenkassen verbleibt.

Die eigentliche Bereinigung wird beginnend nach der erstmaligen Abrechnung entsprechender

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die im Rahmen der ASV abgerechneten Leistungsmengen und die Bereinigungsbeträge vergleichend untersucht werden.

ASV-Leistungen für einen Zeitraum von derzeit drei Jahren vorgenommen und soll auf dem dann erreichten Bereinigungsniveau dauerhaft basiswirksam eingefroren werden. Bislang wurde die Bereinigung in den ersten KV-Bezirken für die Indikationen Tuberkulose bzw. gastrointestinale Tumoren mit dem zweiten bzw. dritten Quartal des Jahres 2015 aufgenommen.

Entwicklung in der Versorgungsrealität und Ausblick

Ende des Jahres 2015 waren im gesamten Bundesgebiet 32 Ärzteteams in der ASV tätig, die ausschließlich Behandlungen von gastro-intestinalen Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle sowie Tuberkulose vornahmen. Eine maßgebliche Ursache für die eher zögerliche Entwicklung der neuen Versorgungsform ist, dass viele Krankenhäuser als potenzielle Leistungserbringer der ASV weiterhin nach § 116b alt (ambulante Behandlung im Krankenhaus) an der Versorgung teilnehmen.

Der Bestandsschutz für Krankenhäuser, die bereits nach alter Rechtslage hochspezialisierte Leistungen ambulant erbringen durften, wurde durch das GKV-VSG von zwei auf drei Jahre verlängert. Damit dürfte die Zahl der ASV-Patientinnen und -Patienten vom dritten zum vierten Jahr noch einmal deutlich ansteigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss die Bereinigungsdauer daher auf mindestens vier Jahre verlängert werden.

AMNOG-Prinzip weiterentwickeln

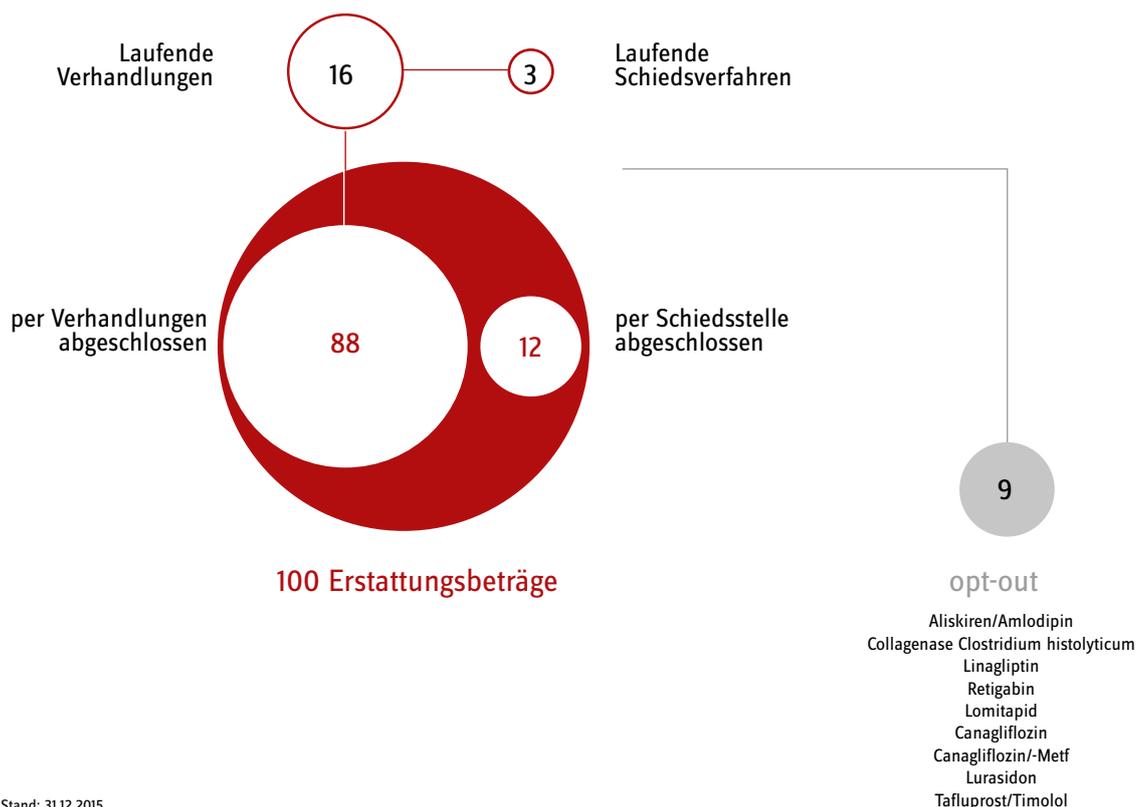
Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarkts (AMNOG) hat sich als bislang erfolgreiches Instrument etabliert. Mit ihm kann langfristig eine patientennutzenorientierte Versorgungsqualität und ein angemessenes Preisniveau gewährleistet werden. Nicht zuletzt die stetig steigende Anzahl der bisher vereinbarten Erstattungsbeträge sowie die hohe Einigungsquote belegen, dass das Verfahren funktioniert und akzeptiert wird. Zwischen 1. Januar 2011 und 31. Dezember 2015 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 208 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte mehr als 538 Beratungsverfahren durch.

Mit Inkrafttreten des 14. SGB V-Änderungsgesetzes wurde die Möglichkeit geschaffen, Krankenkassen an den Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen zu beteiligen. Seit Januar 2015 wird jede Krankenkasse, die sich für eine Teilnahme entschieden hat, aktiv in die Verhandlungen einbezogen. Für die erste Beteiligungsphase haben 28 Krankenkassen ihre grundsätzliche Teilnahmebereitschaft erklärt.

Langfristige Finanzierbarkeit

Der GKV-Spitzenverband hält es aus Finanzstabilitäts- und Qualitätsgesichtspunkten für notwendig, das AMNOG-Prinzip hinsichtlich der Verfahren zur Nutzenbewertung sowie der Erstattungsbetragsverhandlungen konsequent weiterzuentwickeln.

Abb. 13
Anzahl Fertigarzneimittel mit aktuell gültigen Erstattungsbeträgen und laufende Verfahren



Stand: 31.12.2015
Darstellung: GKV-Spitzenverband



#weiterdenken

AMNOG

Die teilweise völlig überhöhten Preise für Arzneimittel im ersten Jahr nach Inverkehrbringen führen deutlich vor Augen, dass eine rückwirkende Geltung des Erstattungsbetrags bis zum ersten Tag des Inverkehrbringens erforderlich ist. So lassen sich unangemessene Preise, die im Rahmen der einjährigen Preisfreiheit durch einzelne Unternehmen aufgerufen werden, wirksam verhindern. Die finanzielle Stabilität und der Schutz der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler vor einer weiter ansteigenden Belastung erfordern zudem die Aufrechterhaltung der Regulierungsinstrumente Herstellerabschlag und Preismoratorium. Beide Instrumente leisten einen wesentlichen Beitrag, um die langfristige Finanzierbarkeit einer qualitätsgerechten Arzneimittelversorgung bei steigenden Arzneimittelausgaben sicherzustellen.

Patientennutzen als Maßstab

Der GKV-Spitzenverband ist nach wie vor der Auffassung, dass aus Patientensicht eine Nutzenbewertung von Bestandsmarktarzneimitteln mit anschließenden Erstattungsbetragsverhandlungen notwendig ist. Darüber hinaus muss sich der patientenrelevante Nutzen in der Versorgung noch effektiver als bisher abbilden: Die Erstattungsfähigkeit muss an die Ergebnisse der Nutzenbewertung angepasst werden. Das bedeutet, dass sich die Erstattung durch die Krankenkassen, wie überall in Europa, auf bestimmte werthaltige Teilindikationen konzentriert. Höhere Kosten ohne ein Mehr an Nutzen können dadurch vermieden und die Versorgungsqualität gesteigert werden. Der in der realen Patientenversorgung wie auch in weiteren wissenschaftlichen Studien erreichte Kenntnisstand über neue Arzneimittel muss zudem regelhaft in einer Nutzenbewertung abgebildet werden. Gerade vor dem Hintergrund abnehmender Nachweisanforderungen zur Zulassung muss auch für Patientinnen und Patienten mit seltenen Leiden gelten, dass sie auf eine gute Behandlung vertrauen können. Die hohe Qualität und Sicherheit ihrer Arzneimitteltherapien müssen

Auch für Patientinnen und Patienten mit seltenen Leiden muss gelten, dass sie auf eine gute Behandlung vertrauen können.

Die finanzielle Stabilität und der Schutz der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler vor einer weiter ansteigenden Belastung erfordern die Aufrechterhaltung der Regulierungsinstrumente Herstellerabschlag und Preismoratorium.

gewährleistet sein. Bedenkliches Fazit der bisher durchgeführten Nutzenbewertungen für orphan drugs ist jedoch, dass zum Zeitpunkt der frühen Nutzenbewertung eine äußerst schwache Datenlage zu Nutzen und Risiko festzustellen ist. Die selbst bei gegenteiligen Hinweisen unwiderlegliche Zusatznutzenfiktion ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kein adäquates Mittel für die Sicherstellung der Versorgungsqualität bei Orphan Drugs: Zum Wohle der Patientinnen und Patienten ist eine umfängliche Bewertung auch von Orphan Drugs notwendig.

Positionierung im Pharma-Dialog

Am 15. September 2014 begann der im Koalitionsvertrag vorgesehene Pharma-Dialog der Bundesregierung mit den Arzneimittelherstellern in Deutschland. Nach den Sitzungen im Januar, Juni und Oktober 2015 soll der Dialog im Frühjahr 2016 abgeschlossen werden. Ziel des ressortübergreifenden Dialogs im Zuständigkeitsbereich der Bundesministerien für Gesundheit sowie Forschung und Wirtschaft ist es, den Pharma-Standard Deutschland in den Bereichen Forschung, Entwicklung und Produktion zu stärken. So soll auch weiterhin eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland garantiert werden. Am Pharma-Dialog nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, aus Wissenschaft, Industrie, Gewerkschaften und Verbänden sowie aus dem Geschäftsbereich der beteiligten Ministerien teil. Am 3. Juni 2015 fand die zweite Sitzung statt, die sich speziell dem Thema Regulierung des Arzneimittelmarkts widmete. Hierzu war auch der GKV-Spitzenverband eingeladen. Er stellte die Erfolgsbilanz des AMNOG dar und forderte dessen Weiterentwicklung ein.

Arzneimittelversorgung in Europa vergleichen

Im Juni 2015 wurde die vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Studie „Arzneimittelversorgung in der GKV und 15 anderen europäischen Gesundheitssystemen“ von Prof. Dr. Reinhard Busse, Dimitra Panteli und Cornelia Henschke veröffentlicht. Darin wird untersucht, welche Mechanismen und regulatorischen Maßnahmen die Arzneimittelversorgung in den untersuchten Ländern prägen. Die Studie leistet einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion über die Arzneimittelversorgung in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Vergleich mit anderen europäischen Ländern.

Die Studie zeigt, dass sich die Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten in der GKV auf einem im europäischen Vergleich geringen Niveau bewegen.

Eine wesentliche Erkenntnis der Analyse ist, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland sowohl den schnellsten als auch den umfangreichsten Zugang zu Arzneimitteln haben. Das hängt u. a. damit zusammen, dass im System der GKV eine Erstattungsfähigkeit für nahezu alle neu

in Verkehr gebrachten Medikamente und für alle zugelassenen Indikationen besteht. Damit unterscheidet sich Deutschland stark von anderen europäischen Ländern. Hinzu kommt, dass andere Länder den Einsatz neuer Arzneimittel regelmäßig auf die für die Patientinnen und Patienten besonders werthaltigen Anwendungsgebiete begrenzen. Die Autorinnen und der Autor der Studie arbeiten des Weiteren heraus, dass sich die Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten in der GKV auf einem im europäischen Vergleich geringen Niveau bewegen.

Medikamentenpreise im europäischen Vergleich

Aufgrund der immer noch überdurchschnittlich hohen Arzneimittelpreise und des hohen Absatzes von neuen, zumeist hochpreisigen Präparaten fällt das Ausgabenniveau in Deutschland – wie auch in der Vergangenheit – deutlich höher aus als im europäischen Durchschnitt. Um das viel diskutierte Prinzip „Value for Money“ auch in Deutschland stärker zu verankern, stellt die Studie ein Modell der Differenzierung der Erstattungsfähigkeit vor, um eine gezieltere Nutzungssteuerung bei neuen Arzneimitteln zu ermöglichen.

Die Autorinnen und der Autor führen weiter aus, dass die Grundvoraussetzung für eine solche Änderung in Folge der Nutzenbewertung auf der Ebene von Subgruppen bereits heute vorhanden sei. Im Nutzenbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wird der Zusatznutzen eines Arzneimittels stratifiziert nach verschiedenen Indikationsgruppen dargestellt. Das kann auch als Grundlage für eine nutzenorientierte Erstattung dienen, wie sie der GKV-Spitzenverband fordert. Dabei soll am Prinzip des einheitlichen Erstattungsbetrags festgehalten werden. Ein solcher Ansatz stellt sicher, dass die Arzneimittelversorgung in der GKV weiterhin qualitativ hochwertig bleibt. Gleichzeitig erhöht sich durch eine gezieltere Nutzungssteuerung die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Damit würde das Grundprinzip des AMNOG, echte Innovationen zu identifizieren und mit einem Zusatznutzenbasierten Preis zu belohnen, gestärkt.

Abb. 14
Europäische Arzneimittelstudie
Untersuchte Länder



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung klarer regeln

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden zwei neue Verhandlungsaufträge für den GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer im Arzneimittelbereich festgeschrieben. Diese betreffen den Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, der zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband (DAV) besteht, sowie die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV).

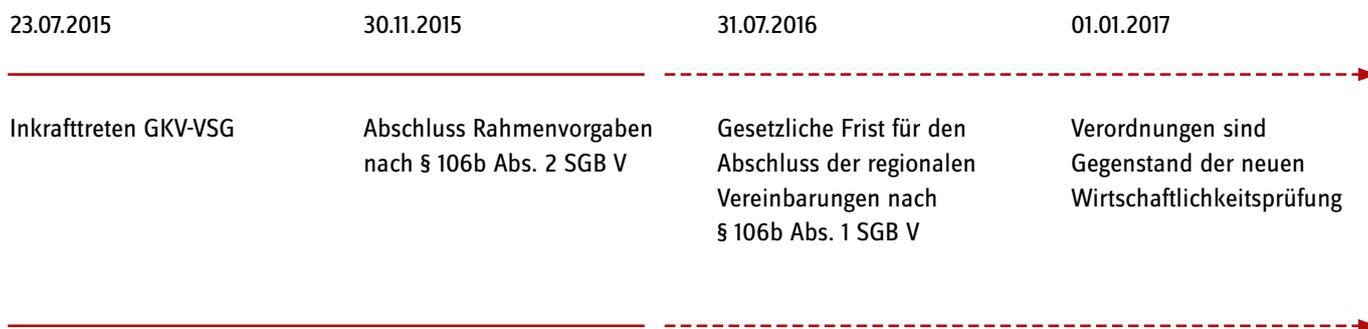
Rahmenvertrag zur Arzneimittelversorgung und -abrechnung

Durch die Diskussion über sog. Null-Retaxierungen – vollständige Rechnungsabsetzungen – erlangte das Thema Retaxierung im Herbst 2011 erstmals eine breitere mediale Aufmerksamkeit. Die Politik forderte den GKV-Spitzenverband und den DAV daraufhin auf, eine einvernehmliche Lösung zu

Retaxierungsmaßnahmen im Rahmenvertrag zu finden. Die im Mai 2012 aufgenommenen Verhandlungen führten allerdings nicht zum gewünschten Ergebnis.

Im Rahmen des GKV-VSG beauftragte der Gesetzgeber nun die Vertragspartner, zu regeln, „in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt“. Dabei sind sowohl die aktuelle Rechtsprechung wie auch Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit zu beachten. Die rahmenvertraglichen Vorgaben sollen zudem Fehlanreize vermeiden und keinen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen entstehen lassen. Da sich die Vertragspartner nicht bis Anfang des Jahres 2016 auf eine Regelung verständigen konnten, ist es nun Aufgabe der Schiedsstelle, die entsprechenden Anpassungen des Rahmenvertrags vorzunehmen.

Abb. 15
Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die Politik forderte den GKV-Spitzenverband und den DAV auf, eine einvernehmliche Lösung zu Retaxierungsmaßnahmen im Rahmenvertrag zu finden.

Einheitliche Regeln für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arznei- und Heilmittelverordnungen war bisher gesetzlich abschließend in § 106 SGB V geregelt. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Arznei- und Heilmittelverordnungen ist bisher regelhaft in Form von Richtgrößenprüfungen durchzuführen. Die Koalitionspartner verständigten sich im Dezember 2013 in ihrem Koalitionsvertrag darauf, die bisher bundeseinheitlich geregelten Vorgaben zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab dem Jahr 2017 in ihrer bisherigen Form in regionale Vereinbarungen zu überführen. Mit den gesetzlichen Neuregelungen nach dem GKV-VSG sind die regionalen Vertragspartner zukünftig bei der Wahl der Prüfungsart frei. In einem neu geschaffenen § 106b wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung für alle verordneten Leistungen zusammengefasst. Dazu sollen laut Gesetzesbegründung neben der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln insbesondere auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Verordnung von Hilfsmitteln, Krankentransport sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie gehören.

Auf der Bundesebene sollen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV zu vereinbarenden Rahmenvorgaben einheitliche Regeln für den Umfang dieser Prüfungen definieren. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits in seinen Stellungnahmen zum GKV-VSG darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber für die Inhalte der Rahmenvorgaben nur unzureichende Vorgaben mache. Dies erschwerte die Einigung der Vertragspartner auf die Inhalte des Vertragstextes, da ein unterschiedliches Verständnis hinsichtlich der Regelungsgegenstände auf Bundesebene bestand.

Nach intensiven Verhandlungen haben sich der GKV-Spitzenverband und die KBV am 30. November 2015 schließlich auf einheitliche Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V auf Basis des Entwurfs des GKV-Spitzenverbandes geeinigt. Die am 1. Dezember 2015 in Kraft getretenen Rahmenvorgaben bestehen aus einem allgemeinen Teil, der für sämtliche verordneten Leistungen Gültigkeit hat. In drei ergänzenden Anlagen werden die Spezifika der Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arzneimittel, verordneter Heilmittel sowie für die über Arznei- und Heilmittel hinausgehenden ärztlich verordneten Leistungen geregelt.

Unzureichende Vorgaben des Gesetzgebers für die Inhalte der Rahmenvorgaben erschwerten die Einigung der Vertragspartner auf die Inhalte des Vertragstextes.

Marktanteil von Biosimilars erhöhen

Der Arzneimittelmarkt in Deutschland zeichnet sich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern durch einen hohen Anteil generischer Arzneimittel aus. So werden unwirtschaftlich hohe Ausgaben für nicht mehr patentgeschützte Arzneimittel vermieden. Die Verbreitung von Nachahmer-Präparaten resultiert vor allem aus einem hohen Marktanteil chemisch-synthetischer Generika.

