



Spitzenverband



# Gemeinsam sind wir 90 Prozent

Geschäftsbericht 2016



## **Impressum**

Herausgeber:  
GKV-Spitzenverband  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0  
Telefax: 030 206288-88  
Email: [kontakt@gkv-spitzenverband.de](mailto:kontakt@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)  
Twitter: [@GKV\\_SV](https://twitter.com/GKV_SV)

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Nach § 217b Abs. 1 SGB V wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet, der von der Mitgliederversammlung gewählt wird. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht erfüllt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine satzungsgemäße Aufgabe, den Mitgliedern durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2016.

Redaktionsschluss: 10.02.2017  
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Verena Schröder (Bildredaktion),  
Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)  
Koordination: René Kircher  
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH  
Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH  
Fotonachweis auf Seite 119

Bestellnummer 2017-001

# **Gemeinsam sind wir 90 Prozent**

Geschäftsbericht 2016

# Geschäftsbericht 2016

---

## Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden .....	6
Vorwort des Vorstandes .....	8
Bericht aus dem Verwaltungsrat .....	10
Staat oder privat? Die Selbstverwaltung kann das besser .....	14
Blick in die Zukunft: Reformen gestalten und nachhaltig finanzieren .....	17

## Themen des Jahres

In der Kritik: Das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz .....	20
Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt: Das PSG II .....	23
Qualitätsprüfung und -sicherung: Reformen in der Pflege .....	26
Bedarfsgerechte Pflegeversorgung organisieren: Das PSG III .....	28
Zwischenbilanz nach einem Jahr: Der Innovationsfonds .....	31
Erprobung der ersten Online-Anwendung: Die Telematikinfrastruktur .....	34
Vom Gesetz zur Realität: Die Krankenhausstrukturreform .....	37
Mehr Transparenz: Das Transplantationsregistergesetz .....	41
Überkommene Budgets, fehlende Leistungsgerechtigkeit: Das PsychVVG .....	42
Realistische Bedarfssimulation: Der GKV-Kliniksimulator .....	43
Geringer Mehrwert für die Versicherten: Das Versorgungsstärkungsgesetz .....	45
Erfolgreiche Einigung: Vertragsärztliche Vergütung 2017 .....	48
Umfassende Reform: Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie .....	50
Auszahlung läuft: Der Sicherstellungszuschlag für Hebammen .....	52
Versorgung verbessert: Das Hospiz- und Palliativgesetz .....	54
Steuerungsinstrumente bleiben ungenutzt: Der Entwurf zum AM-VSG .....	56
Nutzenorientierte Erstattung von Arzneimitteln: Ein neues Konzept .....	58
Verhandlungen erfolgreich: Die AMNOG-Bilanz .....	59
Faire Preise: Arzneimittel-Festbeträge 2016 .....	61
Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit: Biologische Arzneimittel .....	62
Vergütungsansprüche von Apotheken: Schiedsspruch zur Retaxation .....	63
Sicherheitslücken: Europäischer Zulassungsprozess für neue Arzneimittel .....	64
Reform mit Licht und Schatten: Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz .....	66
Angleichung der Heilmittelpreise: Umsetzung des GKV-VSG .....	70

---

Qualitätssicherung und Transparenz: Das IQTIG liefert erste Ergebnisse . . . . .	72
Sicherheit gewährleisten: Medizinprodukte hoher Risikoklasse . . . . .	73
Prävention gemeinsam angehen: Umsetzung des Präventionsgesetzes . . . . .	76
Auf dem Weg zu mehr Teilhabe: Das Bundesteilhabegesetz . . . . .	78
Regelungen vereinheitlichen: Versorgung von Asylsuchenden . . . . .	80
Ein entscheidender Schritt: Das Antikorruptionsgesetz . . . . .	82
Unter neuer Trägerschaft: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland . . . . .	84
Krankenkassen im Plus, Liquiditätsreserve stark rückläufig: Die GKV-Finzen . . . . .	86
Neu aufgestellt: Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung . . . . .	91
Weiter viel zu tun: Gesundheitspolitik in Europa . . . . .	92
Wissenstransfer und Austausch: Internationales Engagement . . . . .	94
Investition für die Zukunft: Die Digitalisierung der DVKA . . . . .	96
Auf einen Blick: Informationsportal „Sozialversicherung für Arbeitgeber“ . . . . .	98
Im Gespräch bleiben: Kommunikationsschwerpunkte 2016 . . . . .	100
Gut aufgestellt: Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes . . . . .	102

