



Spitzenverband

Geschäftsbericht

2008

**Aufbruch und
Verantwortung**



Impressum

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

Telefon: 030 206288 - 0
Telefax: 030 206288 - 88
E-Mail: info@gkv-spitzenverband.de
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 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 Mitgliedskassen durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Spitzenverbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Dieser erstmalige Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2008 sowie die Errichtungs- und Aufbauphase des Verbandes vom 1.4.2007 bis 31.12.2007.

Fotonachweis: Alle Fotos walkscreen/GKV-Spitzenverband außer
S. 16, 17, 18 (3; Georg J. Lopata/GKV-Spitzenverband)
S. 58 (Stockxchange)
S. 61 (gematik)
S. 66 (GKV-Spitzenverband)

Redaktionsschluss: 14. Januar 2009

Redaktion: Florian Lanz, Klaus Meesters, Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: Klaus Meesters
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: SpreeBoPrint, Berlin

Geschäftsbericht 2007 / 2008

Inhalt

Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates	4
Vorwort des Vorstandes	6
Der GKV-Spitzenverband - Neuer Gestalter im Gesundheitswesen	8
Die Errichtungsphase: April 2007 bis Juni 2007	12
Errichtung in gesundheitspolitisch bewegter Zeit	12
Meilensteine der Errichtung und des Aufbaus	12
Die Aufbauphase: Juli 2007 bis Juni 2008	16
Verwaltungsrat - Anspruch, Prinzip und Wirklichkeit	16
Aufbau des GKV-Spitzenverbandes	20
Neue operative Führung - Bewährtes Know-how	22
Aus der Praxis für die Praxis - Der Fachbeirat	24
Die neue Stimme der GKV	27
Entscheidende Weichenstellungen des Verwaltungsrates	30
Zusammenarbeit des GKV-Spitzenverbandes mit den Organisationen der Kassenarten	32
Beteiligungen des GKV-Spitzenverbandes	34
Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses	36
Die Funktion des GKV-Spitzenverbandes im Gemeinsamen Bundesausschuss	38
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	40
Die Startphase: Juli 2008 bis Dezember 2008	42
Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes	42
Einsatz für die Verbesserung der Versorgungsqualität	44
Einsatz für eine sachgerechte Finanzierung	46
Einsatz für bessere Pflege - Begleitung und Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes	48
Einsatz für angemessene Honorare - Die Vergütungsreform für die ambulante ärztliche Versorgung	51
Einsatz für eine hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung	54
GKV-OrgWG: Frühe Positionierung im Interesse der Mitgliedskassen	56
KHRG - Ein Gesetz zulasten der Beitragszahler	59
Elektronische Gesundheitskarte: Nächste Aufbauschritte der Telematikinfrastruktur beschlossen	61
Einsatz für Rechtssicherheit - Der GKV-Spitzenverband als rechtliche Vertretung der GKV	63
Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland im GKV-Spitzenverband	65
Einsatz für effizienten Verwaltungsaufbau	67
Einsatz für Effizienz und Sparsamkeit - der Haushalt des GKV-Spitzenverbandes	72
Anhang	74
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 1.7.2008	74
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes	76
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrates	80
Aufgabenschwerpunkte der Fachausschüsse des Verwaltungsrates	84

Vorwort der Vorsitzenden des Verwaltungsrates

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Geschäftsbericht blicken wir auf die noch junge Historie des GKV-Spitzenverbandes zurück. Die Errichtung dieser Institution, des Spitzenverbandes aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, war Teil des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und markiert seit seiner offiziellen Gründung auf der Mitgliederversammlung im Mai 2007 einen neuen Abschnitt in der Geschichte der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Als deren zentrale Interessenvertretung gestaltet der GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitswesen, mit dem Ziel, eine hochwertige medizinische Versorgung für 70 Millionen Bürgerinnen und Bürger sicher zu stellen.

Die folgenden Seiten zeichnen ein Bild von den ersten Konturen der Errichtungsphase und dem weiteren Aufbau, der für die Selbstverwaltung, für Vorstand, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von intensiver Arbeit und der Herausforderung geprägt war, die Übernahme der rund 160 gesetzlichen Aufgaben zum 1. Juli 2008 zu gewährleisten und damit an die hervorragende Arbeit der acht bisherigen Spitzenverbände anzuknüpfen, die diese Aufgaben in der Vergangenheit arbeitsteilig wahrgenommen hatten.

„Mit einer Stimme für die GKV“ - das war und ist Maßgabe und Zielsetzung für alle Mitglieder des Verwaltungsrates, die an der Umsetzung dieser umfangreichen Aufgabe beteiligt sind.

In den dynamischen Prozess des Aufbaus war die Selbstverwaltung als tragendes Prinzip der solidarischen Versicherung von Beginn an eng eingebunden. Insgesamt 41 Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten handeln im Verwaltungsrat im Interesse der Versicherten und Beitragszahler in gemeinsamer und wechselseitiger Verantwortung für Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen. Soziale Selbstverwaltung, staatsfern und autonom, ist gelebte Sozialpartnerschaft - dies stellen wir auch in dieser neuen Institution unter Beweis. Für alle Mitglieder des Verwaltungsrates ist es Novum und Herausforderung zugleich, sich als entsandte Vertreterinnen und Vertreter einer pluralistischen gesetzlichen Krankenversicherung in diesem kassenartenübergreifenden Gremium zu positionieren.

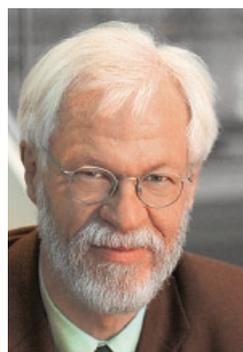
Im Namen des Verwaltungsrates danken wir allen Beteiligten, die gemeinsam mit uns Neuland betreten haben und mit ihrer engagierten Arbeit zur Errichtung und zum Aufbau des GKV-Spitzenverbandes beigetragen haben. Das bisher Erreichte sollte uns ermutigen, dem beständigen Wandel im Gesundheitswesen weiterhin mit aktuellen Antworten zu begegnen.



Willi Budde



Dr. Volker Hansen



Vorwort des Vorstandes

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

der vorliegende Geschäftsbericht gibt Auskunft über die in den Jahren 2007 und 2008 geleistete Arbeit zur Errichtung und zum Aufbau des GKV-Spitzenverbandes. Zugleich legt der Bericht gegenüber den Mitgliedskassen des Verbandes Rechenschaft darüber ab, wie der neue Verband nach Übernahme der gesetzlichen Aufgaben am 1. Juli 2008 die ihm übertragenen Funktionen wahrgenommen hat: erkennbar als engagierte Interessenvertretung seiner Mitglieder.

Die Etablierung des GKV-Spitzenverbandes als gemeinsame gesetzliche Vertretung aller Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene ist Ausdruck des institutionellen Wandels, den der Gesetzgeber in sämtlichen Zweigen der Sozialversicherung vorantreibt. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung schlägt sich dieser institutionelle Wandel

zugleich in einem verstärkten Konzentrationsprozess im Krankenkassenmarkt sowie in einer sich verändernden Verbändelandschaft nieder.

Allein in der kurzen Zeitspanne vom 1. Juli 2008 bis zum 1. Januar 2009 sank die Zahl unserer Mitgliedskassen durch freiwillige Vereinigungen von 217 auf 202. Für das laufende Jahr sind weitere Vereinigungen geplant, so dass die Zahl von 200 Krankenkassen bereits Mitte des Jahres unterschritten sein wird. Wie dieser Prozess in der Zukunft weiter verläuft, hängt entscheidend vom Wettbewerb ab. Das Ergebnis ist damit das Resultat einer Vielzahl von dezentralen Entscheidungen der Selbstverwaltung und des Managements der Krankenkassen, die diese vor dem Hintergrund der neuen Rahmenbedingungen, insbesondere des neuen Finanzierungssystems, treffen. Die Politik sollte sich – gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband – auf eine wettbewerbsfördernde Rahmensetzung beschränken.

Für einen funktionsfähigen Wettbewerb benötigen die Krankenkassen insbesondere ausreichend Vertragsfreiheiten. Der Mitgliederwettbewerb unter den Krankenkassen funktioniert, der Vertragswettbewerb im Verhältnis zu den Vertragspartnern steckt dagegen noch in den Kinderschuhen. Bestehende Ansätze, etwa in der Integrierten Versorgung, bei den Rabattverträgen für Arzneimittel oder den Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich, sind keinesfalls ausreichend. Insgesamt fehlt der Politik bislang die Kraft, den Krankenkassen effektive und Kosten sparende Vertragsmöglichkeiten an die Hand zu geben. Dies gilt insbesondere für den mit rund 50 Mrd. Euro jährlich größten Ausgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhäuser. Mit Blick auf die laufende Gesetzgebung zu einem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz müssen wir leider feststellen: Die stationäre Versorgung bleibt ein „wettbewerblicher Ausnahmebereich“.

Deshalb wird es im „Superwahljahr 2009“ und auch danach noch viel zu tun geben. Der GKV-Spitzenverband wird sich dabei im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahler und -zahlerinnen für ein modernes und zukunftsfähiges Gesundheitswesen stark machen. Die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung stehen dabei im Vordergrund.



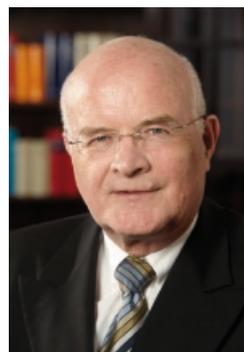
Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes



K.-Dieter Voß
Mitglied des Vorstandes



Die Gründung des GKV-Spitzenverbandes stellt eine bedeutende Zäsur in der bislang nach Kassenarten gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung dar. Als gemeinsame Interessenvertretung der Kranken- und Pflegekassen ist der GKV-Spitzenverband die neue gestaltende Kraft im Gesundheitswesen. Seit 1. Juli 2008 prägt er als Vertragspartner für eine Vielzahl von Kollektivverträgen und mit seinen sonstigen Entscheidungskompetenzen die gesundheitliche Versorgung der gesetzlich Versicherten und den wettbewerblichen Rahmen der Krankenkassen auf Bundesebene.

Der GKV-Spitzenverband - Neuer Gestalter im Gesundheitswesen

Die letzte Gesundheitsreform bestand nicht allein in der viel diskutierten Einführung des Gesundheitsfonds. Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurden auch die Organisationsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen grundlegend und nachhaltig verändert. Im Mittelpunkt stand der neu gebildete GKV-Spitzenverband der Kranken- und Pflegekassen. Der GKV-Spitzenverband wird die bundesweiten Rahmenbedingungen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung entscheidend mitgestalten. Gleichzeitig hat er sich zum Ziel gesetzt, wettbewerbliche Freiräume für seine Mitgliedskassen zu erhalten und auszubauen.

Seit dem 1. Juli 2008 erfüllt der GKV-Spitzenverband die ihm durch Gesetz übertragenen Aufgaben. Er übernimmt alle gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen.¹ Bereits seit dem 1. April 2007 greifen organisationsrechtliche Regelungen, mit denen erstmalig kassenartenübergreifende Vereinigungen von Krankenkassen ermöglicht werden. Damit wird die traditionelle Gliederung der GKV nach Kassenarten zumindest teilweise aufgehoben.

Mit der Verankerung der wettbewerblichen Grundorientierung der GKV im Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, das u. a. die Wahlfreiheit aller Versicherten und den Risikostrukturausgleich einführte, wurden die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen festgelegt. Die Gründung des GKV-Spitzenverbandes und die Ermöglichung von kassenartenübergreifenden

Vereinigungen sind eine Weiterentwicklung dieses Prinzips. Vor allem aber wird die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlichen allgemeinen Beitragssatz und der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die Kassenlandschaft tiefgreifend verändern. Ziel des Gesetzgebers ist es, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds deutlich zu intensivieren. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem GKV-WSG

- den Vertrags- und Qualitätswettbewerb zu intensivieren,
- den Preiswettbewerb über den allgemeinen Beitragssatz zu minimieren,
- mit dem Zusatzbeitrag ein ausbaufähiges Finanzierungs- und Wettbewerbsinstrument für die kommenden Jahre zu etablieren,
- die Risikostrukturen zwischen den Krankenkassen auszugleichen,
- das gegliederte Krankenkassensystem zu überwinden,
- die Zahl der Krankenkassen zu verringern und
- mit dem GKV-Spitzenverband die Verbändelandschaft zu straffen.

Zur Umsetzung dieser Reformziele wird es zentrale Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes sein, die kollektivvertraglichen Rahmenvorgaben für die GKV entscheidend mitzugestalten. Der GKV-Spitzenverband wird als Spitzenverband Bund der Krankenkassen von allen gesetzlichen Krankenkassen gebildet und hat die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts. Er ist damit kein Verband der Verbände. Der GKV-Spitzenverband ist gleich-

¹ Nach § 213 Abs. 1 SGB V in der Fassung vom 28.12.2007 bildeten die Bundesverbände der Krankenkassen (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen), die deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und die Verbände der Ersatzkassen, VdAK und AEV, die Spitzenverbände der Krankenkassen. Diese nahmen nach § 53 Abs. 3 SGB XI a. F. auch die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr.

zeitig Rechtsnachfolger der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) und bildet zum 1. Juli 2008 den Medizinischen Dienst auf Bundesebene (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). Er ist zugleich der Spitzenverband der Pflegekassen auf Bundesebene.

Die Aufgaben des GVK-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband gestaltet den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland mit. Er vertritt die Krankenkassen und damit die Interessen der 70 Millionen Versicherten und der Beitragszahler auf Bundesebene. Dies gilt auch gegenüber der Politik und gegenüber Leistungser-

Organisation des GKV-Spitzenverbandes



bringern wie Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben auf Bundesebene für die Kranken- und Pflegekassen. Der umfassende Arbeitskatalog zählt derzeit über 160 verschiedene Aufgaben. Inhaltlich lassen sich drei große Aufgabenbereiche unterscheiden:

- Gestaltung der Versorgung,
- Interessenvertretung.
- Finanzen und Datenmanagement,

Eine der zentralen Aufgaben ist die Gestaltung des Kollektivvertragsrechts der GKV. Im Kern sind das die Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre und ambulante ärztliche wie zahnärztliche Versorgung. Der GKV-Spitzenverband bestimmt Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel und setzt Höchstbeträge für Arzneimittel fest. Er vereinbart die Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene und unterstützt die Krankenkassen und deren Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben, wie z. B. der Sicherung des elektronischen Datenaustauschs. Zu der umfangreichen Aufgabenliste gehören u. a. die Definition von Grundsätzen zur Prävention und Rehabilitation sowie die Entscheidung über grundsätzliche Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren in der Sozialversicherung. Gleichzeitig ist der GKV-Spitzenverband für die Sicherung eines Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen und für Rahmenrichtlinien eines Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten verantwortlich. Der GKV-Spitzenverband will zugleich die Voraussetzungen für mehr Vertragswettbewerb schaffen.

Die nebenstehende Tabelle verdeutlicht beispielhaft die große Bandbreite unterschiedlicher Aufgaben, die der GKV-Spitzenverband wahrnimmt.

Die Rolle, die der GKV-Spitzenverband im Verhältnis zu seinen Mitgliedskassen einnehmen will, zeigte er bei den Verhandlungen zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG). Im Referentenentwurf war zunächst vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband u. a. kassenartenübergreifende finanzielle Hilfen zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit einzelner Krankenkassen vorsehen sollte. Dies ist durch die Intervention des GKV-Spitzenverbandes erfolgreich verhindert worden. Eine solche Regelung wäre mit dem bestehenden und intendierten Wettbewerbskonzept der GKV nicht vereinbar gewesen. Die Möglichkeit der zwangsweisen Vereinigung von Krankenkassen durch Vorstandsbeschluss des GKV-Spitzenverbandes konnte ebenfalls verhindert werden. Der GKV-Spitzenverband hatte im Vorfeld deutlich gemacht, dass er sich im Rahmen der bestehenden Wettbewerbsordnung mit Engagement für mehr Wettbewerb einsetzen und keinesfalls aufsichtsrechtliche Aufgaben übernehmen will. Damit erhielt er letztlich den Charakter einer Regulierungsbehörde. Umfassende Regulierungskompetenzen erschweren aber die Wahrnehmung der originären Aufgabe des Verbandes, Sachwalter der Interessen seiner Mitglieder, also der Gesamtheit der gesetzlichen Krankenkassen, zu sein.

Aufgabenfelder des GKV-Spitzenverbandes

Einleitung

Gestaltung der Versorgung

- Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der Versorgung im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Vergütungsvereinbarungen für den stationären Sektor (Fortentwicklung der DRG, Kodierrichtlinien)
- Vergütungsvereinbarungen und Bedarfsplanung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte
- Fest- bzw. Höchstbeträge und Rahmenvorgaben für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel
- Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung
- Grundsätze der Prävention und Rehabilitation
- Bildung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes

Interessenvertretung

- Aktive Begleitung von Gesetzgebungsverfahren und Politikberatung
- Vertretung der Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss
- Kommunikation mit Medien

Finanzen und Datenmanagement

- Mitwirkung im GKV-Schätzerkreis
- Festlegungen zur Beitragsbemessung, z.B. für freiwillig Versicherte
- Datenbasis für den Risikostrukturausgleich
- Meldewesen der amtlichen Statistiken (Datendefinition/-sammlung)
- Telematik

Die Errichtungsphase April 2007 bis Juni 2007

12

Errichtungsphase

Errichtung in gesundheitspolitisch bewegter Zeit

Nach einem langwierigen und konfliktreichen Gesetzgebungsverfahren, beginnend mit den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ der Großen Koalition vom 4. Juli 2006, wurde das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Deutschen Bundestag am 2. Februar 2007 in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Vierzehn Tage später passierte das Gesetz ohne weitere Änderungen den Bundesrat. Die Regelungen zur Errichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen traten

damit zum 1. April 2007 in Kraft. Der faktische Startschuss für die Errichtung des neuen Verbandes fiel aber bereits am 20. Februar 2007. Obwohl für die Ernennung eines Errichtungsbeauftragten laut Gesetz bis Ende April

2007 Zeit war, bestellte die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen bereits an diesem Tag Klaus Kirschner einstimmig zum Errichtungsbeauftragten des zu gründenden Spitzenverbandes. Mit dieser schnellen Entscheidung bewies die Arbeitsgemeinschaft eindrucksvoll ihre Handlungsfähigkeit. Kirschners Aufgabe war es, den neuen Spitzenverband bei der Organisation seiner konstituierenden Mitgliederversammlung, der Ausarbeitung der Satzung sowie den Wahlen des Verwaltungsrates und des Vorstandes zu unterstützen. Zur Begleitung des Errichtungsprozesses bildete die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen aus ihren haupt- und ehrenamtlichen Mitgliedern einen Errichtungsbeirat. Dieser begleitete den Errichtungsprozess und stellte den Informationsfluss von und zu den Krankenkassen sicher. Zudem wurde dem Errichtungsbeauftragten der Rechtsanwalt Werner Nicolay als juristischer Berater zur Seite gestellt.



Meilensteine der Errichtung und des Aufbaus



Die Errichtung des GKV-Spitzenverbandes folgte einem äußerst ambitionierten Zeitplan. Zwischen Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlagen und der Wahl des ersten Vorstandsmitgliedes lagen keine drei Monate. Dieses Kapitel zeichnet den arbeitsintensiven Errichtungsprozess nach.

Mit Klaus Kirschner und Werner Nicolay fiel die Wahl auf ausgewiesene Kenner des deutschen Gesundheitswesens. Kirschner war von 1976 bis 2005 Mitglied des Deutschen Bundestages. Er war u. a. von 1990 bis 1998 gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, von 1998 bis 2005 Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit bzw. des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung. Der auf das Sozialversicherungsrecht spezialisierte Rechtsanwalt Nicolay war viele Jahre in leitender Stellung in der gesetzlichen Krankenversicherung und später im Sozialministerium des Freistaates Sachsen tätig. Zur Unterstützung ordneten die Spitzenverbände der Krankenkassen fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Tätigkeit in der Geschäftsstelle des Errichtungsbeauftragten ab und stellten Büroräume in Berlin zur Verfügung.

Das vom Gesetzgeber vorgegebene Zeitfenster für die Errichtung des Verbandes war knapp bemessen. Die Rechtsgrundlagen für die Errichtung des Verbandes als Körperschaft des öffentlichen Rechts traten zum 1. April 2007 in Kraft, die Wahl des Vor-

standes des Spitzenverbandes sollte bereits zum 1. Juli 2007 erfolgen. Für den Errichtungsprozess standen damit nur drei Monate zu Verfügung. In diesem Zeitraum mussten die gesetzlichen Organe – Mitgliederversammlung, Verwaltungsrat und Vorstand – in einem transparenten und rechtssicheren Verfahren gebildet werden. Zudem galt es, u. a. eine Wahlordnung, die Satzung des Spitzenverbandes, die Geschäftsordnungen der konstituierenden Mitgliederversammlung und des Verwaltungsrates sowie eine Entschädigungsregelung der ehrenamtlichen Selbstverwaltung zu entwerfen. Eine weitere wichtige Aufgabe war die Finanzplanung für die Jahre 2007 und 2008 und in Eckwerten für die Jahre 2010 und 2011. Aufgrund dieses erheblichen Zeitdrucks nahm das Errichtungsteam des Beauftragten seine Arbeit bereits am 19. März 2007 auf.

Errichtungsphase

Fotos: Die erste Mitgliederversammlung; Klaus Kirschner und Werner Nicolay



Errichtungsphase

Foto:

Werner Nicolay, Klaus Kirschner, Dr. Horst-Dieter Projahn und Richard Feichtner (v.l.)



In Abstimmung mit dem Errichtungsbeirat und dem Bundesministerium für Gesundheit wurde die konstituierende Mitgliederversammlung des Spitzenverbandes auf den 21. Mai 2007 terminiert. Die Vorbereitung und Durchführung dieser Wahlversammlung stellte für das Errichtungsteam die erste große Bewährungsprobe dar. Neben der ordnungsgemäßen Einladung und Akkreditierung von je zwei Delegierten der zum damaligen Zeitpunkt

241 Krankenkassen mussten die Versammlung selbst und die verschiedenen Wahlhandlungen und Abstimmungen vorbereitet werden. Mit drei eigens gebildeten Teilprojektgruppen erstellte das Errichtungsteam schon vor Beginn der Mitgliederversammlung den nötigen Rahmen für die Wahl des Verwaltungsrates.

Zunächst beschloss die konstituierende Mitgliederversammlung ihre Geschäftsordnung. Anschließend wählten die 482 Delegierten Richard Feichtner (AOK Rheinland-Pfalz)

als Vertreter der Versicherten zum Vorsitzenden der Mitgliederversammlung. Zu seinem Stellvertreter wurde Dr. Horst-Dieter Projahn (AOK Westfalen-Lippe) als Vertreter der Arbeitgeber gewählt. Im Anschluss fand die Wahl der ordentlichen Mitglieder des Verwaltungsrates und ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter nach Vorschlagslisten der Kassenarten statt.

Der reibungslose Ablauf der Mitgliederversammlung mit all seinen Wahlgängen war eindrucksvoller Beleg für die hervorragende organisatorische Vorbereitung des Errichtungsteams. Auch die Vorarbeiten bei der Entwicklung der Geschäftsordnung und der Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Versammlung wurden allseits anerkannt; die Entwürfe wurden einstimmig und unverändert verabschiedet.

Bei der Konstituierung des Verwaltungsrates am 29. Mai 2008 und seinen nachfolgenden Beratungen leistete das Errichtungsteam ebenso vorbildliche organisatorische Arbeit. So mussten in intensiver inhaltlicher Vorarbeit die zu beschließenden Dokumente zunächst entworfen und bis zur Beschlussrei-

Aufbauphase

Einstellung von Personal, Aufbau der Infrastruktur des Verbandes





fe entwickelt werden. Dabei war eine fortwährende Abstimmung mit dem Errichtungsbeirat - nach seiner Konstituierung mit dem Verwaltungsrat - sowie mit den für Recht und Politik Verantwortlichen der Spitzenverbände notwendig. Für die Erstellung eines Satzungsentwurfs konnte sich das Errichtungsteam dabei - neben den gesetzlichen Vorgaben in § 217e SGB V - auf von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände beschlossene zentrale Eckpunkte stützen. Demnach sollte die Satzung u. a. die Verpflichtung zur Information und Transparenz gegenüber den Mitgliedskassen, Regelungen über Fachausschüsse sowie zur Bildung eines Fachbeirats, eine Entschädigungsordnung des Verwaltungsrates und eine sachgerechte Finanzierungsregelung beinhalten. Zum Vorsitzenden des Verwaltungsrates wurde der Arbeitgebervertreter Dr. Volker Hansen (AOK Brandenburg) gewählt. Zum alternierenden Vorsitzenden wählte der Verwaltungsrat Willi Budde (BKK Mannesmann, heute BKK Vor Ort) als Vertreter der Versicherten. In der Folge konnten sehr zügig die Satzung des GKV-Spitzenverbandes, die Geschäftsordnung des Verwaltungsrates und die Entschädigungsregelung für die Selbstverwaltungsorgane beschlossen werden. In seiner dritten Sitzung am

18. Juni 2007 wählte der Verwaltungsrat Dr. Doris Pfeiffer zum ersten Mitglied des Vorstandes.

Mit der Aufnahme der Vorstandstätigkeit von Frau Dr. Pfeiffer am 1. Juli 2007 war der GKV-Spitzenverband gegründet und damit die Aufgabe des Errichtungsteams erfüllt. Der Verwaltungsrat bedankt sich an dieser Stelle bei Herrn Kirschner, dem Errichtungsbeauftragten, seinem juristischen Berater, Herrn Nicolay, dem gesamten Errichtungsteam sowie den weiteren zahlreichen Helferinnen und Helfern aus dem Kreis der früheren Spitzenverbände der Krankenkassen, die mit ihrer beeindruckenden Leistung die Gründung des GKV-Spitzenverbandes möglich gemacht haben.