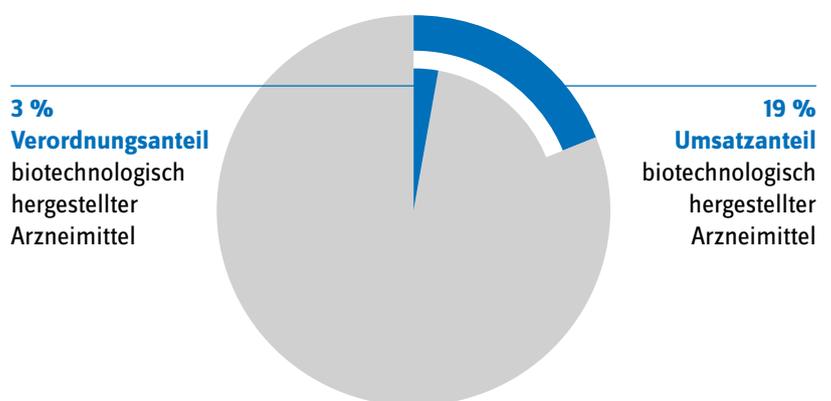
Im Segment der biologischen, insbesondere auch der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel spielen Nachahmer-Präparate hingegen bisher nur eine untergeordnete Rolle. Biologische Nachahmer-Arzneimittel unterscheiden sich nur aufgrund des Produktionsprozesses von ihren Referenzpräparaten. Sind Qualität, biologische Aktivität, Sicherheit und Wirksamkeit gleich, spricht man von Biosimilars.

Biologische Arzneimittel zählen zu den umsatzstärksten Medikamenten, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Diese hohen Ausgaben entstehen weniger durch große Mengen, sondern lassen sich vor allem auf das hohe Preisniveau dieser Arzneimittel zurückführen. Biotechnologisch hergestellte Arzneimittel machten im Jahr 2014 mit einem Umsatz von 6,4 Mrd. Euro knapp 19 % des gesamten GKV-Fertigarzneimittelumsatzes aus, wobei ihr Verordnungsanteil bei nur 2,5 % lag. Ein Großteil dieser Arzneimittel steht derzeit noch unter Patentschutz.

Geringe Wettbewerbsintensität

Die Produktionsprozesse biologischer Arzneimittel sind im Vergleich zu chemisch-synthetischen Arzneimitteln komplexer. Die für einen bezugnehmenden Zulassungsantrag eines Biosimilars bereitzustellenden Angaben sind umfangreicher als für die Zulassung eines chemisch-synthetischen Generikums, u. a. werden präklinische und klinische Daten abgefragt. Aufgrund dessen sind kurzfristige Markteintritte im Segment der biologischen Arzneimittel nicht zu erwarten. Die Wettbewerbsintensität im Markt für biotechnologisch hergestellte Arzneimittel sinkt tendenziell.

Abb. 16
Wirtschaftliche Bedeutung biotechnologisch hergestellter Arzneimittel



Quelle: Arzneiverordnungsreport 2015
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bestätigt werden diese Einschätzungen durch die bisherigen Erfahrungen mit der Reaktion des Marktes auf Biosimilars. Bei den ersten in Europa zugelassenen Biosimilars existiert kein ausgeprägter Wettbewerb zwischen den pharmazeutischen Unternehmern. Anders als bei chemisch-synthetischen Wirkstoffen, bei denen in der Regel zahlreiche Generika für einen Wirkstoff verfügbar sind, werden für biologische Arzneimittel bisher nur wenige Biosimilars vertrieben. Der Marktanteil der Biosimilars ist im Vergleich zum Marktanteil der meisten generischen Arzneimittel geringer, ebenso der Preisabstand zwischen Originalpräparat und Biosimilar. Da in den kommenden Jahren auch aktuell sehr umsatzstarke biologische Arzneimittel patentfrei werden, müssen in diesem Bereich Anreize zur Weiterentwicklung des Marktsegments gesetzt werden.

Biologische Arzneimittel zählen zu den umsatzstärksten Medikamenten, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Der Marktanteil der Biosimilars ist im Vergleich zum Marktanteil der meisten generischen Arzneimittel geringer, ebenso der Preisabstand zwischen Originalpräparat und Biosimilar.

Gezielt Anreize schaffen

Der GKV-Spitzenverband identifizierte mehrere wesentliche Ansatzpunkte für solche Rahmenbedingungen:

- Der bisher unbefriedigende Wettbewerb im Marktsegment sollte gesteigert werden, indem für die Anbieter von Biosimilars Anreize geschaffen werden, diese zu niedrigeren Preisen zur Verfügung zu stellen.
- Gleichzeitig sollten für Ärztinnen und Ärzte Anreize geschaffen werden, im Segment der

biologischen Arzneimittel bevorzugt solche gleichermaßen wirksamen und sicheren Medikamente zu verordnen, die wirtschaftlich sind.

- Ein weiteres Markthemmnis ist die fehlende Möglichkeit zur Substitution dieser Arzneimittel durch die Apotheke. Mittelfristig ist jedoch zu erwarten, dass auch für Biosimilars ausreichende wissenschaftliche Daten zur Unbedenklichkeit einer solchen Substitution zur Verfügung stehen werden. Diese Daten müssten dann zu einer Ausweitung der Substitutionspflicht herangezogen werden können.

Die genannten Handlungsfelder wird der GKV-Spitzenverband zielgruppenorientiert aufbereiten und konkrete politische Positionen erarbeiten.

Verordnungsverhalten transparent darlegen

Die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) berichtet seit mehr als zehn Jahren über die aktuelle Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jeden Monat werden über 100.000 individuelle Berichte für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte produziert, um diese aktuell und detailliert über ihre Arzneimittelverordnungen zu informieren. Parallel dazu werden auf der GAmSi-Webseite Berichte für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Bundesebene bereitgestellt und stehen dort einer interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung. GAmSi stellt damit ein wichtiges Instrument zur Analyse und Steuerung der Arzneimittelversorgung in den Regionen dar. Die Berichte müssen den Anforderungen eines sich wandelnden Arzneimittelmarktes stetig gerecht werden und erscheinen seit dem Berichtsjahr 2015 in einem neuen Design.

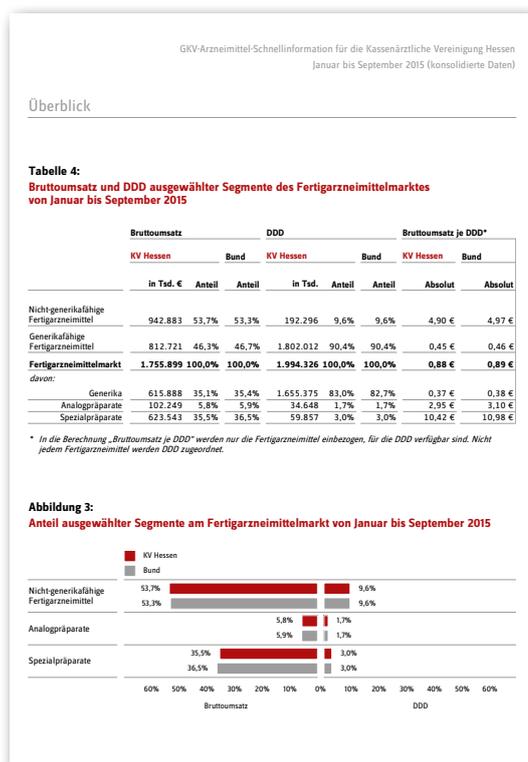
Orientierung für eine hochwertige und wirtschaftliche Versorgung

Die auffälligste Neuerung gegenüber der früheren Version liegt im Umfang der neuen Berichte: Die Monatsberichte sind kompakter geworden, die konsolidierten Quartalsberichte dafür ausführlicher. Diese neue Struktur ist sinnvoll, weil der natürliche Informations- und Abrechnungszyklus der vertragsärztlichen Leistung sich jeweils über ein Quartal erstreckt. Zusätzlich wird seit 2015 ein weiteres Berichtsformat für die Bundesebene veröffentlicht, sodass ein Bericht Auswertungen auf Bundesebene bietet, während der andere regionale Vergleiche liefert. Damit stehen auch hier neue, übergreifende Informationsangebote durch GAmSi zur Verfügung.

Inhaltlich wurden die Berichte auf Basis stabiler Kennwerte weiterentwickelt. Die wichtigsten Neuerungen:

- Die Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) löst die Klassifikation nach der Roten Liste in den indikationsbezogenen Hitlisten der umsatzstärksten Fertigarzneimittel ab. Die ATC-Klassifikation bietet aufgrund ihrer hierarchischen Struktur bessere und flexiblere Vergleichsmöglichkeiten für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen gegenüber der Roten Liste.
- Rezepturen, wie sie z. B. in der Krebstherapie oder bei Hauterkrankungen Anwendung finden, werden nicht mehr nur in aggregierter Form beschrieben, auch ihre Wirkstoffbestandteile werden dargestellt.
- Eine differenzierte Beschreibung der verordneten Impfstoffe wurde in die Berichte aufgenommen, um z. B. die Umsetzung regionaler Impfstrategien zu unterstützen.
- Die Auswertungen auf Fachgruppen- und Patientenebene wurden, soweit dies die GAmSi-Daten ermöglichen, um wichtige Aspekte erweitert.

Zusätzlich wird seit 2015 ein weiteres Berichtsformat für die Bundesebene veröffentlicht.



Damit geben die GAmSi-Berichte weiterhin verlässlich und aktuell Orientierung für eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Arzneimittelversorgung in Deutschland.

Qualität der Pflege verbessern

Nachdem zum 1. Januar 2015 die Leistungen der Pflegeversicherung mit Blick auf die anstehende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einer ersten Stufe ausgeweitet und verbessert wurden, führt der Gesetzgeber mit dem Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nimmt das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen und die daraus resultierende Abhängigkeit von personeller Hilfe in den Blick.

Pflegestärkungsgesetz - PSG II) den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das hierfür notwendige

neue Verfahren zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zum 1. Januar 2017 ein. Damit setzt die Bundesregierung die von ihr angekündigte und vom GKV-Spitzenverband schon lange geforderte Neuausrichtung der Pflegeversicherung um.

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Anders als bisher ist das Verständnis von Pflegebedürftigkeit nicht mehr geprägt von einer am Defizit des Pflegebedürftigen orientierten Sichtweise. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nimmt vielmehr das Ausmaß der noch vorhandenen Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen und die daraus resultierende Abhängigkeit von personeller Hilfe in den Blick. Indem der Grad der Selbstständigkeit bei der Begutachtung erfasst wird, werden körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen bei der Einstufung in künftig fünf Pflegegrade gleichberechtigt behandelt.

Umfangreicher Bestandsschutz

Pflegebedürftige, die zum Zeitpunkt der Umstellung Leistungen beziehen, werden ohne eine erneute Begutachtung in das neue System übergeleitet. Dabei erhalten Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen den nächsthöheren Pflegegrad, Pflegebedürftige mit geistigen Einschränkungen den übernächsten Pflegegrad. Mit der Überleitung wird sich der Leistungsbezug für die Mehrheit der Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher verbessern. Ein Vertrauens-

schutz sorgt dafür, dass niemand mit zusätzlichen Belastungen nach der Umstellung rechnen muss. Die Finanzierung des Bestandsschutzes ist durch die Rücklagen der Pflegeversicherung, welche sich Ende 2014 auf 6,65 Mrd. Euro beliefen, gesichert.

Verbesserung der Leistungen

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gehen weitere Veränderungen einher. Künftig stehen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung gleichberechtigt nebeneinander, sodass Versicherte Leistungen selbst zusammenstellen können. Damit wird somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen ein individueller Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglicht. Zudem sieht das PSG II u. a. eine Verbesserung der Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die Vereinfachung der Leistungsbeantragung und die Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ vor. Zur Finanzierung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2017 um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 2,55 %, für Kinderlose auf 2,8 % angehoben.

Frühzeitige Erstellung der Begutachtungs-Richtlinien

Um die Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zum 1. Januar 2017 sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband bereits im Juli 2015 den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes und unter Beteiligung der Pflegekassen, der Medizinischen Dienste der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK), des Gutachterdienstes der privaten Krankenversicherung sowie Vertreterinnen und Vertretern der Pflegebedürftigen hat der GKV-Spitzenverband die Begutachtungs-Richtlinien erarbeitet. Neben dem Gutachten für Erwachsene wird den besonderen Belangen der Kinder künftig durch ein eigenes Gutachten Rechnung getragen. Die Begutachtungs-Richtlinien sind nach der



#weiterdenken

PSG II

Künftig stehen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen zur Haushaltsführung gleichberechtigt nebeneinander.

Beteiligung der Leistungserbringerverbände, der Träger der Sozialhilfe und der kommunalen Spitzenverbände dem Bundesministerium für Gesundheit im April 2016 vorzulegen.

Für einen reibungslosen Übergang müssen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das Begutachtungsverfahren einschließlich der Bewertungssystematik sowie die Übergangsregelungen gegenüber Versicherten, Pflegeeinrichtungen, Seniorenvertretungen/Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen kommuniziert werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für eine transparente und verständliche Information der Versicherten ein.

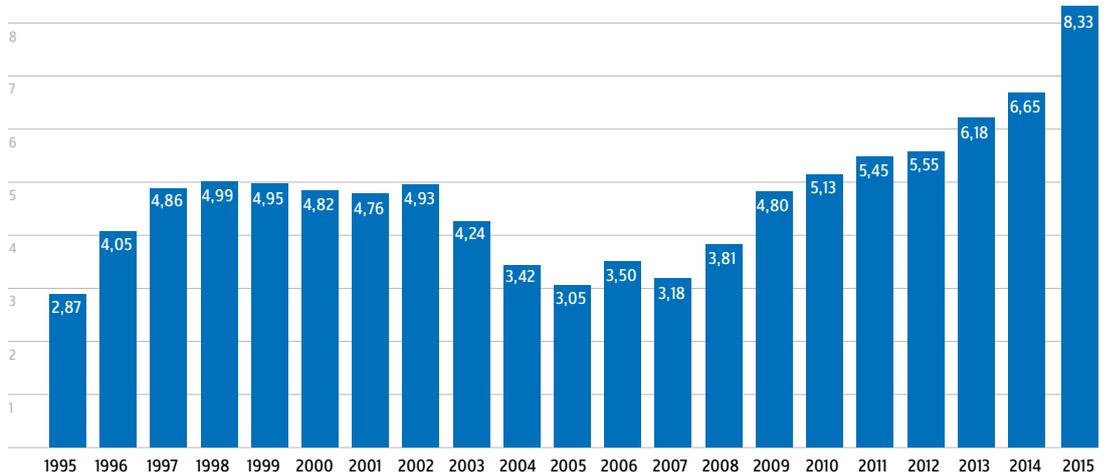
Neugestaltung der Qualitätsberichterstattung

Seit dem Jahr 2009 erfolgt die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen über die Qualität ambulanter Pflegedienste sowie stationärer Pflegeeinrichtungen in Form von Pflegenoten. Grundlage sind Kriterien, die in jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen der MDK und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Pflegeversicherung im Auftrag der Pflegekassen erhoben werden.

Zur Information der Verbraucherinnen und Verbraucher über die Qualität von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen werden international zunehmend Qualitätsindikatoren eingesetzt. Ab 2018 sollen für Pflegeheime ausgewählte gesundheitsbezogene Indikatoren die Pflegequalitätsberichterstattung ergänzen. Dies bietet die Chance, neben Fragen der Prozessqualität auch die Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung, wie z. B. die Häufigkeit von Druckgeschwüren oder den Ernährungszustand der Pflegebedürftigen, stärker als bisher zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der insbesondere vom GKV-Spitzenverband wiederholt vorgebrachten Kritik an der Aussagekraft der Pflegenoten wird die Ergänzung der Verbraucherinformation zur Pflegequalität um aussagekräftige und wissenschaftlich erprobte Qualitätsindikatoren ausdrücklich begrüßt.

Durch die Einführung von Qualitätsindikatoren ergeben sich für Prüfinstitutionen und Pflegeeinrichtungen neue Herausforderungen bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, ein praktikables und miteinander verknüpftes System

Abb. 17
Entwicklung der Reserve in der Sozialen Pflegeversicherung
Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Abb. 18 Zeitstrahl Pflegereform

2006-2009:

1. Vorbereitungsphase

- Bericht des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“
 - ▶ konzeptionelle Überlegungen zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und einem neuen Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

2012-2013:

2. Vorbereitungsphase

- Einberufung eines Expertenbeirats durch Daniel Bahr
 - ▶ Klärung fachlicher und administrativer Fragen zur konkreten Umsetzung
- Veränderungen durch den Expertenbeirat am Begutachtungsinstrument und an der Bewertungssystematik
- Übergabe des „Berichts zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ an das BMG am 27. Juni 2013

2014-2015:

3. Vorbereitungsphase

- Erprobung in zwei Studien
- Studie in bundesweit 40 Pflegeheimen: „Evaluation des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen“
 - Praktikabilitätsstudie: praktische Erprobung des neuen NBA bei 2.000 pflegebedürftigen Menschen

2015-2016:

4. Vorbereitungsphase

- Erarbeitung von Begutachtungsrichtlinien einschließlich Schulung der Gutachterinnen und Gutachter
- Überleitungsverfahren von Pflegestufen in Pflegegrade

2006

2013

2015

2015

2016

2017

Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)

- Pflegestufe Null: Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden verbessert

Erstes Pflegestärkungsgesetz

- mehr Leistungen für Pflegebedürftige im ambulanten, stationären und häuslichen Bereich
- mehr Betreuungskräfte im stationären Bereich
- Einrichtung des Pflegevorsorgefonds

Präventionsgesetz

- Erarbeitung von Änderungen der Begutachtungsrichtlinien
- Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Zweites Pflegestärkungsgesetz

- Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens (NBA)

Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Darstellung: GKV-Spitzenverband

aus einrichtungsinternem Qualitätsmanagement und externen Qualitätsprüfungen zu etablieren. Diese bilden die Grundlage für die zukünftige verbraucherfreundliche Qualitätsdarstellung der ca. 13.000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Reform der Selbstverwaltung in der Pflege

Ab 2016 entscheiden die Vereinbarungspartner in der Pflege über die Weiterentwicklung und Sicherung der Pflegequalität im neu einzurichtenden Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt wird. Der Qualitätsausschuss besteht aus den Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes sowie der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Es können jeweils höchstens zehn Mitglieder

entsandt werden, darunter je eine vertretungsberechtigte Person seitens der Träger der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände, der Verbände der Pflegeberufe und der privaten Krankenversicherung. Die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe behinderter und pflegebedürftiger Menschen wirken beratend mit. Kommt keine einvernehmliche Einigung zustande, wird der Ausschuss um eine unparteiische Person im Vorsitz und zwei weitere unparteiische Mitglieder mit Stimmrecht erweitert. Mit dem neuen Konfliktlösungsmechanismus wird die Entscheidungsfindung in der Pflege beschleunigt. Allerdings stellt die Benennung von Unparteiischen durch das Bundesministerium für Gesundheit einen unüblichen Eingriff in das Selbstverwaltungsprinzip dar. Dies sollte den Vereinbarungspartnern in der Pflege überlassen bleiben.

Pflegereform wissenschaftlich begleiten

Politisch und fachlich besteht seit langer Zeit ein Konsens darüber, dass eine grundlegende Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens nötig ist. Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hatte 2013 zwar eine Reihe von Vorschlägen unterbreitet, dabei aber wichtige Fragen zur Implementierung nicht abschließend beantwortet. Deshalb setzte sich der GKV-Spitzenverband seit Sommer 2013 intensiv dafür ein, in zwei Modellprojekten die noch fehlenden Informationen zu erarbeiten und die für notwendig erachtete Evaluation des überarbeiteten Begutachtungsinstruments durchzuführen. Die entsprechenden Abschlussberichte konnten im Frühjahr 2015 vorgelegt werden. Damit wurden die Voraussetzungen zur zeitnahen und verantwortungsvollen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geschaffen.