**Anhang**

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2016 . . . . .	104
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats . . . . .	106
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats . . . . .	108
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats . . . . .	111
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Fachbeirats . . . . .	115
Organigramm . . . . .	116
Publikationen . . . . .	118

# Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach intensiven Diskussionen und einer großen Zahl von Gesetzen befindet sich die Legislaturperiode auf der Zielgeraden. Rückblickend wurden einige richtige Anreize für eine patientenorientierte Versorgung geschaffen. Zu nennen sind u. a. der Auftrag an die Selbstverwaltung zur Errichtung eines Qualitätsinstituts, das klare Signal der Politik für die Einführung der Telematikinfrastruktur und die Möglichkeit für Krankenkassen und Krankenhäuser, perspektivisch Qualitätsverträge schließen zu können. Dennoch fällt gleichzeitig auf, dass Chancen für echte Strukturveränderungen nicht ergriffen wurden.

Nach wie vor müssen sich Patientinnen und Patienten durch einen Dschungel unterschiedlichster medizinischer Versorgungsangebote kämpfen. Die fach- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist auszubauen. Sowohl die ambulante vertragsärztliche als auch die stationäre Versorgung sind insbesondere in Ballungsgebieten von Überkapazitäten geprägt. Es besteht also noch viel Potenzial für eine effizientere und effektivere Versorgung. Notwendig ist deshalb eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung, welche die bereits heute bestehenden Handlungsnotwendigkeiten sowie die absehbaren Herausforderungen aufgrund der soziodemografischen Entwicklung im Blick hat.

Wir sind weiterhin der festen Überzeugung, dass diese Herausforderungen nur gemeinsam mit der Selbstverwaltung zu bewältigen sind. Entsprechend optimistisch hatte uns zunächst das Bekenntnis des Koalitionsvertrags gestimmt, die Selbstverwaltung sei zu stärken. Inzwischen hat sich jedoch Ernüchterung eingestellt, denn der Ge-

setzentwurf mit dem Titel GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hält nicht, was er verspricht. Im Gegenteil: Im Gesetzgebungsverfahren ging es für uns vor allem darum, Schlimmeres zu verhindern. Mit großem Einsatz des Verwaltungsrats ist es gelungen, Pläne zur Einführung einer Fachaufsicht, die einen massiven Eingriff des Ministeriums in die Selbstverwaltung bedeutet hätten, abzuwehren. Diese und weitere Änderungen sind als großer Erfolg für den GKV-Spitzenverband zu bewerten. Hingegen bleibt ein schaler Beigeschmack bei der einen oder anderen Regelung, die nachweislich nicht die Selbstverwaltung stärkt.

Zum Wesen der Selbstverwaltung gehört es zweifellos, auch unter schwierigen Rahmenbedingungen lösungs- und konsensorientiert zusammenzuarbeiten. Daran hat sich auch in dieser Legislaturperiode nichts geändert. Im Interesse der Versicherten und Arbeitgeber sollten die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung erweitert werden, statt sie zunehmend einzuschränken. Dies motiviert auch zum Engagement in diesem wichtigen Ehrenamt. Gerade mit Blick auf die Sozialwahlen in diesem Jahr wäre ein solches Signal bedeutsam.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Klemens



Dr. Volker Hansen



## Vorwort des Vorstandes

---



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wenn Sie diesen Geschäftsbericht in den Händen halten, ist das Ende der Legislaturperiode in Sichtweite. Dies nehmen wir zum Anlass, an dieser Stelle nicht nur das zurückliegende Jahr zu bilanzieren, sondern auch ein Fazit der letzten vier Jahre zu ziehen. Insgesamt waren es selbst für so reformerprobte Systeme wie das Gesundheitswesen und die Pflegeversicherung vergleichsweise intensive vier Jahre. Eine Vielzahl von Reformen, sprachlich oft als Stärkungs- und Strukturgesetze verpackt, wurde auf den Weg gebracht. Mit ihnen sollte der Fokus auf eine qualitative Verbesserung in allen Versorgungsbereichen gelegt werden - so versprach es zumindest der Koalitionsvertrag.