Hinweis: Der ausführliche Bericht des Errichtungsbeauftragten sowie die aktuelle Satzung des GKV-Spitzenverbandes stehen auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes www.gkv-spitzenverband.de zum Download bereit.

27.05.2008

Genehmigung der Satzungsänderung in § 37 durch das Bundesministerium für Gesundheit: Beim Vorstand des GKV-Spitzenverbandes kann damit satzungsmäßig ein Fachbeirat als beratendes Gremium gebildet werden.

01.07.2008

Die gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen gehen auf den GKV-Spitzenverband über.



Die Aufbauphase Juli 2007 bis Juni 2008

16

Aufbauphase

Verwaltungsrat - Anspruch, Prinzip und Wirklichkeit

Legitimation über die Selbstverwaltung der Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband hat bereits in der Aufbauphase Schritte unternommen, mit denen die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung gewahrt werden und die Rolle des GKV-Spitzenverbandes durch gemeinsam getragene Positionen in der öffentlichen Debatte gestärkt wird. Darauf baut der Spitzenverband auch in Zukunft auf und wird gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern seiner Mitgliedskassen die gesundheitliche Versorgung der Versicherten gestalten und sicherstellen.

Die vergangenen zwei Jahre brachten tief greifende Veränderungen, neue Herausforderungen und große Chancen für die Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband. Am Beginn stand die Wahl des ersten Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes durch die Mitgliederversammlung mit Vertretern und Vertreterinnen aller gesetzlichen Krankenkassen. Die Interessen der Mitgliedskassen sollten über ihre Versicherten- und Arbeitgebervertreter auch institutionell ausreichend berücksichtigt werden. Die personelle Zusammensetzung des Verwaltungsrates beim GKV-Spitzenverband beruht auf dem Selbstverwaltungsprinzip.

Der von der Mitgliederversammlung gewählte Verwaltungsrat spiegelt die wettbewerbliche Struktur der Kassenlandschaft wider - ein Novum in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Marktanteile der sechs Kassenarten sind auf der Grundlage der Versichertenzahlen mit entsprechender Sitzverteilung und Stimmgewichtung repräsentiert. Die Stimmgewichtung ist durch den

Gesetzgeber so gestaltet, dass bei der Beschlussfassung die Parität zwischen den Versicherten- und Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat hergestellt wird.

In den ersten Monaten der Aufbauphase hat der Verwaltungsrat eine Reihe wichtiger Entscheidungen zur organisatorischen Aufstellung und zu den rechtlichen Grundlagen des GKV-Spitzenverbandes getroffen und den Aufbau aktiv unterstützt.

Gremienstruktur und Fachausschüsse

Die Basis für eine erfolgreiche Gremienarbeit hat sich der Verwaltungsrat bereits frühzeitig in der Organisation einer internen Arbeitsstruktur gelegt. Am 11. Juni 2007 verabschiedete der Verwaltungsrat eine Geschäftsordnung mit Verfahrensregelungen für Sitzungsabläufe und Beschlussfassungen. Ausgenommen waren die Regelungen zur Bildung der Fachausschüsse in § 13 der Geschäftsordnung. In weiteren Beratungen wurden verschiedene Gremienmodelle diskutiert und schließlich eine Gremienstruktur mit Fachausschüssen entwickelt, die eine professionelle Organisation der Arbeit und effiziente Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben des Verwaltungsrates



sicherstellt. Nach Beschluss der Ergänzung der Geschäftsordnung und Wahl der Mitglieder der Ausschüsse am 19. November 2007 konnten die

Gremienmodelle diskutiert und schließlich eine Gremienstruktur mit Fachausschüssen entwickelt, die eine professionelle Organisation der Arbeit und effiziente Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben des Verwaltungsrates



Der GKV-Spitzenverband wird in sozialpartnerschaftlicher Selbstverwaltung geführt. Die maßgeblichen Organe sind die Mitgliederversammlung und der Verwaltungsrat. Hier arbeiten Arbeitgeber und Versicherte als Vertretung der Kranken- und Pflegekassen zusammen.

Fachausschüsse bereits wichtige Entscheidungen im Zuge der Übernahme der gesetzlichen Aufgaben von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen vor dem 1. Juli 2008 für den Verwaltungsrat vorbereiten. Im Laufe des Geschäftsjahres bestätigte die erfolgreiche Arbeit der Fachausschüsse die neue Gremienstruktur, die die Entscheidungen des Verwaltungsrates auf eine breite Basis stellt.

Zur effizienten Wahrnehmung der vielfältigen Aufgaben des Verwaltungsrates wurden vier Fachausschüsse eingerichtet, die Beschlüsse des Verwaltungsrates sowie Themen, die im Plenum zu beraten sind, vorbereiten. Dies sind

- der Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik,
- der Fachausschuss Organisation und Finanzen,
- der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie
- der Fachausschuss Verträge und Versorgung.

Mit dieser Struktur ist sichergestellt, dass der Verwaltungsrat in die laufenden Entscheidungen eingebunden ist und gestaltend einwirken kann. Dies zeigt sich auch in den eng an den Geschäftsbereichen der drei Vorstände orientierten Fachausschüssen, die in der Geschäftsordnung des Verwaltungsrates verankert sind. Jeweils fünf arbeitgeber- und sieben versicherten-seitige Mitglieder und jeweils fünf bzw. sechs Stellvertreterinnen und Stellvertreter aus den verschiedenen Kassenarten sind für die fachliche Vorbereitung der Entscheidungen des Verwaltungsrates verantwortlich. Auf die



beiden Gruppen entfallen jeweils sieben Stimmen. Mit der Entscheidung des Verwaltungsrates, auch bisher stellvertretende Mitglieder seines Gremiums als ordentliche Mitglieder der Fachausschüsse zu wählen, ist eine weitere Einbindung von Mitgliedern in die Beratungen gelungen. Letztlich werden die im Verwaltungsrat auf der Grundlage der Fachausschüsse zu treffenden Entscheidungen auf einer breiten Basis getroffen und stellen ein Meinungsbild der Kassenmitglieder dar – ein zentrales Anliegen des GKV-Spitzenverbandes.

Die Einbindung der Fachausschüsse in die inhaltliche Arbeit

In einem weiteren Gestaltungsschritt haben die Vorsitzenden der Fachausschüsse und des Verwaltungsrates gemeinsam mit dem Vorstand die Aufgabenschwerpunkte der vier Fachausschüsse zu Beginn des Jahres 2008 festgelegt. Dadurch wurde die Selbstverwaltung bereits vor Übernahme der gesetzlichen Aufgaben am 1. Juli 2008 frühzeitig in die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes eingebunden. Zur Optimierung der Beratungsprozesse wurden, ergänzend zu den in der Geschäftsordnung geregelten Verfahrensabläufen, Beratungsgrundsätze entwickelt:

- Jedes Thema ist in der Regel vor der Beschlussfassung im Verwaltungsrat im Fachausschuss zu beraten.
- Die Fachausschüsse bereiten in ihren Sitzungen die Entscheidungen für den Verwaltungsrat fachlich vor und können in Abstimmung mit dem Vorstand zur Beratung Fachexperten und Fachexpertinnen hinzuziehen.
- Ziel der Fachausschussarbeit ist es, gemeinsam getragene Beschlussempfehlungen in den zugeordneten Themenbereichen dem Verwaltungsrat vorzulegen.

Aufbauphase

Fotos: Die Ausschussvorsitzenden Dieter Niederhausen, Christian Zahn, Dieter Jürgen Landrock und Holger Langkutsch (v.l.).



Aufbauphase

- Bei thematischen Zusammenhängen zwischen den Aufgabenschwerpunkten ist in den Ausschüssen über Folgeberatungen und die Beteiligung der anderen Ausschüsse zu entscheiden.
- Erforderliche Abstimmungen zwischen den Ausschüssen werden in der Gesamtrunde der Ausschussvorsitzenden und der Vorsitzenden des Verwaltungsrates beraten.

Die neue Gremienstruktur sichert effiziente und zügige Beratungsprozesse. Sie schafft zudem zusätzliche Freiräume für die Bearbeitung von Schwerpunktthemen. So wurden in den konstituierenden Sitzungen der Fachausschüsse im April 2008 die jeweiligen Arbeitsfelder und die an den vier Verwaltungsratssitzungen orientierten Termine im laufenden Jahr vereinbart.

Die Arbeit der Fachausschüsse in der Aufbauphase

In den Fachausschüssen und im Verwaltungsrat wurden die Gremienmitglieder fortlaufend über wichtige gesundheitspolitische Themen informiert. Im Mittelpunkt der Beratungen aller Fachausschüsse und der Verwaltungsratssitzungen standen in der ersten Jahreshälfte der gesetzliche Aufgabenübergang von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den GKV-Spitzenverband und die weitere Konkretisierung der künftigen Zusammenarbeit mit den Nachfolgeorganisationen. Auch die Entscheidung über die Entsendung von Vertretern und Vertreterinnen in Institutionen mit gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung sowie die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes an Gesellschaften, in denen er gesetzliche Aufgaben wahrnimmt, war in den zuständigen Fachausschüssen zentrales Thema. Beratungen zu den Schwerpunktthemen, die eine empfehlende Positionierung der Fachausschüsse für den Verwaltungsrat zum Ziel hatten,

wurden durch schriftliche Präsentationen und Vorlagen begleitet.

Der **Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik** tagte 2008 sechs Mal, davon einmal in gemeinsamer Sitzung mit dem Fachausschuss Organisation und Finanzen zur konzeptionellen Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG). Hier waren grundsatzpolitische Fragen mit finanziellen und personellen Auswirkungen in Einklang zu bringen. Im Vorfeld bewertete der Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik neben dem GKV-OrgWG ausführlich auch das Gesetzesvorhaben zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und gab Empfehlungen zur weiteren Umsetzung des GKV-WSG wie der Festsetzung der Kostenpauschale für Disease-Management-Programme. Der Fachausschuss befasste sich darüber hinaus intensiv mit möglichen Maßnahmen im Projekt der gematik, um Einfluss auf die finanzielle Entwicklung nehmen zu können. Weiterhin entwickelte er eine Beschlussempfehlung für eine Satzungsänderung zur Verfahrensweise im

Fall von Schließungen und Auflösungen von Krankenkassen.

Der **Fachausschuss Organisation und Finanzen** hielt im Jahr 2008 fünf Sitzungen ab, davon eine gemeinsame mit dem Fachausschuss

Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik. In den ersten Sitzungen konzentrierte sich der Ausschuss vor allem auf die mit den Aufbauarbeiten des



GKV-Spitzenverbandes verbundenen Themen. Das Gremium setzte sich ferner mit dem IT-Gesamtkonzept, mit den rechtlichen sowie steuerlichen Konsequenzen aus der Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes an Gesellschaften und - in der letzten gemeinsamen Sitzung mit dem Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik - mit der notwendigen Satzungsregelung nach § 265a SGB V auseinander. Im zweiten Halbjahr lag der Schwerpunkt der Beratungen auf der Haushaltsplanung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2009.

Im Mittelpunkt der drei Sitzungen des **Fachausschusses Prävention, Rehabilitation und Pflege** im Jahr 2008 stand die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes mit neuen Aufgaben für den GKV-Spitzenverband. Gegenstand ausführlicher Beratungen waren außerdem die Modellprojekte „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ und „Persönliches Budget/Integriertes Budget“ sowie das Modellvorhaben zur „Förderung unabhängiger Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung“ zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflege- bzw. Krankenversicherung.

Der **Fachausschuss Verträge und Versorgung**

hat sich im Berichtsjahr in drei Sitzungen detailliert mit den Schwerpunktthemen der vertragsärztlichen und stationären Vergütung auseinandergesetzt und positionierte sich zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhäuser. Das Gremium befasste sich darüber hinaus mit den Beratungsthemen des Gemeinsamen Bun-



desausschusses, mit dem Verhandlungsprogramm des GKV-Spitzenverbandes für die Jahre 2008 und 2009 und den geplanten Änderungen der hausarztzentrierten Versorgung.

Die Vorsitzenden der Fachausschüsse haben in den Verwaltungsratssitzungen regelmäßig über die Arbeit der Ausschüsse berichtet. Der Vorstand informierte den Verwaltungsrat umfassend über die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen, den Aufbau des GKV-Spitzenverbandes sowie die Aufgabenübernahme von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen. Der Verwaltungsrat tagte im Jahr 2007 insgesamt sieben, im Jahr 2008 vier Mal. Er verabschiedete zentrale Positionen zum Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV und zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Er beriet die vom Vorstand aufgestellten Haushaltspläne 2008 und 2009 und stellte diese fest. Wichtige Entscheidungen über die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes an Gesellschaften und die Besetzung der für die gesetzlichen Aufgaben relevanten Institutionen wurden getroffen. Weiterhin hat der Verwaltungsrat die Satzungsregelung zur Verfahrensweise im Fall von Schließungen und Auflösungen von Krankenkassen sowie die Geschäftsordnung des Fachbeirates als beratendes Gremium des Vorstandes beschlossen.

Ausblick: Die Zukunft des Selbstverwaltungsprinzips

Die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes hat beim Aufbau der neuen Organisation ihre Gremienstruktur und Arbeitsweise selbst bestimmt und dadurch das Prinzip der Selbstverwaltungsautonomie gestärkt. Der GKV-Spitzenverband bedarf einer starken Selbstverwaltung, um die Unabhängigkeit

Fotos: Die Ausschussvorsitzenden Rolf Wille, Eckehard Linnemann, Ernst Hornung, Fritz Schösser (v.l.).



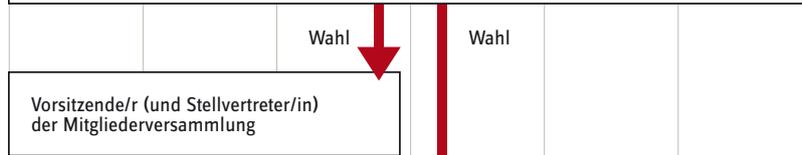
Aufbau des GKV-Spitzenverbandes

Einzelkassen

AOK	EK	BKK	IKK	KBS	LK
-----	----	-----	-----	-----	----

Mitgliederversammlung

Einzelkassen entsenden je 2 Verwaltungsrats-Mitglieder



Wahl zum Verwaltungsrat nach Gruppen (Versicherte/Arbeitgeber) getrennt, mit nach Versichertenanteilen gewichteten Stimmen

Verwaltungsrat

Mitglieder

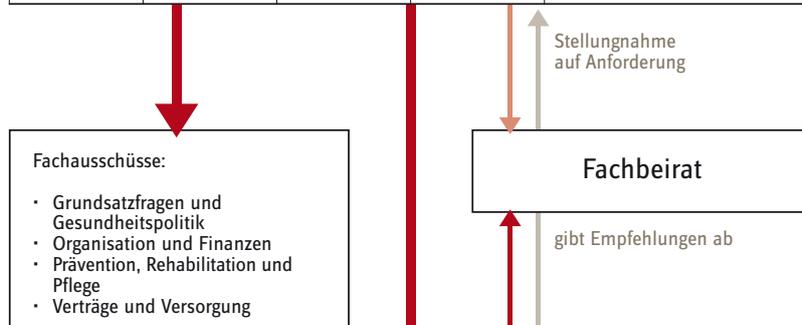
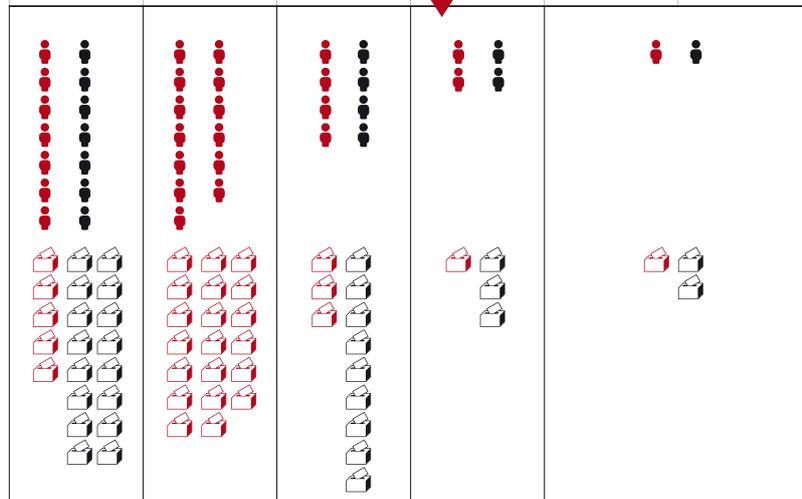
Versichertenvertreter
Arbeitgebervertreter

Mitglieder: 27/14

Stimmen

Versichertenvertreter
Arbeitgebervertreter

Stimmen: 30/30



Fachbeirats-Mitglieder vom Verwaltungsrat vorgeschlagen, vom Vorstand bestimmt

Vorstand

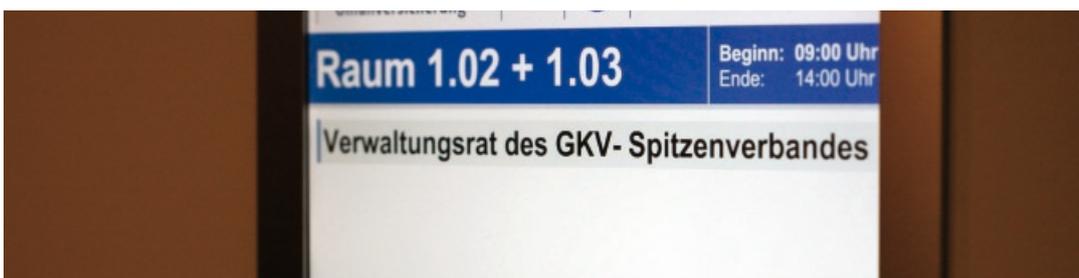
vom Staat zu gewährleisten und damit die Interessen seiner Mitgliedskassen und deren Versicherten und Arbeitgeber vertreten zu können. Nur durch gemeinsam getragene Positionen aller Beteiligten kann die Selbstverwaltung auf politische Entscheidungen Einfluss nehmen. Daher wird der GKV-

Spitzenverband die Stärkung der Selbstverwaltung konsequent weiter verfolgen und sich rechtzeitig in die für die nächste Legislaturperiode angekündigte Reformdebatte einbringen. Ziel ist es, gemeinsam der staatlichen Einflussnahme auf die gesetzliche Krankenversicherung entgegenzuwirken.

Aufbauphase



Fotos: Sitzung des Verwaltungsrates



Zum Aufbau des GKV-Spitzenverbandes gehörte die Besetzung der Vorstandsebene. Mit Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus v. Stackelberg und K.-Dieter Voß konnten für den Vorstand drei herausragende Persönlichkeiten aus der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung gewonnen werden.

Neue operative Führung - Bewährtes Know-how

Im Frühsommer 2007 begann der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes mit der Suche nach geeignetem Führungspersonal. Die operative Spitze des neuen Verbandes sollte etabliert und damit ein wichtiger Schritt zum Aufbau des neuen Verbandes der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen werden. Angesichts der vielen künftigen Aufgaben und der relativ kurzen Vorlaufzeit bis zum offiziellen Start am 1. Juli 2008 sollten die Kandidaten

Bitmarck Holding und vormals stellvertretender Vorstandsvorsitzender des IKK-Bundesverbandes, im Jahr 2010 den dritten Vorstandsposten übernehmen. Neben dem fachlichen und persönlichen Potenzial werden im Vorstand sowie in den Abteilungen und Stäben unterschiedliche Erfahrungen, Herangehensweisen und Eigenheiten der Kassenarten zusammengeführt.



Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes

Mit der ehemaligen Chefin des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK) und des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. - dem damaligen Federführer unter den Spitzenverbänden - konnte jene Frau für den GKV-Spitzenverband gewonnen werden, die die politische Kommunikation der Krankenkassen in den letzten zweieinhalb Jahren inhaltlich und strategisch entscheidend prägte. Hatte die studierte Volkswirtin bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG zusammen mit Kassenvorständen und Verbänden entschieden gegen die geplante Vereinheitlichung und Zentralisierung durch die Organisationsreform gekämpft, stellte sie sich nun an die Spitze des neuen Verbandes. Ein konsequenter Schritt bezogen auf ihre Professionalität und ihr sachorientiertes Denken. Nach ihrer Einschätzung gefragt, sagte Doris Pfeiffer, dass es nach der politischen Entscheidung für einen neuen Spitzenverband darauf ankomme, dass der neue Verband kein Anhängsel der Politik werde, sondern zu einem echten Gewinn für die Kassen und Versicherten. In die Zuständigkeit von Doris Pfeiffer fallen die Abteilungen Systemfragen, Telematik/IT-

für die Vorstandsposten über gesundheitspolitische Erfahrung, Fachwissen und Engagement verfügen. Darüber hinaus waren auch Durchsetzungskraft, Führungswille und soziale Kompetenz gefragt. Hinzu kam der Wunsch des Verwaltungsrates, dass sich im Vorstand wie auch in den Fachabteilungen und Stäben die verschiedenen Kassenarten widerspiegeln sollten. Am Ende des Diskussionsprozesses im Verwaltungsrat war klar, es wird ein Führungstrio geben: Dr. Doris Pfeiffer als Vorsitzende des Vorstandes, Johann-Magnus v. Stackelberg als stellvertretender Vorsitzender und K.-Dieter Voß als Vorstandsmitglied. Nach altersbedingtem Ausscheiden von K.-Dieter Voß aus dem Amt wird Gernot Kiefer, Vorsitzender der Geschäftsführung der

Systemfragen und Medizin sowie die Stabsbereiche Politik, Kommunikation, Selbstverwaltung und Justizariat. Auch hier knüpft sie an zahlreiche Erfahrungen aus ihrer bisherigen wissenschaftlichen wie verbandspolitischen Tätigkeit an. Verwiesen sei an dieser Stelle exemplarisch auf ihr Engagement in der gematik, der Gesellschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

**Johann-Magnus Freiherr v. Stackelberg,
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
des GKV-Spitzenverbandes**

Bevor Johann-Magnus v. Stackelberg als stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes sein Amt in Berlin übernahm, zeichnete er viele Jahre für die Ressorts Verträge, Versorgungs- und Leistungsmanagement verantwortlich, zuletzt als stellvertretender Vorstandsvorsitzender beim AOK-Bundesverband in Bonn. Die inhaltliche wie politische Auseinandersetzung mit Leistungserbringern wie Ärzten, Krankenhäusern oder Apothekern gehörte für den studierten Betriebswirt zum Tagesgeschäft. Fast nahtlos schließt sich daher sein Aufgabenbereich beim GKV-Spitzenverband an: Zu seinem Vorstandsbereich zählen der Stab Vertragsanalyse und die Abteilungen Ambulante Versorgung, Krankenhäuser sowie Arznei- und Heilmittel. Für von Stackelberg spricht nicht nur seine langjährige praktische Erfahrung mit den Leistungserbringern, sondern auch sein wissenschaftlicher Hintergrund. Zu Beginn seines beruflichen Werdegangs hat von Stackelberg am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) gearbeitet.

**K.-Dieter Voß,
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes**

Vervollständigt wird der Vorstand durch K.-Dieter Voß, einen Kenner der Kassen- und Verbändelandschaft, der auch mit dem Aufbau neuer Strukturen umfangreiche Erfahrungen gesammelt hat. Nach der Wende war er als leitender Mitarbeiter des BKK Bundesverbandes an der Errichtung zahlreicher Betriebskrankenkassen in den neuen Bundesländern beteiligt. Auch politisches Geschick stellte der in Hessen geborene, gelernte Krankenkassen-Fachmann und Dipl.-Verwaltungswirt (VWA) damals unter Beweis. Als persönlicher Berater des letzten DDR-Gesundheitsministers hatte er die Eingliederung der ostdeutschen Sozialversicherung in bestehende Strukturen aktiv begleitet und gefördert. Der Vorstandsbereich von K.-Dieter Voß umfasst die Abteilung Gesundheit, zu der u. a. die Bereiche Pflege, Rehabilitation und Prävention gehören, sowie die Abteilung Zentrale Dienste mit Organisation, Personal, Finanzen und dem IT-Service. Beide Bereiche knüpfen inhaltlich an die Schwerpunkte an, die K.-Dieter Voß u. a. seit 1996 bereits als Vorstand beim BKK Bundesverband verantwortet hat. Ergänzend kommt für ihn die Abteilung Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) hinzu.