Überprüfung des NBA

Die „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ prüfte neben der praktischen Handhabung des NBA auch die sachliche Angemessenheit. Alle Änderungen seit dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden dabei berücksichtigt.

Diese betrafen insbesondere die Einstufung von pflegebedürftigen Kindern sowie von schwerstpflegebedürftigen

Die Handhabbarkeit des NBA in der täglichen Anwendung durch die Gutachterinnen und Gutachter sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten wurden modellhaft untersucht und bestätigt.

Menschen im höchsten, fünften Pflegegrad, aber auch die Empfehlungen zur Rehabilitation. Ihre Erprobung führte zu differenzierten Bewertungen der Änderungen: So wurde die besondere Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit von Armen und Beinen bestätigt, nicht jedoch diejenige der „ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung“. Letztere seien in der Regel nicht permanent bestehende Beeinträchtigungen, sondern

zeigten sich insbesondere bei einer Demenz als akuter Zustand. Die Handhabbarkeit des NBA in der täglichen Anwendung durch die Gutachterinnen und Gutachter sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten wurden ebenfalls modellhaft untersucht und bestätigt. Das Projekt wurde vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Hochschule für Gesundheit in Bochum durchgeführt: Knapp 1.700 Begutachtungen fanden statt, sowohl nach dem alten als auch nach dem neuen Verfahren.

Erfassung des konkreten Versorgungsaufwands

Das zweite Modellprojekt bezog sich auf die konkreten Versorgungsaufwände und Leistungen für pflegebedürftige Menschen. Ziel war es, beurteilen zu können, welche Pflege- und Unterstützungsleistungen verschiedene pflegebedürftige Menschen vor dem Hintergrund ihrer jetzigen Pflegestufe und mit Blick auf ihren zukünftigen Pflegegrad tatsächlich benötigen. Auf der Basis empirischer Daten wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie bilden sich die Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden ab?
- Ist eine Homogenität der Leistungsaufwände in den einzelnen Pflegegraden zu beobachten?
- Sind die Abstände zwischen den Leistungsaufwänden der einzelnen Pflegegrade plausibel?

Im Ergebnis korrespondiert die Höhe der Versorgungsaufwände mit den Pflegegraden: Mit steigendem Pflegegrad erhöht sich auch der Versorgungsaufwand. Ungeachtet dessen variiert der Versorgungsaufwand innerhalb der einzelnen Pflegegrade – so wie heute innerhalb der einzelnen Pflegestufen –, denn die Ursachen von Pflegebedürftigkeit können unterschiedlich sein, und damit auch die notwendigen Leistungen.

Mit der Erfassung der Versorgungsaufwände wurde auch die Basis für die zukünftige leistungsrechtliche Ausgestaltung der fünf Pflegegrade und die relativen Leistungshöhen gelegt,

über deren konkrete Festlegungen politisch zu entscheiden war. Darüber hinaus bereitete das Modellprojekt die empirische Grundlage dafür, die Veränderungen in der Versorgung nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs messen und bewerten zu können. In die Studie wurden rund 1.600 Pflegebedürftige in sieben Bundesländern eingebunden, für die der Pflegegrad und der ihnen zukommende Leistungsaufwand erhoben wurden.

Beide im Sommer 2015 publizierten Studien des GKV-Spitzenverbandes bildeten mit ihren Informationen und Erkenntnissen eine aktuelle empirische Grundlage für den weiteren politischen Entscheidungsprozess und die Vorbereitung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Sie leisteten damit einen sehr wichtigen Beitrag zur fachlich abgesicherten, reibungsarmen und verantwortungsvollen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.



Das Modellprojekt zur Erfassung der konkreten Versorgungsaufwände bereitete die empirische Grundlage dafür, die Veränderungen in der Versorgung nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs messen und bewerten zu können.

Zusammenarbeit zwischen Pflegekassen und Kommunen stärken

Die Bundesregierung beabsichtigt, in dieser Legislaturperiode die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Auf Grundlage des Koalitionsvertrags wurde unter Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet. Sie erarbeitete im Berichtsjahr 2015 Vorschläge, wie die verschiedenen Angebote der kommunalen Altenpflege und der Pflegeversicherung enger miteinander verzahnt und die Planungs- und Steuerungskompetenzen der Kommunen gestärkt werden können.

Die Arbeitsgruppe entwickelte darüber hinaus Empfehlungen zu den Themenkomplexen Sicherstellung der Versorgung, niedrigschwellige Angebote, Beratung und altersgerechtes Wohnen. So wurde bspw. zur Sicherstellung der Versorgung vorgeschlagen, die institutionalisierte Zusammenarbeit von Gremien auf Landesebene zu verbessern. So sollen die Pflegekassen verpflichtet werden, im Rahmen ihres Zulassungsgeschäfts

die von den Ländern festgestellten quantitativen Defizite bei der Versorgung zu beheben. Weitere Anregungen betreffen die Optimierung von Datenflüssen oder die Erprobung neuer Beratungsstrukturen durch insgesamt 60 Modellkommunen. Basierend auf den Empfehlungen soll den Kommunen eine Schlüsselrolle zugesprochen werden, wenn es darum geht, den Alltag von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen einfacher zu gestalten. Die gesetzlichen Änderungen sollen spätestens Anfang 2017 in Kraft treten.

Gemeinsam handeln

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes positionierte sich im Juni 2015 zur Rolle der Kommunen in der Pflege: Um deren Rolle sinnvoll zu stärken, dürfen die Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen nicht einfach auf die Kommunen verlagert werden. Vielmehr ist ein gemeinsames Handeln im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten notwendig. Dabei sind die vorhandenen Strukturen zu nutzen und, soweit erforderlich, zu ergänzen. Der Aufbau von Doppelstrukturen ist keine Alternative.

Den Kommunen soll eine Schlüsselrolle zugesprochen werden, wenn es darum geht, den Alltag von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen einfacher zu gestalten.



Kernpositionen des GKV-Spitzenverbandes zur Begleitung des Gesetzgebungsprozesses

- Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
- Die kommunale Altenhilfe und die regionale Verzahnung von Versorgungsangeboten sind Aufgaben der Kommunen.
- Niedrigschwellige Angebote sind gezielt auf- und auszubauen.
- Die Pflegeberatung und das individuelle Fallmanagement sind Aufgaben der Pflegekassen.
- Die Zusammenarbeit zwischen den Kommunen und den Pflegekassen ist zu stärken.

Sichere Telematikinfrasturktur schaffen

In seinem Bestreben, die Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz des deutschen Gesundheitswesens zu verbessern, beteiligt sich der GKV-Spitzenverband aktiv am Aufbau der Telematikinfrasturktur und befürwortet ausdrücklich die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) im Rahmen dieses Hochsicherheitsnetzes. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes ist jedoch eine zügige Einführung erster Online-Anwendungen unabdingbar, denn die bisher hohen Projektinvestitionen sind nur durch einen baldmöglichen Nutzen für die Versicherten zu rechtfertigen. Daher hat sich der GKV-Spitzenverband im vergangenen Jahr erneut massiv für erkennbare Fortschritte im Projekt eingesetzt.

E-Health-Gesetz

Aufgrund fehlender Projektfortschritte handelte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im Dezember letzten Jahres. Er verhängte eine Haushaltssperre für die Zuweisungen an die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) und forderte maßgebliche Entscheidungsbefugnisse für den GKV-Spitzenverband als alleinigem Kostenträger innerhalb der gematik. Dies machte Öffentlichkeit wie auch Politik nachdrücklich auf die Problematik aufmerksam. Das Gesundheitsministerium (BMG) legte im Januar einen Gesetzentwurf für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, das sog. E-Health-Gesetz, vor. Darin wurden einige zentrale Forderungen des GKV-Spitzenverbandes aufgenommen:

- verbindlich festgesetzte Termine, die u. a. eine Beschleunigung der Anwendungsentwicklung für das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) und das Notfalldatenmanagement (NFDm) erreichen sollen
- Sanktionen für Leistungserbringer, die die eGK nicht auf Aktualität prüfen

Für die Anwendungen der eGK sieht das Gesetz vor, dass die gematik die erforderlichen Maßnahmen zur Umsetzung des VSDM bis zum 30. Juni 2016 und des NFDm bis zum 31. Dezember 2017 erfüllt haben muss. Die vorgesehenen Sanktionen hierfür

sind in ihrer Ausgestaltung jedoch undifferenziert und nicht verursachergerecht. Drei der Gesellschafter der gematik (GKV-Spitzenverband, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) sollen demnach auch für Versäumnisse oder technische Probleme anderer, hier vor allem der Industrie, bestraft werden. Der GKV-Spitzenverband kritisierte das nachdrücklich in seinen Stellungnahmen und bei Anhörungsterminen im Bundesministerium für Gesundheit und im Deutschen Bundestag. Außerdem wies er auf die sich daraus ergebenden Erpressungspotenziale für die Industrie hin.

Für die gesetzlichen Krankenkassen hat es oberste Priorität, dass die sichere Telematikinfrasturktur zukünftig als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten

zulässig ist. Die entsprechenden Klarstellungen im Gesetz sind daher zu begrüßen. Die Schaffung finanzieller Anreize in Form von Telematik-

zuschlägen für Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief oder den Entlassbrief, noch bevor eine Telematikinfrasturktur zur Verfügung steht, wird hingegen abgelehnt. Hierdurch werden vor allem teure Parallelstrukturen gefördert, die darüber hinaus nicht vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) geprüft sind.

Projektstand zum Online-Rollout

- Die Krankenkassen befinden sich bei der Bereitstellung der Dienste für das VSDM im Zeitplan und werden fristgerecht erprobungsbereit sein.
- Das für den Aufbau und Betrieb der zentralen Telematikinfrasturktur verantwortliche Industrieunternehmen arvato Systems hat im vergangenen Jahr die Betriebsbereitschaft des zentralen Netzes sowie der notwendigen Dienste angezeigt.
- Die für den Aufbau der Testregionen und die Entwicklung und Bereitstellung der dezentralen Komponenten der Telematikinfrasturktur

Die vorgesehenen Sanktionen sind undifferenziert und nicht verursachergerecht. Drei der Gesellschafter der gematik sollen auch für Versäumnisse oder technische Probleme anderer, z. B. der Industrie, bestraft werden.



#weiterdenken
E-Health-Gesetz

zuständigen Industrieunternehmen T-Systems und das Industriekonsortium Strategy& haben jedoch auch 2015 Bereitstellungstermine wiederholt verschoben. Insbesondere mit der Entwicklung und damit der Bereitstellung des Konnektors, der die sichere Verbindung zwischen den Arztpraxen bzw. den Krankenhäusern und der Telematikinfrastruktur ermöglichen soll, haben die Unternehmen weiterhin massive Probleme.

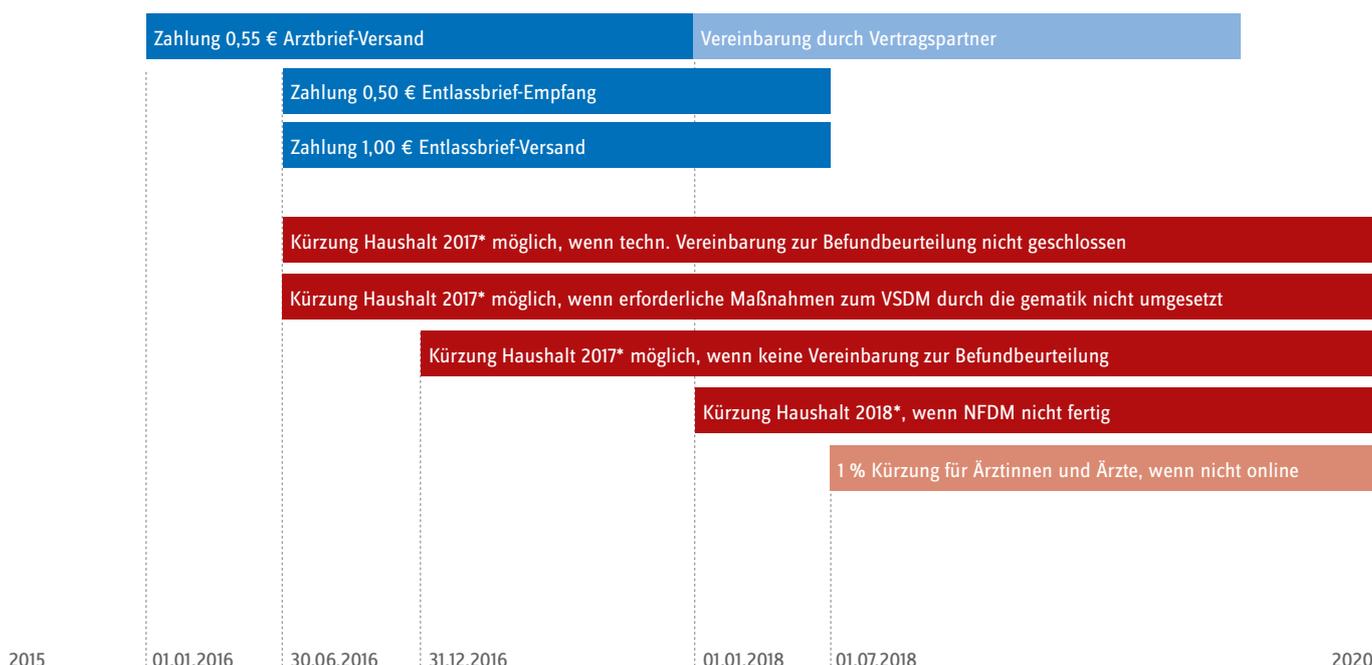
- Diese Probleme führen bereits dazu, dass nach der derzeitigen Projektplanung keines der beiden Konsortien einen Abschluss der Erprobung noch zum Ende des zweiten Halbjahres überhaupt ermöglichen kann.
- Die vom E-Health-Gesetz gesetzte Frist bis 30. Juni 2016 ist somit nicht mehr erreichbar. Vor dem Hintergrund, dass die vorgesehene

Sanktionierung im Haushalt des GKV-Spitzenverbands erst 2017 greift, wird derzeit geprüft, inwieweit signifikante Erprobungsergebnisse dennoch 2016 erreicht werden können.

Vor dem Hintergrund des sehr schleppenden Projektverlaufs sah sich auch der Bundesgesundheitsminister zum Handeln gezwungen und trat mit den maßgeblichen Akteuren in einen Dialog. So wurden im 2. Halbjahr 2015 bereits drei Gespräche zum Projektstand auf höchster Ebene zwischen BMG, BSI, Industrie, gematik und deren Gesellschaftern geführt.

Für die gesetzlichen Krankenkassen hat es oberste Priorität, dass die sichere Telematikinfrastruktur zukünftig als einziges Netz für die Übertragung medizinischer Daten zulässig ist.

Abb. 19
Zeitplan E-Health-Gesetz – Zahlungen und Sanktionen



* Bezogen auf den Kernhaushalt reduziert auf das Niveau von 2014 abzüglich 1 %

Darstellung: GKV-Spitzenverband



#weiterdenken

HPG

Hospiz- und Palliativversorgung flächendeckend bereithalten

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) verstehen es als ihre originären Aufgaben, ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Regelungen in jedem Lebensalter und jeder Lebenssituation die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie ggf. begleitende Unterstützung und Beratung zur Verfügung zu stellen. Daher ist die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ein wichtiges Anliegen von GKV und SPV. Diesem Grundsatz folgend, beschloss der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im Juni 2015 ein Positionspapier, in dem zentrale Punkte für die Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung dargelegt werden.

Grundsätze für die politische Diskussion

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung sowie Hospiz- und Palliativkultur stärkeren Eingang in nicht-spezialisierte Versorgungsangebote finden. Auch die Sicherung und ggf. die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie der Beratungs- und Unterstützungsangebote müssen dem Bedarf sterbender Menschen und ihrer Angehörigen folgen. Hier ist möglichst eine flächendeckende Versorgung im Rahmen vernetzter und aufeinander abgestimmter Angebote anzustreben.

Vor dem Hintergrund der sehr differenzierten Angebote muss die Transparenz von Strukturen und Versorgung erhöht werden. Dies ist sowohl aus der Perspektive der betroffenen Menschen wichtig, die auf entsprechende Angebote angewiesen sind, als auch aus der Perspektive der Vertragspartner, die für die Ausgestaltung der Angebote fundierte Informationen zur Qualität der Versorgung und zur Bedarfssituation benötigen. Die professionelle Palliativversorgung sowie ehrenamtlich fundierte hospizliche Unterstützungsangebote sollten in eine Gesamtstruktur mit regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten eingebunden sein, die den Herausforderungen

einer älter werdenden Gesellschaft auch jenseits der medizinisch-pflegerischen Versorgung Rechnung tragen.

Auf der Basis dieser Grundsätze brachte sich der GKV-Spitzenverband in die politische Diskussion über ein Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung sowie die bereits seit 2013 laufenden Beratungen zur Weiterentwicklung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zu einer Nationalen Strategie ein.

Die professionelle Palliativversorgung sowie ehrenamtlich fundierte hospizliche Unterstützungsangebote sollten in eine Gesamtstruktur mit regionalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten eingebunden sein.



Kernpositionen des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzgebungsverfahren

- Erhöhung der Transparenz bestehender Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung sowie Ausbau einer verzahnten Beratung der Versicherten zu den Angeboten
- Verankerung von palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Kompetenz sowie hospizlicher Haltung in der sog. Regelversorgung
- Ausbau der Kooperation und Vernetzung von Leistungserbringern
- Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgungsqualität und Förderung der Vernetzung
- Stärkung der palliativmedizinischen Breitenversorgung im Krankenhaus
- Verbesserung der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Verbesserung der Versorgung in stationären Hospizen sowie der Begleitung durch ambulante Hospizdienste
- Bedarfsgerechter Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Verbesserung der Datenbasis

Hospiz- und Palliativgesetz

Im November 2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Das Gesetz zielt im Kern darauf, durch eine Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung ein flächendeckendes Angebot in ganz Deutschland zu verwirklichen. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Versicherten dort, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet werden. Dieses Anliegen teilen Kranken- und Pflegekassen uneingeschränkt. Das

HPG greift wesentliche Aspekte des Positionspapiers des GKV-Spitzenverbandes auf, wie bspw. den Ausbau von Beratung und Vernetzung.

Auch die vom GKV-Spitzenverband geforderten Impulse zur stärkeren Verankerung palliativmedizinischer und -pflegerischer Kompetenz sowie

Es soll sichergestellt werden, dass die Versicherten dort, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet werden.

hospizlicher Haltung in der sog. Regelversorgung haben Eingang in das Gesetz gefunden.

Der GKV-Spitzenverband hat durch das HPG modifizierte und in Teilen auch neue Gestaltungsaufgaben erhalten. Dazu gehören u. a.:

- weitere Konkretisierung neuer Vereinbarungen zur stationären Hospizversorgung sowie zur Förderung ambulanter Hospizdienste
- inhaltliche Konzeptionierung und Vereinbarung eines neu zu schaffenden Angebots für die gesundheitliche Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen
- Evaluations- und Berichtspflichten

Die entsprechenden Beratungen mit den Partnerinnen und Partnern auf Seiten der Leistungserbringer wurden aufgenommen, um im Sinne der Betroffenen die notwendigen Verbesserungen zu erzielen.