An einigen Stellen ist dies gelungen: Mit der Umstellung auf die neuen Pflegegrade zu Beginn des Jahres 2017 berücksichtigt die Pflegeversicherung erstmals gleichberechtigt körperliche und psychische sowie kognitive Beeinträchtigungen und ermittelt den Leistungsbedarf anhand des Grades der Selbstständigkeit.

Weit weniger positiv fallen hingegen die Reformanstrengungen in der ambulanten und stationären Versorgung aus. Nachhaltige Lösungen für drängende Strukturfragen ist der Gesetzgeber schuldig geblieben. Trotz der Absicht, teure, nicht bedarfsnotwendige Überkapazitäten abzubauen, entfallen

die Reformen aufgrund ihrer Konstruktionsfehler kaum Wirkung. Am deutlichsten wird dies bei der Krankenhausreform: Über das von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern für den Strukturwandel bereitzustellende Geld entscheiden die Länder, die weder die laufenden Kosten der Kliniken zahlen noch ein ernsthaftes Interesse an Standortschließungen haben.

Wie an vielen Stellen dieses Berichts deutlich wird, bleibt leider auch in der Gesamtschau der zahlreichen verabschiedeten Gesetze in den Bereichen Prävention, Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel festzuhalten: Vieles wird teurer, aber nur wenig besser!

Der Beitragssatz wird im Wahljahr 2017 dennoch stabil bleiben. Dies ist der nach wie vor guten konjunkturellen Lage sowie dem Griff des Gesetzgebers in die Reserven des Gesundheitsfonds zuzuschreiben. Dabei muss deutlich betont werden: Den entscheidenden Stabilitätsbeitrag leisten die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler selbst, denn die zusätzlichen 1,5 Mrd. Euro, die aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ausgeschüttet werden, stammen aus Beitragsgeldern. Ein Anstieg des Zusatzbeitragssatzes wird durch diese einmalig wirkende Maßnahme nur auf die nächsten Jahre verlagert. Darüber hinaus hat die ausgabentreibende Politik der letzten Jahre das Problem verschärft, dass die Ausgaben

weiterhin stärker steigen als die Einnahmen. Hier wird die Politik in der nächsten Legislaturperiode gefordert sein, wieder stärker die Bezahlbarkeit der Versorgung in den Fokus zu nehmen.

Dass es insbesondere im Gesundheitsbereich auch in der nächsten Legislaturperiode Reformen geben wird, ist systemimmanent und aufgrund des nach wie vor großen Handlungsbedarfs dringend geboten. Gerade gemessen an den äußerst günstigen finanziellen Rahmenbedingungen wurde in den letzten vier Jahren an vielen Stellen die Chance verpasst, bereits jetzt den notwendigen Strukturwandel für effizientere und vor allem sektorübergreifende Versorgungsformen einzuleiten.

Als starke Stimme der gesetzlichen Krankenversicherung wird sich der GKV-Spitzenverband in enger Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedskassen weiterhin für die notwendigen Weichenstellungen und nachhaltige Lösungen einsetzen. In Deutschland sind 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Das garantiert ihnen eine umfassende Gesundheitsversorgung von hoher Qualität. Für mehr als 70 Mio. Menschen gestaltet der GKV-Spitzenverband die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht geben wir einen anschaulichen Überblick über die vielfältigen Themen und die erzielten Ergebnisse im zurückliegenden Jahr.