Der Notwendigkeit einer fachlichen Rückkoppelung und dem Wunsch der Krankenkassen nach einem Gremium für den fachlichen Austausch zwischen dem GKV-Spitzenverband und seinen Mitgliedskassen wurde durch die Einrichtung des Fachbeirats Rechnung getragen. In intensiven Verhandlungen gelang es, anfängliche Bedenken des Bundesgesundheitsministeriums gegen eine satzungsmäßige Verankerung dieses Gremiums auszuräumen.

Aus der Praxis für die Praxis - Der Fachbeirat

Im Zuge der Errichtungs- und Aufbauphase des GKV-Spitzenverbandes wurde deutlich, dass eine pragmatische organisatorische Verbindung von operativem Geschäft auf der Ebene der Mitgliedskassen bzw. ihrer Verbände und der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes notwendig ist. Auch wenn ein solches Verbindungsorgan nicht explizit in den gesetzlichen Vorschriften vorgesehen war, herrschte bei allen Beteiligten die Auffassung, dass der GKV-Spitzenverband zur Erfüllung seiner Aufgaben eine strukturierte Form der Rückkopplung zu den Mitgliedskassen benötigt. Über diese kann beispielsweise eine schnelle Meinungsbildung zu aktuellen politischen Themen organisiert werden. Aus diesem Grund wurde beim Vorstand des GKV-Spitzenverbandes ein Fachbeirat als beratendes Gremium gebildet, das in § 37 der Satzung des GKV-Spitzenverbandes verankert wurde. Seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gab es bei den ursprünglichen Formulierungen zum Fachbeirat Bedenken. Die Satzung wurde daher am 3. Juli 2007 zunächst mit Ausnahme des § 37 genehmigt. Vor allem die Legitimation der in der ursprünglichen Fassung der Satzungsnorm explizit als entsendende Institutionen aufgeführten ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen wurde vom BMG in Frage gestellt. Mit der offenen Formulierung, wonach der Vorstand die Mitglieder auf Vorschlag des Verwaltungsrates in den Fachbeirat beruft, konnten die Bedenken des Gesundheitsministeriums ausgeräumt werden. Am 15. Mai 2008 wurde die bezüglich der Regelungen zum Fachbeirat geänderte Satzung einschließlich der Geschäftsordnung für den Fachbeirat vom BMG genehmigt. Dem besonderen Einsatz des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes ist es zu verdanken, dass ein institutionalisiertes Forum für den Dialog zwischen

den Mitgliedskassen und dem GKV-Spitzenverband geschaffen wurde.

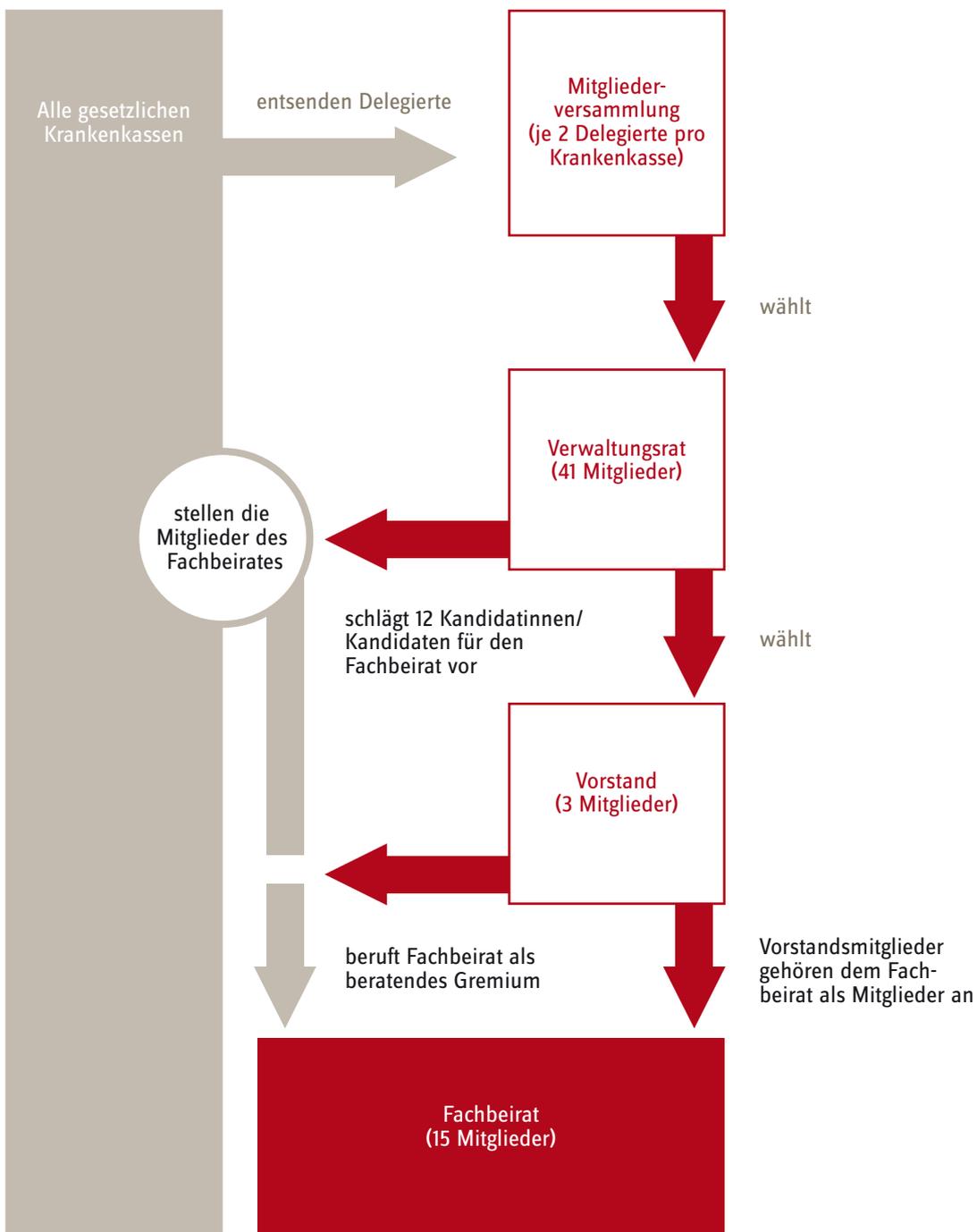
Am 15. August 2008 fand die konstituierende Sitzung des Fachbeirates statt. Seitdem wurden bis zum Jahresende in insgesamt vier Sitzungen Themen wie z. B. der Entwurf des GKV-OrgWG, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, die Festlegung der DMP-Pauschale und die Beitragsbemessung für freiwillig Versicherte beraten. Dabei gilt, dass der Fachbeirat kein Beschlussgremium ist, sondern ausschließlich beratenden und empfehlenden Charakter hat. Bei Themen, die von den Fachbeiratsmitgliedern aufgrund divergierender Interessenlagen unterschiedlich bewertet werden, führen diese Differenzen nicht zu Handlungsblockaden des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes.

Insgesamt wurde mit der Etablierung des Fachbeirates im GKV-Spitzenverband eine Plattform geschaffen, um einen reibungslosen und kontinuierlichen Meinungsbildungsprozess und Informationsaustausch zwischen dem GKV-Spitzenverband und Vertretern seiner Mitgliedskassen zu gewährleisten.

Neben dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, der auch den Vorsitz führt, waren im Berichtsjahr 2008 die auf Seite 26 aufgeführten Personen Mitglieder bzw. stellvertretende Mitglieder des Fachbeirates.

Der Fachbeirat

Aufbauphase



Der Fachbeirat

Mitglieder

Stellvertreter/-innen

AOK

1. Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)
2. Dr. Rolf Hoberg (AOK Baden-Württemberg)

- Dr. Herbert Reichelt (AOK-Bundesverband)
Rolf Steinbronn (AOK Plus)

Ersatzkassen

1. Thomas Ballast (VdAK/AEV)
2. Ulrike Elsner (VdAK/AEV)

- Elisabeth Bertram (VdAK/AEV)
Edelinde Eusterholz (VdAK/AEV)

BKK

1. Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband)
2. Dr. Hildegard Demmer (BKK Bundesverband)

- Ingo Werner (Spectrum K)
Thomas Bodmer (BKK Gesundheit)

IKK

1. Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband)
2. Uwe Schröder (IKK gesund plus)

- Frank Neumann (BIG Gesundheit)
Wolfgang Krause (IKK Niedersachsen)

Landwirtschaftliche Sozialversicherung

1. Dr. Harald Deisler (BLK)
2. Eckhart Stüwe (BLK)

- Dr. Erich Koch (BLK)

Knappschaft-Bahn-See

1. Rolf Stadié (KBS)
2. Gerd Jockenhöfer (KBS)

- Hans-Jürgen Fries (KBS)
Jörg Neumann (KBS)

Mit dem GKV-Spitzenverband war auch eine neue Kommunikationsinfrastruktur zu schaffen. Von Beginn an musste der stetige Informationsfluss der neuen Institution zu den Mitgliedskassen, zu Verbänden, Presse und Öffentlichkeit sowie zur Politik sichergestellt werden.

Die neue Stimme der GKV

Aufbauphase

Am 20. März 2008 - mitten in der Aufbauphase - setzte der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ das erste sichtbare Zeichen nach außen. Die erste Internetpräsenz des Verbandes ging online. Während zunächst hauptsächlich über die Errichtungsphase, die Aufgaben und Ziele des neuen Verbandes, die Arbeit der einzelnen Abteilungen sowie die Wahl der Gremien berichtet wurde, arbeitete der GKV-Spitzenverband im Hintergrund an einem umfangreichen Internetauftritt. Mit Blick auf den Aufgabenübergang zum 1. Juli 2008 sollten alle Themen und Funktionen auf der Internetseite abgebildet werden, die im Zusammenhang mit den gesetzlichen Aufgaben stehen. So wurde u. a. die Möglichkeit geschaffen, Anwendungsbeobachtungen bei Arzneimitteln zu melden, das Hilfsmittel-Verzeichnis inklusive Fortschreibungen und Änderungen veröffentlicht, die Arzneimittelfestbeträge dargestellt und Richtlinien, Vereinbarungen sowie Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit Vertragspartnern eingearbeitet. Am Tag der offiziellen Arbeitsaufnahme des GKV-Spitzenverbandes stand die erweiterte Online-Präsenz unter www.gkv-spitzenverband.de allen Interessierten offen. Zeitgleich wurde ein Extranet in Form eines geschützten Bereiches auf der Internetseite für die Mitgliedskassen aufgebaut. Damit wurde ein internes Informationsportal geschaffen, das den Mitgliedskassen effizient und zeitsparend Fachinformationen des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung stellt. Alle Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes an seine Mitgliedskassen, deren elektronischer Versand mit dem 1. Juli 2008 begann, werden hier eingestellt. In den ersten sechs Monaten erhielten die Krankenkassen und deren kassenartenbezogene Verbände

auf Landes- und Bundesebene 245 Rundschreiben aus den Fachabteilungen und Stabsbereichen des GKV-Spitzenverbandes.

Um den Informationsbedarf der Öffentlichkeit über den neuen Verband zu decken, wurde kurzfristig im Frühjahr 2008 eine Broschüre zu Aufgaben und Zielen des GKV-Spitzenverbandes herausgebracht, die auf großes Interesse stieß.

Bereits im Frühjahr 2008 entstand in Zusammenarbeit mit einer Kommunikationsagentur das Corporate Design des GKV-Spitzenverbandes. Zielsetzung dabei war es, einen unverwechselbaren Auftritt der neuen Institution zu schaffen. Im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses erwies sich die Institutionsbezeichnung „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ im praktischen Gebrauch als zu lang und sperrig, um sie als Namen für die Institution zu führen und innerhalb eines Logos zu verwenden. Der Name „GKV-Spitzenverband“ wurde geboren und seit 16. Juni 2008 zusammen mit dem neuen Logo implementiert.

Die Pressekommunikation des GKV-Spitzenverbandes

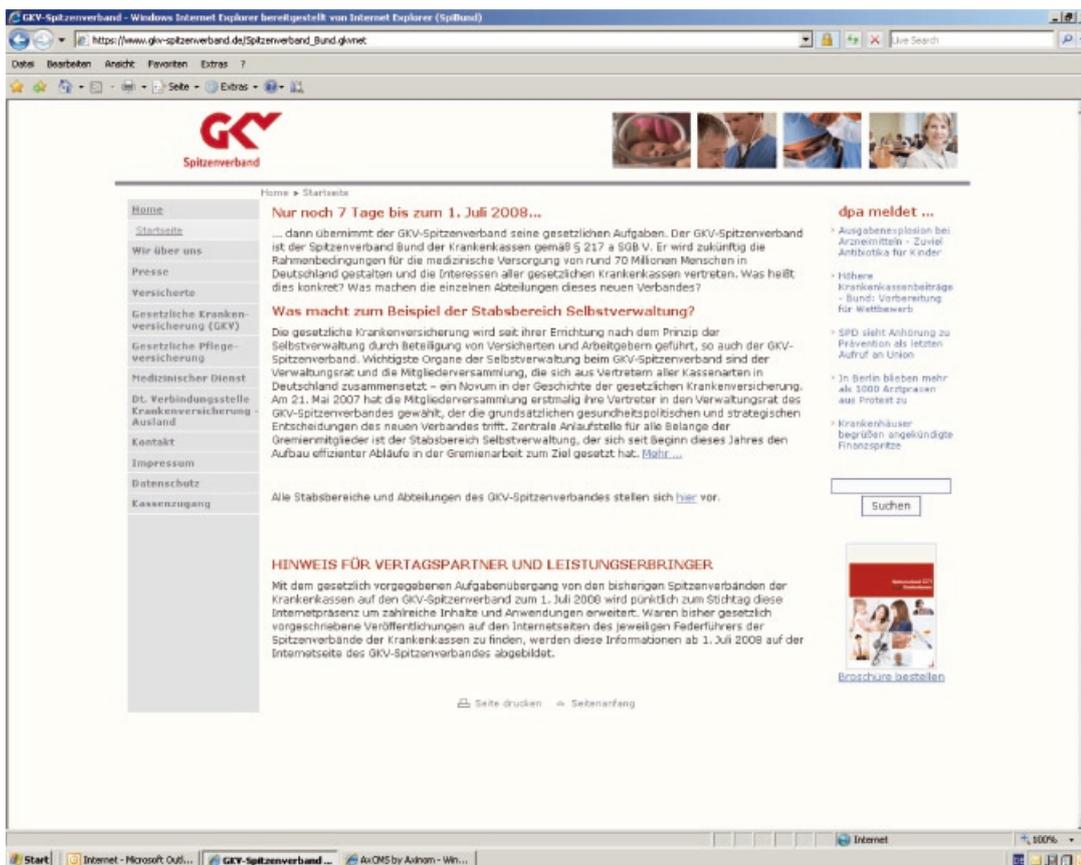
Der 1. Juli 2008 bildete den Auftakt für die Pressearbeit des GKV-Spitzenverbandes. Zur Vorbereitung nahmen 25 Hauptstadtjournalisten Mitte Juni 2008 an einem zweitägigen Presseseminar des GKV-Spitzenverbandes teil. Dabei galt es, den neuen Verband und die Vorstandsmitglieder vorzustellen sowie Hintergründe zu Themen des zweiten Halbjahres wie der Honorarreform in der ärztlichen Vergütung zu erläutern. Regen Zuspruch bekam der GKV-Spit-



Spitzenverband auch bei seinem Pressegespräch im Juli 2008 zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Ein weiteres Pressegespräch fand im August 2008 zur Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes statt. Durch die umfangreiche Kontaktpflege und Vorbereitung der Journalisten auf den Start des GKV-Spitzenverbandes wurde eine gute Basis für die kontinuierliche weitere Pressearbeit gelegt. Dem Verband ist es so gelungen, die Positionen des GKV-Spitzenverbandes zu den großen politischen Themen wie Krankenhausfinanzierungsgesetz, ambulante ärztliche Vergütung, Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitragssatz oder auch die Festlegung von Richtlinien im Bereich der Pflegeversicherung in Radio, TV und in der Fach- und Tagespresse zu platzieren. Dabei konnte auf aktuelle Anfragen stets schnell reagiert werden. Alle drei Vorstände haben in Interviews entsprechend der ihnen zugeordneten Ressorts Akzente in der Öffentlichkeit gesetzt.

Kommunikation mit gesundheitspolitischen Akteuren

Neben dem Aufbau dauerhafter Informationsangebote und der Etablierung fester Kommunikationswege zu den Mitgliedern und Verbänden sowie zu Presse und Öffentlichkeit legte der GKV-Spitzenverband auch den Grundstein für einen stetigen Informationsaustausch mit der Politik. In jeweils getrennten Gesprächsrunden stellte sich der GKV-Spitzenverband zwischen Mai und September 2008 den Fraktionsarbeitsgruppen für Gesundheit des Deutschen Bundestages vor. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrates und die Mitglieder des Vorstandes präsentierten den GKV-Spitzenverband dabei als den neuen Akteur im Gesundheitswesen, berichteten über Aufbau und Aufgaben und diskutierten mit den Abgeordneten alle aktuellen Fragen



der gesundheitspolitischen Agenda. Schwerpunkte waren die Themen Finanzreform und Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen, die Reformen der Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Sektor sowie die Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.

Hierauf aufbauend setzte sich der GKV-Spitzenverband in zahlreichen weiteren politischen Gesprächen für die gemeinsamen Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Mit der Formulierung schriftlicher Stellungnahmen sowie der

Teilnahme der Vorstandsmitglieder als Sachverständige bei Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, u. a. zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG), zur Einführung des Gesundheitsfonds und zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, konnte der GKV-Spitzenverband seine fachliche Kompetenz zur Politikberatung unter Beweis stellen und zugleich die Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgreich deutlich machen.

Für einen reibungslosen Übergang der Aufgaben auf den GKV-Spitzenverband wurden effiziente Verfahren entwickelt, um über Mitgliedschaften des Verbandes in Organisationen und die Besetzung von Gremien zu entscheiden. Die Selbstverwaltung stellte hierfür die entscheidenden Weichen.

Entscheidende Weichenstellungen des Verwaltungsrates

Mit der Errichtung des GKV-Spitzenverbandes hat der Verwaltungsrat eine Satzung verabschiedet, die der Selbstverwaltung vielfältige Aufgaben und Chancen zur strategischen Ausrichtung des Verbandes einräumt. Ihre bedeutenden Aufgabenbereiche findet sie vor allem in Entscheidungen über gesundheits-, pflege- und sozialpolitische Grundsatfragen, Fragen der Versorgungsentwicklung, des Vertragswesens, der Telematik sowie in der Finanz-

Sicherstellung eines reibungslosen Übergangs der gesetzlichen Aufgaben unter Berücksichtigung der Beteiligung der Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. ihrer Nachfolgeorganisationen in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung.

In seinen ersten Sitzungen am 20. Februar und am 27. Mai 2008 hat der Verwaltungsrat den Beitritt des GKV-Spitzenverbandes als Mitglied des Medi-



planung des GKV-Spitzenverbandes. Daneben entscheidet der Verwaltungsrat über Mitgliedschaften in Organisationen und über die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in Gremien anderer Institutionen. Deren Bedeutung darf angesichts der Organisationsreform des GKV-WSG, durch die die bisher nach Krankenkassenarten gegliederten Spitzenverbände ihre körperschaftlichen Funktionen verlieren, nicht unterschätzt werden: So entschied der Verwaltungsrat vor Übernahme der gesetzlichen Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband über die Mitgliedschaft des GKV-Spitzenverbandes in Organisationen und wählte Vertreterinnen und Vertreter in Institutionen von maßgeblicher gesundheitspolitischer Bedeutung. Dabei lag der Schwerpunkt der Entscheidungen im Berichtsjahr in der

zinnischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und die Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes an der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG), an der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), am Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und am Institut des Bewertungsausschusses (InBA) beschlossen.

Foto links: Beratungen im Fachausschuss.

Foto Mitte: Ludwig Huber, Helmut Aichberger, Rosemie Bilz (v.l.)

Zur Besetzung von Gremien weiterer Institutionen hat sich der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 27. Mai 2008 für ein Delegationsverfahren entschieden, um einen zügigen Aufgabenübergang sicherzustellen. Nach diesem Verfahren entscheidet der Verwaltungsrat über die Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in Gremien von grundsätzlicher Bedeutung und delegiert die Besetzung von Gremien, die ausschließlich Fragen des operativen Geschäfts beraten und gestalten, an den Vorstand. Angesichts der zahlreichen Gremien, etwa der Unterausschüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), der Bundesschiedsämter und Schiedsstellen, erweist sich das Delegationsverfahren zur Umsetzung der Aufgabe des Verwaltungsrates als praxisnahe Lösung. Die Übernahme der gesetzlichen Aufgaben in den gesundheitspolitisch maßgeblichen Institutionen wurde vom Verwaltungsrat mit der Wahl von Vertreterinnen und Vertretern für das Beschlussgremium des G-BA, für die Mitgliederversammlung und den Verwaltungsrat des MDS sowie für Kuratorium, Stiftungsvorstand und Stiftungsrat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sichergestellt.



Die Selbstverwaltung hat mit ihrer Entscheidung über die Besetzung gesundheitspolitisch bedeutender Gremien im Gesundheitswesen und über das weitere Delegationsverfahren gezeigt, dass Handlungsspielräume genutzt und Aufgaben effizient umgesetzt werden. Wichtige Weichenstellungen setzte die Selbstverwaltung auch bei der Formulierung von Grundsätzen zur Zusammenarbeit mit den Organisationen der Kassenarten.

Bei der Übertragung der Aufgaben arbeiteten die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband Hand in Hand. Basis hierfür waren gemeinsam entwickelte Verfahrensgrundsätze.

Zusammenarbeit des GKV-Spitzenverbandes mit den Organisationen der Kassenarten

Mit dem erfolgreichen Abschluss der Arbeit des Errichtungsbeauftragten und seines Teams war die Voraussetzung für den Aufbau des GKV-Spitzenverbandes geschaffen. Der neue Verband war nun formal errichtet, der faktische Aufbau stand aber erst bevor. Es galt eine leistungsfähige Organisation zu schaffen, die bereits zum 1. Juli 2008 alle gesetzlichen Aufgaben der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernehmen konnte. Von diesem Tag an sollte der GKV-Spitzenverband alle Kollektivverträge auf Bundesebene schließen und alle sonstigen Entscheidungen rechtsverbindlich für alle Krankenkassen treffen. Allen Beteiligten, insbesondere den gewählten Vorstandsmitgliedern des GKV-Spitzenverbandes, war dabei bewusst, dass der Aufgabenübergang nur erfolgreich zu bewältigen war, wenn die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit der beteiligten Akteure erhalten bliebe. Erfreulicher Weise war dies der Fall. Der reibungslose Aufgabenübergang von den bisherigen Spitzenverbänden auf den GKV-Spitzenverband wurde im übergeordneten Interesse der Funktionsfähigkeit der GKV als Gemeinschaftsaufgabe aller beteiligten Akteure verstanden. Bereits in den ersten Grundsätzen der Zusammenarbeit zwischen den vormaligen Spitzenverbänden und dem GKV-Spitzenverband wurde festgehalten, dass

die Aufgabenwahrnehmung kontinuierlich und mit inhaltlicher Konstanz übergehen müsse, um die Vertretung von GKV-Interessen nicht zu schwächen. Auf der Grundlage der vereinbarten Grundsätze der Zusammenarbeit wurden im Frühjahr 2008 weitere Eckpunkte zur Konkretisierung dieser Grundsätze und zur Gestaltung der Arbeitsprozesse erarbeitet. Diese Eckpunkte umfassten Fragen der Beteiligung der Organisationen der Kassenarten an den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie den gegenseitigen Austausch von Informationen und Unterlagen. In seiner Sitzung am 27. Mai 2008 nahm der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes die Eckpunkte zustimmend an.

Rückblickend ist festzuhalten, dass der GKV-Spitzenverband durch die konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten und insbesondere durch die tatkräftige Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der bisherigen Spitzenverbände in die Lage versetzt wurde, den gesetzlichen Aufgabenübergang zum 1. Juli 2008 erfolgreich zu bewältigen. Hierfür waren und sind die abgestimmten Grundsätze und konkretisierenden Eckpunkte eine wichtige Basis.