GKV
Spitzenverband

Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung
Positionen des GKV-Spitzenverbandes
beschlossen vom Verwaltungsrat am 10. Juni 2015

Qualität medizinischer Leistungen wissenschaftlich belegen

Herzkatheter: Erstes sektorenübergreifendes QS-Verfahren

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Februar 2015 die erste Richtlinie für ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) beschlossen. Das QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ wird zum 1. Januar 2016 in den Regelbetrieb gehen. Es erfasst erstmals die Qualität von Herzkathetereingriffen bei Vertragsärztinnen und -ärzten in gleicher Weise wie in Krankenhäusern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies in der Versorgung von Patientinnen und Patienten ein wichtiger Erfolg. Bislang gab es keine vergleichbare Dokumentation über die Qualität der vertragsärztlichen Leistungserbringung.

Änderungsbedarf besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes noch hinsichtlich der Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse. Laut aktueller Gesetzgebung sind nur die Qualitätsberichte der Krankenhäuser den Patientinnen und Patienten, den Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenkassen zugänglich. Gleiches sollte auch für die vertragsärztlichen Qualitätsergebnisse gelten.

Auch für die Krankenkassen bringt die Richtlinie neue Aufgaben: Sie müssen Sozialdaten zur Nutzung in der Qualitätssicherung bereitstellen und diese an das Qualitätsinstitut des G-BA übermitteln. So wird es möglich, schwere Komplikationen oder das Versterben von Patientinnen und Patienten auch noch nach Abschluss der Behandlung in der Klinik oder Praxis festzustellen. Die dafür notwendigen technischen Vorgaben wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes zusammen mit den Krankenkassen erarbeitet und in die Richtlinie aufgenommen.

Erstmals wird die Qualität von Herzkathetereingriffen bei Vertragsärztinnen und -ärzten in gleicher Weise wie in Krankenhäusern erfasst.

Arthroskopie bei Arthrose des Knies: Ohne nachhaltigen Nutzen

Im G-BA setzt sich der GKV-Spitzenverband dafür ein, dass im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für die Patientinnen und Patienten wirksame und sichere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Zur sinnvollen Gestaltung des Leistungskatalogs gehört auch, wirkungslose oder sogar schädliche Verfahren auszuschließen.

Der chronische Gelenkverschleiß des Kniegelenks (Gonarthrose) zählt heute zu den häufigsten Gesundheitsproblemen im fortgeschrittenen Alter. Die damit verbundene Minderung der Lebensqualität durch Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen kann erheblich sein. Zu den gebräuchlichen Behandlungsansätzen zählen verschiedene Arten der Schmerztherapie, die Physiotherapie oder, nach Versagen anderer Verfahren, die Implantation einer Kniegelenksendoprothese. Häufig wird auch die Arthroskopie (Kniegelenksspiegelung), ein sog. minimal-invasiver, jedoch keineswegs risikoloser Eingriff, angewendet. In den letzten Jahren haben allerdings mehrere qualitativ hochwertige Studien gezeigt, dass die Arthroskopie bei der Arthrose am Knie keinen nachhaltigen Nutzen für die Patientinnen und Patienten hat.

Jährlich werden in Deutschland ambulant und im Krankenhaus mehr als 100.000 solcher Arthroskopien bei Patientinnen und Patienten mit Kniegelenkverschleiß durchgeführt. Angesichts der negativen Studienergebnisse und der weiten Verbreitung der Eingriffe beantragte der GKV-Spitzenverband beim G-BA die Überprüfung des Nutzens und der Notwendigkeit der Methode. Ein Bericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bestätigte, dass die Arthroskopie bei Kniegelenksarthrose nicht sinnvoll ist. Der G-BA beschloss daraufhin im Sinne des GKV-Spitzenverbandes und im Einvernehmen mit den anderen Trägern sowie der Patientenvertretung, dass die Arthroskopie bei Gonarthrose im Krankenhaus und in der vertragsärztlichen Versorgung nicht mehr zulasten der gesetzlichen



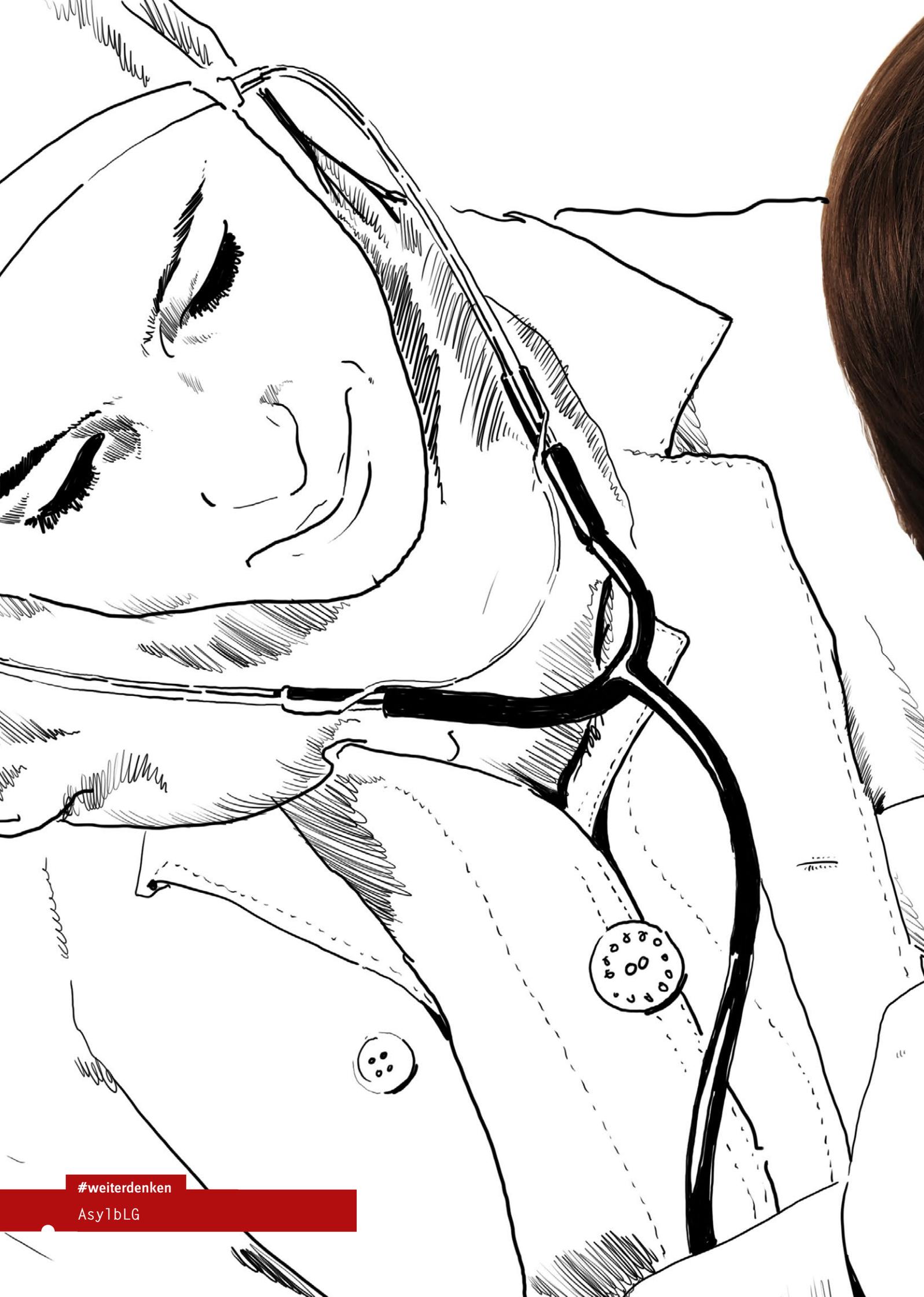
#weiterdenken

QS-Verfahren

Krankenversicherung erbracht werden darf. Durch die differenzierte Gestaltung einer Ausnahmeregelung wurden Sonderfälle berücksichtigt.

Der GKV-Spitzenverband erwartet, dass nach dem geplanten Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses im Jahr 2016 bei Versicherten, die an Kniegelenksverschleiß leiden, sehr viel weniger und keine unnötigen Kniegelenksspiegelungen mehr durchgeführt werden. Die Arthroskopie bei anderen Indikationen, z. B. Meniskusverletzungen, bleibt weiterhin Teil des Leistungskatalogs.

In den letzten Jahren haben mehrere qualitativ hochwertige Studien gezeigt, dass die Arthroskopie bei der Arthrose am Knie keinen nachhaltigen Nutzen für die Patientinnen und Patienten hat.



#weiterdenken

Asy1bLG

Kommunen unterstützen

Ein zentrales gesellschaftspolitisches Thema des Jahres 2015, die organisatorischen, sozialen und finanziellen Herausforderungen durch die stark steigenden Flüchtlingszahlen, beschäftigte auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag übernehmen die Krankenkassen nach Ablauf einer im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bestimmten Wartezeit die Organisation der Krankenbehandlung für Asylsuchende. Ab dem Zeitpunkt erhalten auch diese Menschen die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und können damit weitgehend die gleichen Leistungen beanspruchen wie gesetzlich Versicherte. Durch das zum März 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des AsylbLG und des Sozialgerichtsgesetzes wurde diese Wartezeit von 48 auf 15 Monate verkürzt.

Dabei gewann die Frage der künftigen Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden während der Wartezeit - also in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland - zunehmend an Bedeutung. Der GKV-Spitzenverband signalisierte der Politik frühzeitig, dass die GKV die Entwicklung einer effektiven und möglichst verwaltungsarmen Lösung zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der asylsuchenden Menschen unterstützt und den staatlichen Institutionen als Dienstleister mit der vorhandenen Infrastruktur zur Verfügung steht, sofern dadurch keine zusätzlichen finanziellen Belastungen für die Solidargemeinschaft entstehen. Mit Blick auf die zwischen Bund und Ländern intensiv diskutierten rechtlichen Änderungen zur Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden appellierte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes an den Gesetzgeber, eine bundesweit geltende Regelung zu schaffen, die eine einheitliche und angemessene Krankenbehandlung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern ermöglicht. Diesem Anliegen der GKV folgte der Gesetzgeber jedoch nicht.

Rahmenempfehlungen für Länder und Kommunen

Vielmehr wurde im Rahmen des im Eilverfahren verabschiedeten Asylverfahrensbeschleunigungs-

Die GKV steht den staatlichen Institutionen als Dienstleister zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden zur Verfügung.

gesetzes im Oktober 2015 eine erweiterte gesetzliche Grundlage für die Einbeziehung der GKV geschaffen. Demnach können die Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung von Asylsuchenden auch während der Wartezeit verpflichtet werden, wenn das jeweilige Bundesland dies einfordert und Vereinbarungen mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte getroffen werden. Damit wird über die Frage der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung während der Wartezeit weiterhin in den Ländern bzw. den Kommunen entschieden. Um dennoch eine möglichst gleichgerichtete Ausgestaltung der regionalen Vereinbarungen zu erreichen, ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband mit den auf der Bundesebene bestehenden kommunalen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen vereinbart, die in die Landes- bzw. kommunalen Vereinbarungen übernommen werden sollen. Die Rahmenempfehlungen sollen insbesondere Bestimmungen über den Leistungsumfang nach AsylbLG, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung sowie über den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten enthalten. Der GKV-Spitzenverband hat die Beratungen mit den kommunalen Spitzenverbänden am 5. November 2015 aufgenommen. Der Abschluss der Beratungen wird für Frühjahr 2016 erwartet.

Korruption im Gesundheitswesen bekämpfen

Der Bundesgerichtshof appellierte bereits im Jahr 2012 an den Gesetzgeber, den durch korruptives Verhalten entstehenden „Missständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit den Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“. Die Regierungskoalition kündigte daraufhin an, in der 18. Legislaturperiode einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch schaffen zu wollen. Im Februar 2015 legte das federführende Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) schließlich einen entsprechenden Referentenentwurf vor.

Im Rahmen der Veranstaltungsreihe „GKV live – Politik im Gespräch“ des GKV-Spitzenverbandes stellte der Parlamentarische Staatssekretär beim

BMJV, Christian Lange (MdB), den Gesetzentwurf im Februar 2015 erstmals der Fachöffentlichkeit vor. Der Staatssekretär betonte dabei noch einmal, dass Korruption im Gesundheitswesen den Wettbewerb beeinträchtigt, medizinische Leistungen verteuert und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen untergräbt. Der neue Straftatbestand soll zudem die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft der Versicherten schützen.

Der neue Straftatbestand soll die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft der Versicherten schützen.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen konsequent unterbinden

Der GKV-Spitzenverband unterstützt den Gesetzentwurf nachdrücklich. Den gesetzlichen

Abb. 20

Einrichtung von (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen





#weiterdenken

Antikorruptionsgesetz

Krankenkassen fehlen nach gegenwärtiger Rechtslage ausreichende Ermittlungs- und Prüfständigkeiten. Mit den bestehenden sozialgesetzlichen Verbotregelungen allein kann korruptiven Praktiken im Gesundheitswesen jedenfalls nicht mit der nötigen Wirksamkeit begegnet werden.

Die Schaffung neuer Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen allein ist aber nicht ausreichend. Vielmehr besteht weitergehender gesetzlicher Änderungsbedarf. Die wesentlichen Forderungen wurden vom Verwaltungsrat am 25. März 2015 in dem Positionspapier „Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ beschlossen.

Mit Nachdruck setzt sich der GKV-Spitzenverband u. a. für eine gesetzliche Regelung ein, die Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber auf innerbetriebliche Pflichtverletzungen vor unverhältnismäßigen Maßregelungen durch Vorgesetzte schützt. Viele Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen können nur mit Hilfe von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern aufgedeckt werden. Nach der gesetzlichen Regelung soll sich zwar „jede Person“ an die bei allen Krankenkassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wenden können. Bisher gibt es für solche Personen aber keinen gesetzlich verankerten Schutz. Aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes bleiben sie daher vielfach anonym und stehen nicht mehr als Zeuginnen oder Zeugen zur Verfügung.

(Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften einrichten

In seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz die im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen aufgefordert, sich gegenüber den Ländern für die Einrichtung besonders qualifizierter (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften einzusetzen. Bisher

sollen die gesetzlichen Krankenkassen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn die Prüfung ergibt, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte. Da es sich bei Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens um eine Spezialmaterie innerhalb des Wirtschaftsstrafrechts handelt und die gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen häufig geändert werden, könnten (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften effektiver arbeiten. Auf Seiten der Justiz würden durch eine solche Konzentration sachlicher Zuständigkeiten zugleich Ressourcen frei.

Mit Nachdruck setzt sich der GKV-Spitzenverband für eine gesetzliche Regelung ein, die Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber auf innerbetriebliche Pflichtverletzungen vor unverhältnismäßigen Maßregelungen schützt.



Barrieren abbauen, Teilhabe garantieren

Das neue Gesetz soll Schlüsselement in einem breit angelegten Gesamtprozess zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung werden.

Die Eingliederungshilfe soll zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt werden. Die Bundesregierung beabsichtigt, dazu noch in dieser Legislaturperiode ein Bundesteilhabegesetz zu verabschieden. Das neue Gesetz soll Schlüsselement in einem breit angelegten Gesamtprozess zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung werden. Die Kommunen sollen dabei um 5 Mrd. Euro entlastet werden. Zentrale Themen sind:

- Stärkung der Eigenverantwortung
- Konkretisierung der Leistungserbringung
- veränderte Anrechnung von Einkommen und Vermögen
- unabhängige Beratung
- Qualifizierungsoffensive für das Personal

Vorbereitend bildeten Vertreterinnen und Vertreter aller maßgeblichen Organisationen im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens eine Arbeitsgruppe, die Reformthemen bestimmte und inhaltlich bewertete. Der GKV-Spitzenverband war als Vertreter der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung an dem strukturierten Dialog beteiligt. Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Juli 2015 veröffentlicht. Darin finden sich auch die Positionen des GKV-Spitzenverbandes wieder.

Positionen des GKV-Spitzenverbandes zum Beteiligungsverfahren

- Im Mittelpunkt der Reform müssen Menschen mit Behinderung und ihre spezifischen Bedarfe stehen. Ziel ist es, diesen Menschen tatsächlich die volle gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung zu garantieren – ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die für Menschen mit Behinderung gleiche Rechte und Chancen einfordert. Daraus lässt sich eine Personenzentrierung ableiten, die sich auf Aspekte der individualisierten Bedarfsermittlung und Leistungsbemessung beziehen muss. Mit diesem Prinzip ist jedoch nicht gemeint, dass die stationären Angebotsstrukturen aufgelöst und in der Folge komplexe Leistungen in kleinteilige Einzelleistungen mit diversen Zuständig-

keiten und neuen Schnittstellen zergliedert werden. Auch zukünftig sollen Menschen mit Behinderung im Rahmen ihrer individuellen Lebensentwürfe unterschiedliche Ansprüche an ihr Wohnumfeld stellen dürfen.

- Kommunen brauchen größere Handlungsfähigkeit im Bereich der Eingliederungshilfe und mehr finanziellen Spielraum bei ihrer Aufgabenwahrnehmung. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Entlastungswirkung angesichts unterschiedlicher Landesstrukturen bei der Eingliederungshilfe tatsächlich auf kommunaler Ebene ankommt. Zudem dürfen die Sozialversicherungsträger dadurch nicht stärker belastet werden.
- Die geplante Reform der Eingliederungshilfe hat unmittelbare Auswirkungen auf Leistungsansprüche gegenüber anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere in den Bereichen Pflege, Teilhabe und medizinische Versorgung. Wechselwirkungen müssen daher berücksichtigt werden. Mehrbelastungen anderer Sozialversicherungsträger sind ebenfalls zu vermeiden.
- Trägerübergreifende Bedarfskonstellationen erfordern trägerübergreifende Beratung, Planung und Koordination, damit Menschen mit Behinderung aus einem breiten Angebotspektrum passgenaue Leistungen erhalten. Verbesserungen lassen sich erzielen, wenn innerhalb der bestehenden Strukturen und damit der jeweiligen Trägerzuständigkeit die Leistungsansprüche besser miteinander koordiniert, aufeinander abgestimmt und transparent gemacht werden. Das gilt auch für eine auf diese Menschen zugeschnittene Beratung.

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen werden sich weiterhin für das Leitbild einer inklusiven Gesellschaft im Sinne der UN-BRK einsetzen. Ebenso sehen sie sich uneingeschränkt in der Verantwortung, deren Teilhabeziele konsequent zu verfolgen. Hierfür leisten die Kranken- und Pflegekassen einen wichtigen Beitrag, indem sie qualitativ hochwertige medizinische wie auch pflegerische Leistungen finanzieren, mit denen behinderungsbedingte Einschränkungen gemindert oder gar überwunden werden können.



#weiterdenken

Bundesteilhabegesetz



Transparenz und Qualität sichern

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt. Dieses neue Institut wird für den G-BA dauerhaft wissenschaftlich fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung erarbeiten und zur besseren Transparenz der Informationen über die Qualität der Versorgung beitragen. Das IQTIG soll u. a. Vergleiche zur Qualität der Leistungserbringung in den einzelnen Krankenhäusern veröffentlichen. Patientinnen und Patienten können sich so vor der Wahl eines Krankenhauses leichter über die dort zu erwartende Behandlungsqualität informieren.