Mit freundlichen Grüßen



Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg  
Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes



Gernot Kiefer  
Mitglied des Vorstandes

# Bericht aus dem Verwaltungsrat

---

Der GKV-Spitzenverband nimmt bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland eine zentrale Rolle ein. Die Sicherstellung der hohen Versorgungsqualität und die Wahrung der wirtschaftlichen Effizienz stehen dabei gleichermaßen im Fokus. Maßgeblich und handlungsleitend für die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes sind die Beschlüsse und Positionen seines Verwaltungsrats. Im Rahmen der etablierten Gremien- und Beratungsstrukturen hat sich der Verwaltungsrat im Berichtsjahr 2016 zu gesundheits- und pflegepolitischen Themen positioniert und wichtige Anstöße und Argumente für gesundheitspolitische Weichenstellungen im Interesse der Patientinnen und Patienten, der zu Pflegenden und der Pflegenden sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler formuliert. Integraler Bestandteil in diesem facettenreichen Meinungsbildungs- und Abwägungsprozess sind für den Verwaltungsrat als Gremium der sozialen Selbstverwaltung die Perspektiven der Sozialpartner.

Neben der Erarbeitung von Positionen zur Telemedizin, zur Qualität der Heilmittelversorgung oder zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung mit biologischen Arzneimitteln griff die Selbstverwaltung im Rahmen von Stellungnahmen und Erklärungen auch immer wieder aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen und dessen Umfeld auf.

## **Pflegeausbildung weiterentwickeln**

Vor dem Hintergrund des weitreichenden Umbaus der Pflegeversicherung auf der Leistungsseite vertrat der Verwaltungsrat die Überzeugung, dass eine adäquate Weiterentwicklung der Pflegeaus-

bildung notwendig sei.

Die diesbezüglich vom Gesetzgeber vorgelegte Pflegeausbildungsreform müsse sich deshalb streng an dem Ziel mes-

sen lassen, in Zukunft eine hochwertige Pflege mit ausreichend Fachpersonal zu gewährleisten. Keinesfalls dürfe eine Sogwirkung in die Kranken-

pflege zulasten der Altenpflege ausgelöst werden. Nach Auffassung des Verwaltungsrats darf eine stärkere Zusammenführung der Ausbildung auch nicht zum Verlust von spezifischen Ausbildungsinhalten führen. Hinsichtlich der Finanzierungssystematik der neuen Ausbildung wurde zwar der Wegfall des Schulgeldes als Zugangshürde für die Ergreifung des Pflegeberufs ausdrücklich begrüßt. Jedoch übte der Verwaltungsrat auch deutliche Kritik an der erneut erkennbaren Tendenz der Quersubventionierung von Schulkosten durch die Sozialversicherungsträger. Der Gesetzgeber wurde daher aufgefordert, die Länder im Rahmen der geltenden Rechtssystematik umfänglich an den Schulkosten zu beteiligen, wie dies auch bei den Berufsschulen der Fall ist.

## **Solidarität zeigen**

Die gesellschaftspolitisch bedeutende Flüchtlingsthematik wurde vom Verwaltungsrat wiederholt aus einer am medizinischen Bedarf orientierten Perspektive aufgegriffen. Angesichts des weiterhin sehr unterschiedlichen Zugangs von Asylsuchenden zu medizinischen Leistungen erneuerte der Verwaltungsrat seinen bereits im September 2015 an Bund, Länder und Kommunen gerichteten Appell, eine bundesweit geltende Regelung herbeizuführen, die eine einheitliche und angemessene medizinische Versorgung von Asylsuchenden ermöglicht. Er bekannte sich zur Mitverantwortung der Solidargemeinschaft und unterstrich die Bereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung, den Ländern und Kommunen mit dem Know-how und der vorhandenen Infrastruktur als verlässliche Kooperationspartnerin zur Verfügung zu stehen.

## **Entwicklung beschleunigen**

Der Verwaltungsrat begrüßte, dass einige der in der Vergangenheit immer wieder vorgetragenen Forderungen des GKV-Spitzenverbandes, die den Fortschritt zur Einführung der Telematikinfrastruktur forcieren sollen, Eingang in das E-Health-Gesetz gefunden haben. Allerdings sind die hier vorgesehenen Sanktionsmaßnahmen teilweise nicht verursachergerecht ausgestaltet. So soll