Eckpunkte zur weiteren Konkretisierung der Grundsätze der Zusammenarbeit und Gestaltung der Arbeitsprozesse zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Organisationen der Kassenarten vom 27. Mai 2008

1. An Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung werden die Vertreter der Organisationen der Kassenarten beteiligt. Soweit Vertreter der Organisationen der Kassenarten durch den GKV-Spitzenverband als Vertreter des GKV-Spitzenverbandes entsandt werden, soll eine einheitliche Positionierung (z. B. im Rahmen von Stimmabgaben) nach Maßgabe eines internen Abstimmungsprozesses erfolgen; kann im internen Abstimmungsprozess keine Einigkeit erzielt werden, gilt die Vorgabe des Vertreters/der Vertreter des GKV-Spitzenverbandes als Maßgabe.
2. Für die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss gilt, dass die Organisationen der Kassenarten auf der Ebene des Plenums und der Unterausschüsse mit Rederecht an den Sitzungen beteiligt werden. In den Unterausschüssen umfasst die Beteiligung auch das Stimmrecht. An Arbeits- und Themengruppen wirken Vertreter der Organisationen der Kassenarten mit; hierbei soll eine Verständigung darüber herbeigeführt werden, bei welchen Themen eine Mehrfachvertretung der GKV im Sinne einer arbeitsteiligen Vorgehensweise vermieden werden kann.
3. Die Abstimmungs- und Beratungsprozesse auf Fachebene (außerhalb von Gremien und Organisationen) werden bis auf weiteres in punkto Beratungsthemen und Frequenz gemäß den existierenden Abstimmungsprozessen fortgeführt.
4. Dem GKV-Spitzenverband werden durch die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. Als erforderlich gelten grundsätzlich laufende Verträge, in die der GKV-Spitzenverband eintritt bzw. welche dieser durch eigene Verträge ablöst. Im Einzelfall kann auch die Bereitstellung des Schriftwechsels zu bestimmten Fragestellungen sinnvoll sein. Grundsätzlich sollen Unterlagen in elektronischer Form (z. B. als PDF- oder Word-Datei) zur Verfügung gestellt werden.
5. Um sicherzustellen, dass die Positionen aller Krankenkassen möglichst frühzeitig und repräsentativ in die Positionsfindung des GKV-Spitzenverbandes einfließen können, leitet der GKV-Spitzenverband relevante offizielle Dokumente (z. B. Aufforderungen zu Stellungnahmen, Einladungen zu Anhörungen oder Mitteilungen an die gesetzlichen Krankenkassen) seitens der Ministerien, des Bundestages, des Bundesrates, der Länder, der Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern nachrichtlich an die Organisationen der Kassenarten weiter und informiert in diesem Zusammenhang über die Beratungsprozesse und über die getroffenen Entscheidungen.
6. Die Organisationen der Kassenarten werden in die Abstimmungsprozesse des GKV-Spitzenverbandes zur Erstellung von Stellungnahmen der GKV eingebunden. An den Vorbereitungen von Anhörungen in Ministerien und Ausschüssen des Bundestages werden die Organisationen der Kassenarten beteiligt.

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

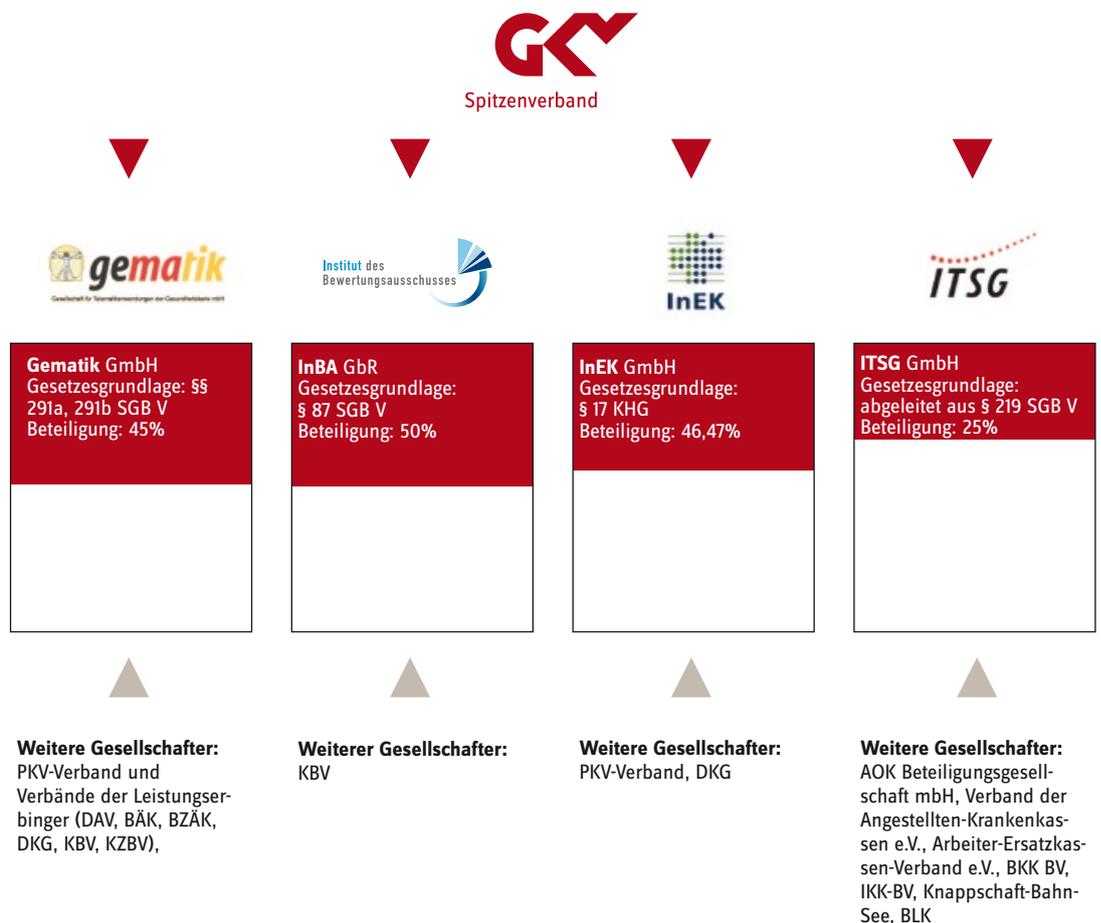
Beteiligungen des GKV-Spitzenverbandes

In der Vergangenheit wurde die Umsetzung der verschiedenen gesetzlichen Aufgaben nicht allein durch die Krankenkassen und ihre Spitzenverbände wahrgenommen. Um spezifisches Know-how an einer Stelle zu konzentrieren, Ressourcen zu bündeln und zentrale Ansprechpartner zu haben, wurden in den letzten Jahren verschiedene Gesellschaften mit unterschiedlichen Partnern gegründet.

Da es sich bei den Aufgaben dieser Gesellschaften in der Regel um gesetzliche oder teilweise aus dem Gesetz abgeleitete Aufgaben handelt, fällt dem GKV-Spitzenverband auch die Wahrnehmung der Aufgaben in diesen Organisationen zu.

Zu diesem Zweck wurden im ersten Halbjahr 2008 die Beteiligungen des GKV-Spitzenverbandes an

Beteiligungen des GKV-Spitzenverbandes



vier Gesellschaften organisiert. Hierzu waren Änderungen der bestehenden Gesellschafterverträge nötig; in drei Fällen um die Gesellschafteranteile der Spitzenverbände der Krankenkassen rechtzeitig zum 1. Juli 2008 auf den GKV-Spitzenverband zu übertragen.

gematik

Gegründet wurde die **gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH** im Jahr 2005 zum Zwecke der Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie der zugehörigen Telematikanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Rechtsgrundlage ist § 291b SGB V. Die gematik entwickelt die übergreifenden IT-Standards, die für den Aufbau und den Betrieb der gemeinsamen Kommunikations-Infrastruktur zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen notwendig sind.

Am 1. Juli 2008 übernahm der GKV-Spitzenverband von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen die Funktion als Gesellschafter der gematik. Weitere Gesellschafter sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), der Deutsche Apothekerverband und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband).

InBA

Mit dem GKV-WSG wurden die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April 2007 ein **Institut des Bewertungsausschusses** zu gründen, um den Bewertungsausschuss bei der Weiterentwicklung der vertragsärzt-

lichen Vergütung zu unterstützen. Bereits im Mai 2006 hatten die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen ein solches Institut als Gesellschaft bürgerlichen Rechts gegründet. Das seinerzeit geschaffene Institut wurde nach Maßgabe der neuen gesetzlichen Anforderungen in das Institut des Bewertungsausschusses umgewandelt. Gesellschafter des InBA sind seit dem 1. Juli 2008 der GKV-Spitzenverband und die KBV.

InEK

Im Mai 2001 gründeten die früheren Spitzenverbände der Krankenkassen, der PKV-Verband und die DKG auf Basis des § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz das **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH. Seit Juni 2007 firmiert das Institut als InEK GmbH. Ende 2008 erfolgte der Gesellschafterübergang von den früheren Spitzenverbänden auf den GKV-Spitzenverband. Die InEK GmbH erledigt alle Aufgaben, die im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems (German-Diagnosis Related Groups-System) anfallen.

ITSG

Die **Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH** wurde 1996 als Tochterunternehmen der Spitzenverbände der Krankenkassen gegründet. Ziel war es, die Aufgaben zur Vorbereitung, Realisierung und Optimierung der Datenaustauschverfahren mit den Leistungserbringern wahrzunehmen und an einer Stelle zu konzentrieren. Seit dem 1. Juli 2008 ist der GKV-Spitzenverband - neben den bisherigen Organisationen der Kassenarten - Gesellschafter der ITSG.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgte eine vollständige Neustrukturierung des G-BA. In den zentralen Gremien vertritt nunmehr der GKV-Spitzenverband die Interessen der Krankenkassen.

Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Seit seiner Gründung im Jahr 2004 ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Als untergesetzlicher Normgeber bestimmt der G-BA in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für mehr als 70 Millionen Versicherte und definiert so, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV finanziert werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) unter anderem vorgesehen, die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses durch eine stärker sektorenübergreifend ausgerichtete Organisation der Gremien zu straffen und transparenter zu gestalten. Konkret waren die Neukonstituierung und eine damit einhergehende Neukonstruktion des G-BA vorgegeben, die im 3. Quartal 2008 stattfinden sollte. Gemäß der Gesetzesänderung in § 91 SGB V ist der GKV-Spitzenverband seit dem 1. Juli 2008 als Nachfolger der Spitzenverbände der Krankenkassen Trägerorganisation für die GKV-Seite im G-BA. Gemeinsam mit den übrigen Trägerorganisationen des G-BA, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft

und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hat er die vom GKV-WSG vorgegebene Umwandlung des Bundesausschusses zeitgerecht vorbereitet und sich – entsprechend der gesetzlichen Vorgabe – einvernehmlich auf den unparteiischen Vorsitzenden, Dr. jur. Rainer Hess, und zwei weitere unparteiische Mitglieder, Dr. jur. Harald Deisler und Dr. rer. soc. Josef Siebig, geeinigt.

Die Stellung der nunmehr hauptamtlichen Unparteiischen im G-BA wurde durch die im GKV-WSG vorgesehenen erweiterten Möglichkeiten zur Konfliktlösung und in Form eines Antragsrechtes zur Einleitung eines Bewertungsverfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weiter gestärkt. Die konstituierende Sitzung des G-BA-Plenums fand am 17. Juli 2008 statt. In der konstituierenden Sitzung wurde die Geschäftsordnung durch das Aufsicht führende Bundesministerium für Gesundheit genehmigt, so dass seither die Beschlüsse auf einer gültigen Geschäftsgrundlage getroffen werden konnten. Die Verfahrensordnung – als zweites relevantes Regelwerk des G-BA – wurde den Erfordernissen des GKV-WSG entsprechend überarbeitet und im Dezember 2008 im Plenum beschlossen. Die Genehmigung durch das BMG stand zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichts noch aus.

Die Gremienarbeit im neuen G-BA

Das Plenum als zentrales und nunmehr alleiniges Beschlussorgan im neuen G-BA ist mit 13 Mitgliedern besetzt. Neben den drei Unparteiischen werden zehn Mitglieder von den Trägerorganisationen benannt. Paritätisch besetzt sind dies jeweils fünf vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder und fünf Mitglieder der Leistungserbringer. Die Patientenorganisationen sind mit fünf nicht stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertretern an den Beratungen im Plenum beteiligt. Das Plenum tagt in öffentlicher Sitzung.

Die drei hauptamtlichen Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, Johann-Magnus v. Stackelberg und K.-Dieter Voß, sowie die zwei Mitglieder des Verwaltungsrates, Dieter Niederhausen (AOK Hessen) und Holger Langkutsch (BARMER), sind die fünf vom GKV-Spitzenverband benannten stimmberechtigten Mitglieder im Plenum. Als stellvertretende Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes wurden neben drei Vorständen der früheren Spitzenverbände der Krankenkassen - Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband), Thomas Ballast (VdAK/AEV) und Rolf Stuppardt (IKK-Bundesverband) - die Verwaltungsratsmitglieder Ernst Hornung (Esso BKK) und Günter Güner (AOK Baden-Württemberg) sowie die fachlich zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes benannt.

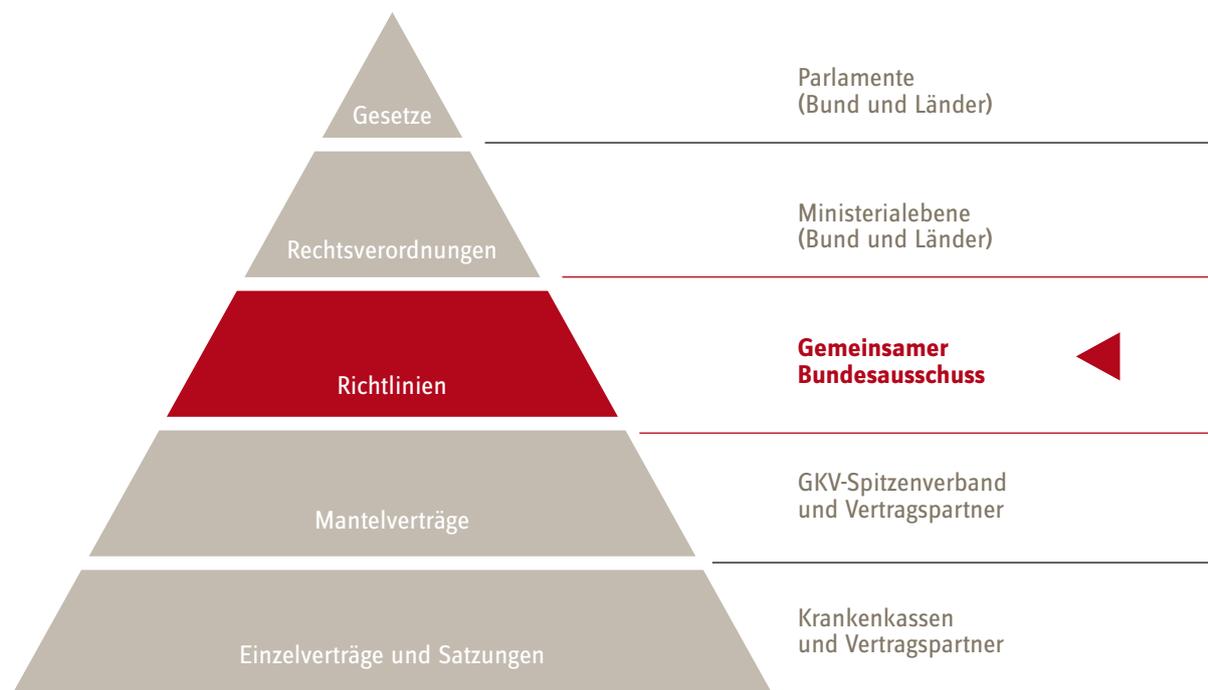
Entsendung von Vertreterinnen und Vertretern in die Unterausschüsse

Im 2. Halbjahr 2008 haben sich die vorgesehenen acht Unterausschüsse unter Leitung der unparteiischen Vorsitzenden neu konstituiert. Der GKV-Spitzenverband hat die jeweils in einem Unterausschuss vorgesehenen sechs Mitglieder sowie deren Stellvertreter benannt. Zu den Mitgliedern gehören zu gleichen Teilen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GKV-Spitzenverbandes und Vertreterinnen und Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Stellvertretung wird aus den genannten Verbänden gestellt; darüber hinaus werden die Beratungen von Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste unterstützt.

Koordination und Organisation der Beratungen in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen

Die Verantwortung für die kassenseitige Koordination und Organisation der Beratungen auf den verschiedenen Arbeitsebenen des G-BA liegt in Händen des GKV-Spitzenverbandes. Hierzu sind entsprechend der Geschäftsordnung Sprecherinnen und Sprecher der GKV-Bank für jeden Unterausschuss benannt und verantwortlich aktiv geworden. Die Vorbereitung der Beratungen in den acht Unterausschüssen findet in nachgeordneten Arbeitsgruppen statt. Insgesamt sind derzeit sechzig, teilweise sektorenübergreifende Arbeitsgruppen eingesetzt, wobei auch einzelne bereits bestehende Themen- und Arbeitsgruppen des bisherigen G-BA übernommen und in der neuen organisatorischen Ausrichtung fortgeführt wurden.

Die Funktion des GKV-Spitzenverbandes im Gemeinsamen Bundesausschuss



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV finanziert werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Beschlussgremium: 13 Mitglieder, davon

5 Mitglieder: GKV-Spitzenverband

5 Mitglieder: DKG (2), KBV (2), KZBV (1)

1 unparteiischer Vorsitzender, 2 weitere unparteiische Mitglieder

Unterausschüsse

UA Arzneimittel

UA Qualitätssicherung

UA Sektorenübergreifende Versorgung

UA Methodenbewertung

UA Veranlasste Leistungen

UA Bedarfsplanung

UA Psychotherapie

UA Zahnärztliche Behandlung

In den Unterausschüssen stellt der GKV-Spitzenverband jeweils 6 von 12 Mitgliedern.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) setzte seine Arbeit trotz organisationsrechtlicher Neuordnung nahtlos fort. Die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen bleiben dem MDS als fördernde Mitglieder erhalten.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen



Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sah die Gründung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zum 1. Juli 2008 vor. Der MDS berät den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen, die sich aus seinen gesetzlichen Aufgaben ableiten. Außerdem koordiniert und fördert der MDS die Erfüllung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Mit diesen Aufgaben trat der MDS die Nachfolge des 1989 nach § 282 SGB V als Arbeitsgemeinschaft gegründeten Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen - ebenfalls MDS abgekürzt - an.

Um einen nahtlosen Übergang vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände auf den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu gewährleisten, wurde der neue MDS in der Rechtsform des eingetragenen Vereins gebildet. Die ursprünglich vom Gesetzgeber vorgesehene

Körperschaftslösung war rechtlich nicht notwendig, da der MDS weder Beamte noch DO-Angestellte beschäftigt. Der Übergang vom alten zum neuen MDS konnte somit über eine Satzungsänderung realisiert werden. Hierfür wurde der GKV-Spitzenverband Mitglied im MDS und übernahm mit der Satzungsneufassung zum 1. Juli 2008 den allein bestimmenden Einfluss.

Um den Übergang vorzubereiten, hatte die Mitgliederversammlung des bisherigen MDS die notwendigen Satzungsänderungen sowie die Aufnahme des GKV-Spitzenverbandes als Mitglied beschlossen. In der Satzung des MDS wurde festgelegt, dass die bisherigen Träger des MDS, die kassenartenbezogenen Verbände, zukünftig fördernde Mitglieder sind. Weiterhin wurde die Möglichkeit eröffnet, dass ab 1. Januar 2009 weitere Krankenkassenverbände, soweit sie nicht durch die bisherigen Trägerverbände vertreten sind, fördernde Mitglieder werden können. Gleiches gilt für Krankenkassen,

soweit sie nicht durch Verbände vertreten sind. Zusätzlich können ab dem 1. Juli 2008 die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) fördernde Mitglieder des MDS werden. Diese Möglichkeit haben bis auf den MDK Rheinland-Pfalz alle Medizinischen Dienste genutzt.

Die Struktur des neuen MDS

Die Organe des MDS sind die Mitgliederversammlung, der Verwaltungsrat und die Geschäftsführung. Die Mitgliederversammlung besteht aus Mitgliedern der Selbstverwaltung, die der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes aus seinen Reihen wählt, sowie aus Vertreterinnen und Vertretern der fördernden Mitglieder. Als Vorsitzende der Mitgliederversammlung wurden alternierend Fritz Schösser (AOK Bayern) und Ernst Hornung (Esso BKK) gewählt. Das zentrale Selbstverwaltungsorgan des MDS ist der Verwaltungsrat. Er wird aus den vom Verwaltungsrat und vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes entsandten, stimmberechtigten Mitgliedern und von den nicht stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertretern der fördernden Mitglieder gebildet. Der alternierende Vorsitz liegt in jährlichem Wechsel bei den Versicherten- und Arbeitgebervertretern. Derzeitiger Vorsitzender ist Dr. Volker Hansen (AOK Brandenburg), alternierender Vorsitzender Dieter F. Märtens (Techniker Krankenkasse). Zur Förderung der Koordinationsaufgaben des MDS wurde ein Beirat gebildet, dem die Geschäftsführer der MDK angehören, die als fördernde Mitglieder beigetreten sind. Der Beirat berät die Geschäftsführung.

Aufbauphase



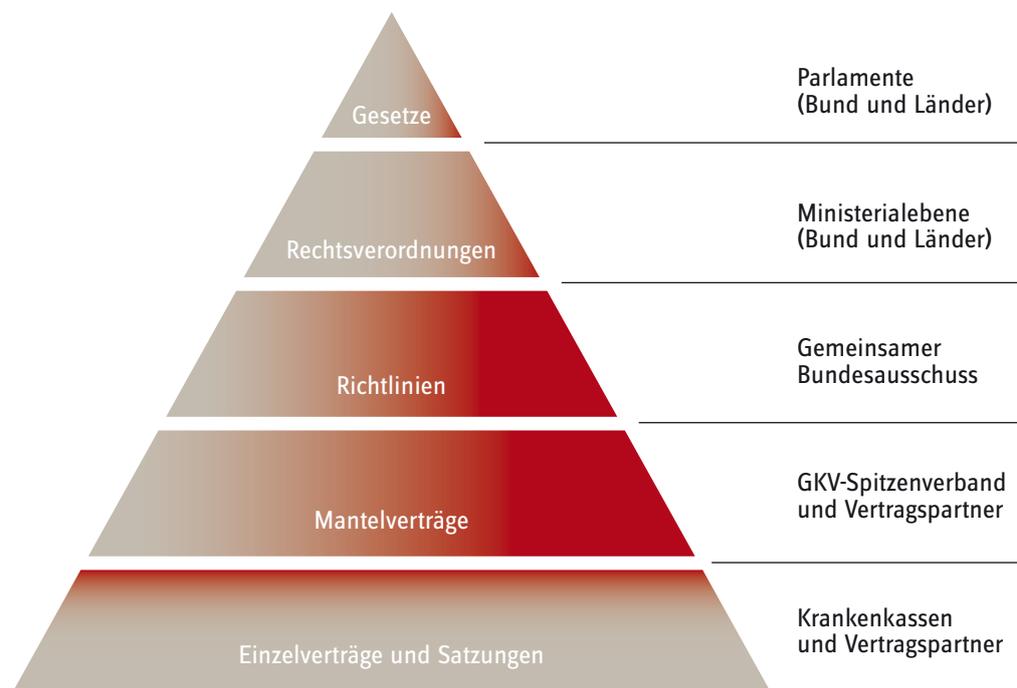
Fotos :
Dieter F. Märtens,
Dr. Volker Hansen (v.l.)

Die Startphase Juli 2008 bis Dezember 2008

42

Startphase

Wirkungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes



Am 1. Juli 2008 fiel der Startschuss für die gesetzliche Aufgabenwahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes. Seither steht er in der vollen Verantwortung für die Gestaltung der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung. In seiner sechsmonatigen Startphase setzte er sich auf vielfältige Weise für die Belange seiner Mitglieder ein. Die Möglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes, auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens in Deutschland einzuwirken, sind vielschichtig.

◀ berät

◀ berät

◀ stellt 5 von 13
stimmberechtigten Mitgliedern

◀ schließt Verträge

◀ Mitgliedskassen verhandeln


Spitzenverband

Im Interesse der Versicherten setzt sich der GKV-Spitzenverband kontinuierlich für eine Verbesserung der Versorgungsqualität ein. Neben der Etablierung von Qualitätsstandards in der Pflege unterstützt der GKV-Spitzenverband unabhängige Initiativen der Selbsthilfe und fördert Modellprojekte, die der Weiterentwicklung der Versorgung dienen.