Der G-BA hatte die Voraussetzungen zur Errichtung des neuen Qualitätsinstituts bereits im August 2014 geschaffen. Damals gründete er die Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen als Trägerin des Instituts und verabschiedete eine Satzung. Die zuständige Stiftungsaufsicht erkannte die Stiftung wenig später als rechtsfähig an. Die konstituierenden Sitzungen des Stiftungsrats und des Stiftungsvorstandes fanden am 9. Januar 2015 in Berlin statt. Dabei wurde das Institut formell errichtet und Dr. med. Christof Veit zum Institutsleiter bestellt. Im Stiftungsrat vertreten jeweils zwei Personen die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), eine Person vertritt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und fünf weitere den GKV-Spitzenverband. Der Vorstand besteht aus acht stimmberechtigten Mitgliedern, darunter jeweils ein Mitglied auf Vorschlag der DKG, der KBV sowie der KZBV und drei auf Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes. Sie werden vom Stiftungsrat bestellt. Hinzu kommen ein Vorstandsmitglied, das vom Bundesministerium für Gesundheit entsendet wird, und der bzw. die Vorsitzende des G-BA.

Finanzierung und Aufbau

Das IQTIG wird wie der G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durch Systemzuschläge finanziert. Diese setzen sich zusammen aus einem Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall sowie durch die zusätzliche Anhebung der Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung.

Das IQTIG soll u. a. Vergleiche zur Qualität der Leistungserbringung in den einzelnen Krankenhäusern veröffentlichen.

Nach der formellen Errichtung des IQTIG am 9. Januar 2015 und der Freischaltung der Internetseite www.iqtig.org wurde der Aufbau des Instituts vorangetrieben. Ab Januar 2016 hat das IQTIG die Aufgaben übernommen, die bisher vom AQUA-Institut wahrgenommen wurden. Damit die Umsetzung der vom G-BA beauftragten externen vergleichenden Qualitätssicherung kontinuierlich auch in der Überleitungsphase an das IQTIG im Jahr 2016 gewährleistet ist, wurde ein Unterstützungsvertrag mit dem AQUA-Institut geschlossen.

Patientinnen und Patienten unabhängig beraten

Seit Jahresbeginn 2016 können sich Ratsuchende einfacher zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) informieren. Die neue Anbieterin, die UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH, setzt vor allem auf nutzerorientierte Telefonzeiten und innovative Beratungszugänge, um Versicherte, Patientinnen und Patienten besser zu erreichen. Der Trägerwechsel ist Folge einer vom GKV-Spitzenverband durchgeführten Europaweiten Ausschreibung, bei der das Konzept der neuen Anbieterin klar überzeugte.

Die Fördersumme wurde ab 2016 auf 9 Mio. Euro jährlich deutlich erhöht. Damit sollen insbesondere die telefonische, aber auch die persönliche Erreichbarkeit der UPD verbessert werden.

Der GKV-Spitzenverband hatte die Vergabe der Fördermittel frühzeitig im Oktober 2014

eingeleitet, um das Beratungsangebot der UPD nach Ende der ersten Regelförderphase am 31. Dezember 2015 nahtlos aufrechtzuerhalten. Notwendig wurde die Ausschreibung, weil der Gesetzgeber mit der Einführung der UPD als Regelangebot in das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) 2011 auch die „Vergabe“ der Fördermittel festgeschrieben und die erste Regelförderphase zeitlich auf fünf Jahre befristet hatte.

Qualitätswettbewerb über Konzept und Strategie

Mit Vergabestart entschied sich der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung für die Durchführung eines Verhandlungsverfahrens mit Teilnahmewettbewerb. Dieses stellt ein Höchstmaß an Transparenz her und sichert allen Teilnehmenden gleiche Chancen. Der Qualitätswettbewerb sollte Bieter ermuntern, klare strategische und konzeptionelle Überlegungen auszuarbeiten. Die wichtigsten Anforderungen insbesondere im Hinblick auf die zu gewährleistende Neutralität und Unabhängigkeit waren durch den GKV-Spitzenverband, den Patientenbeauftragten und den begleitenden Beirat in einer Leistungsbeschreibung definiert.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber die Weichen für die Ausgestaltung der Förderung neu gestellt. Statt einer fünfjährigen Förderphase sind nun sieben Jahre vorgesehen. Zudem wurde die Fördersumme ab 2016 von 5,2 Mio. Euro auf 9 Mio. Euro jährlich deutlich erhöht. Damit sollten laut Gesetzesbegründung



Die neue UPD auf einen Blick

- Die telefonische Beratung erfolgt für die Ratsuchenden - kostenfrei auch aus dem Mobilfunknetz - über die bekannte, bundesweite Hotline: 0800 0117722.
- Eine persönliche Beratung erfolgt bei Bedarf nach vorheriger Terminvereinbarung an 30 Standorten (bisher 21) in barrierefreien Räumlichkeiten (z. B. in Bürgerbüros) an zwei Tagen in der Woche. Dabei werden auch die bisherigen Standorte berücksichtigt.
- Durch den Einsatz von drei Beratungsmobilen wird Beratung künftig flexibler auch für Ratsuchende angeboten, die nicht in der Nähe eines Standorts wohnen.
- In Ausnahmefällen wird die UPD Ratsuchende auch zu Hause aufsuchen und beraten.
- Ratsuchende können sich zudem bequem und bei Bedarf anonym online beraten lassen.



#weiterdenken

UPD

u. a. die Personalressourcen und die Anzahl der Beratungsstellen ausgeweitet werden, um insbesondere die telefonische, aber auch die persönliche Erreichbarkeit der UPD zu verbessern. Der Gesetzgeber reagierte damit auf Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung, der zufolge sich die Erreichbarkeit der UPD im Laufe der Förderphase sukzessive verschlechtert hatte.

Neutrale und unabhängige Beratung

Das Vergabeverfahren wurde am 18. September 2015 mit der Zuschlagserteilung auf das Angebot der Sanvartis GmbH abgeschlossen,

nachdem die Vergabekammer des Bundes die Entscheidung des GKV-Spitzenverbandes vollumfänglich bestätigt

hatte. Die neue Anbieterin erfülle insbesondere auch „die Voraussetzungen im Hinblick auf die gemäß § 65b SGB V vorgeschriebene Neutralität und Unabhängigkeit“.

Der GKV-Spitzenverband sieht sich durch den Beschluss der Vergabekammer in seiner im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten getroffenen Vergabeentscheidung bestätigt. Die neue Anbieterin stellt durch eine Vielzahl von rechtlichen, organisatorischen und institutionellen Maßnahmen sicher, dass die Verbraucher- und Patientenberatung frei von Interessenkonflikten durchgeführt wird, u. a. sind alle Beraterinnen und Berater bei einer eigens gegründeten gemeinnützigen Gesellschaft fest angestellt.

Neutralität und Unabhängigkeit sind unverzichtbare Anforderungen an die Qualität der UPD. Diese wird auch in der kommenden Förderphase wissenschaftlich evaluiert und durch den begleitenden Beirat unter der Leitung des Patientenbeauftragten der Bundesregierung bewertet. Die neue Anbieterin hat dem begleitenden Beirat umfassende Weisungs- und Kontrollrechte zur Sicherung der Unabhängigkeit eingeräumt – auch dies ist ein Novum in der Geschichte der UPD.

Neutralität und Unabhängigkeit sind unverzichtbare Anforderungen an die Qualität der UPD.

Abb. 21
Nutzerbefragung: Anzahl der Anrufversuche

Anzahl der Anrufversuche	2012		2013		2014	
	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent	Anzahl	gültige Prozent
1 Anrufversuch	292	70 %	494	50 %	506	53 %
2-3 Anrufversuche	109	26 %	297	30 %	315	33 %
4-5 Anrufversuche	10	2 %	94	9 %	63	6 %
>5 Anrufversuche	7	2 %	104	11 %	74	8 %
keine Angabe	12	-	46	-	53	-
Gesamt*	430	-	1.035	-	1.011	-

*Anzahl berücksichtigt nur Personen, die angeben, dass sie die Beratung telefonisch erhalten haben.
Quelle: IGES

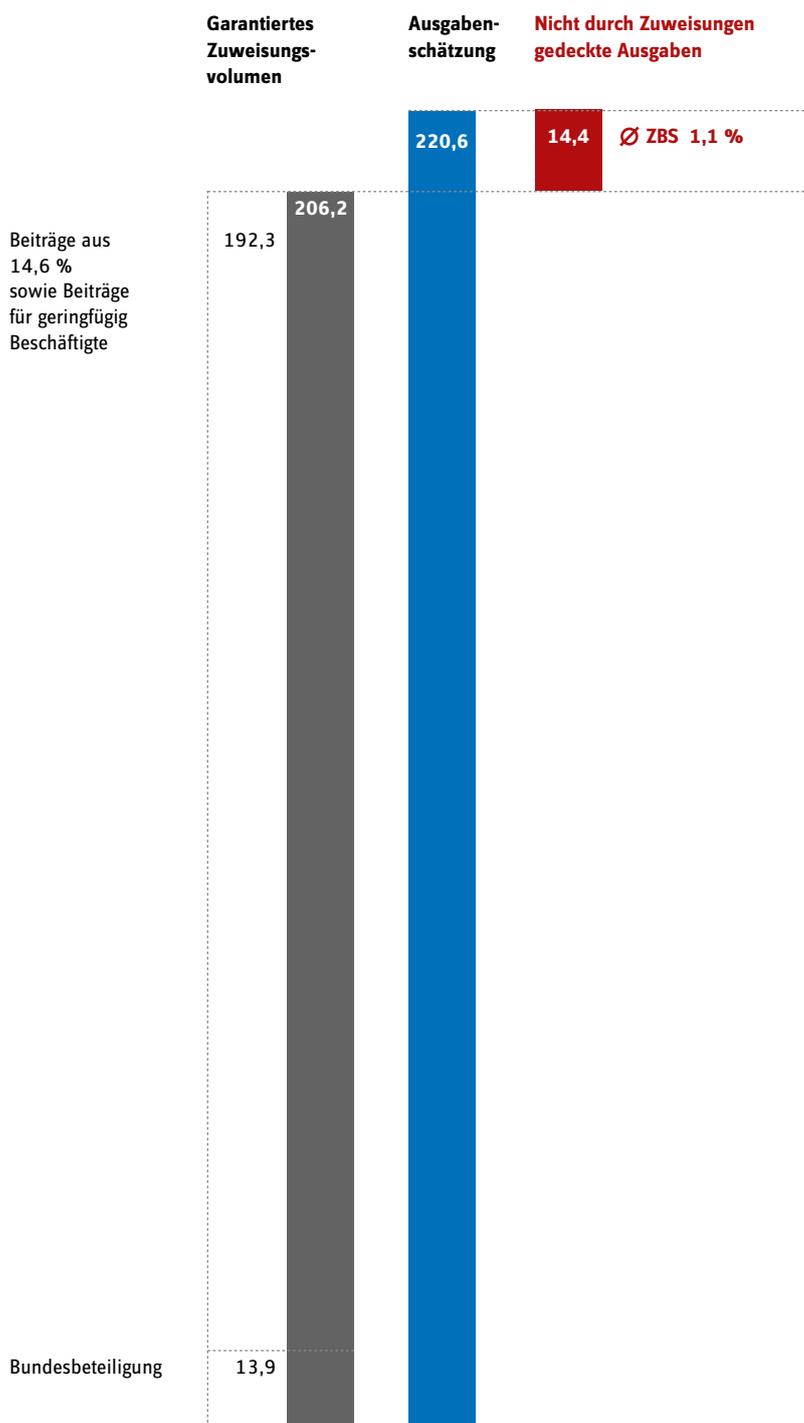
GKV-Finanzierung zukunftssicher gestalten

Nach vier Jahren der finanziellen Konsolidierung folgte nach 2014 ein zweites Jahr mit negativem Finanzergebnis. Der Gesundheitsfonds schloss das Jahr 2015 mit einem Defizit von 2,3 Mrd. Euro ab. Für die Krankenkassen wird ebenfalls ein negatives Finanzergebnis erwartet. Somit musste die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erneut auf ihre Reserven zurückgreifen – der Gesundheitsfonds auf die Liquiditätsreserve und die Krankenkassen auf ihre Betriebsmittel und Rücklagen. Besonders bedenklich an dieser Entwicklung ist dabei, dass der Griff in die Reserven trotz beträchtlicher Einnahmewachse notwendig war. Diese Entwicklung wird sich im Jahr 2016 fortsetzen: Trotz eines erwarteten Einnahmestiegs des Gesundheitsfonds von 5,2 % werden die Zuweisungen an die Krankenkassen in Höhe von 206,2 Mrd. Euro absehbar nicht ausreichen, um die steigenden Ausgaben mit dem bisherigen Niveau der Zusatzbeitragssätze zu finanzieren. Entsprechend hat das Bundesministerium für Gesundheit den theoretischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der Krankenkassen von 0,9 % auf 1,1 % festgesetzt. Diesem Trend folgten auch die tatsächlichen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Mehrheit der Krankenkassen sahen sich angesichts der Prognosen gezwungen, ihre Zusatzbeitragssätze zum 1. Januar 2016 zu erhöhen; die neuen Zusatzbeitragssätze reichen von 0,3 % bis 1,7 %. Lediglich eine regional tätige Krankenkasse erhebt weiterhin keinen Zusatzbeitragssatz, 26 Krankenkassen erheben den prognostizierten durchschnittlichen Satz von 1,1 %. Den für diese Entwicklung ursächlichen Ausgabenanstieg verantwortet ganz wesentlich der Gesetzgeber: Allein die 2014 und 2015 beschlossenen Gesetze – besonders das Krankenhausstrukturgesetz und das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – belasten die Krankenkassen im Jahr 2016 zusätzlich mit geschätzten 1,4 Mrd. Euro.

Finanzentwicklung 2015

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder stiegen im Berichtsjahr um 4,2 % auf 1,244 Bio. Euro an (2014: +3,9 %). Mit dem zum 1. Januar 2015 abgesenkten allgemeinen

Abb. 22
Einnahmen-Ausgaben-Prognose
in Mrd. Euro



Quelle: Prognose des GKV-Schätzerkreises
Darstellung: GKV-Spitzenverband



#weiterdenken

GKV-Finanzierung

Beitragssatz von 14,6 % betragen die Beitragseinnahmen 181,6 Mrd. Euro. Mit den Beiträgen aus geringfügiger Beschäftigung (3 Mrd. Euro) und der Bundesbeteiligung (11,4 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds damit auf 196 Mrd. Euro. Zur Finanzierung der Zuweisungen stand zudem eine Zuführung in Höhe von 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zur Verfügung. Mit diesen Gesamteinnahmen von 198,5 Mrd. Euro konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 198,3 Mrd. Euro auskömmlich finanzieren. Im Ergebnis führte allein die Zuführung aus der Liquiditätsreserve in das Zuweisungsvolumen zu einem Defizit im Gesundheitsfonds von 2,3 Mrd. Euro. Entsprechend reduzierte sich die Liquiditätsreserve im Berichtsjahr von 12,5 Mrd. Euro auf 10,2 Mrd. Euro.

Bei den Krankenkassen standen den Einnahmen aus Zuweisungen in Höhe von rd. 198,3 Mrd. Euro fondsrelevante Ausgaben in Höhe von rd. 209,3 Mrd. Euro gegenüber. Die Ausgaben der Krankenkassen sind damit im Vergleich zum Vorjahr um 8,9 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Ausgabenwachstum je Versicherten von 3,7 %. Die Deckungslücke der Krankenkassen betrug im Berichtsjahr 11,1 Mrd. Euro, die hauptsächlich durch die Erhebung der neuen kassenspezifischen Zusatzbeiträge zu schließen war. Die im Jahr 2015 erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten zwischen 0,3 % und 1,3 %. Zum Teil nutzten die Krankenkassen vorhandene Rücklagen, um höhere Beitragssätze zu vermeiden. Die Höhe der Einnahmen aus Zusatzbeiträgen – und damit das Finanzergebnis der Krankenkassen für 2015 – wird erst nach Veröffentlichung der vorläufigen Rechnungsergebnisse im März 2016 vorliegen. Doch auch hier wird für 2015 – vor dem Hintergrund des starken Leistungsausgabenanstiegs und des gezielten Abbaus von Reserven – ein weiteres Defizit erwartet.

Finanzprognose 2016

Die Beitragseinnahmen inkl. der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung für das Jahr 2016 schätzt

der GKV-Schätzerkreis auf 192,3 Mrd. Euro. Neben den Beitragseinnahmen kann der Fonds mit einer Bundesbeteiligung von 13,9 Mrd. Euro rechnen, sodass sich geschätzte Gesamteinnahmen von 206,2 Mrd. Euro ergeben. Die geschätzten Gesamteinnahmen werden den Krankenkassen als Zuweisungen für das Jahr 2016 zugesichert. Der Fonds erzielt damit rechnerisch ein Finanzergebnis von Null. Allerdings wird der Gesundheitsfonds zusätzlich durch die Finanzierung des Innovationsfonds und den für die stationäre Versorgung eingerichteten Strukturfonds belastet. Die Liquiditätsreserve reduziert sich damit zum Jahresende 2016 um knapp 250 Mio. Euro auf geschätzte 9,9 Mrd. Euro.

Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2015 wurden auf 220,6 Mrd. Euro geschätzt (+4,6 % je Versicherten). Damit ergibt sich auf Seiten der Krankenkassen eine Unterdeckung von 14,4 Mrd. Euro. Soweit die Krankenkassen nicht auf Rücklagen zurückgreifen können, ist dieser Betrag durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufzubringen. Der Fehlbetrag entspricht bezogen auf die geschätzte Grundlohnsumme für 2016 einem theoretisch durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 %. Dieser ist für die Zusatzbeiträge der Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie einige weitere Mitgliedergruppen maßgebend. Alle anderen Mitglieder zahlen ihre Zusatzbeiträge jeweils auf Grundlage des kassenspezifischen Zusatzbeitragssatzes ihrer jeweiligen Krankenkasse.

Ein Jahr kassenspezifische Zusatzbeitragssätze

Die GKV hat den Start in das neue Finanzierungssystem mit kassenspezifischen Zusatzbeitragssätzen und einer neuen Mechanik zum Ausgleich der unterschiedlichen Grundlöhne der Mitglieder (dem sog. Einkommensausgleich) fristgerecht und reibungslos umsetzen können. Dank erwirtschafteter Rücklagen konnten die Krankenkassen das prognostizierte und festgesetzte Zusatzbeitragssatzniveau von 0,9 % im Durchschnitt leicht unterschreiten. Der nach Mitgliedern gewichtete

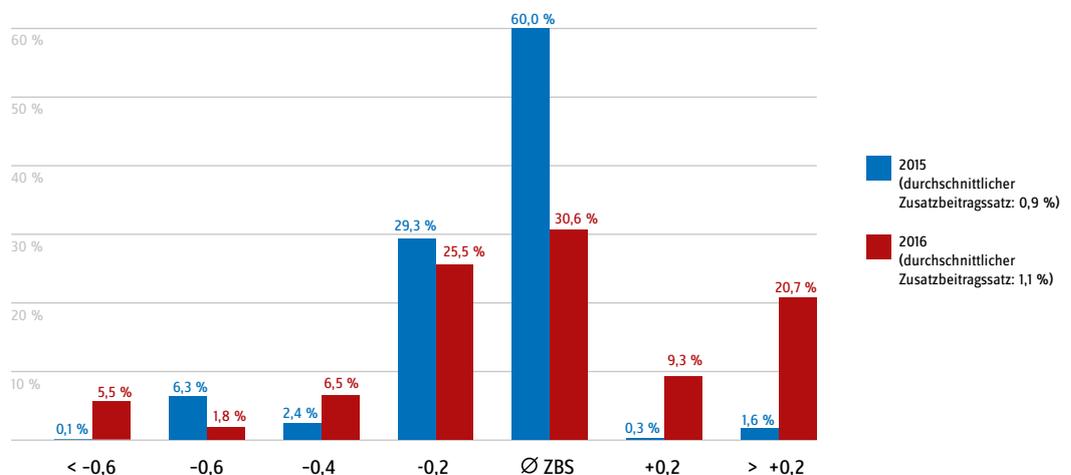
Durchschnitt der tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze betrug 0,83 %. Auf's Jahr gerechnet entlastete dies die GKV-Mitglieder um rd. 870 Mio. Euro. Die Krankenkassen erhoben im Berichtsjahr Zusatzbeitragssätze zwischen 0,3 % und 1,3 %. Lediglich zwei Krankenkassen konnten auf die Erhebung vollständig verzichten.