**Die Reform der Pflegeausbildung muss sich streng an dem Ziel messen lassen, in Zukunft eine hochwertige Pflege mit ausreichend Fachkräften zu gewährleisten.**



bei Fristüberschreitungen im Zusammenhang mit der Erprobung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) u. a. auch der Haushalt des GKV-Spitzenverbandes mit Kürzungen versehen werden. Unberücksichtigt blieb dabei, dass die Gesellschafter der gematik hinsichtlich der Lieferverzögerungen der Industrie keine weiteren Einflussmöglichkeiten geltend machen können. Der Verwaltungsrat wandte sich deshalb erneut an den Gesetzgeber und forderte ihn auf, die Sanktionsmechanismen verursachergerecht auszugestalten und die Fristen auf die Verfügbarkeit der notwendigen Komponenten wie Kartenleser und Konnektoren abzustellen. Der GKV-Spitzenverband hat als alleiniger Kostenträger ohnehin die stärkste Motivation für eine zügige Umsetzung. Mit einer Rechtsverordnung am Jahresende machte das Bundesministerium für Gesundheit von seiner Möglichkeit der Fristverlängerung Gebrauch. Eine Kürzung des Haushaltes des GKV-Spitzenverbandes war damit vom Tisch. Neben diesem positiven Signal gab es auch Anlass, zuversichtlicher als in den Vorjahren in die Zukunft zu blicken: Der Verwaltungsrat wertete die erste Erprobungsphase des VSDM als erfreuliche Entwicklung, bekräftigte jedoch gleichzeitig seine bisherige kritisch-konsequente Linie: Das

hohe Potenzial einer einheitlichen Telematikinfrastruktur im Technologieland Deutschland muss endlich vollständig nutzbar sein.

### **Korruption bekämpfen**

Bei Entgegennahme des 4. Berichts über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zog der Verwaltungsrat eine positive Bilanz hinsichtlich der beim GKV-Spitzenverband entwickelten Aktivitäten. Mit Blick auf die Mitte des Berichtsjahres abgeschlossene Gesetzgebung zur Korruptionsbekämpfung würdigte er, dass der GKV-Spitzenverband hierfür tragfähige Gestaltungsvorschläge erarbeitet und entscheidende Impulse vorgelegt habe.

### **Selbstverwaltung stärken**

Breiten Raum nahm in der laufenden Amtsperiode des Verwaltungsrats die Diskussion über die im Koalitionsvertrag von Union und SPD angekündigte Stärkung der Selbstverwaltung ein. Bemühungen der Politik, ihren Einfluss auf die Selbstverwaltung auszuweiten und in deren Rechte einzugreifen, hatte der Verwaltungsrat in der Vergangenheit wiederholt kritisiert. In Erwartung einer entsprechenden Gesetzgebung in der nächsten Legislaturperiode hatten sich die Mitglieder

---

## **Verabschiedung von Christian Zahn**

Christian Zahn, seit 2010 versichertenseitiger Vorsitzender des Verwaltungsrats, trat im März 2016 im Rahmen der Verwaltungsratssitzung von seinem Amt zurück und reichte den Staffelstab an der Spitze der Selbstverwaltung weiter an Uwe Klemens. Mit seiner großen sozial- und systempolitischen Erfahrung hat Christian Zahn im Verwaltungsrat dazu beigetragen, das hohe Gut der solidarischen GKV als Garant für ein erstklassiges Gesundheitswesen zu festigen und zukunftsfähig zu gestalten. Dabei gingen viele Impulse von ihm aus, die die Debatten in den Gremien in besonderer Weise geprägt haben. Um die Verdienste von Christian Zahn zu würdigen, folgte auch Bundesminister Hermann Gröhe der Einladung des GKV-Spitzenverbandes. Anlässlich der Verwaltungsratssitzung bedankte sich Minister Gröhe für das langjährige und unermüdliche Engagement von Christian Zahn in der Selbstverwaltung.

des Verwaltungsrats bereits 2015 im Rahmen eines Workshops auf die anstehende Reformdiskussion vorbereitet. Im Zuge dessen wurden die bestehenden Kompetenzen der Selbstverwaltung erörtert und bisherige Strategien und Positionen beleuchtet, tradierte Herangehensweisen aber auch kritisch reflektiert. Ziel war es, Argumentationsgrundlagen zu schaffen, um gegenüber der Politik die Potenziale einer souveränen und zukunftsfähigen Selbstverwaltung zu verdeutlichen. Aufgrund von Schwierigkeiten in der Koalition wurde die Reform der Selbstverwaltung allerdings auf die nächste Legislaturperiode verschoben.