Einsatz für die Verbesserung der Versorgungsqualität

Die Verbesserung der Qualität in Gesundheitsversorgung und Pflege ist zentrales Anliegen und wichtiges Aufgabenfeld des GKV-Spitzenverbandes. Das Aufgabenfeld ist komplex: Systematische Qualitätsverbesserungen erfordern regelmäßige Begutachtungen und Bewertungen. Diese verlangen ihrerseits geeignete Messinstrumente. Mit anderen Worten: Um die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen bewerten zu können, müssen zunächst Instrumente und Kriterien geschaffen werden, die eine Beurteilung überhaupt erst ermöglichen. Die

Auswertung der Qualitätsbewertungen ist dann Grundlage für gewünschte Qualitätsverbesserungen. Qualitätssicherung kann nicht ohne Einbeziehung der Patientinnen und Patienten geschehen. Ihre Zufriedenheit ist einer der entscheidenden Maßstäbe für die Qualität des Gesundheits- und Pflegesystems.

Unterstützung organisierter Selbsthilfe und unabhängiger Beratung

In Deutschland existieren mehr als 100.000 Selbsthilfegruppen, 300 Selbsthilfekontaktstellen sowie zahlreiche Selbsthilfeorganisationen. Sie unterstützen chronisch Kranke und Behinderte bei einer selbst bestimmten Gestaltung ihres Lebens. Dass sich seit den 70er Jahren in Deutschland diese – im europäischen Vergleich einmaligen – Selbsthilfestrukturen entwickeln konnten, ist neben dem ehrenamtlichen Engagement der Betroffenen auch der Finanzierung durch die GKV zu verdanken. Im Jahr 2008 förderten die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände die Weiterentwicklung von Selbsthilfeangeboten mit annähernd 40 Mio. Euro. Der GKV-Spitzenverband ist für die Gestaltung der Rahmenbedingungen verantwortlich. Dieser Verantwortung wurde er u. a. mit der Neufassung des „Leitfadens zur Selbsthilfeförderung“ im Spätsommer 2008 gerecht. Die Förderung wurde gänzlich neu strukturiert. Nunmehr bestehen zwei Förderwege: Mindestens 50 % der Mittel fließen in eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung. Mit den verbleibenden Mitteln unterstützen die Krankenkassen und ihre Verbände zeitlich begrenzte Maßnahmen und Projekte.



Darüber hinaus fördert der GKV-Spitzenverband die unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung. Die Vielfalt der Einzelinteressen der zahlreichen Akteure im Gesundheitssystem erzeugt Intransparenz und erhöht letztlich die Gefahr einer nicht ausschließlich am Wohl der Patientinnen und Patienten orientierten Beratung. Die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens verunsichern viele Betroffene und rufen Misstrauen hervor. Daher fördert der GKV-Spitzenverband auf Basis seiner gesetzlichen Verpflichtung den Verbund „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) als Modellprojekt. Dieser Verbund stellt seinen Nutzerinnen und Nutzern ein von wirtschaftlichen Einzelinteressen unabhängiges, professionelles Beratungsangebot zur Verfügung. Im Modellprojekt wird erprobt, welche Strukturen und Angebote besonders geeignet sind, um Patientinnen und Patienten zu erreichen und effektiv zu beraten. Das Modellprojekt wird wissenschaftlich evaluiert, um fundierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie künftig tragfähige Strukturen für eine unabhängige Patientenberatung aussehen können.

Qualitätssicherung in der Rehabilitation

In der Rehabilitation kann der GKV-Spitzenverband nahtlos an die Arbeit der früheren Spitzenverbände der Krankenkassen anschließen. Diese haben ein bundeseinheitliches, einrichtungsübergreifendes Verfahren zur externen Qualitätssicherung entwickelt, das QS-Reha@-Verfahren. Bisher nehmen ca. 240 Einrichtungen mit über 310 Fachabteilungen an dem Verfahren teil. Anforderungen, Ziele und Inhalte wurden in der „Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären und ambulanten Rehabilitation und der stationären Vorsorge“



niedergelegt. Der GKV-Spitzenverband führt diese Vereinbarung weiter und beteiligt sich an der Weiterentwicklung des QS-Reha@-Verfahrens. Gemeinsam mit anderen Vereinbarungspartnern wird der GKV-Spitzenverband 2009 eine unabhängige Stelle für die Auswertung der Qualitätssicherungsdaten im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung bestimmen.

Weiterentwicklung der Versorgung in der Pflege

Auch im Bereich Pflege fördert der GKV-Spitzenverband Modellprojekte. Für die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen und -konzepte für Pflegebedürftige stellt er wie gesetzlich vorgesehen bis zu 5 Mio. Euro jährlich aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung. Beim GKV-Spitzenverband wird monatlich eine ganze Reihe neuer Konzepte eingereicht. Die Konzepte werden geprüft und die Antragsteller beraten. Aktuell werden 17 überwiegend mehrjährig laufende Modellprojekte betreut und ausgewertet.

Foto:
Eckehard Linnemann,
K.-Dieter Voß, Willi
Budde (v.l.) im Fachausschuss

Zum Aufgabenportfolio des GKV-Spitzenverbandes gehören zahlreiche Systemfragen zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu zählen u. a. die Mitwirkung bei der Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes für die gesetzliche Krankenversicherung, die Organisation der Bereitstellung von Daten für den Risikostrukturausgleich und die Festlegung der Programmkostenpauschale für die Behandlung chronisch Kranker.

Einsatz für eine sachgerechte Finanzierung

Mitverantwortung im GKV-Schätzerkreis

Zur vierteljährlichen Prognose der Finanzentwicklung der GKV und fachlichen Unterstützung der Entscheidung der Bundesregierung über die Höhe des erforderlichen allgemeinen Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung wurde gemäß § 241 Abs. 2 SGB V beim Bundesversicherungsamt ein Schätzerkreis gebildet. Ihm gehören Finanzexperten aus dem GKV-Spitzenverband, dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesministerium für Gesundheit an. Der GKV-Spitzenverband wird durch die beratende Mitwirkung von drei im Schätzerkreis erfahrenen Finanzexperten der Kassenorganisationen unterstützt. Der Schätzerkreis hatte am 1. Oktober 2008 seine Arbeit aufgenommen und am Folgetag abgeschlossen. Zuvor wurde am 29. September 2008 eine Expertenanhörung durchgeführt.

Im Ergebnis kam der Schätzerkreis zu einer übereinstimmenden Einschätzung der finanziellen Entwicklung für das Jahr 2008 sowie der Einnahmentwicklung des Fonds in 2009. Hinsichtlich der für 2009 erwarteten Beitragssatzentwicklung konnte dagegen kein Einvernehmen hergestellt werden. Der GKV-Spitzenverband hielt für eine gesetzlich vorgeschriebene hundertprozentige Ausgabendeckung im Jahr 2009 einen allgemeinen Beitragssatz von 15,8 % für erforderlich, wohingegen das Bundesversicherungsamt und das Bundesministerium für Gesundheit einen GKV-einheitlichen Beitragssatz von 15,5 % für ausreichend erachteten. Die Ergebnisse der Schätzerkreisberatungen waren sowohl im Fachbeirat am 22. Oktober 2008 als auch im Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesund-

heitspolitik am 29. Oktober 2008 Gegenstand von Beratungen. Das Bundeskabinett hat am 7. Oktober 2008 den Entwurf einer Rechtsverordnung verabschiedet, nach welcher der Beitragssatz für das Jahr 2009 mit 15,5 % (bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % und einem Sonderbeitrag der Mitglieder von 0,9 %) festgesetzt werden soll. Es beruft sich hierbei auf eine Mehrheitsmeinung im GKV-Schätzerkreis, nach der mit diesem Beitragssatz – entsprechend der gesetzlichen Vorgabe des § 220 SGB V – im Jahr 2009 die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und der anteilige Aufbau der Liquiditätsreserve vollständig gedeckt seien. Nach Befassung des Deutschen Bundestages mit der Kabinettsvorlage wurde der Beitragssatz entsprechend von der Bundesregierung durch die GKV-Beitragssatzverordnung am 29. Oktober 2008 festgesetzt.

Die einvernehmliche Schätzung der zu erwartenden Einnahmen des Fonds im Jahr 2009 wurde in einer weiteren Prognose des GKV-Schätzerkreises im Dezember 2008 – ebenfalls übereinstimmend – aufgrund der absehbaren konjunkturellen Eintrübung gegenüber der letzten Schätzung um rund 440 Mio. Euro gesenkt.

Festlegung der DMP-Programmkostenpauschale

Der GKV-Spitzenverband hatte gemäß § 33 Abs. 2 RSAV die Aufgabe, bis Anfang Oktober 2008 die Höhe der Kostenpauschale für Disease-Management-Programme festzulegen. Zur Vorbereitung seiner Entscheidung hat der GKV-Spitzenverband über die Höhe der festzulegenden Pauschale Experten für Disease-Management-Programme aller Kas-

senorganisationen sowie einzelner Krankenkassen gehört. Die Thematik wurde zudem am 15. August 2008 im Fachbeirat diskutiert. Es bestand Einvernehmen, dass neben den arztbezogenen Kosten auch die kassenbezogenen Aufwendungen zu berücksichtigen sind. Einer Empfehlung des Fachausschusses Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik vom 2. September 2008 folgend wurde – basierend auf den Schätzungen der gehörten Experten – vom GKV-Spitzenverband eine rechnerisch ermittelte DMP-Programmkostenpauschale von 180 Euro (125 Euro für arztbezogene Kosten, 55 Euro für kassenbezogene Kosten) festgelegt. Der Gesetzgeber hat in der Rechtsverordnung nicht geregelt, ob und wann eine eventuelle Neufestsetzung der DMP-Pauschale zu erfolgen hat. Der GKV-Spitzenverband wird seine Entscheidung zur Höhe der DMP-Pauschale im Jahr 2009 überprüfen, damit eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung bereits für das Jahr 2010 erfolgen kann.

Neue Meldewege für Daten der amtlichen Statistik und für den Risikostrukturausgleich (RSA)

Das Verfahren der RSA-Datenerhebung und die Meldungen zur amtlichen Statistik werden seit dem 1. Juli 2008 vom GKV-Spitzenverband in enger Abstimmung mit den Kassenorganisationen angepasst und weiterentwickelt. Der GKV-Spitzenverband hat den gesetzlichen Auftrag der Annahme, Prüfung und Weiterleitung von Daten der amtlichen Statistik und des Risikostrukturausgleichs. Die Krankenkassen können sich bei den ihnen zukommenden Prüf- und Meldepflichten der Unterstützung von Dienstleistern bedienen. Angesichts begrenzter eigener Personalressourcen begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass zahlreiche Krankenkassen beabsichtigen, die jeweiligen Daten über ihre

Kassenorganisationen bzw. Dienstleister an den GKV-Spitzenverband zu liefern. Auf diesem Wege ist mit einer höheren Datenqualität zu rechnen, die einen entsprechend geringeren Prüf- und Korrekturaufwand nach sich zieht.

Einheitliche Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder

Die gegenwärtigen Satzungsregelungen einzelner Krankenkassen zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder nach § 240 SGB V haben zum 1. Januar 2009 ihre Gültigkeit verloren. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die Schaffung einheitlicher Regelungen dem GKV-Spitzenverband übertragen. Der GKV-Spitzenverband hatte danach einheitliche Regelungen zur Beitragsbemessung für freiwillige Mitglieder festzulegen. Seit März 2008 wurden die Einheitlichen Grundsätze von den bisherigen Spitzenverbänden – ab 1. Juli 2008 unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes – gemeinsam erarbeitet. Am 22. Oktober 2008 hat der Fachbeirat dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes empfohlen, die Grundsätze gemäß dem gemeinsamen Vorschlag der Spitzenverbände zu beschließen. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes hat am 27. Oktober 2008 und am 17. Dezember 2008 die Grundsätze entsprechend dieser Empfehlung verabschiedet.

Zum 1. Juli 2008 trat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in Kraft. Die Umsetzung ist in wesentlichen Teilen Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes. Mit der Erarbeitung neuer Richtlinien und Empfehlungen sowie dem Abschluss wichtiger Vereinbarungen wurden im Berichtsjahr entscheidende Akzente bei den geforderten Strukturveränderungen im Pflegebereich gesetzt.

Einsatz für bessere Pflege - Begleitung und Umsetzung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

Das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PFWG) sieht enge zeitliche Fristen für die Umsetzung vor. Hervorzuheben sind dabei die Verbesserung der Pflegeberatung, die Einführung von Pflegestützpunkten, die Verbesserung der Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sowie die Qualität der Pflege. Daneben sind auch die bisherigen Aufgaben aus der Pflegeversicherung fortzuführen, etwa die vielfältigen Richtlinienkompetenzen zur Qualitätssicherung und -prüfung in der Pflege und die Empfehlungskompetenz auf Bundesebene zum Inhalt der Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung. Gerade in diesen Fragen arbeitet der GKV-Spitzenverband mit dem MDS und den Fachleuten der MDK-Gemeinschaft eng zusammen.

Verbesserung der Pflegeberatung

Die Pflegekassen sind verpflichtet, spätestens ab 2009 eine erweiterte Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements anzubieten. Zur Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen hatte der GKV-Spitzenverband bis zum 31. August 2008 Empfehlungen abzugeben. Die „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater“ wurden am 29. August 2008 verabschiedet. Damit besteht nun eine verlässliche Grundlage für die erforderlichen Weiterbildungsmaßnahmen.

Schaffung von Pflegestützpunkten

Die Pflege- und Krankenkassen müssen Pflegestützpunkte einrichten, wenn die zuständige oberste

Landesbehörde dies bestimmt. Der GKV-Spitzenverband fördert nach dem Gesetz den Aufbau von Pflegestützpunkten bis 30. Juni 2011 mit insgesamt 60 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Der Höchstförderbetrag je Pflegestützpunkt beträgt 50.000 Euro. Der GKV-Spitzenverband hat am 1. Juli 2008 die „Vereinbarung zur Auszahlung und Verwendung der Fördergelder“ mit dem Bundesversicherungsamt abgeschlossen. Der GKV-Spitzenverband hat ferner mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe „Empfehlungen über die Arbeit und die Finanzierung von Pflegestützpunkten“ verhandelt.

Überarbeitung der Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Die gesetzlichen Änderungen erfordern u. a. folgende Anpassungen in den Begutachtungs-Richtlinien, nach denen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) die Begutachtung der Pflegebedürftigen vornehmen:

- die Verkürzung der Bearbeitungsfristen für Pflegekassen und MDK,
- besondere Qualifikationsanforderungen an Gutachter, die Kinder begutachten,
- detaillierte Prüfung des Rehabilitationsbedarfs der Antragsteller im Rahmen der Pflegebegutachtung sowie
- die Berücksichtigung der Einschränkung der Alltagskompetenz in die Regelbegutachtung.

Der GKV-Spitzenverband hat eine gemeinsame Arbeitsgruppe eingerichtet, welche die notwendigen

Änderungen sowie anschließend das Beteiligungsverfahren vorbereitet.

Schaffung von verbindlichen Qualifikationsrichtlinien für Betreuungskräfte in Pflegeheimen

Pflegeheime haben die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungskräfte für gerontopsychiatrisch veränderte Heimbewohnerinnen und -bewohner einzustellen und dafür mit den Pflegekassen besondere Vergütungszuschläge zu vereinbaren. Damit können in den Pflegeheimen ca. 10.000 zusätzliche Vollzeitstellen entstehen. Der GKV-Spitzenverband hat die „Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen“ am 19. August 2008 verabschiedet. Sie wurden vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt. Damit können entsprechende Bildungsmaßnahmen angeboten werden und die Pflegeheime das benötigte Personal einstellen. Eine bis zum 31. Dezember 2009 geltende Übergangsregelung ermöglicht eine zeitnahe Verbesserung der Betreuungsangebote in den Pflegeheimen.

Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und ehrenamtlicher Strukturen

Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Betreuungsstrukturen insbesondere für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurde durch das PFWG erweitert. Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. die Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel in Höhe von jährlich 25 Mio. Euro zu beschließen und die Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel anzupassen.

Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

Der GKV-Spitzenverband hat mit den Vertragspartnern Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln. Dazu haben die Vertragspartner am 11. September 2008 eine Verfahrensordnung beschlossen. Sie sieht insbesondere die Ausschreibung für die Erarbeitung und Entwicklung der Expertenstandards vor und lehnt sich eng an das bisherige methodische Vorgehen des Deutschen Netzwerkes für die Qualitätsentwicklung in der Pflege an. Beim GKV-Spitzenverband wird die „Geschäftsstelle Expertenstandards“ eingerichtet.

Einrichtung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege

Am 30. September 2008 haben sich die Vertragsparteien auf die Einrichtung der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege durch die Vereinbarung einer Geschäftsordnung sowie die Benennung des unabhängigen Vorsitzenden und der beiden unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle geeinigt. Zum Vorsitzenden der Schiedsstelle wurde Dr. Klaus Engelmann (Richter am Bundessozialgericht a. D.) bestellt. Die Schiedsstelle kann in Fällen der Nichteinigung bei der Weiterentwicklung der Qualitätsvereinbarungen, der Expertenstandards Pflege sowie der Vereinbarung zur Veröffentlichung der Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen angerufen werden.



Foto:
Manfred Schoch,
Susanne Wiedemeyer
und Angelika Beier (v.l.)
im Fachausschuss

Qualität der Pflegeeinrichtung		Erläuterungen zum Bewertungssystem hier	
Seniorenresidenz „Schöner Anker“		Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote hier	
Seestr. 9	12345 Hafenstadt	Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten hier	
Telefon: 02222/999999	Fax: 02222/899999	MDK-Qualitätsprüfung: Datum	
Email: SchönerAnker@xjs.de	Internet:	Gleichwertige Prüfung: Datum	
Anzahl der versorgten Bewohner:	100	Weitere Prüfergebnisse hier	
Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner:	12	Kommentar der Pflegeeinrichtung hier	
Anzahl der befragten Bewohner::	11	Die Pflegeeinrichtung hat eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Qualitätsbereiche	MDK Ergebnis	Gleichwertige Prüfung	Vergleichswert im Bundesland
Pflege und medizinische Versorgung hier	2,4 gut		Anzahl der Pflegeheime im Bundesland 1.800 Anzahl der geprüften Pflegeheime 411
Umgang mit demenzkranken Bewohnern hier	4,2 ausreichend		
Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung hier	3,0 befriedigend		
Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene hier	2,2 gut		
Gesamtergebnis (aus allen 64 Fragen der vier Qualitätsbereiche)	2,4 gut		2,3 gut
Befragung der Bewohner hier	1,4 sehr gut		

[hier](#) ... weitere Detailinformationen sind abrufbar

Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse von Qualitätsprüfungen

Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen zukünftig die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch den MDK oder vergleichbarer Prüfungen im Internet sowie in anderer geeigneter Form. Grundlage dieser Veröffentlichungen sind Kriterien und deren Bewertungssystematik, die der GKV-Spitzenverband mit den Vertragsparteien vereinbart. Für die Pflegeheime haben sich die Vertragspartner am 11. November 2008 auf die Kriterien und die Bewertungssystematik verständigt und das Beteiligungsverfahren eingeleitet. Ausgehend von 82 Kriterien können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gezielt informieren. Die Ergebnisse, die auch einen Vergleich zwischen den Pflegeheimen auf Landesebene ermöglichen, müssen ebenfalls in den Pflegeheimen ausgehängt werden. Folgen wird die Bewertung der ambulanten Pflegedienste.

Entwurf des GKV-Spitzenverbandes für die Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen durch den MDK oder vergleichbarer Prüfungen

Als Mitglied des Bewertungsausschusses ist der GKV-Spitzenverband an der Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen maßgeblich beteiligt. Hier konnte der GKV-Spitzenverband Erfolge gegen überzogene Honorarforderungen verbuchen, zum Teil waren allerdings auch schmerzhaft Kompromisse einzugehen. Diese werden in den kommenden Jahren zu zusätzlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

Einsatz für angemessene Honorare – Die Vergütungsreform für die ambulante ärztliche Versorgung

Startphase

Der Gesetzgeber hat mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) die Grundlagen für die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung geschaffen. Die mit dem GKV-WSG beabsichtigten Reformziele, die einen Paradigmenwechsel der bisherigen Vergütungssystematik vertragsärztlicher Leistungen darstellten, beinhalten

- die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach einer Euro-Gebührenordnung,
- die Vermeidung einer ungerechtfertigten Leistungsausweitung über eine Mengensteuerung mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der regionalen Honorarverteilungen,
- die Koppelung des Behandlungsbedarfs an die Morbidität der Versicherten,
- die Vereinheitlichung von Preisen für ärztliche Leistungen und
- den Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize.

Die erforderlichen Vorgaben und Beschlüsse zur Umsetzung der einzelnen Bestandteile der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung zwischen den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene wurden im Gesetz mit ambitionierten Fristen versehen. Der gesetzlichen Vorgabe folgend beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss am 19. Oktober 2007 das Inkrafttreten des reformierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. Januar 2008 (weitgehende Pauschalierung der Leistungen) und leitete damit den ersten Schritt zur Umsetzung der

Neuordnung ein. Zur fristgerechten Umsetzung aller Reformschritte war bis zum 31. August 2008 noch eine Vielzahl weiterer Beschlüsse zu fällen.

Bei der Übernahme des Verhandlungsmandats im Bewertungsausschuss zum 1. Juli 2008 durch den GKV-Spitzenverband waren die Vertragsverhandlungen zum neuen Vergütungssystem mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereits in vollem Gange. Mit politischem Rückenwind aus Kanzleramt und Bundesgesundheitsministerium schraubte die KBV ihre Forderungen immer höher. Zuletzt wurde eine zusätzliche Gesamtvergütung von über 6 Mrd. Euro gefordert bei gleichzeitiger Herausnahme von 40 % der Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Auseinandersetzung fand am 7. August 2008 ihren zwischenzeitlichen Höhepunkt. Nachdem sich abzeichnete, dass die KBV für ihre Maximalforderungen keine Mehrheit finden würde, drohte die Ärzteseite, den weiteren Verhandlungstermin des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht mehr wahrzunehmen. Tatsächlich fand der geplante Termin am 8. August 2008 dann nicht mehr statt.

Der nachfolgende Einigungsprozess im Erweiterten Bewertungsausschuss Ende August war angesichts der weit auseinander liegenden Vorstellungen schwierig. Schließlich wurden Entscheidungen zum Orientierungswert, zum Behandlungsbedarf und zu den psychotherapeutischen Leistungen gegen die Stimmen des GKV-Spitzenverbandes getroffen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschloss außerdem Indikatoren zur Messung der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur, das Verfahren zur

Bestimmung eines nicht vorhersehbaren Morbiditätsanstiegs, das Verfahren der Mengensteuerung und der Bildung von Rückstellungen sowie die Anpassung von Leistungsbewertungen im EBM.

Das Gesamtergebnis mit einer Erhöhung des bundesweiten Honorarvolumens von rund 2,7 Mrd. Euro gegenüber dem Ausgangsjahr 2007 bedeutet eine zusätzliche Belastung der Beitragszahler, blieb aber letztendlich weit hinter den ursprünglichen Forderungen der KBV zurück. Als gutes Ergebnis kann die Festsetzung des Orientierungswertes in Höhe von 3,5 Cent gewertet werden (Preiskomponente). Von großer Bedeutung ist dieses Ergebnis für die kommenden Jahre, da der beschlossene Orientierungswert als Ausgangsbasis für weitere

Verhandlungen anzusehen ist. Die eigentliche Erhöhung der ärztlichen Honorare wurde dagegen durch die Anpassung des Behandlungsbedarfs (Mengenkomponente) hervorgerufen. Hier entschied sich der Erweiterte Bewertungsausschuss für eine Steigerungsrate von 5,1 % auf Basis einer in dieser Höhe unterstellten Steigerung der Morbidität der Bevölkerung. Darüber hinaus wurde den Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern nachgegeben und deren Arzthonorare zusätzlich um 5,0 % erhöht. Dieser Intention und der politisch motivierten Begründung der Steigerung der Morbidität hat sich der GKV-Spitzenverband nicht anschließen können. Positiv zu bewerten ist, dass das Konzept des GKV-Spitzenverbandes zur Mengensteuerung der

Empirische Grundlagen des Verhandlungsgeschäfts: Neue Anforderungen an Datengrundlagen und -verfahren

Im Rahmen der Vergütungs- und Honorarreform im ambulanten Bereich haben Datenanalysen und -prognosen eine entscheidende Rolle gespielt. Sowohl bei der Ermittlung des Orientierungswertes, der Entwicklung von Anpassungsfaktoren für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Unterstützung bestimmter Leistungen als auch bei der kostenneutralen regionalen Anpassung des Behandlungsbedarfs wurden umfangreiche Simulationsrechnungen durchgeführt, die Grundlage für die Beschlüsse des Bewertungsausschusses waren. Darüber hinaus hat der Stabsbereich Vertragsanalyse des GKV-Spitzenverbandes entsprechende mathematische Methoden zur Umsetzung der Vergütungsreform entwickelt. Die Erstellung von Datengrundlagen für die regionalen Vereinbarungen der Gesamtvergütung wurde gemeinsam mit dem Institut des Bewer-

tungsausschusses sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitet und abgestimmt.