Die neuen kassenspezifischen Beitragssätze lösten auch Mitgliederbewegungen aus. Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen verzeichneten spürbare Mitgliedergewinne. Insgesamt zeigte sich aber, dass die Wanderungsbewegungen weit weniger stark ausfielen als im früheren Finanzierungssystem mit einkommensunabhängigen Pauschalen. Dies liegt offenbar wesentlich in dem System einkommensbezogener Zusatzbeiträge begründet, die im Quellenabzugsverfahren erhoben werden. Eine erhebliche finanzielle Destabilisierung von Krankenkassen mit

überdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen war jedenfalls im Berichtsjahr nicht zu beobachten.

Entsprechend seines gesetzlichen Auftrags veröffentlicht der GKV-Spitzenverband seit 1. Januar 2015 eine Übersicht der aktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen im Internet unter www.gkv-zusatzbeiträge.de. Durch einen vollautomatisierten täglichen Zugriff auf den von den Krankenkassen gepflegten Datenbestand der Informationstechnischen Servicestelle der GKV stellt der GKV-Spitzenverband die Veröffentlichung der tagesaktuellen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen sicher. So waren am 1. Januar 2016 alle neuen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen online. 77 der 118 Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes sahen sich zum Jahreswechsel 2015/2016 gezwungen, ihre Zusatzbeitragssätze aufgrund der anhaltenden Ausgabedynamik anzupassen.

Abb. 23
Mitgliederanteile in der GKV nach Zusatzbeiträgen 2015 und 2016



Lesebeispiel: Im Jahr 2015 betrug der Zusatzbeitragssatz für 60 % der GKV-Mitglieder 0,9 %. Für nur 0,3 % der GKV-Mitglieder lag der Zusatzbeitragssatz um bis zu 0,2 Prozentpunkte darüber ($0,9 < \text{ZBS} \leq 1,1$).

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Interessen international wahrnehmen

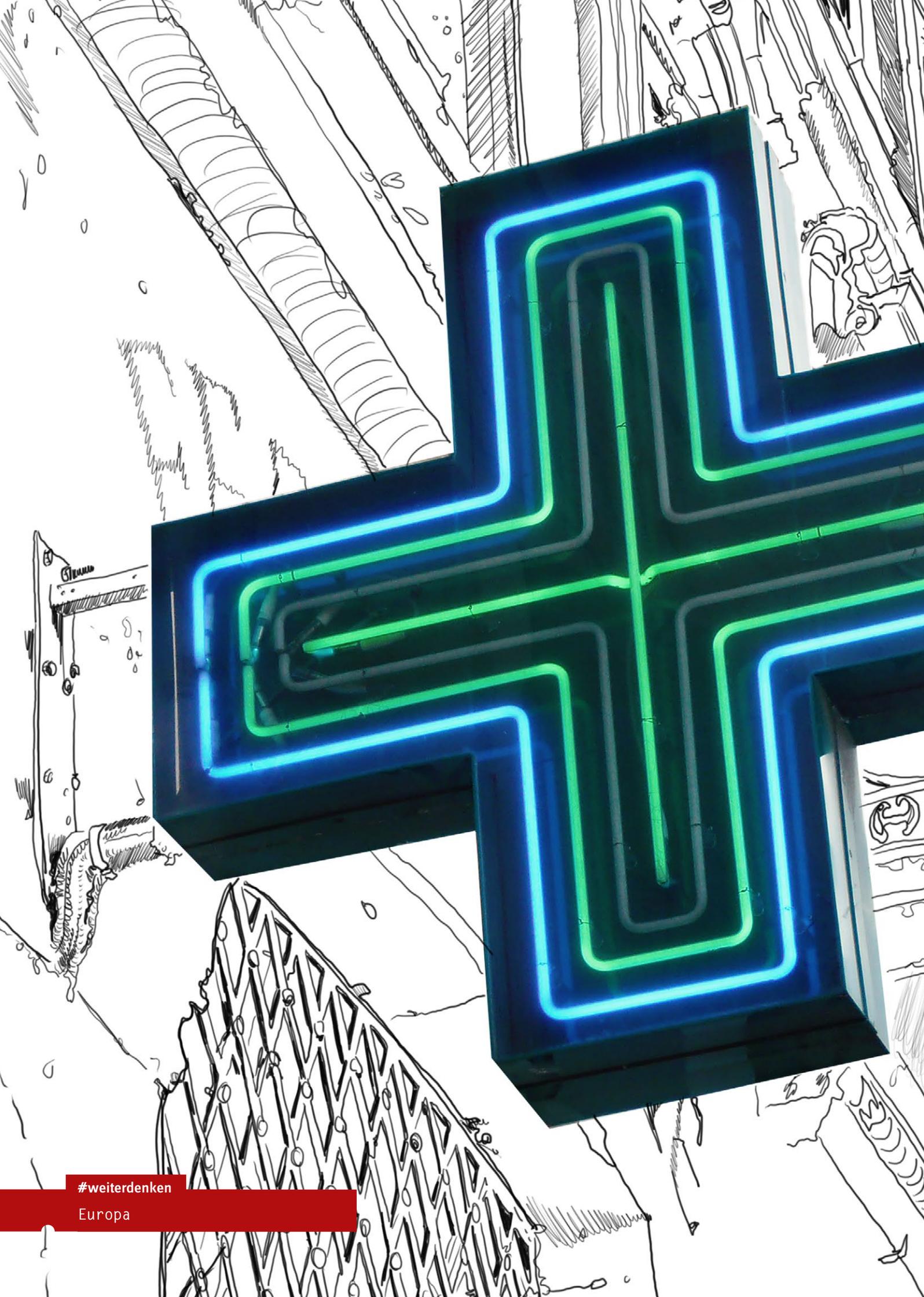
Im Jahr 2015 intensivierte der GKV-Spitzenverband weiter seine Aktivitäten im internationalen Bereich. Angesichts des steigenden Einflusses der Europäischen Union auf nationales Handeln steht die Wahrnehmung der Interessen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Europäischer Ebene im Mittelpunkt seiner Tätigkeit. Gemeinsam mit der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung sowie den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene gehört der GKV-Spitzenverband als Stimm- und Federführer für die GKV zu den Trägern der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa. Zur effektiven Vernetzung bringt sich der GKV-Spitzenverband auch bei der European Social Insurance Platform ein, die die Interessen von ca. 40 gesetzlichen Sozialversicherungsorganisationen aus ganz Europa bündelt. Darüber hinaus ist der GKV-Spitzenverband Mitglied in der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS).

Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit

Die IVSS blickt auf eine lange Tradition zurück: Sie wurde 1927 unter Federführung der Internationalen Arbeitsorganisation gegründet und zählt heute über 330 Mitgliedsinstitutionen in mehr als 160 Ländern. Sie gilt als führende Organisation im Bereich der Zusammenarbeit von Institutionen der sozialen Sicherheit auf internationaler Ebene. Ziel der IVSS ist es, die Systeme der sozialen Sicherheit weltweit auf- und auszubauen und ihren Mitgliedern hierzu spezifisches Wissen, Expertenberatung und Informationsplattformen anzubieten.

Der GKV-Spitzenverband ist seit 2013 – neben der Renten-, der Unfall- und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – Mitglied in der IVSS. Seit der Halbzeit des Trienniums 2014 bis 2016 bekleidet Manfred Schoch, Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, die Position des Vorstandsmitglieds in der IVSS. Mit ihm benennt der Verband einen auf internationalem Parkett erfahrenen Vertreter der GKV für die Arbeit der IVSS.

Ziel der IVSS ist es, die Systeme der sozialen Sicherheit weltweit auf- und auszubauen und ihren Mitgliedern hierzu spezifisches Wissen, Expertenberatung und Informationsplattformen anzubieten.



#weiterdenken

Europa

Gesundheit europäisch denken

Der Markt für Medizinprodukte entwickelt sich in rasanter Geschwindigkeit. Innovationen in der Medizintechnik, die bisher unbekannte medizinische Behandlungsansätze ermöglichen, drängen zunehmend in den Versorgungsbereich. Das Europäische Medizinprodukterecht, das die Regeln für den Marktzugang und die Marktüberwachung festlegt, konnte mit dieser Entwicklung jedoch nicht Schritt halten. Skandale um sog. Metall-auf-Metall-Endoprothesen, Stents und Brustimplantate haben den dringenden Handlungsbedarf beim Medizinprodukterecht verdeutlicht.

Institutionen stellen sich auf

Die Europäische Kommission hatte bereits im September 2012 einen Vorschlag für eine Verordnung über Medizinprodukte vorgelegt. Im April 2014 positionierte sich auch das Europäische Parlament. Der Europäische Rat einigte sich im Juni 2015 inhaltlich auf eine Verhandlungsposition. Die zentrale behördliche Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten, auf die der GKV-Spitzenverband und die European Social Insurance Platform immer wieder gedrängt hatten, wird von keiner der europäischen Institutionen gefordert.

Es wird jedoch das Bemühen erkennbar, in einigen Bereichen mehr Klarheit und Verbindlichkeit zu

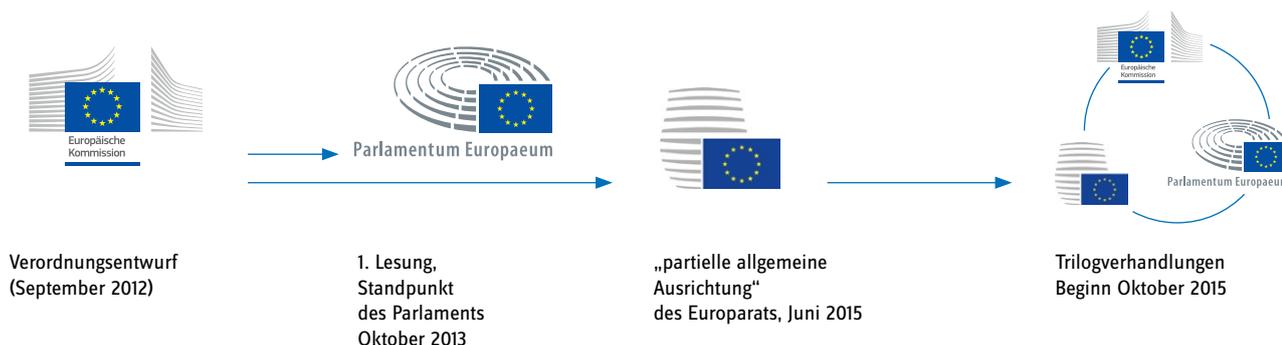
schaffen, z. B. bei der Zweckbestimmung der Hochrisiko-Medizinprodukte, den Regeln für die klinische Bewertung oder der Konkretisierung von öffentlich verfügbaren Informationen. In einem neuen Kontrollverfahren, dem Scrutiny-Verfahren, soll etwa eine unabhängige Expertengruppe für die Bewertung von Konformitätsbewertungsverfahren für Implantate der Risikoklasse III eingerichtet werden. Ihr Votum ist in die Entscheidung der Benannten Stelle, die die Konformitätsbewertung eines Medizinproduktes prüft, einzubeziehen, ein Abweichen ist zu begründen. Da der Vorschlag des Rats aber in einigen Punkten unbefriedigend bleibt, unterbreiteten der GKV-Spitzenverband und die ESIP erneute Verbesserungsvorschläge.

Die zentrale behördliche Zulassung von Hochrisiko-Medizinprodukten wird von keiner der europäischen Institutionen gefordert.

Verhandlungen beginnen

Im Oktober 2015 begannen die lange erwarteten Trilog-Verhandlungen zwischen EU-Kommission, Parlament und Rat. Hier wird sich entscheiden, ob der Marktzugang von Medizinprodukten künftig zukunftstauglich geregelt sein wird. Dazu zählt die Gewährleistung einer Versorgung mit ausreichend erforschten Hochrisiko-Medizinprodukten in Europa, deren Wirksamkeit und Anwendungsrisiken bereits bekannt sind.

Abb. 24
Medizinprodukte EU



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Es ist notwendig, die Daten zu Sicherheit, Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit von Hochrisikomedizinprodukten öffentlich verfügbar zu machen.

Die vorliegenden Regelungsvorschläge der verhandelnden Parteien beinhalten verschiedene Maßnahmen, deren Umsetzung zu mehr Patientensicherheit bei der Versorgung mit Medizinprodukten beitragen soll. In einem Positionspapier zu den Trilog-Verhandlungen stellte der GKV-Spitzenverband die positiven Regelungen der vorhandenen Entwürfe heraus. An die Beteiligten erging der Appell, durch die Umsetzung dieser Vorschläge klare Regeln zu etablieren, um so die Patientensicherheit zu erhöhen.

Patientensicherheit stärken

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es eines robusten und zuverlässigen Marktzugangssystems, das den technischen Herausforderungen gerecht wird und gleichzeitig eine transparente Zulassung und Marktüberwachung von Medizinprodukten hoher Risikoklassen garantiert. Eine wesentliche Forderung des GKV-Spitzenverbandes zielt darauf, die Kompetenz und die Unabhängigkeit der Benannten Stellen zu verbessern und auf ein europaweit vergleichbares Niveau anzuheben.

Auch die Qualität der klinischen Bewertung von Medizinprodukten muss verbessert werden.

Insbesondere Hochrisiko-Medizinprodukte gilt es deshalb in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte zu untersuchen. Nur auf dieser Datengrundlage können sowohl die Ärztinnen und Ärzte als auch die Patientinnen und Patienten über eine Anwendung dieser Produkte eine ausreichend informierte Entscheidung treffen. Es ist daher notwendig, die Daten zu Sicherheit, Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit von Hochrisiko-Medizinprodukten öffentlich verfügbar zu machen und dafür zu sorgen, dass diese stets auf dem aktuellen Stand sind. Hersteller sollten darüber hinaus verpflichtet werden, eine Produkthaftpflichtversicherung abzuschließen, damit Patientinnen und Patienten ihren begründeten Anspruch auf Schadenersatz oder Schmerzensgeld bspw. auch gegenüber einem insolventen Hersteller durchsetzen können.

Zügig handeln

Der GKV-Spitzenverband drängt auf einen zügigen Abschluss der Verhandlungen. Weitere Verzögerungen dieses wichtigen Reformvorhabens gehen nur zulasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Umso bedauerlicher ist es, dass die Europäische Kommission die Verhandlungen über das Medizinprodukterecht in ihrem Arbeitsprogramm für 2016 nicht als ein vorrangiges Vorhaben ausweist.

Gemeinsam handeln

Die gesetzlichen Krankenversicherungsorganisationen in Europa sehen sich mit einer Reihe gemeinsamer Herausforderungen konfrontiert. Medizinprodukte sicherer zu machen und eine gute Versorgung mit Arzneimitteln zu gewährleisten, sind Ziele der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland und ihrer Kooperationspartner in anderen europäischen Ländern. Im Juni 2015 lud der GKV-Spitzenverband die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger von Krankenversicherungsorganisationen aus Belgien, Frankreich, Kroatien, Luxemburg, den Niederlanden und Österreich nach Berlin ein, um gemeinsame Strategien zu diskutieren.

Arzneimittel und Medizinprodukte im Fokus

Im Mittelpunkt der Beratungen standen die europäische Arzneimittelpolitik und die Auswirkungen hochpreisiger Arzneimittel auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Hohe Preisforderungen für neue Arzneimittel hatten für einige Gesundheitssysteme Fragen der Nutzenbewertung und Finanzierbarkeit aufgeworfen. Auch auf europäischer Ebene sorgte dies für Diskussionen.

Die geplante Neuregelung für Medizinprodukte ist für die Krankenversicherer einer der wichtigsten Reformprozesse der EU. Skandale um Prothesen und Brustimplantate haben europaweit für Aufmerksamkeit gesorgt und die Notwendigkeit neuer Regeln verdeutlicht. Der GKV-Spitzenverband und die europäischen Krankenversicherer haben sich in diesem Prozess wiederholt für Patientensicherheit ausgesprochen, insbesondere für ein strenges und unabhängiges Zulassungsverfahren für Hochrisiko-Medizinprodukte.

Unterschiedliche Systeme, ähnliche Reformen

Nicht nur auf europäischer Ebene, sondern auch in den unterschiedlichen Gesundheitssystemen ähneln sich die Herausforderungen und auch die Reformbemühungen. Fragen der Umstrukturierung im Krankenhaussektor stellen sich aktuell in Kroatien ebenso wie in Deutschland. Beim Thema

der regionalen Verteilung und Spezialisierung von Ärztinnen und Ärzten lassen sich zwischen Deutschland und Frankreich aufschlussreiche Parallelen ziehen.

Für den weiteren Austausch zwischen den Krankenversicherern halten die nationalen Reformagenten demnach vielfältige, teilweise gleichgerichtete Themen bereit.

Die geplante Neuregelung für Medizinprodukte ist für die Krankenversicherer einer der wichtigsten Reformprozesse der EU.

Abb. 25
Regulatorische Bestimmungen für Arzneimittel und Medizinprodukte im Vergleich

	 Arzneimittel	 Medizinprodukte
Amtliches Zulassungsverfahren	Ja	Nein
Aussagekräftige klinische Studienlage	Ja	Nein
Transparenz und Informationsbereitstellung	Ja	Nein
Definierte Anwendungsgebiete	Ja	Nein
Preiserstattung auch abhängig vom Zusatznutzen	Ja	Nein

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung regeln

Die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) des GKV-Spitzenverbandes ist internationaler Partner der länderübergreifenden Gesundheitsversorgung u. a. in der EU, im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz. Sie trägt dazu bei, dass Versicherte ihre Rechte bei der Gesundheitsversorgung im europäischen Raum wahrnehmen können.

Die Verantwortung für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens und für die medizinische Versorgung tragen die Mitgliedstaaten. Dies führt zu einer unterschiedlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme in der EU mit z. T. abweichenden Standards.

Die europäischen Koordinierungsverordnungen regeln u. a. die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen von Versicherten innerhalb dieser Staaten. Die Koordinierung bezweckt die gegenseitige Abstimmung und Verflechtung der einzelnen Gesundheitssysteme. Bei Aufenthalt in einem anderen Staat erhalten anspruchsberechtigte Personen nach dem Prinzip der Leistungsaushilfe dieselbe medizinische Versorgung wie die dortigen Versicherten. Die entstandenen Kosten werden dem Leistungserbringer durch einen Träger im Behandlungsstaat erstattet. In Deutschland sind dies die Krankenkassen, die dann ihrerseits die Erstattung der Kosten von dem Träger verlangen, bei dem die jeweilige Person versichert ist. Dem Kostenerstattungsprinzip der Koordinierungsverordnungen liegt die Idee zugrunde, eine ausgewogene Lastenverteilung unter den Mitgliedstaaten herzustellen. Speziell im Bereich Krankheit soll dieses Verfahren den Interessen sowohl derjenigen Mitgliedstaaten Rechnung tragen, die ihr Gesundheitssystem zur Verfügung stellen, als auch derjenigen, deren Träger für die Kosten der Sachleistungen aufkommen.