Zukünftig werden Daten und empirische Analysen eine noch größere Rolle im Verhandlungs- und Vergütungsgeschehen spielen, ähnlich wie bei der Entwicklung des DRG-Systems im Krankenhausbereich. Die Einführung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung auf Basis eines diagnosebasierten Versichertenklassifikationsverfahrens im Jahr 2010 erfordert grundsätzlich sehr hohe Anforderungen an die zur Verfügung stehenden Datengrundlagen sowie die erforderlichen Berechnungsverfahren für die Bundes- und Landesebene. Der GKV-Spitzenverband wird daher seine Datengrundlagen und Analysekompetenzen weiterentwickeln und die Krankenkassen beim Aufbau der entsprechenden Ressourcen unterstützen.

Zeitplan der ärztlichen Vergütungsreform

Startphase

01.04.2007	Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes
01.01.2008	Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
31.08.2008	Entscheidung des Bewertungsausschusses zum bundeseinheitlichen Orientierungswert, zum Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs, zu den Indikatoren zur Messung der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur und zur Mengensteuerung (Regelleistungsvolumen)
15.11.2008	Gemeinsame und einheitliche Vereinbarung eines Punktwertes und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene
01.01.2009	Inkrafttreten der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung (NVV)
31.03.2009	Vereinbarung zur Datenübermittlung im Rahmen des Klassifikationsverfahrens durch den Bewertungsausschuss
30.06.2009	Verfahren zur Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bewertungsausschuss
31.08.2009	Entscheidung des Bewertungsausschusses zum bundeseinheitlichen Orientierungswert für Unter- und Überversorgung, Verfahren zur Berechnung der Veränderung der Morbiditätsstruktur und der Überprüfung der Mengensteuerung (Regelleistungsvolumen)
31.10.2009	Gemeinsame und einheitliche Vereinbarung eines Punktwertes und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene
01.01.2011	Arztgruppenspezifische Fallpauschalen

ärztlichen Leistungen von der Ärzteseite letztendlich mitgetragen wurde. Dadurch konnte verhindert werden, dass ärztliche Leistungen ohne Beschränkungen zulasten der Beitragszahler ausgeweitet werden können.

Im Erweiterten Bewertungsausschuss wurden am 17. und 23. Oktober 2008 weitere Entscheidungen zur Höherbewertung von Leistungen im EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung getroffen. Aufgrund der politischen Intervention einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen in den alten Bundesländern wurden die der Bemessung des Behandlungsbedarfs zugrunde liegenden Honorarverteilungsquoten noch einmal überprüft.

Das Ergebnis war entgegen der Forderung der KBV eine kostenneutrale regionale Anpassung des Behandlungsbedarfs.

Nunmehr gilt es, die Vertragsrunden des Jahres 2009 zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung vorzubereiten. Neben der versorgungsbereichsspezifischen Festlegung der Orientierungswerte ist auch die Bewertung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Basis eines Klassifikationsverfahrens neu zu regeln. Vor dem Hintergrund der Bundestagswahl 2009 und der Erwartungen der niedergelassenen Ärzte steht der GKV-Spitzenverband hier vor seiner nächsten Herausforderung.

Mit dem Übergang der gesetzlichen Aufgaben auf den GKV-Spitzenverband zählt auch die Gestaltung der Arzneimittelversorgung zu seinen großen Verantwortungsbereichen. In diesen Bereich fallen die Umsetzung der Festbetragsregelung und die Mitwirkung an der Ausgestaltung des Leistungskatalogs bei Arzneimitteln.

Einsatz für eine hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung

Umsetzung der Festbetragsregelung

Festbeträge für Arzneimittel dienen in der gesetzlichen Krankenversicherung dazu, den Anstieg der Arzneimittelausgaben zulasten der Beitragszahler durch einen intensivierten Preiswettbewerb zu begrenzen. Seit dem 1. Juli 2008 obliegt die Festsetzung der Festbeträge dem GKV-Spitzenverband. Die Weiterentwicklung, Aktualisierung und Pflege der Festbetragsregelung stellt eine operative Daueraufgabe dar, die größtenteils im Rahmen der fachlichen Vorbereitung des Unterausschusses „Arzneimittel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllt wird. Zu dieser Aufgabe zählen insbesondere

- die Erarbeitung von Vorschlägen für neue Festbetragsgruppen,
- die Eingruppierung neuer Darreichungsformen und Wirkstoffe in bestehende Festbetragsgruppen,
- die Bereitstellung der Anhörungsunterlagen und
- die fachliche Unterstützung der Abteilungen Arzneimittel und Recht des G-BA.

Zu den weiteren festbetragsbezogenen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes gehören u. a.

- die Erarbeitung von Festbetragsvorschlägen,
- die Bekanntmachung festgesetzter Festbeträge im Bundesanzeiger,
- die Berechnung von Festbeträgen für neue Wirkstärken und Packungsgrößen in bestehenden Festbetragsgruppen sowie die Information der Marktbeteiligten darüber,
- die vierteljährliche Übermittlung von Über-

sichten über sämtliche Festbeträge und die betroffenen Arzneimittel an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zur Veröffentlichung im Internet.

Die Festbetragsregelung umfasst derzeit knapp 30.000 Fertigarzneimittel in 440 Festbetragsgruppen. Das entspricht rund 75 % aller Verordnungen und 45 % der Arzneimittelausgaben der GKV. Festbeträge erzielten im Jahr 2008 ein kumuliertes jährliches Einsparvolumen von 4,3 Mrd. Euro zugunsten der Krankenkassen.

Der GKV-Spitzenverband hat am 3. November 2008 mit Wirkung ab 1. Januar 2009 für vier Festbetragsgruppen die Festbeträge festgesetzt. Aufgrund eines letztinstanzlichen Beschlusses des Bundesgerichtshofes vom 16. Dezember 2008 in einem Patentrechtsstreit zwischen Arzneimittelherstellern, musste der GKV-Spitzenverband am 17. Dezember 2008 den Festbetrag für eine der vier Gruppen aufheben. Das Gericht hatte zugunsten des klagenden Originalherstellers entschieden, so dass die Anbieter von Generika ihre Produkte wieder vom Markt nehmen mussten und die Voraussetzungen für eine Gruppenbildung nicht mehr gegeben waren.

Mitgestaltung des GKV-Leistungskataloges im Gemeinsamen Bundesausschuss

Der G-BA ist auch für den Bereich der Arzneimittelversorgung die Institution, die den Leistungskatalog der GKV konkretisiert. Die Vorbereitung und Umsetzung bis hin zur Beschlussfassung durch das Plenum des G-BA obliegen dem Unterausschuss „Arzneimittel“. Die Beratungen im Unterausschuss

werden von derzeit neun Arbeitsgruppen unterstützt. Auf diesen Ebenen erfolgt die arbeitsintensive Mitwirkung des GKV-Spitzenverbandes als Trägerorganisation des G-BA.

Arzneimittel sind in Deutschland mit der Zulassung durch die nationalen Zulassungsbehörden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Paul-Ehrlich-Institut) bzw. durch die europäische Zulassungsbehörde (European Medicines Agency) prinzipiell verordnungsfähig. Der G-BA kann aber die Verordnungsfähigkeit eines zugelassenen Arzneimittels einschränken oder ausschließen, wenn z. B. nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen oder die medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen sind (§ 92 Abs. 1 SGB V).

Zur Sicherstellung einer hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung steht dem G-BA im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinie eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung, mit welchen er laufend auf Veränderungen im Arzneimittelmarkt reagieren kann. Zu diesen Instrumenten gehören vor allem

- die Umsetzung von Nutzen-Bewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
- Regelungen zur Verordnung von besonderen Arzneimitteln mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial,
- das Erstellen von Therapiehinweisen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise und
- die Regelung zur Kostentragung von Impfungen mit besonderer Bedeutung für die öffentliche Gesundheit durch die GKV (in Abgrenzung zur Kostentragung durch den Arbeitgeber bzw. der Eigenverantwortung des Versicherten).

Die zielgerichtete Anwendung dieser Instrumente ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Begrenzung des Ausgabenwachstums in der Arzneimittelversorgung zugunsten der Beitragszahler.



Der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) gingen vielfältige Interventionen des GKV-Spitzenverbandes voraus. Der erste Entwurf sah die Übertragung weitgehender Regulierungsaufgaben auf den GKV-Spitzenverband vor, was sein Handeln als Interessenvertretung der Krankenkassen erschwert hätte. Im Laufe der Gesetzgebung konnte der GKV-Spitzenverband in diesen Punkten substantielle Verbesserungen bei der Ausgestaltung des Gesetzes erreichen.

GKV-OrgWG: Frühe Positionierung im Interesse der Mitgliedskassen

Bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hatte sich der Gesetzgeber für die Einführung der Insolvenzfähigkeit aller Krankenkassen entschieden. Sowohl die Festlegung des Zeitpunktes zur Einführung der Insolvenzfähigkeit als auch die Ausgestaltung des konkreten gesetzlichen Rahmens wurden 2007 auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die Bundesländer hatten aber das Entfallen ihrer Haftung spätestens zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 als verbindliche gesetzliche Vorgabe durchgesetzt. Hierdurch stand der Gesetzgeber unter dem zeitlichen Druck, bis Ende 2008 ein entsprechendes Bundesgesetz zur Einführung der Insolvenzfähigkeit zu verabschieden.

Eingriffsrechte für den GKV-Spitzenverband im Rahmen der Haftung bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse sowie zur Haftungsprävention vor. Insbesondere sollte dem GKV-Spitzenverband das Recht übertragen werden, eine leistungsschwache Krankenkasse auch gegen ihren Willen mit einer leistungsstarken Krankenkasse zu vereinigen. Zudem war vorgesehen, nicht ausschließlich zur Erleichterung von Vereinigungen kassenartenübergreifende Hilfen nach § 265a SGB V gewähren zu können. Finanzhilfen sollten vielmehr ebenso in Fällen besonderer finanzieller Notlagen und zum Erhalt der Wettbewerbsfähigkeit gewährt werden. In einer ersten Erörterung zum Referentenentwurf mit dem Bundesgesundheitsministerium konnte der GKV-Spitzenverband deutlich machen, dass diese weitgehenden Eingriffsrechte des GKV-Spitzenverbandes der Intention einer wettbewerblich orientierten gesetzlichen Krankenversicherung und der wettbewerbsneutralen Position des GKV-Spitzenverbandes widersprechen.

Foto:

Debatte im Fachausschuss: Dr. Volker Hansen, Dieter Niederhausen, Willi Budde (v.l.)

Der erste Referentenentwurf zu einem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-OrgWG) wurde bereits Ende April 2008 bekannt. Dieser Entwurf sah umfangreiche Pflichten und



Im Kabinettsentwurf vom 16. Mai 2008 waren diese Regelungen in der Form bereits nicht mehr enthalten. So kann ein Antrag auf Gewährung einer kassenartenübergreifenden finanziellen Hilfe nun ausschließlich von der zuständigen Aufsichtsbehörde und nur zur Erleichterung einer Vereinigung gestellt werden. Um die richtigen Anreize zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zu setzen, war es zudem aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes von maßgeblicher Bedeutung, dass Hilfeleistungen lediglich subsidiären Charakter gegenüber kasseninternen Hilfen haben. Auch diese Position konnte der GKV-Spitzenverband erfolg-

reich gegenüber der Politik vertreten. Damit wird nun die Möglichkeit einer gesetzlich legitimierten durchgehenden und dauerhaften kassenarteninternen Finanzhilfe gewährleistet.

Ein wichtiges Ziel bei der Ausgestaltung der Insolvenzfähigkeit war es zu verhindern, dass bei Geltung des Insolvenzrechts allein schon die Altersversorgungsverpflichtungen einer Krankenkasse zur Insolvenz führen. Aus diesem Grund werden nun solche Verbindlichkeiten einer Krankenkasse, für die die Endhaftung beim GKV-Spitzenverband liegt, bei der Feststellung der Überschuldung nicht berücksichtigt. Die Krankenkassen haben zudem 40 Jahre Zeit, einen Kapitalstock zu bilden, mit dem sie bestehende Verpflichtungen aus Versorgungszusagen absichern können. Die Regelung der Endhaftung des GKV-Spitzenverbandes erlaubt es der Politik, die Länder zum 1. Januar 2009 aus der Haftung zu nehmen.

Die erste Lesung im Deutschen Bundestag fand am 19. Juni 2008 statt. Am 4. Juli 2008 erfolgte der erste Durchgang im Bundesrat. Die Stellungnahme des Bundesrates mit 40 Änderungsanträgen stieß bei der Bundesregierung auf wenig Gehör. Die ersten Beratungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages sowie die öffentliche Anhörung der Verbände erfolgten im September 2008. Der GKV-Spitzenverband hatte im Vorfeld der Anhörung eine umfangreiche Stellungnahme abgegeben. In die Ausschussberatungen wurden zudem 46 Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und SPD eingebracht. Diese betrafen – da das GKV-Organisationsgesetz als Artikelgesetz konzipiert ist – weitere Regelungsinhalte, wie z. B. Versorgungsfragen. Gegenstand der Anhörung waren somit auch Themen wie

- die Einführung des Gesundheitsfonds und der Konvergenzregelung,
- die Anwendung des Vergaberechts bei Verträgen nach dem SGB V,
- die Leistungsausweitung für enterale Ernährung,
- die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Hausarztverträgen mit Vereinigungen von Allgemeinärzten nach § 73b SGB V,
- die Finanzierung der Weiterbildung von Allgemeinmedizinern,
- die Aufhebung der Altersgrenze für Vertragsärzte,
- die Ausweitung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche und
- die Weiterentwicklung des Vertragsrechts im Hilfsmittelbereich.

Der GKV-Spitzenverband hat frühzeitig auf die Änderungsanträge reagiert und bereits im Vorfeld der Anhörung konkrete Vorschläge zu einzelnen Themenbereichen erarbeitet. Im Nachgang der Anhörung hat der GKV-Spitzenverband eine schriftliche Bewertung der Änderungsanträge an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses geschickt. Massiv kritisierte der GKV-Spitzenverband die geplante unsachgemäße Leistungsausweitung für enterale Ernährung und die Beschneidung der Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Bereich. Auf Grundlage der vorgebrachten Kritik diskutierten die Fraktionen die Änderungsanträge ein weiteres Mal und brachten sie Mitte Oktober erneut in den Gesundheitsausschuss ein. Positiv bewertet der GKV-Spitzenverband die Rücknahme der beiden zentralen Änderungsanträge zur enteralen Ernährung (§§ 27 und 33a SGB V).

Startphase

Zu kritisieren bleibt, dass die Neufassung des § 73b SGBV (Hausarztzentrierte Versorgung) tatsächlich Bestandteil des Gesetzes geworden ist. Diese Änderung sieht für die Krankenkassen eine Fristsetzung für den Abschluss von Hausarztverträgen bis zum 30. Juni 2009 und einen Kontrahierungszwang mit Gemeinschaften der Allgemeinärzte vor. Die Regelung schafft neben dem bestehenden Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen ein weiteres Monopol und widerspricht damit der anzustrebenden wettbewerblichen Ausrichtung der ambulanten Versorgung. Kritik übte der GKV-Spitzenverband zudem bis zum Schluss an den umfangreichen Berichts- und Anzeigepflichten über die Finanzlage der Mitgliedskassen, die das GKV-OrgWG dem GKV-Spitzenverband zuweist. Diese Regelungen umfassen vor allem den Aufbau eines Finanzcontrollings für alle Krankenkassen beim GKV-Spitzenverband.

Der Gesundheitsausschuss hat am 15. Oktober 2008 auf Basis der Neufassungen der Änderungsanträge seine Beschlussempfehlung verabschiedet und dem Bundestag vorgelegt. Der Bundestag ist dieser Ausschussempfehlung am 17. Oktober 2008 gefolgt und hat das GKV-OrgWG damit in 2. und 3. Lesung ohne weitere Änderungen mit großer Mehrheit verabschiedet. Der Bundesrat hat das Gesetz am 7. November 2008 angenommen, so dass es zum 1. Januar 2009 in Kraft treten konnte.

Ursprünglich sollten sich ab 2009 die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung grundlegend ändern. Nun steht am Ende eines langen Gesetzgebungsprozesses mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) keine echte Reform, sondern lediglich eine Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die erhofften Verbesserungen, die Umsetzung des Prinzips leistungsorientierter Vergütung, größere Transparenz bei der Investitionsförderung und eine Öffnung für kassenspezifische Verträge wurden nicht verwirklicht.

KHRG - Ein Gesetz zulasten der Beitragszahler

Mit dem Wechsel in das Jahr 2009 sollte die Einführungsphase für das deutsche DRG-Fallpauschalensystem zu Ende gehen. Die hausspezifische Vergütungshöhe wurde in den vergangenen fünf Jahren schrittweise einem Einheitspreis, dem Landes-Basisfallwert, angenähert. In vielen Punkten fallen Wunsch und Wirklichkeit auseinander. Nach Vorstellung der Krankenkassen wäre dies der Zeitpunkt gewesen, um Qualitäts- und Preiswettbewerb im Krankenhausbereich zu beginnen.

Aber ein richtiges Reformwerk ist das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) nicht geworden. Die Regelungen sind insgesamt Ausgaben steigernd und führen zur Revitalisierung des ineffizienten Selbstkostendeckungsprinzips. Die beabsichtigten Vorhaben lassen ein durchgängiges Konzept für eine Neuordnung der stationären Versorgung vermissen und verstärken den Trend zu weiteren ministeriellen Befugnissen. Insbesondere zeichnet sich das KHRG durch eine enorme Ausgabenwirkung zulasten der gesetzlich Krankenversicherten aus (nach Schätzung des GKV-Spitzenverbandes in Höhe von insgesamt ca. 4,1 Mrd. Euro), obwohl finanzielle Verbesserungen der Situation der Krankenhäuser bereits ohne gesetzliche Änderungen absehbar sind. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe, den Gesundheitsfonds ausgabendeckend zu starten (§ 220 Abs. 3 SGB V), wird aller Voraussicht nach auch aufgrund der Auswirkungen des KHRG nicht erreicht.

Speziell die im KHRG vorgesehene Regelung zum Durchreichen von Tarifsteigerungen für 2008 und 2009 führt zur automatisierten Weitergabe von

Kosten. Diese Regelung zulasten Dritter, der Beitrags- und ggf. Prämienzahler, lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus perspektivisch die Festlegung eines „Orientierungswertes“ vor, der die Bindung der Ausgaben an die einnahmeorientierte Grundlohnsumme zugunsten einer reinen Kostenorientierung und weiterer ministerieller Befugnisse im Krankenhausbereich ersetzt. Dies führt zu einer ineffizienten und Anreiz verzerrenden „kollektiven Selbstkostendeckung“. Die Einführung eines Orientierungswertes ist daher abzulehnen, stattdessen die stetige Grundlohnsummenorientierung vorzuziehen.

Ein weiterer problematischer Aspekt des KHRG ist die geplante Neueinstellung von Pflegekräften in Krankenhäusern im Rahmen eines Sonderprogramms, das aus Mitteln der Kostenträger finanziert werden soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist das geplante Sonderprogramm nicht zielführend. Es stellt einen Eingriff in die autonomen Entscheidungen der Krankenhausträger dar und widerspricht dem Prinzip leistungsorientierter Vergütung. Die Abnahme der Zahl der Pflegekräfte ist u. a. durch die Reduktion der Verweildauer, die Verlagerung der Pflege in andere Bereiche und die Erledigung „nichtpflegerischer“ Tätigkeit durch andere Arbeitskräfte bedingt. Das vorgesehene Programm stellt Pflegekräfte vermehrt dort ein, wo Pflege zunehmend weniger stattfindet. Unstrittig ist zugleich, dass der Einsatz von Pflegekräften dort, wo sie benötigt werden, von der Krankenversicherung finanziert wird.

Startphase

Im Bereich der seit Jahren diskutierten Investitionsfinanzierung hätte der GKV-Spitzenverband einen Übergang zu einer transparenten, leistungsabhängigen Pauschalförderung der Investitionen der Krankenhäuser durch die Länder begrüßt. Das nunmehr beabsichtigte System der Pauschalförderung löst aber bedauerlicherweise weder das Finanzierungsproblem der Krankenhäuser aufgrund rückläufiger Länderförderung, noch schafft es Transparenz im Bereich der Investitionsförderung.

Daneben existiert ein weiteres gravierendes Spezialproblem mit enormer Ausgabenwirkung, das durch das KHRG zwar gelindert, aber nicht behoben wird. Zum Ende der DRG-Konvergenzphase werden die Basisfallwerte der Krankenhäuser durch den Landes-Basisfallwert ersetzt. Liegt dieser signifikant über dem gewichteten Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte, kommt es zu einem sprunghaften Anstieg der Ausgaben. Empirische Auswertungen zeigen in allen Bundesländern eine zum Teil erhebliche Divergenz zwischen dem landesweiten Basisfallwert und dem Mittelwert der Haus-Basisfallwerte. Der GKV-Spitzenverband hat sich im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens für eine echte Lösung des Problems durch Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte eingesetzt und versucht, weitere im Gesundheitsfonds unberücksichtigte Zusatzbelastungen für die GKV zu vermeiden. Dies ist nicht gelungen. Das KHRG löst das bestehende Ausgabenproblem nicht, es verteilt es lediglich auf zwei Jahre durch eine Verlängerung der eigentlich abgeschlossenen Konvergenzphase. Zwar werden so Zusatzbelastungen für die GKV im Jahr 2009 in Höhe von ca. 400 Mio. Euro vermieden, tatsächliche Entlastungen zugunsten der Beitragszahler der GKV bleiben aber aus. Auch die im KHRG vorgesehene Möglichkeit, in 2009 Rabatte für zusätz-

liche Leistungen zu verhandeln, wird die absehbare Ausgabenproblematik kaum lösen können.

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Auftrag zur Entwicklung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische Krankenhäuser. Hierdurch wird ein weiterer Schritt hin zu transparenten Leistungsstrukturen unternommen.

Eine Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist im Gesetzentwurf trotz der geschlossenen Forderung der Krankenkassenseite und der Unterstützung von Seiten der Wissenschaft nicht vorgesehen. Es ist unverständlich, warum der Wettbewerb auf der Krankenkassenseite nicht durch die Einführung einzelvertraglicher Möglichkeiten bei hierfür geeigneten Leistungen gestärkt wird. Es ist zu erwarten, dass dies das Thema einer umfassenden Reform der Krankenhausfinanzierung sein wird. Der GKV-Spitzenverband wird sich weiterhin nachhaltig für selektivvertragliche Optionen im Krankenhausbereich einsetzen.

Mit den jetzt vorgesehenen Reformen steht zu befürchten, dass einer der großen ordnungspolitischen Eckpfeiler der Krankenhausfinanzierung leichtfertig aufgegeben wird. Zehn Jahre nach dem weitreichenden Beschluss des Deutschen Bundestages, eine DRG-basierte, leistungsorientierte Vergütung für Krankenhäuser einzuführen, ist es ein völlig unverständliches Signal, dass die Grundprinzipien einer leistungsorientierten Vergütung zunehmend wieder in Frage gestellt werden.

Die praktische Einführung der Telematikinfrastruktur für die elektronische Gesundheitskarte begann Ende des Jahres 2008. Als neuer und größter Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) vertritt der GKV-Spitzenverband seit 1. Juli 2008 die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Elektronische Gesundheitskarte: Nächste Aufbauschritte der Telematikinfrastruktur beschlossen

Startphase

Im Jahr 2005 gründeten die Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens die gematik - Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH. Ihre Aufgabe ist die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie der zugehörigen Telematik-anwendungen für die Datenkommunikation zwischen Versicherten, Leistungserbringern und Kostenträgern. Zu den Gründungsmitgliedern zählten auch die vormaligen Spitzenverbände der Krankenkassen. Zum 1. Juli 2008 übernahm der GKV-Spitzenverband 45 % der Gesellschafteranteile und vertritt seither die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung in der gematik. Weitere 5 % der Gesellschafteranteile hält der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die übrigen 50 % verteilen sich auf die Spitzenverbände der Leistungserbringer. Unterstützt wird der GKV-Spitzenverband durch die Nachfolgeorganisationen der Kassenarten, die mit Teilnahme- und Rederecht in allen relevanten Gremien beteiligt sind.

Am 15. Dezember 2008 beschlossen die Gesellschafter der gematik mehrheitlich die bundesweite Einführung der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen, den so genannten Online-Rollout.

Den Schwerpunkt dieses Rollouts bildet dabei die Installation einer zukunftssicheren Telematikinfrastruktur mit allen hierfür notwendigen Komponenten und Systemdienstleistungen. Die ersten Anwendungen werden der Versichertenstammdatendienst und die sogenannte „Mehrwertkommunikation Leistungserbringer“ sein.



Mit dem Versichertenstammdatendienst kann die Gültigkeit des Versicherungsverhältnisses sowie die Aktualität der auf der Versichertenkarte gespeicherten Daten online überprüft und im Bedarfsfall eine Aktualisierung der Karte vorgenommen werden. Hierfür übermitteln die Krankenkassen - z. B. bei Adressänderungen ihrer Versicherten - ihre aktualisierten Stammdaten an den Versichertenstammdatendienst. Wird die elektronische Gesundheitskarte dann beim nächsten Arztbesuch des Versicherten in der Arztpraxis eingelesen, erfolgt ein Datenabgleich zwischen Karte und Versichertenstammdatendienst. Die notwendige Aktualisierung der Karte erfolgt dann online per Mausklick. Bei Verlust der elektronischen Gesundheitskarte ist auf diese Weise auch eine Sperrung möglich.

Startphase

Die „Mehrwertkommunikation Leistungserbringer“ erlaubt den zielgerichteten Austausch von medizinischen Informationen zwischen Ärztinnen und Ärzten in Form eines elektronischen Arztbriefes.

Der Aufbau der Telematikinfrastruktur mit den beiden ersten Diensten folgt dem so genannten Basis-Rollout der eHealth-BCS-Terminals, einer neuen Generation von Kartenlesegeräten für die eGK. Deren Einführung begann im Dezember 2008 und soll im Juli 2009 in der ersten Region, dem KV-Bereich Nordrhein, abgeschlossen sein. Im Anschluss daran können die Krankenkassen in Nordrhein mit der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte beginnen. Die flächendeckende Ausstattung von Arzt-, Psychotherapie- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäusern mit diesen Lesegeräten und die Ausgabe der Gesundheitskarten durch die Krankenkassen sind die Voraussetzungen für die spätere Nutzung der Online-Anwendungen.

Die bundesweite Implementierung der Telematikinfrastruktur bietet damit eine sichere Kommunikationsplattform, auf der sich künftig Anwendungen zur Unterstützung einer vernetzten Versorgung etablieren können.

Der GKV-Spitzenverband vertritt die Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung auch in juristischer Hinsicht. Wesentliche Arbeitsfelder waren im Berichtsjahr u. a. die Begleitung des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-OrgWG, die rechtliche Unterstützung der Verhandlungsführer bei den Honorarverhandlungen für die ambulante medizinische Versorgung und die Vertretung in über 150 Gerichtsverfahren.

Einsatz für Rechtssicherheit – Der GKV-Spitzenverband als rechtliche Vertretung der GKV

Startphase

Das Recht der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung unterliegt einem stetigen Wandel. Die Zeiten, in denen für die juristische Arbeit bei den Krankenkassen und ihren Verbänden solide Kenntnisse des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ausreichten, sind längst vorbei. Das Sozialrecht entwickelt sich in immer stärkerem Maße zu einem bedeutenden Teil des Wirtschaftsrechts. Dies erfordert neben umfassenden Kenntnissen im Sozialrecht insbesondere Kompetenzen im allgemeinen Zivilrecht und dem (öffentlichen) Wirtschaftsrecht, so etwa dem Gesellschaftsrecht, dem Wettbewerbsrecht, dem Steuerrecht und dem Arbeitsrecht. Nur mit diesen Kenntnissen können wichtige Entwicklungen in anderen Rechtsgebieten erkannt und ihre Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bewertet werden. Als ein Beispiel sei hier nur die Änderung des Überschuldungsbegriffes durch das – in einem beispiellosen Eilverfahren im Oktober 2008 in Kraft gesetzte – Finanzmarktstabilisierungsgesetz genannt. Die Neudefinition der Überschuldung ist unmittelbar auch für mögliche Insolvenzen von Krankenkassen von Bedeutung.

Der GKV-Spitzenverband, der von Beginn an die gemeinsamen Interessen der GKV auch rechtlich zu vertreten hatte, stand vor der Aufgabe, diese umfassende juristische Kompetenz schnellst möglich aufzubauen. Wesentliche Schwerpunkte der juristischen Arbeit waren im Startjahr die Begleitung des Gesetzgebungsverfahrens zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) und erste Arbeiten zur Umsetzung desselben.

Weitere Aufgaben bestanden in der rechtlichen Begleitung der Honorarverhandlungen für die ambulante medizinische Versorgung und die Vertretung in laufenden Gerichtsverfahren.

Das Vergaberecht im Bereich der GKV

Durch das GKV-OrgWG werden Sachverhalte geregelt, die das GKV-System insgesamt betreffen. Hier ist z. B. die Anwendbarkeit des Vergaberechts nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) auf Aufträge der gesetzlichen Krankenkassen zu nennen. Bislang war es streitig, ob die Krankenkassen bei der Vergabe von Aufträgen zur Erfüllung ihres gesetzlichen Versorgungsauftrags dem Vergaberecht des GWB unterliegen (§§ 97 bis 129 GWB). Der GKV-Spitzenverband hat im Gesetzgebungsverfahren darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen für ein objektives und transparentes Vergabeverfahren eintreten. Dabei müssen allerdings die Besonderheiten ihres Versorgungsauftrages berücksichtigt werden. Dies wäre bei einer undifferenzierten Übernahme der GWB-Vergabebestimmungen nicht gewährleistet. Die dort vorgesehenen Rechtsbehelfe und Entscheidungsmöglichkeiten, z. B. das Zuschlagsverbot, würden verhindern, dass Einsparpotentiale realisiert werden können. Die Umsetzung hätte daher einseitig die Versicherten und Beitragszahler belastet und damit den Interessen des GKV-Spitzenverbandes und seiner Mitglieder widersprochen.

Auch durch den Einsatz des GKV-Spitzenverbandes konnte erreicht werden, dass bei grundsätzlicher Anwendbarkeit der vergaberechtlichen Normen des GWB künftig die Besonderheiten des öffent-

lichen Versorgungsauftrages besonders berücksichtigt werden müssen. Zudem sind für vergaberechtliche Rechtsstreitigkeiten die Landessozialgerichte generell in erster und grundsätzlich auch in letzter Instanz zuständig. Dadurch ist die Chance gegeben, ein besonderes sozialrechtliches Vergabeverfahren zu entwickeln, das die berechtigten Interessen der Bieter berücksichtigt, ohne die Interessen der gesetzlichen Krankenkassen und damit ihrer Versicherten und Beitragszahler aus den Augen zu verlieren.

Insolvenzrecht für Krankenkassen

Als weiterer wichtiger Regelungsbereich des GKV-OrgWG ist das Insolvenzrecht zu nennen. Ab 1. Januar 2010 werden alle gesetzlichen Krankenkassen insolvenzfähig sein. Gegenwärtig sind dies nur alle bundesunmittelbaren Krankenkassen. Für die landesunmittelbaren Krankenkassen gilt, dass die Bundesländer von ihrer Ermächtigung in § 12 der Insolvenzordnung Gebrauch gemacht und die Eröffnung von Insolvenzverfahren über die jeweiligen Landeskassen ausgeschlossen haben. Aus diesem Grund gibt es insolvenzfähige und insolvenzunfähige Krankenkassen. Diese Unterscheidung wird das GKV-OrgWG aufheben. Im Gesetzgebungsverfahren hat der GKV-Spitzenverband darauf geachtet, dass bei der Formulierung der Bestimmungen die Interessen der GKV gewahrt blieben. So wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass rechtstechnisch ein weitgehend reibungsloser Übergang in die Zeit der Insolvenzfähigkeit sichergestellt werden kann.

Honorarverhandlungen und über 150 Prozesse im Jahr 2008

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt der rechtlichen Interessenvertretung waren die Honorarverhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Für die wirkungsvolle Vertretung der Interessen der GKV wurden die Verhandlungsführer des GKV-Spitzenverbandes rechtlich intensiv beraten und die Verhandlungsstrategien laufend auf ihre juristische Durchsetzbarkeit geprüft.

Neben der rechtlichen Beratung der Mitglieder in Rechtsfragen war die juristische Vertretung in laufenden Verfahren ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des GKV-Spitzenverbandes. Im Jahr 2008 nahm er in über 150 gerichtlichen Verfahren die rechtlichen Interessen der GKV wahr. Die Interessenwahrnehmung erfolgte dabei nicht nur in Verfahren, an denen der GKV-Spitzenverband selbst als Kläger oder Beklagter beteiligt war. Auch in Rechtsstreitigkeiten, in denen er von Gerichten beigeladen wurde, schaltete er sich aktiv in die Verfahren ein, um den Interessen der GKV Gehör zu verschaffen.

Im Zusammenhang mit der Reform des Verbänderechts für die gesetzliche Krankenversicherung wurde auch der Komplex der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit der Systeme der sozialen Sicherung modifiziert. Die für diesen Bereich zuständige und bis zum 30. Juni 2008 selbstständige Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) ist nunmehr eine Abteilung des GKV-Spitzenverbandes.

Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland im GKV-Spitzenverband

Startphase

Der GKV-Spitzenverband nimmt durch die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) die durch über- und zwischenstaatliches Recht sowie durch innerstaatliches Recht dem GKV-Spitzenverband übertragenen Aufgaben als Verbindungsstelle wahr (§ 219a SGB V). Seit dem 1. Juli 2008 ist die DVKA in den GKV-Spitzenverband integriert.

Im Jahr 2008 wurden mit einer Vielzahl von Staaten Gespräche zur Vorbereitung und zum Abschluss von Verbindungsstellenvereinbarungen oder Regierungsabkommen geführt. Zu nennen sind hier in erster Linie die Gespräche mit Indien, Australien, Kanada, Türkei, Brasilien, Mazedonien, Slowenien und der Ukraine.

Die Vereinbarungen auf Verbindungsstellenebene dienen dem Ziel, Ablauf- und Gestaltungsprozesse bei der internationalen Zusammenarbeit mit den ausländischen Partnerorganisationen zu optimieren und zu beschleunigen. So wurde beispielsweise im Zusammenhang mit dem deutsch-australischen Ergänzungsabkommen über soziale Sicherheit mit unserem Partner auf der australischen Seite und in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Verwaltungsvereinbarung getroffen, um eine reibungslose Umsetzung des Regierungsabkommens für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gewährleisten. Neben zweisprachigen Vordrucken werden ergänzende Informationen über das Internet zur Verfügung gestellt. Für das ebenfalls neue deutsch-indische Entsendeabkommen sind entsprechende Vereinbarungen bereits beraten worden.

Geschäftsführung der Verbindungsstelle

Der Geschäftsführer der DVKA führt die Geschäfte, vertritt den GKV-Spitzenverband in allen durch § 219a SGB V übertragenen Aufgaben, leitet die in Bonn ansässige Dienststelle und bewirtschaftet den Teilhaushalt für seinen Tätigkeitsbereich. Er ist damit verantwortlich für die interessengerechte Umsetzung und Administration des über- und zwischenstaatlichen Rechts sowie für den Abschluss der sich aus diesen rechtlichen Rahmenbedingungen ergebenden notwendigen Vereinbarungen zwischen den Verbindungsstellen der EU- und Abkommensstaaten. Der Regelungsgehalt dieser Vereinbarungen hat unmittelbare Auswirkungen für die davon erfassten Personen und beteiligten Institutionen.

Gestaltung des internationalen Krankenversicherungs- und Sozialversicherungsrechts

Die DVKA ist durch die Mitarbeit ihres Grundsatzbereiches in den Ausschüssen der EU-Kommission und der Ratsarbeitsgruppe Sozialfragen intensiv in das Gesetzgebungsverfahren betreffend die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 sowie die zugehörige Durchführungsverordnung eingebunden. Die erarbeiteten Gesetzestexte befinden sich zurzeit in der sprachjuristischen Prüfung und werden im Anschluss daran zur abschließenden Lesung dem EU-Parlament vorgelegt. Voraussichtlich erfolgt Mitte des Jahres 2009 die gleichzeitige Veröffentlichung in allen Amtssprachen im Amtsblatt der EU. Damit kommen die mehrjährigen Arbeiten an der europäischen Rechtsordnung im Bereich der sozialen Sicherheit zu einem ersten erfolgreichen Abschluss, den die DVKA wesentlich mitgestaltet



hat. Nach der Verabschiedung im Parlament rückt die praktische Umsetzung des neuen Regelwerks in den Mittelpunkt.

Die DVKA unterstützt die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes außerdem in Klageverfahren mit Bezug zu über- und zwischenstaatlichem Recht vor den Sozialgerichten, Landessozialgerichten, dem Bundessozialgericht und dem Europäischen Gerichtshof.

Dienstleistung bei der Zuordnung der anzuwendenden Rechtsvorschriften

Der Bereich Versicherungsdienste EWR-/Abkommenstaaten erbringt zur Festlegung anzuwendenden Versicherungsrechts in wachsendem Maß Dienstleistungen für in Deutschland versicherte Personen, die als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vorübergehend in anderen Staaten eingesetzt werden. Zu diesem Zweck wurden bis heute für 20.000 in Deutschland ansässige Unternehmen mit ca. 50 Staaten Ausnahmereinigungen geschlossen. Im Rahmen der Koordinierung der Verwaltungsaushilfe in grenzüberschreitenden Fällen sorgt die DVKA u. a. für die Klärung beanstandeter Fälle der Leistungsaushilfe. Kostensteigerungen und die wirtschaftliche Entwicklung in fast allen Mitgliedsstaaten der EU und der Abkommenstaaten haben dazu geführt, dass das Clearing von Kostenerstattungen der Leistungsaushilfe aufwändiger wurde. Eine Verdoppelung der jährlich zu bearbeitenden Fallzahlen in den letzten acht Jahren war die Folge.

Operative Abwicklung und strategische Gestaltung der zwischenstaatlichen Finanz- und Datentransfers

In Zuge der EU-Erweiterung um zehn Mitgliedsstaaten seit dem Jahr 2004 entwickelte sich ein signifikanter Anstieg der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Als Folge dieser Ausweitung wurden in den zurückliegenden drei Jahren jährlich ca. 1,2 Mio. Kostenrechnungen zur Erstattung von Gesundheitsaufwendungen auf Grundlage der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bearbeitet. Dies entspricht einem Erstattungsvolumen von ca. 660 Mio. Euro pro Jahr, welches die Verbindungsstelle im Auftrag der deutschen Kassen zwischen dem Ausland und der deutschen GKV abwickelt.

Informationsverarbeitung

Ein immer größer werdender Anteil der Daten wird in elektronischer Form mit dem Ausland ausgetauscht. Mit Inkrafttreten der neuen Durchführungsverordnung zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004 voraussichtlich zum Jahresanfang 2010 sind grenzüberschreitend Sozialversicherungsdaten aus dem Bereich der Verordnung ausschließlich in elektronischer Form zu übermitteln. Hierzu wird bei der DVKA mit Nachdruck die Errichtung des nationalen Access Points für die deutsche GKV nach den Vorgaben der EU-Kommission vorangetrieben. Ebenso laufen bereits seit über einem Jahr die Vorbereitungen zur Einrichtung einer zentralen elektronischen Speicherung von in Deutschland ausgetauschten Entsendebescheinigungen.

Der Aufbau des GKV-Spitzenverbandes ging mit der Errichtung einer arbeitsfähigen und effizienten Infrastruktur einher. In einem äußerst engen Zeitfenster mussten ausreichend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagiert, auskömmliche Räumlichkeiten angemietet und eine leistungsfähige IT-Architektur geschaffen und ausgebaut werden. Dabei durfte der Verband zu keinem Zeitpunkt den Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit aus den Augen verlieren.

Einsatz für effizienten Verwaltungsaufbau

Startphase

Organisation und Verwaltung

Nach Abschluss der Errichtungsphase übernahmen die Vorstandsmitglieder des GKV-Spitzenverbandes die Büroräume des Errichtungsbeauftragten im Spree-Karree, Friedrichstraße 136, in Berlin-Mitte. Den Vorstand unterstützten in dieser Phase die von den früheren Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeordneten Kräfte. Zum Jahreswechsel 2007/2008 nahmen die ersten Abteilungs- und Stabsbereichsleiter ihre Tätigkeit im neuen Verband auf. In den folgenden Monaten wurde die zweite Führungsebene komplettiert. Parallel wurde der Ausbau der Mietimmobilie in der Mittelstraße 51, ebenfalls in Berlin-Mitte, vorangetrieben, die eine sukzessiv anwachsende Belegschaft aufnehmen sollte.

Die Zusammenarbeit innerhalb des kleinen Teams im Frühjahr 2008 prägten Pioniergeist und Aufbruchstimmung. Zielstrebig wurden die Rekrutierung des Personals und der Aufbau der Infrastruktur vorangetrieben. Die bei den bisherigen Spitzenverbänden über Jahrzehnte aufgebaute Infrastruktur war beim GKV-Spitzenverband in einem engen Zeitfenster neu zu schaffen.

Am 1. April 2008 wurde eine Etage der Immobilie Mittelstraße 51 mit dann 41 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bezogen. Im Juli 2008 zählte der GKV-Spitzenverband bereits 90 Mitarbeiter und nahm von diesem Zeitpunkt an offiziell seine gesetzlichen Aufgaben wahr. Diesem sukzessiven Personalaufbau folgend bezog der GKV-Spitzenverband in der Mittelstraße 51 zum 1. Juni 2008 eine weitere Etage, zum 1. Dezember 2008 dann auch die Hälfte der 4. Etage.

Mit dem Wachstum des GKV-Spitzenverbandes ging die Notwendigkeit einher, Richtlinien für den Organisations- und Verwaltungsablauf zu erarbeiten. Alle erstellten Richtlinien und Vorgaben wurden für die Beschäftigten in einem Organisationshandbuch zusammengefasst. Diese Vorgaben werden den formalrechtlichen Anforderungen, wie der Verpflichtung zur wirtschaftlichen Mittelverwendung oder den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, gerecht. In diesem Zusammenhang wurden sowohl der Datenschutzbeauftragte als auch der Haushaltsbeauftragte des GKV-Spitzenverbandes bestellt.

Vereinfachte Verfahren und Hilfestellungen auch unter Beteiligung externer Dienstleister und das Improvisationstalent der am Aufbau der Organisation des Verbandes beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren Garant für den Aufbau einer funktionsfähigen Infrastruktur des Verbandes in kürzester Zeit. Trotz der schwierigen Umstände verlor der GKV-Spitzenverband zu keinem Zeitpunkt den Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit aus den Augen. Der GKV-Spitzenverband nutzte dabei soweit wie möglich bestehende Kompetenzen und Strukturen der bisherigen Spitzenverbände und anderer Organisationen. So wurde z. B. auf ein eigenes Rechenzentrum mit einem entsprechend hohen Investitionsvolumen verzichtet. Stattdessen wurden mit bewährten Dienstleistern, etwa der ITSG, Dienstleistungsverträge geschlossen. Im Beschaffungswesen wurden funktionale Standards, wie z.B. einheitliche Arbeitsplatzausstattungen, festgelegt und ein Vertrag mit einem für Beschaffungen im öffentlich rechtlichen Sektor zertifizierten Unternehmen abgeschlossen. Hierdurch

Startphase

konnte der Beschaffungsvorgang für den GKV-Spitzenverband erheblich verkürzt, vereinfacht und zugleich wirtschaftlich gestaltet werden.

Personal

Der Stellenplan des GKV-Spitzenverbandes weist für das Jahr 2008 ein Stellensoll von 145 Stellen aus. Zu Beginn des Jahres waren jedoch nur 50, ab 1. April 2008 90 Stellen zur Besetzung durch den Verwaltungsrat freigegeben. Ab Juli konnten dann auch die restlichen Stellen sukzessive besetzt werden. Die Einstellung des Personals wurde mit hoher Intensität betrieben. Nur so konnte gewährleistet werden, dass am 1. Dezember 2008 bereits 109 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beim GKV-Spitzenverband unter Vertrag standen. Seit Übernahme der gesetzlichen Aufgaben am 1. Juli 2008 hat sich das Tempo der Einstellungen verlangsamt. Dies ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass die Stellengebote - neben der bis dahin praktizierten und gesetzlich vorgegebenen Ausschreibung innerhalb der bisherigen Spitzenverbände - nunmehr vermehrt auch in den einschlägigen Stellenmärkten geschaltet werden mussten, was den Zeitaufwand für den Einstellungsprozess vergrößerte. Über 90 % der zum Jahresende 2008 beim GKV-Spitzenverband Beschäftigten stammen von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Haustarifvertrag

Die Tarifverhandlungen zum Haustarifvertrag standen Ende 2008 vor ihrem Abschluss. Das Tarifpaket wird einen Manteltarifvertrag, einen Vergütungstarifvertrag mit eigener Vergütungsordnung sowie zwei Tarifverträge zur Altersversorgung enthalten. Zur Information der Beschäftigten über das System der Altersversorgung wurden in Berlin und Bonn Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Am 20.11.2008 wurde in einer Mitarbeiterversammlung der Wahlvorstand für den örtlichen Personalrat der Dienststelle Berlin gewählt. Parallel wurde der Wahlvorstand für den Gesamtpersonalrat des GKV-Spitzenverbandes von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dienststellen in Berlin und Bonn gewählt. Der Wahlvorstand für den Gesamtpersonalrat führt zugleich die Wahl der Gleichstellungsbeauftragten durch.

IT-Service

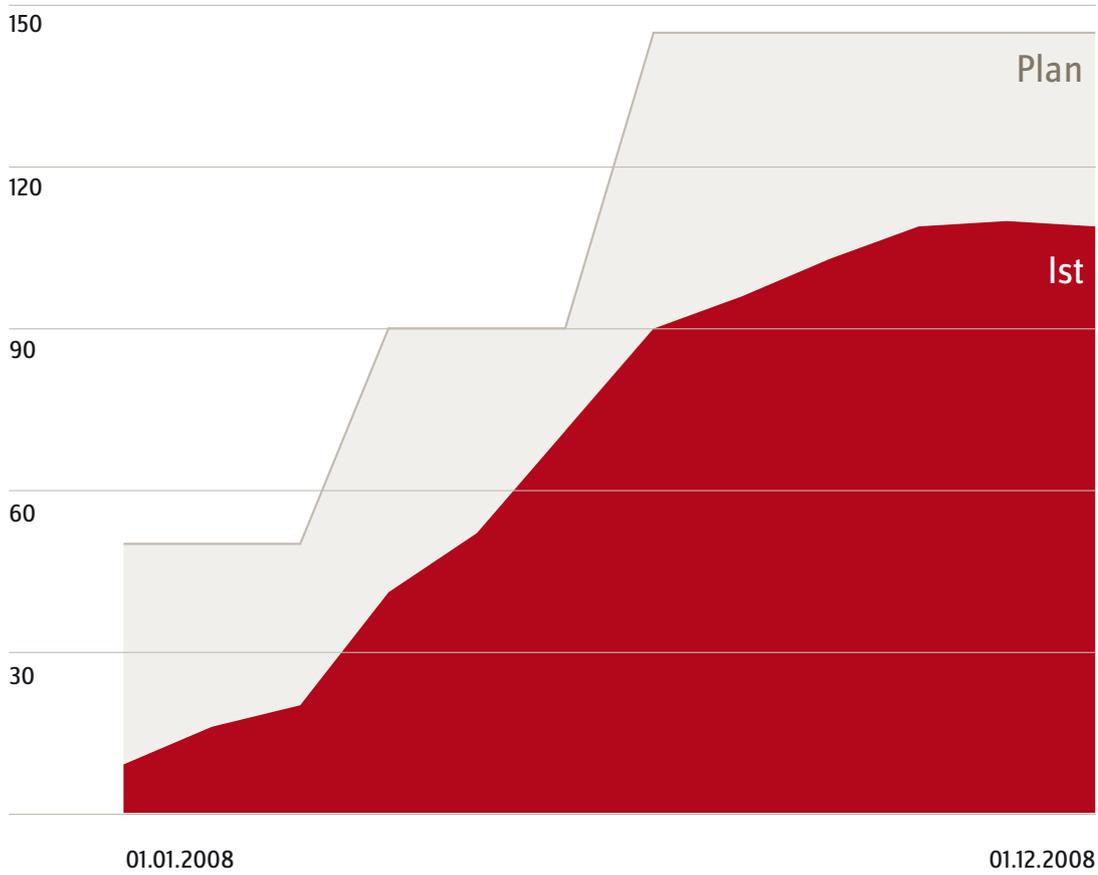
Von besonderer Bedeutung für die grundlegende Arbeitsfähigkeit des GKV-Spitzenverbandes in der Aufbauphase waren interne Vorarbeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bereichs IT-Service. Im Fokus standen insbesondere die Vorbereitung des Umzugs in die Räumlichkeiten Mittelstraße 51, die Ausstattung aller Arbeitsplätze mit angemessener Bürokommunikationstechnik sowie der Aufbau der PC-Netzwerk- und Serverinfrastruktur. Die bereits bestehenden Komponenten bei der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) in Rodgau wurden dabei genutzt und zum Teil ausgebaut. Nur durch die Mitnutzung der dortigen Hard- und Software sowie des IT-Know-hows konnte das schnelle Wachstum des GKV-Spitzenverbandes auch in technischer Hinsicht gemeistert werden.