Die Verantwortung für die Finanzierung und Organisation des Gesundheitswesens und für die medizinische Versorgung tragen die Mitgliedstaaten. Dies führt zu einer unterschiedlichen Ausgestaltung der Gesundheitssysteme in der EU mit z. T. abweichenden Standards. Da die Verordnungsregelungen eine Koordinierung und

keine Harmonisierung der Systeme vorsehen, werden Leistungsunterschiede zwischen den einzelnen Staaten grundsätzlich akzeptiert.

Medizinische Behandlungen im EU-Ausland

Die Koordinierungsregelungen ermöglichen Versicherten, sich auch in einem anderen Mitgliedstaat medizinisch behandeln zu lassen. Ist die Behandlung geplant, muss die betreffende Person grundsätzlich vorher eine Zustimmung beim zuständigen Träger einholen. Wenn eine vorgesehene Leistung im Heimatstaat nicht oder nicht rechtzeitig erbracht werden kann, muss der Träger seinen Versicherten die Genehmigung vorab erteilen.

Die Rahmenbedingungen für die Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme sind nicht fix. So können sich Gesundheitssysteme innerhalb der EU beispielsweise in einer vorübergehend angespannten finanziellen Lage befinden. Die Krankenversicherungsträger in diesen Staaten stehen dann oftmals vor der Frage, ob sie eine geplante Behandlung im anderen Staat genehmigen müssen, weil die Leistung aufgrund von temporären Versorgungsproblemen nicht rechtzeitig im Heimatstaat erbracht werden kann. Der Krankenversicherungsträger im Behandlungsstaat tritt für diese Kosten zunächst in Vorleistung.

Wirkungen finanzieller Ausgleichsmechanismen

Diese und andere Gründe können Asymmetrien der gegenseitigen Forderungen zwischen zwei Mitgliedstaaten bewirken und haben im Falle Deutschlands bereits zu Ungleichgewichten im Forderungsausgleich mit anderen Mitgliedstaaten geführt. Durch unterschiedliche Preisniveaus bei der Leistungserbringung kann sich die Situation noch zusätzlich verschärfen. Durch diesen Zusammenhang wird u. a. auch der Erhalt bzw. der Wiederaufbau eigener Versorgungsstrukturen im Gesundheitsbereich erschwert. Leidtragende sind die Versicherten - insbesondere dann, wenn

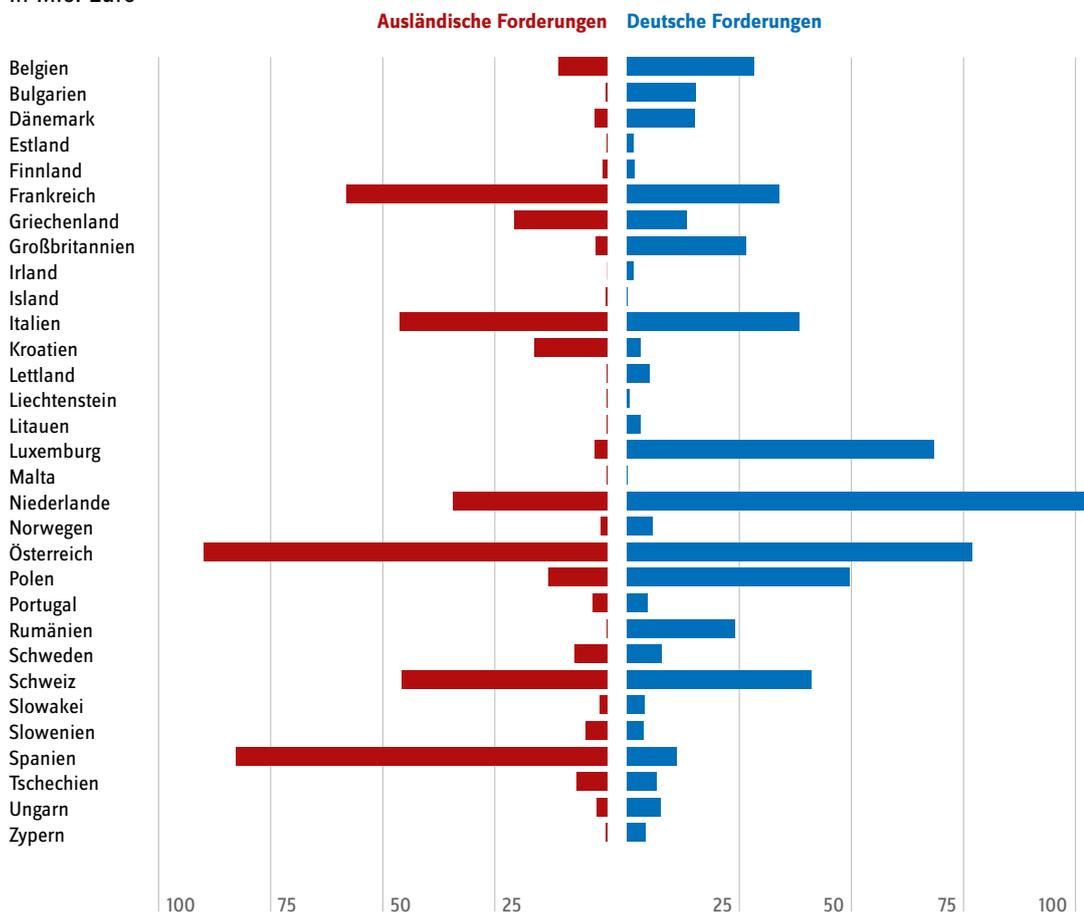
sie aus Altersgründen oder wegen bestehender Sprachhindernisse weniger mobil sind.

Für die Begleichung der Forderungen sehen die Verordnungen Fristen vor, die von den meisten Staaten auch eingehalten werden. Staaten, die sich in einer finanziell angespannten Lage befinden, kommen ihren Zahlungsverpflichtungen nicht immer fristgerecht nach. Um die finanziellen Interessen der deutschen Krankenkassen zu wahren, hat die DVKA in der Vergangenheit bereits Steuerungsinstrumente wie das Aushandeln von Verrechnungsvereinbarungen und Zahlungsplänen mit einzelnen Staaten eingesetzt.

Es wird zunehmend deutlich, dass die bisherigen Ausgleichsmechanismen vor dem Hintergrund finanzieller Schwankungen nicht wirksam greifen. Die Anwendung der Kostenerstattungsregelungen im Spannungsfeld zwischen Patientemobilität und Kostenverteilungslast muss daher effektiver gestaltet werden. Um das Prinzip der Leistungsaushilfe auch zukünftig gewährleisten zu können, werden weitere Steuerungsinstrumente zur Konkretisierung der Kostenerstattungsregelungen sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene zeitnah entwickelt werden müssen.

Durch unterschiedliche Preisniveaus bei der Leistungserbringung werden u. a. auch der Erhalt bzw. der Wiederaufbau eigener Versorgungsstrukturen im Gesundheitsbereich erschwert.

Abb. 26
Forderungen nach EU-Land
in Mio. Euro



Stand: eingereichte Forderungen aus dem Jahr 2014
Darstellung: GKV-Spitzenverband



#weiterdenken

@gkv_sv

Gesundheitspolitik verständlich machen

Das kommunikative Jahr 2015 war geprägt von zahlreichen Gesetzesvorhaben. Folglich lag ein Schwerpunkt der Pressearbeit des GKV-Spitzenverbandes darauf, die hohe Taktzahl der Gesetzesinitiativen des Bundesgesundheitsministeriums zu begleiten. Der GKV-Spitzenverband bezog im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu vielen Themen öffentlich Stellung und setzte so klare Akzente. Angesichts der großen Themenvielfalt - von Pflege und Prävention über digitale Kommunikation im Gesundheitswesen sowie Hospiz- und Palliativversorgung bis hin zu Krankenhausreform und Korruptionsbekämpfung - war dies keine einfache Aufgabe.

Im Sommer dominierte die Neuvergabe der Unabhängigen Patientenberatung die Medien. Während des mehrmonatigen Vergabeverfahrens wurde das Thema durch Dritte kontrovers und hoch emotional diskutiert. Deshalb war es wichtig, dass der GKV-Spitzenverband auf einer Pressekonferenz Mutmaßungen über eine künftig eingeschränkte Beratung mit guten Argumenten entkräften konnte.

Auch die Debatte um Finanzen und die Frage der kassenindividuellen Zusatzbeiträge zogen sich durch das gesamte Jahr. Erneut standen Versorgungsfragen bei der Hebammenhilfe, neue Arzneimittel und die ärztliche Versorgung als Pressethemen hoch im Kurs. Dabei konnte der GKV-Spitzenverband erfolgreich in der Öffentlichkeit verdeutlichen, dass die gesundheitspolitische Gesetzgebung der Großen Koalition massive finanzielle Belastungen verursacht.

Relaunch des DVKA-Webauftritts

Seit Ende 2015 präsentiert sich nun auch die Abteilung DVKA im neuen Online-Design des GKV-Spitzenverbandes. Der Webauftritt wird hauptsächlich von den Krankenkassen selbst, aber auch von Versicherten sowie Arbeitgebern

und Arbeitgebern genutzt. Insbesondere für die Kassen findet sich dort eine Vielzahl von Formularen und Hintergrundinformationen. Nutzergerechte Filter- und Suchfunktionen führen zielgerichtet zu den gewünschten Inhalten.

Mit dem Relaunch wurde ein entscheidender Punkt der Online-Strategie des Verbandes erfolgreich umgesetzt: Alle Webauftritte präsentieren sich nun einheitlich - sowohl optisch als auch anwendungsbezogen.

„GKV live“ verstetigt sich

Nach einem erfolgreichen Start des neuen Veranstaltungsformats „GKV live“ im Jahr 2014 lud der GKV-Spitzenverband auch 2015 wieder zu drei Themenabenden ein. In diesem Rahmen diskutierte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Politik die Themen Fehlverhalten im Gesundheitswesen, E-Health-Gesetz und Krankenhausreform. Das steigende Publikumsinteresse an den Veranstaltungen bestärkt den Verband darin, „GKV live“ als regelmäßige Reihe auch in Zukunft fortzusetzen.



Versorgungsfragen bei der Hebammenhilfe, neue Arzneimittel und die ärztliche Versorgung standen als Pressethemen erneut hoch im Kurs.

Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2014

Im April 2015 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2014 aufgestellt. Die Prüfung der Jahresrechnung einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO. Geprüft wurde auch die Migration des SAP-Systems des GKV-Spitzenverbandes auf ein neues Rechenzentrum. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung im Juni 2015 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2014 ab.

Verbandsbeitrag 2015

Der Haushaltsplan 2015 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 137,1 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes abzüglich der Erstattungen aus der Refinanzierung der Anschubfinanzierung für den GKV-Kommunikationsserver. Folgende Umlagefinanzierungen sind ebenfalls inbegriffen:

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

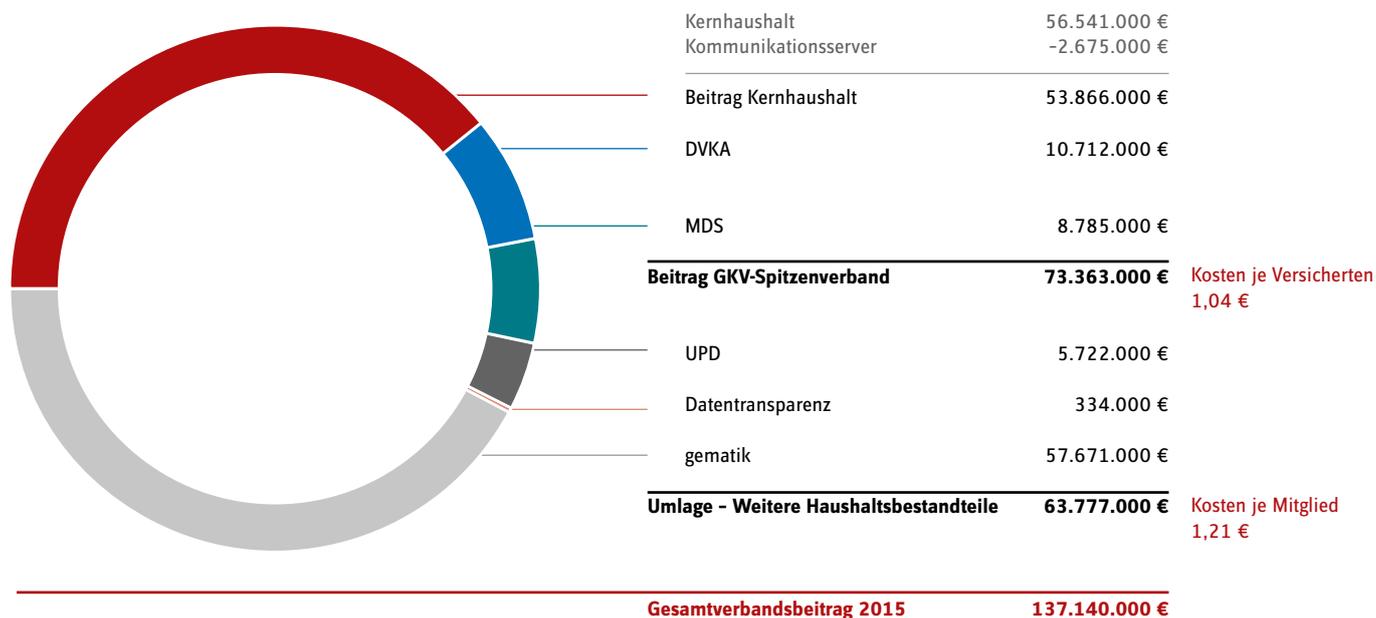
Die für den Haushalt 2015 geplanten Ausgaben für Datentransparenz in Höhe von 640.000 Euro werden in Höhe von 306.000 Euro aus der im Jahr 2013 erhobenen Umlage finanziert, da im Jahr 2013 nicht alle ursprünglich geplanten Mittel vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information abgerufen wurden.

Haushalt 2016

Der vom Vorstand am 28. Oktober 2015 aufgestellte Haushaltsplan 2016 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 2. Dezember 2015 mehrheitlich bei einer Enthaltung beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 184,4 Mio. Euro festgesetzt. Er steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 47,3 Mio. Euro.

Dies ist insbesondere auf die im Haushaltsjahr 2016 erstmalig im Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes enthaltenen Umlagen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Höhe von 31,8 Mio. Euro gemäß § 20a SGB V und auf den Sicherstellungszuschlag für die Hebammen in Höhe von 14,8 Mio. Euro gemäß § 134a Abs. 1b SGB V zurückzuführen.

Abb. 27
Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags

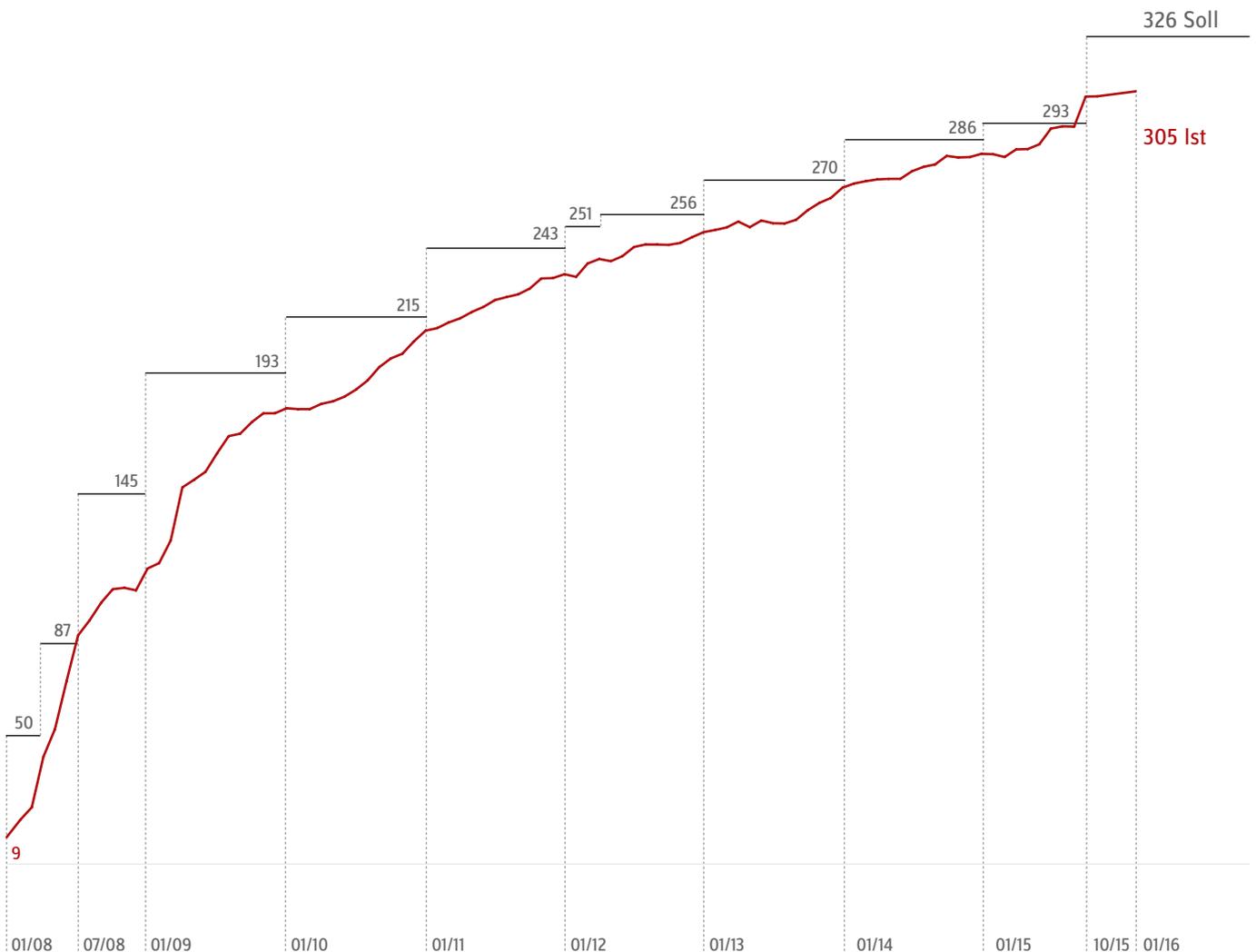


Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Für das Jahr 2015 sah der Stellenplan insgesamt 389,86 Planstellen vor. Davon entfielen 97 auf die DVKA in Bonn. Vom Verwaltungsrat wurde in seiner Sitzung am 2. September 2015 die unterjährige Bildung von 33 Stellen beschlossen. Er folgte insoweit den Umsetzungsempfehlungen der Organisationsuntersuchung zur Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation und der Personal-

situation sowie den hierzu erfolgten Empfehlungen des Fachausschusses Organisation und Finanzen und des Fachausschusses Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik. Daher sieht der Stellenplan 422,86 Planstellen ab dem 1. Oktober 2015 vor. Die Anzahl der Planstellen der DVKA in Bonn blieb unverändert. Zum Jahresende betrug die Quote der besetzten Stellen 94,53 %.