Parallel wurde ein umfassendes IT-Konzept mit definierten Standards entwickelt, das den Aufbau einer homogenen, integrierten und wirtschaftlichen IT-Infrastruktur ermöglicht. Als strategische Eckpfeiler wurde vorgegeben, dass

- auf die Einrichtung eines eigenen Rechenzentrums beim GKV-Spitzenverband verzichtet wird,

Personalentwicklung beim GKV-Spitzenverband²

Startphase



² ohne Abteilung DVKA in Bonn

Startphase

- soweit wie möglich vorhandene Softwarelösungen der bisherigen Spitzenverbände bzw. ihrer Nachfolgeorganisationen übernommen werden,
- Plattformscheidungen so zu fällen sind, dass Kompatibilitäten zu vorhandenen Softwareprodukten bestehen und
- eine im Einzelfall dennoch notwendige Entwicklung neuer Software durch externe Anbieter durchgeführt wird.

Aus den über 160 gesetzlichen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes wurden insgesamt 54 Geschäftsprozesse mit konkretem IT-Bezug abgeleitet. Das entwickelte IT-Gesamtkonzept bildet inzwischen die Ausgangsbasis für den weiteren Auf- und Ausbau der IT-Infrastruktur und der darauf aufsetzenden fachlichen Geschäftsprozesse. Hier steht der Bereich IT-Service allen Fachbereichen als moderierender interner Dienstleister zur Verfügung. Im Geschäftsjahr 2008 wurden u. a. folgende Projekte begonnen:

- Aufbau einer Datenannahme- und Weiterleitungsstelle für alle dem GKV-Spitzenverband übertragenen quantitativen Verfahren, u. a. für den Morbi-RSA und die amtlichen Statistiken,
- Nutzung des erweiterten Data-Warehouse der ITSG zur Aufbereitung der vom GKV-Spitzenverband benötigten Datenbestände,
- Implementation eines Auswertungs- und Reportingsystems für die vielfältig geforderten Analysen, Prognosen und Simulationen.

Alle übrigen Projekte werden entsprechend der Haushaltsplanung und einer entsprechenden Priorisierung im Geschäftsjahr 2009 realisiert.

Data-Warehouse

Nachdem am 9. Oktober 2008 die endgültige Entscheidung zur Erweiterung des ITSG-Systems gefallen war, erfolgte Mitte Dezember 2008 die technische Freigabe für das erweiterte Data-Warehouse (DWH) des GKV-Spitzenverbandes bei der ITSG. Seither wird sukzessive die Datenbasis im DWH erweitert. Dabei gilt es, qualitätsgesichert, transparent und revisionssicher sowie unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften vorzugehen. In der Endausbaustufe werden nach internen Berechnungen 14 Terabyte Daten im DWH vorgehalten werden – eine enorme Datenmenge, die sich aus der Vielzahl der gesetzlichen Aufgaben und den hieraus resultierenden Datenanforderungen des GKV-Spitzenverbandes ergibt.

Parallel wird ein internes Reportingsystem implementiert. Standardisierte und einfach zu bedienende Abfragen und Reports sollen web-basiert allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GKV-Spitzenverbandes zugänglich gemacht werden.

Datenmengen in der GKV

Startphase

290.000	Leistungserbringer
3.200.000	Arbeitgeber
3.000.000	Datensätze KM1, KM6, KV45, KJ1 (= 4 von 59 amtlichen Statistiken)
9.000.000	Krankenhausfälle
36.000.000	Stationäre ICD-Diagnosen
43.000.000	Fälle sonstiger Leistungserbringer
72.000.000	Angaben zu Versicherten im Morbi-RSA-Verfahren
270.000.000	Rezepte
480.000.000	Ärztliche Behandlungsfälle
600.000.000	Verordnete Medikamente
1.500.000.000	Ärztliche ICD-Diagnosen



Die Erfüllung der vielfältigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes erfolgte im Haushaltsjahr 2008 ausschließlich unter Beachtung eines äußerst sorgfältigen Umgangs mit den erhobenen Umlagebeiträgen der Mitglieder. Auch in der Haushaltsplanung 2009 verpflichtet sich der GKV-Spitzenverband auf eine sparsame und effiziente Haushaltsführung.

Einsatz für Effizienz und Sparsamkeit – der Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

Der Haushaltsplan 2008 des GKV-Spitzenverbandes wurde im Jahre 2007 von einer namhaften Unternehmensberatung unter Beteiligung von Vertretern der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen erstellt. Er ist insbesondere geprägt durch

- den sukzessiven Personalaufbau von 3 auf geplante 145 Stellen,
- die notwendigen Ausgaben für die Erstausrüstung des Verbandes (Möbel, IT und grundsätzliche Büroausstattung etc.),
- die sukzessive Erweiterung der Infrastruktur, insbesondere der Bürofläche, im Zuge des Personalaufbaus und
- die enthaltenen Mittel für externe Organisationen und Institutionen wie der gematik - Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH und dem MDS sowie für die DVKA, die zum 1. Juli 2008 in den GKV-Spitzenverband integriert wurde.

Es handelt sich somit zum einen um ein Haushaltsjahr, in dem einmalige Errichtungskosten anfallen, dafür die Kosten für Personal nur entsprechend einer angenommenen Einstellungsfolge vorgesehen sind. Zum anderen berücksichtigt der Haushaltsplan die Aufgabenwahrnehmung ab 1. Juli 2008, also nur für ein halbes Jahr. Gemessen am Verbandsbeitrag von ca. 70 Mio. Euro ist der Kernbeitrag für den neu gegründeten Verband mit ca. 26,8 Mio. Euro vergleichsweise gering (siehe nebenstehende Grafik). Das Haushaltsjahr 2008 stellt damit in mehrfacher Hinsicht lediglich ein Rumpfhauhaltsjahr dar.

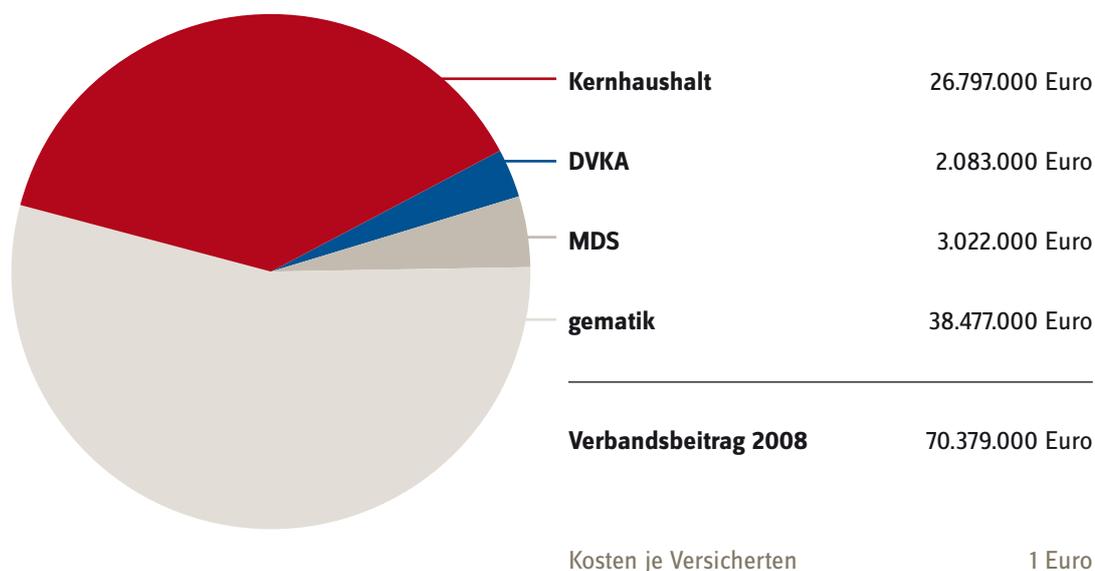
Im Jahr 2008 waren auch für die Planung des Haushaltsjahres 2009 besondere Umstände zu beachten. Aufgrund gesetzlicher Neuregelungen und geänderter Vereinbarungen mit den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen über die konkrete Arbeitsteilung kamen im laufenden Haushaltsjahr neue Aufgaben hinzu. Für den Haushaltsplan 2009 waren folgende Parameter bestimmend:

- Der Haushaltsplan 2009 ist der erste Haushaltsplan für ein volles Kalenderjahr.
- Die Abteilung DVKA ist für das gesamte Haushaltsjahr vollständig integriert.
- Die ganzjährigen Beträge für die Institutionen gematik und MDS sind Teil des Haushalts.
- Der Erstaufbau der Infrastruktur wird im Jahr 2009 fortgeführt.
- Die Wahrnehmung neuer gesetzlicher Aufgaben, z.B. infolge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und des GKV-OrgWG (Finanzcontrolling), ist zu berücksichtigen.
- Vom GKV-Spitzenverband sind alle Projekte zu übernehmen, die bis Ende 2008 von den bisherigen Spitzenverbänden der Krankenkassen zu finanzieren waren.
- Ausgaben entstehen für das Controlling von sieben „Fremdhaushalten“ (gematik, MDS u. a.) und für die Vertretung des GKV-Spitzenverbandes in den entsprechenden Gremien.
- Alle Federführungsbereiche, einschließlich der Arzneimittel-Festbetragsstelle beim BKK Bundesverband und der Hilfsmittelfestbetragsstelle beim IKK-Bundesverband, sind zu übernehmen.
- Die Finanzierung aller GKV-Projekte der ITSG GmbH erfolgt durch den GKV-Spitzenverband.

Um eine Vergleichsbasis für den Haushaltsplan 2009 zu schaffen, wurde der Haushaltsplan 2008 auf ein ganzes Jahr hochgerechnet. Der Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes steigt auf dieser Basis von ca. 37,9 auf 48,5 Mio. Euro im Jahr 2009 (bei einem Verbandsbeitrag von 167 Mio. Euro). In dieser Steigerung um rund 28 % sind die Aufwandszuwächse und die weiteren notwendigen Anpassungen abgebildet. Weiterhin sind in diesen Mehrkosten rund 7,6 Mio. Euro - bzw. 20 Prozentpunkte der genannten Steigerung - für einmalig anfallende Investitionen in den weiteren Aufbau des Verbandes enthalten.

Hinsichtlich der für den IT-Bereich vorgesehenen Haushaltstitel wurde der Haushaltsplan 2009 von der Unternehmensberatung geprüft. Das Prüfergebnis bestätigte, dass die IT-Konzepte aus klar definierten fachlichen Anforderungen abgeleitet und in einem schlüssigen Gesamtkonzept verbunden wurden. Die Kosten für die Umsetzung der Anforderungen seien dabei konservativ geschätzt worden. Diese Zertifizierung ist übertragbar auf die Planung des gesamten Haushaltes 2009, der je Kostenart, Kostenstelle und Kostenträger auf Basis der Zero-Based-Budgeting-Methode detailliert geplant worden ist.

Bestandteile des Haushaltsplans 2008



Anhang

74

Anhang

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes zum Stichtag 1.7.2008

- abc BKK Gesundheitskasse
- advita BKK
- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
- AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland
- AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
- AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse
- AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
- AOK Berlin - Die Gesundheitskasse
- AOK Brandenburg - Die Gesundheitskasse
- AOK Bremen/ Bremerhaven - Die Gesundheitskasse
- AOK Mecklenburg-Vorpommern - Die Gesundheitskasse
- AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
- AOK Rheinland/ Hamburg - Die Gesundheitskasse
- AOK Rheinland-Pfalz - Die Gesundheitskasse
- AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
- AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse
- AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse
- Atlas BKK
- Audi BKK
- Autoclub BKK
- Bahn-BKK
- Bank BKK
- BARMER
- Bertelsmann BKK
- BIG Gesundheit
- BKK 11880
- BKK 24
- BKK A.T.U.
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Aesculap
- BKK Ahlmann
- BKK Aktiv
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Allianz
- BKK ALP plus
- BKK Axel Springer
- BKK B. Braun
- BKK Barmag-Steinmüller
- BKK Basell
- BKK Beiersdorf AG
- BKK BJB
- BKK BMW
- BKK BPW Bergische Achsen AG
- BKK Braun-Gillette
- BKK BVM
- BKK Demag Krauss-Maffei
- BKK Dematic
- BKK der MTU Friedrichshafen GmbH
- BKK der Partner
- BKK der SIEMAG
- BKK der Thüringer Energieversorgung
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Deutsche BP AG
- BKK Diakonie
- BKK Die Bergische Krankenkasse
- BKK Dr. Oetker
- BKK Dürkopp Adler
- BKK ENKA
- BKK Ernst und Young
- BKK Essanelle
- BKK Euregio
- BKK EWE
- BKK exklusiv
- BKK Faber-Castell & Partner
- BKK Fahr
- BKK Falke
- BKK firmus
- BKK Ford & Rheinland
- BKK Freudenberg
- BKK FTE
- BKK für Heilberufe
- BKK futur
- BKK G&V
- BKK Gesundheit
- BKK Guildemeister Seidensticker
- BKK Goetze und Partner
- BKK Grillo-Werke AG
- BKK Groz-Beckert
- BKK Gruner + Jahr - Die Präventionskasse
- BKK Heimbach
- BKK Henschel Plus
- BKK Herford Minden Ravensberg
- BKK Herkules
- BKK Hoesch
- BKK IHV
- BKK Karl Mayer
- BKK Kassana
- BKK KBA
- BKK KEVAG
- BKK Krones
- BKK Lafarge Dachsysteme
- BKK Linde
- BKK Mahle
- BKK MAN und MTU
- BKK Medicus
- BKK Melitta Plus
- BKK MEM
- BKK Merck
- BKK Miele
- BKK Mobil Oil
- BKK N-Ergie
- BKK Norddeutsche Affinerie
- BKK Ost-Hessen
- BKK OWL/Drabert-Direkt
- BKK Pfaff
- BKK Pfalz
- BKK Pfeifer und Langen
- BKK Philips
- BKK PHOENIX
- BKK Pricewaterhouse-Coopers
- BKK Publik
- BKK R+V
- BKK Rhein-Neckar
- BKK Rieker.Ricosta.Weisser
- BKK Ruhrgebiet
- BKK RWE
- BKK Sachsen-Anhalt

- BKK Salzgitter
- BKK Sauerland
- BKK SBH
- BKK Scheufelen
- BKK Schott-Rohrglas
- BKK Schott-Zeiss
- BKK Schwesterns-
schaft München vom
BRK
- BKK S-H
- BKK sports direkt
- BKK Stadt Augsburg
- BKK Technoform
- BKK Textilgruppe Hof
- BKK TUI
- BKK VBU
- BKK VDN
- BKK VerbundPlus
- BKK Victoria - D.A.S.
- BKK Vital
- BKK Vor Ort
- BKK Voralb Heller
Leuze Traub
- BKK Vorwerk und
Co. KG
- BKK Werra-Meissner
- BKK Westfalen-Lippe
- BKK Wieland-Werke
- BKK Wirtschaft und
Finanzen
- BKK Würth
- BKK ZF & Partner
- BKK ZF Getriebe
GmbH
- Bosch BKK
- Brandenburgische
BKK
- City BKK
- Daimler BKK
- DAK
- Debeka BKK
- Deutsche BKK
- Die Continentale BKK
- Die Persönliche BKK
- Dräger & Hanse BKK
- E.ON BKK
- enercity BKK Stadt-
werke Hannover AG
- Energie-BKK
- ESSO BKK
- G+H BKK
- Gemeinsame BKK
(GBK)
- Gmünder
ErsatzKasse
- Gothaer BKK
- Hamburg Münchener
Krankenkasse
- HEAG BKK
- HEK - Hanseatische
Krankenkasse
- hkk
- HypoVereinsbank
BKK
- IKK Baden-
Württemberg und
Hessen
- IKK Brandenburg
und Berlin
- IKK gesund plus
- IKK Hamburg
- IKK Niedersachsen
- IKK Nord
- IKK Nordrhein
- IKK Sachsen
- IKK Südwest-Direkt
- IKK Südwest-Plus
- IKK Thüringen
- IKK-Direkt
- Inovita BKK
- Kaufmännische
Krankenkasse - KKH
- Knappschaft
- Krankenkasse für
den Gartenbau
- ktp BKK
- LKK Baden-
Württemberg
- LKK Franken und
Oberbayern
- LKK Hessen,
Rheinland-Pfalz und
Saarland
- LKK Mittel- und
Ostdeutschland
- LKK Niederbayern/
Oberpfalz und
Schwaben
- LKK Niedersachsen-
Bremen
- LKK Nordrhein-
Westfalen
- LKK Schleswig-
Holstein und
Hamburg
- Logistik BKK
- Metro AG Kaufhof
BKK
- mhplus BKK
- Mitteldeutsche BKK
- Neckermann-BKK
- neue bkk
- Novitas Vereinigte
BKK
- numIKK
- pronova BKK
- Saint-Gobain BKK
- Salus BKK
- Schwenninger BKK
- SECURVITA BKK
- Shell BKK / Life
- Siemens-Betriebs-
krankenkasse
- Signal Iduna BKK
- SKD BKK
- Südzucker-BKK
- Taunus BKK
- Techniker
Krankenkasse
- UPM BKK
- Vaillant BKK
- Vereinigte IKK
- WMF BKK



Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Blum, Leo	LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland
Hansen, Dr. Volker	AOK Brandenburg
Hornung, Ernst	ESSO BKK
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Mauer, Günter	AOK Rheinland/Hamburg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Niederhausen, Dieter	AOK Hessen
Räde, Hubertus	AOK Bayern
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Scheurer, Hans-Walter	pronova BKK
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-Betriebskrankenkasse
Wille, Rolf	IKK Niedersachsen
Wollseifer, Hans-Peter	IKK Nordrhein

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	Hamburg Münchener Krankenkasse
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin bis 08.09.08 stv. Mitglied, seitdem ordentliches Mitglied
Balzer, Dr. h.c. Klaus	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bender, Hans	DAK
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Brandner, Klaus	Vereinigte IKK am 20.02.2008 vom Amt entbunden
Breymaier, Leni	BARMER am 08.09.08 als ordentliches Mitglied gewählt
Budde, Willi	BKK VOR ORT
Engelmann, Ute	BARMER am 27.05.2008 vom Amt entbunden
Fenske, Dieter	DAK
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Huber, Ludwig	Gmünder ErsatzKasse
Jockel, Heidelind	AOK Brandenburg
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner



Kloppich, Iris	AOK PLUS
Langkutsch, Holger	BARMER
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Mathes, Manfred	BARMER am 08.09.08 als ordentliches Mitglied gewählt
Mönig-Raane, Margret	BARMER am 27.05.2008 vom Amt entbunden
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Schmidt, Andreas	AOK Rheinland/Hamburg
Schoch, Manfred	BKK BMW
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	neue bkk
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Beetz, Jürgen	Schwenninger BKK
Bernecker, Viktor	AOK PLUS
Bөгemann, Heiner	AOK Bremen/Bremerhaven
Bruns, Rainer	AOK Schleswig-Holstein
Burger, Winfried	IKK Südwest-Direkt
Eckhard, Matthias	BKK der Allianz Gesellschaften
Fitzke, Helmut	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Geers, Dr. Volker J.	BIG Gesundheit
John, Rainer	BKK Westfalen-Lippe
Kästner, Dr. Friedrich	AOK Berlin
Kreßel, Prof. Eckhard	Daimler BKK
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz
Lampe, Lothar	LKK Niedersachsen-Bremen
Malter, Joachim	AOK Saarland
Projahn, Dr. Horst-Dieter	AOK Westfalen-Lippe
Schmid, Karl-Heinz	neue bkk
Schneider, Dr. Peter	AOK Sachsen-Anhalt
Schurr, Horst	IKK Baden-Württemberg und Hessen
Schüßler, Götz	BKK MAN und MTU
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Zöller, Horst	Taunus BKK

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Balser, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Bartz, Christoph	Deutsche BKK
Biermann, Ilka	BARMER
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Christen, Anja	BKK VBU
Deutschland, Peter	AOK Mecklenburg-Vorpommern
Dorneau, Hans-Jürgen	Bahn-BKK
Erb, Hartwig	num IKK am 08.09.08 zum stv. Mitglied gewählt
Friederichs, Günter	Shell BKK / Life
Fuchs, Harry	Hamburg Münchener Krankenkasse
Göbel, Karl Michael	Techniker Krankenkasse
Grunau, Wilfried	Techniker Krankenkasse

Habermann, Rolf	Vereinigte IKK am 08.09.08 zum stv. Mitglied gewählt
Haigis, Kurt	BKK Gesundheit
Hauffe, Ulrike	BARMER
Heerbeck, Thomas	BARMER
Holz, Elke	DAK
Hoof, Walter	DAK
Hüfner, Gert	Knappschaft
Keppeler, Georg	AOK Westfalen-Lippe
Klefler, Regina	IKK Thüringen
Köhler, Peter	AOK Schleswig-Holstein
Krause, Helmut	BIG Gesundheit
Lehner, Dr. Heinz	BARMER
Lieske, Dieter	IKK Nordrhein am 08.09.08 zum stv. Mitglied gewählt
Lohre, Karl Werner	BARMER
Lubitz, Bernhard	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Maurer, Matthias	Gmünder ErsatzKasse
Meckel, Klaus	BKK MEM
Metschurat, Wolfgang	AOK Berlin
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz
Neuendorf, Theo	DAK
Nothof, Karl	BARMER
Reumann, Peter	hkk
Ringhoff, Hubert	Techniker Krankenkasse
Roth, Miriam	KEH Ersatzkasse am 25.11.08 vom Amt entbunden
Röhm, Jaqueline	Techniker Krankenkasse
Schäfer, Günter	DAK
Schelter, Wolfgang	DAK
Schnurr, Hans-Jürgen	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Schwan, Silvia	Techniker Krankenkasse
Seiffert, Stephan	BKK 24
Söffing, Hans-Jürgen	AOK Bremen/Bremerhaven
Spieth, Frank	AOK PLUS am 27.05.08 vom Amt entbunden
Staudt, Alfred	AOK Saarland
Stute, Hans-Peter	DAK
Treibmann, Peter	Techniker Krankenkasse
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrates

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Dieter Niederhausen / Christian Zahn (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende : Dieter Jürgen Landrock / Holger Langkutsch (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Rolf Wille / Eckehard Linnemann (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Winfried Burger (IKK)
- Rainer Bruns (AOK)
- Hans-Walter Scheurer (BKK)
- Dr. Peter Schneider (AOK)
- Karl-Heinz Schmid (BKK)

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Ernst Hornung / Fritz Schösser (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Aufgabenschwerpunkte der Fachausschüsse des Verwaltungsrates

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik (FA-GG)

- Gesundheits- und sozialpolitische Grundsatzfragen, z.B.
 - Begleitung von Gesetzgebungsverfahren
 - Konzepte zu zentralen Themen des GKV-WSG (Insolvenzrecht, Beitragsfestsetzung, Gesundheitsfonds, Morbi-RSA)
 - Selbstverwaltung
- Rahmenbedingungen für den Wettbewerb
- Grundsatzfragen der Versorgungsentwicklung
- Grundsatzfragen der Haftung von Krankenkassen
- Telematik
- EDV-Systemfragen
- Entwickeln von Richtlinien für die Arbeit des Vorstandes
- Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden bzw. ihren Nachfolgeorganisationen
- Strategisches Controlling der Vorstandsarbeit
- Beschlusscontrolling

Fachausschuss Organisation und Finanzen (FA-OF)

- Satzung und sonstiges Recht
- Finanz- und Haushaltsplan
- Jahresrechnung
- Rechnungsprüfung
- Geschäftsverteilungsfragen
- Grundsätze Personal, Stellenplan, Tarifvertrag, Dienstordnung
- Immobilienangelegenheiten
- Qualitäts- und Datenmanagement im GKV-Spitzenverband
- Regelungen zur Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden bzw. ihren Nachfolgeorganisationen
- Beschlusscontrolling

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation, Pflege (FA-PRP)

- Grundsatzfragen zur Pflegeversicherung
- Grundsatzfragen zur Rehabilitation
- Grundsatzfragen zur Prävention
- Versicherten- und Patientenrechte
- Selbsthilfe
- Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung
- Grundsatzfragen der Versorgung
- Beschlusscontrolling

Fachausschuss Verträge und Versorgung (FA-VV)

- Grundsatzfragen der Vertragsgestaltung (Zieldefinition), Evaluation von Verträgen
- Grundsatzfragen der Versorgung
- Ambulante Versorgung und Vergütung
- Stationäre Versorgung und Vergütung
- Arzneimittel
- Heil- und Hilfsmittel
- G-BA
- MDS
- Qualitätssicherung
- Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung
- Beschlusscontrolling

2009