Abb. 28
Personalentwicklung (ohne Abteilung DVKA)



Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2015 (Stichtag: 1. Januar 2016)

1. actimonda BKK
2. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
3. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
4. AOK Baden-Württemberg
5. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
6. AOK Bremen/Bremerhaven
7. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
8. AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
9. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
10. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
11. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
12. AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
13. atlas BKK ahlmann
14. Audi BKK
15. BAHN-BKK
16. BARMER GEK
17. Bertelsmann BKK
18. Betriebskrankenkasse Mobil Oil
19. Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
20. BIG direkt gesund
21. BKK Achenbach Buschhütten
22. BKK advita
23. BKK Aesculap
24. BKK Akzo Nobel Bayern
25. BKK B. Braun Melsungen AG
26. BKK Beiersdorf AG
27. BKK BPW Bergische Achsen KG
28. BKK Braun-Gillette
29. BKK der MTU Friedrichshafen GmbH
30. BKK Deutsche Bank AG
31. BKK Diakonie
32. BKK EUREGIO
33. BKK EVM
34. BKK EWE
35. BKK exklusiv
36. BKK Faber-Castell & Partner
37. BKK firmus
38. BKK Freudenberg
39. BKK Gildemeister Seidensticker
40. BKK GRILLO-WERKE AG
41. BKK Groz-Beckert
42. BKK HENSCHEL Plus
43. BKK Herford Minden Ravensberg
44. BKK Herkules
45. BKK KARL MAYER
46. BKK KBA
47. BKK Linde
48. BKK MAHLE
49. BKK Melitta Plus
50. BKK MEM
51. BKK Miele
52. BKK PFAFF
53. BKK Pfalz
54. BKK ProVita
55. BKK Public
56. BKK Rieker.Ricosta.Weisser
57. BKK RWE
58. BKK Salzgitter
59. BKK Scheufelen
60. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
61. BKK STADT AUGSBURG
62. BKK Technoform
63. BKK Textilgruppe Hof
64. BKK VDN
65. BKK VerbundPlus
66. BKK Verkehrsbau Union (VBU)
67. BKK VITAL
68. BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE
69. BKK Werra-Meissner
70. BKK Wirtschaft & Finanzen
71. BKK Würth
72. BKK ZF & Partner
73. BKK_DürkoppAdler
74. BKK24
75. BMW BKK
76. Bosch BKK
77. Brandenburgische BKK
78. Continentale Betriebskrankenkasse
79. Daimler Betriebskrankenkasse
80. DAK-Gesundheit
81. Debeka BKK
82. Deutsche BKK
83. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
84. Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
85. E.ON Betriebskrankenkasse
86. energie-BKK
87. Ernst & Young BKK

-
- | | |
|--------------------------------------|--|
| 88. Hanseatische Krankenkasse | 104. R+V Betriebskrankenkasse |
| 89. Heimat Krankenkasse | 105. Salus BKK |
| 90. hkk | 106. SECURVITA BKK |
| 91. IKK Brandenburg und Berlin | 107. SIEMAG BKK |
| 92. IKK classic | 108. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) |
| 93. IKK gesund plus | 109. SKD BKK |
| 94. IKK Nord | 110. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) |
| 95. IKK Südwest | 111. Südzucker BKK |
| 96. Kaufmännische Krankenkasse - KKH | 112. Techniker Krankenkasse |
| 97. Knappschaft | 113. Thüringer Betriebskrankenkasse |
| 98. Krones BKK | 114. TUI BKK |
| 99. Merck BKK | 115. Vereinigte BKK |
| 100. Metzinger BKK | 116. VIACTIV Krankenkasse |
| 101. mhplus Betriebskrankenkasse | 117. Wieland BKK |
| 102. Novitas BKK | 118. WMF Betriebskrankenkasse |
| 103. pronova BKK | |

Fusionen im Jahr 2015 (Stichtag: 1. Januar 2016)

Vereinigte Kasse

pronova BKK

BKK Linde

BKK ProVita

BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)

Fusionspartner

Vaillant BKK
pronova BKK

BKK Linde
HEAG BKK

BKK family
BKK ProVita

BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
BKK Schleswig-Holstein
BKK Basell
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aschenbeck, Rolf-Dieter	DAK-Gesundheit
Balsler, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Ermler, Christian	BARMER GEK
Hamers, Ludger	VIACTIV Krankenkasse
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER GEK
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Moldenhauer, Klaus	BARMER GEK
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reuber, Karl	AOK Rheinland/Hamburg
Roer, Albert	BARMER GEK
Römer, Bert	IKK classic
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Stute, Hans-Peter	DAK-Gesundheit
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK-Gesundheit

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aust, Michael	Bertelsmann BKK
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Blum, Leo	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
Hornung, Ernst	Novitas BKK
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Parvanov, Ivor	AOK Bayern
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg
Schnurr, Hans-Jürgen	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Schrörs, Dr. Wolfgang	hkk
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Unzeitig, Roland	Techniker Krankenkasse
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Baki, Brigitte	AOK Hessen
Becker-Müller, Christa	DAK-Gesundheit
Berger, Silvia	IKK Südwest
Berking, Jochen	Deutsche BKK
Bink, Klaus-Dieter	AOK NORDWEST
Bumb, Hans-Werner	DAK-Gesundheit
Christen, Anja	BKK Verkehrsbau Union (VBU)
Coors, Jürgen	Daimler BKK
Date, Achmed	BARMER GEK
Decho, Detlef	Techniker Krankenkasse
Dollmann, Klaus	BARMER GEK
Dorneau, Hans-Jürgen	BAHN-BKK
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
Feichtner, Richard	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Fenske, Dieter	DAK-Gesundheit
Gabler, Heinz-Joachim	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Goldmann, Bernd	BARMER GEK
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse
Gransee, Ulrich	AOK Niedersachsen
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK
Heinemann, Bernd	BARMER GEK
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Hoppe, Klaus	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Hüfner, Gert	Knappschaft
Jena, Matthias	AOK Bayern
Karp, Jens	IKK Nord
Kemper, Norbert	AOK Rheinland/Hamburg
Kindler, Dieter	IKK classic
Kloppich, Iris	AOK PLUS
Knerler, Rainer	AOK Nordost
Knöpfle, Manfred	BKK STADT AUGSBURG
Korschinsky, Ralph	BARMER GEK
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Lambertin, Knut	AOK Nordost
Leitloff, Rainer	DAK-Gesundheit
Lubitz, Bernhard	HEK-Hanseatische Krankenkasse
Matthesius, Dr. Rolf-Gerd	BARMER GEK
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Salzmann, Rainer	BKK B. Braun Melsungen AG
Schiwnak, Bianca	Techniker Krankenkasse

Name	Krankenkasse
Schmidt, Günther	BARMER GEK
Schneider, Norbert	Techniker Krankenkasse
Scholz, Jendrik	IKK classic
Schorsch-Brandt, Dagmar	AOK Baden-Württemberg
Schröder, Dieter	DAK-Gesundheit
Schuder, Jürgen	HEK-Hanseatische Krankenkasse
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Schultze, Roland	hkk
Sonntag, Dr. Ute	BARMER GEK
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Vater, Birgit	BARMER GEK
Vieweg, Johanna	Techniker Krankenkasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

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

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

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

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

1. Dieter F. Märtens (EK)
2. Erich Balser (EK)
3. Klaus Moldenhauer (EK)
4. Horst Wittrin (EK)
5. Monika Lersmacher (AOK)
6. Fritz Schösser (AOK)
7. Hans-Jürgen Müller (IKK)
8. Andreas Strobel (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Gerhard Hippel (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ralph Korschinsky (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Hans-Peter Stute (EK)
 4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Susanne Wiedemeyer (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Georg Keppeler (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Knut Lambertin (AOK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Eckehard Linnemann (Knappschaft)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Roland Brendel (BKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
N. N. (IKK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Holger Langkutsch/Dieter Jürgen Landrock (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

- Klaus Moldenhauer (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. Ivor Parvanov (AOK)
2. Wolfgang Ropertz (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. Rolf-Dieter Aschenbeck (EK)
4. Wolfgang Metschurat (AOK)
5. Roswitha Weinschenk (AOK)
6. Knut Lambertin (AOK)
7. Eckehard Linnemann (Knappschaft)
8. Manfred Schoch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

- Achmed Date (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Klaus Dollmann (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
Fritz Schösser (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: Angelika Beier/Ernst Hornung (alternierend;
E. Hornung kommissarisch vertreten von Dietrich von Reyher)

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. Albert Roer (EK)
2. Dietmar Katzer (EK)
3. Hans-Peter Stute (EK)
4. Helmut Aichberger (EK)
5. Angelika Beier (AOK)
6. Susanne Wiedemeyer (AOK)
7. Roland Brendel (BKK)
8. Bert Römer (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Traudel Gemmer (AOK)
- Alexander Schirp (AOK)
- Ivor Parvanov (AOK)
- Jörg Henschen (EK)
- Dietrich von Reyher (BKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)
- Peter Wadenbach (IKK)

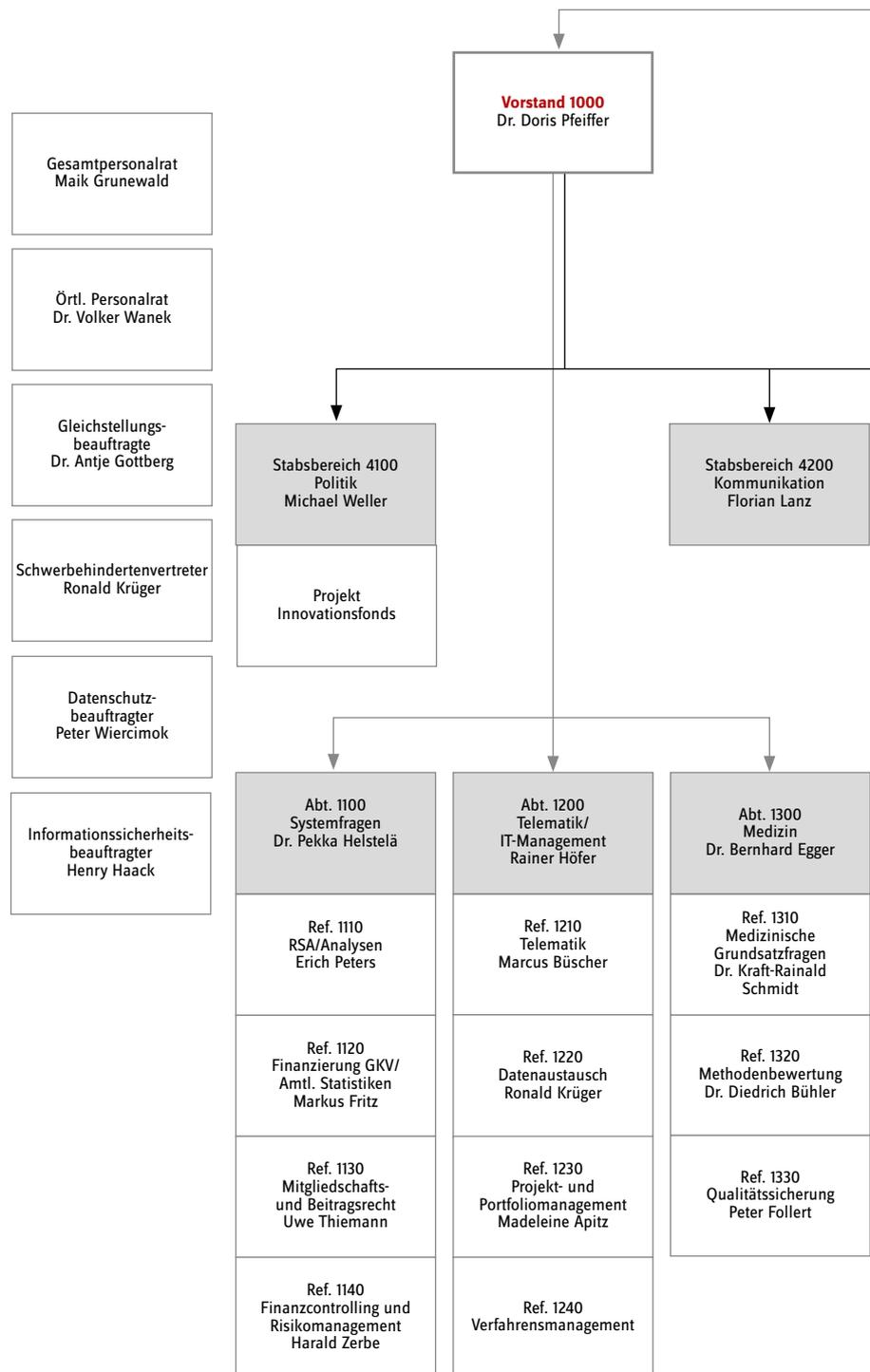
Versichertenvertreter

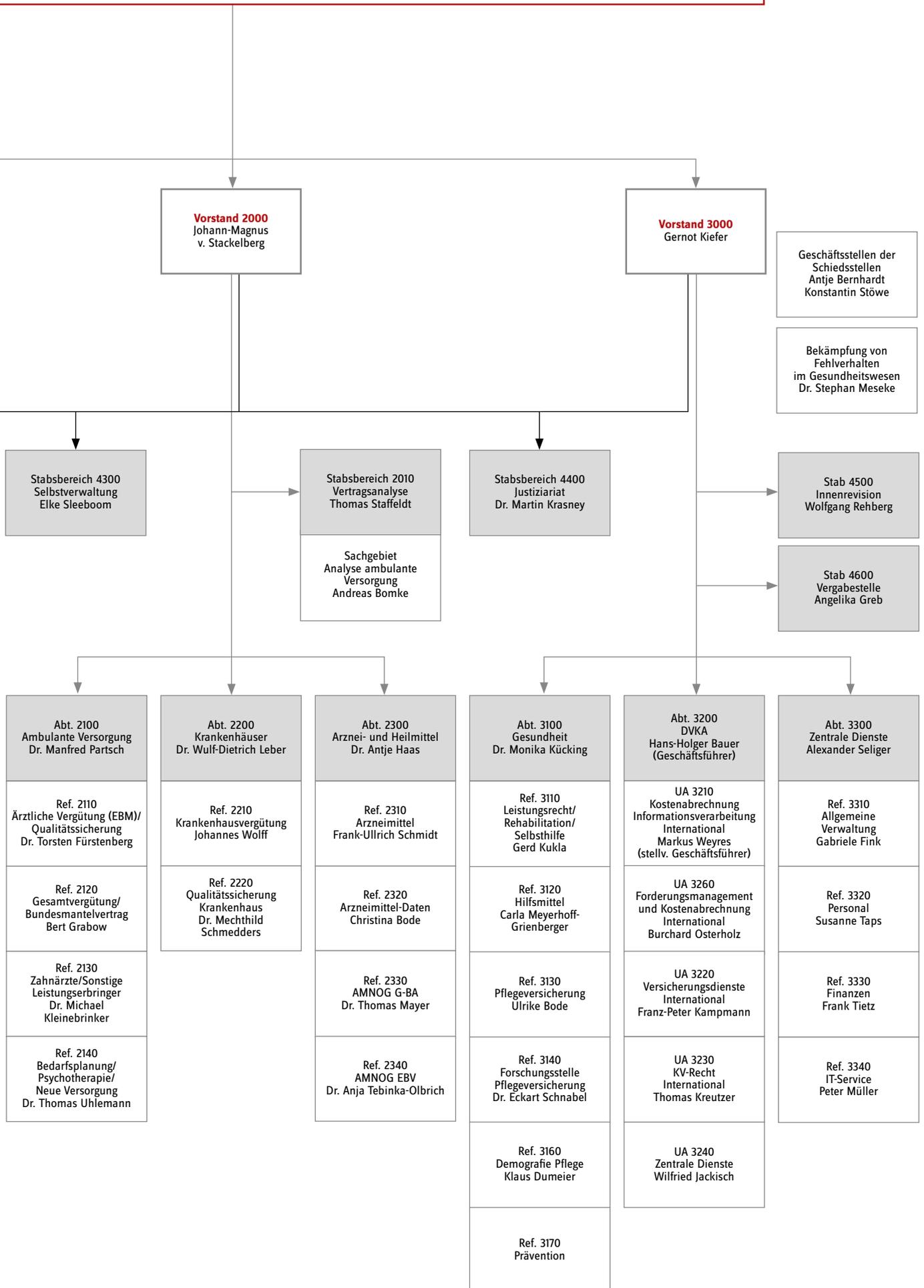
- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Harald Schulte (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ulrike Hauffe (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Dieter Fenske (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Wolfgang Metschurat (AOK)
1. Listenvertretung 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 (Knappschaft)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes

	Mitglieder	Stellvertreterin/Stellvertreter
AOK	Jürgen Graalman (bis 09.07.2015) Dr. Helmut Platzer	Uwe Deh (bis 09.07.2015) Dr. Jürgen Peter
BKK	1. Franz Knieps 2. Achim Kolanoski (bis 31.12.2015)	Andrea Galle Winfried Baumgärtner
Ersatzkassen	1. Ulrike Elsner 2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf	Boris von Maydell (seit 18.12.2015 für Manfred Baumann) Oliver Blatt
IKK	1. Jürgen Hohnl 2. Uwe Schröder	Frank Hippler Enrico Kreutz
Knappschaft	1. Bettina am Orde 2. Gerd Jockenhöfer	Dieter Castrup Jörg Neumann
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	1. Claudia Lex 2. Gerhard Sehnert	Reinhold Knittel Dr. Erich Koch

Organigramm GKV-Spitzenverband





Publikationen des GKV-Spitzenverbandes

Positionspapiere

Titel	Verabschiedung/ Veröffentlichung
Für eine konsequente Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	März 2015
Anforderungen an die Rolle der Kommunen in der Pflege - Positionen des GKV-Spitzenverbandes anlässlich der Verhandlungen zwischen Bund und Ländern	Juni 2015
Positionen des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung	Juni 2015
Position der gesetzlichen Krankenversicherung zum Trilog Medizinprodukteverordnung	November 2015

Weitere Publikationen

Autorinnen und Autoren/ Urheberinnen und Urheber	Titel	Verabschiedung/ Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Arzneimittelpolitik	April 2015
GKV-Spitzenverband	Vorschlag für eine Verordnung über Medizinprodukte Aktuelle Verhandlungen im Rat der Europäischen Union Positionierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	April 2015
Reinhard Busse, Dimitra Panteli, Cornelia Henschke	Arzneimittelversorgung in der GKV und 15 anderen europäischen Gesundheitssystemen. Ein systematischer Vergleich	Juni 2015
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013/2014	Juni 2015
Andrea Kimmel u. a.	Praktikabilitätsstudie zur Einführung des NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12	Juli 2015
Heinz Rothgang u. a.	Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13	Juli 2015
GKV-Spitzenverband und MDS	Präventionsbericht 2015 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2014	November 2015

Fotonachweis

- S. 1 Konstantin Yuganov/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 7 Andrea Katheder/andreakatheder.de
- S. 8 Tom Maelsa/tompictures.com
- S. 10 fotos593/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 14 Andrea Katheder/andreakatheder.de
- S. 17 Andrea Katheder/andreakatheder.de, Illustration M. Dannel
- S. 20 contrastwerkstatt/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 24 neustockimages/istock.com, Illustration M. Dannel
- S. 28 spotmatikphoto/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 35 Photographee.eu/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 42 casanowe/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 46 wildworx/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 54 Robert Kneschke/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 62 Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner - www.schupfner.com, Illustration M. Dannel
- S. 64 Photographee.eu/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 68 Wernerimages/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 70 Jasmin Merdan/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 74 Kzenon/shutterstock.de, Illustration M. Dannel
- S. 77 Denys Kuvaiev/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 78 sudok/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 81 Fotos593/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 84 vkarlov/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 88 fotoweng/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 94 highwaystarz/Fotolia.com, Illustration M. Dannel
- S. 95 Tom Maelsa/tompictures.com

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de