Aus völlig anderen Gründen – den bekannt gewordenen Vorgängen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Jahr 2016 dann doch einen Referentenentwurf eines GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes vor, der allerdings in keiner Weise seinem ambitionierten Titel entsprach. Als besonders schwerwiegend war die geplante Regelung über Inhaltsbestimmungen zu bewerten, die es dem BMG als Aufsicht ermöglicht hätte, die Inhalte unbestimmter Rechtsbegriffe festzulegen. Damit wäre ein entscheidender Schritt von der Rechtsaufsicht

zur Fachaufsicht vollzogen worden. Erhebliche Proteste und eine kritische Kommunikation auf allen Handlungsebenen der gemeinsamen wie der sozialen Selbstverwaltung haben den Gesetzgeber veranlasst, diese Regelung ersatzlos zu streichen und den Gesetzentwurf insgesamt zu entschärfen. Letztlich ist eine Reihe entscheidender Regelungen, die während des Verfahrens zu besonders massiver Kritik geführt hatten, entfallen. Dies betraf z. B. die konkrete gesetzliche Festlegung von Satzungsinhalten, die die Autonomie des Verwaltungsrats in beträchtlicher Weise eingeschränkt hätte. Wenn sich auch Wirkungen und Konsequenzen des nunmehr verabschiedeten Gesetzes auf das bestehende System der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung nicht in der zunächst erwarteten Größenordnung entfalten werden, bleibt festzustellen, dass die Selbstverwaltung durch neue Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht eingeschränkt wird. Tatsächlich führt das Gesetz im Ergebnis nicht zu der immer wieder – auch im Koalitionsvertrag – postulierten Stärkung der Selbstverwaltung.

**Massive Eingriffe in das Selbstverwaltungshandeln konnten verhindert und Einschränkungen der Selbstverwaltungsautonomie für das Handeln des Verwaltungsrats entschärft werden.**



# Staat oder privat?

## Die Selbstverwaltung kann das besser

---

Am 16. März 2016 wählte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes Uwe Klemens zu seinem neuen versichertenseitigen Vorsitzenden. Er folgte damit auf Christian Zahn, der den Vorsitz aus Altersgründen niedergelegt hatte. Uwe Klemens war von 2001 bis 2014 ver.di-Landesbezirksleiter in Rheinland-Pfalz und nach der Fusion in gleicher Funktion bis zum 6. Februar 2015 im Landesbezirk Rheinland-Pfalz/Saarland. Seit mehr als 20 Jahren engagiert er sich in der Selbstverwaltung der Krankenkassen und verfügt dadurch über weitreichende Erfahrungen. Er ist Mitglied des Verwaltungsrats der Techniker Krankenkasse und seit dem 25. Februar 2015 ordentliches Mitglied im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Florian Lanz, Sprecher des GKV-Spitzenverbandes, sprach mit ihm über seine Ziele, die Bedeutung der Selbstverwaltung und seine Erwartungen an die Politik.

**Sehr geehrter Herr Klemens, Sie sind von Haus aus Sozialversicherungsfachangestellter und haben das Handwerk von der Pike auf gelernt. Macht das die Arbeit im Verwaltungsrat einfacher?**

Es schadet sicher nicht, selbst einmal im „Maschinenraum“ einer Sozialversicherung gearbeitet zu haben. Was bleibt, ist ein tiefes Verständnis dafür, wie ein Verwaltungsapparat funktioniert, und auch das Sozialgesetzbuch begleitet mich seither als alltägliches Arbeitsinstrument. Ob in meiner Zeit bei der Rentenversicherung, der Gewerkschaft oder auch seit vielen Jahren in der gesetzlichen Krankenversicherung – die soziale Sicherheit durch die Sozialversicherungen war immer von zentraler Bedeutung.

**Das Stichwort würde ich gern aufnehmen. Warum gerade die Sozialversicherungen? In anderen Ländern, wo es beispielsweise staatliche Gesundheitssysteme gibt, funktioniert es doch auch ganz gut.**

Ein staatlich gelenktes und aus Steuergeldern finanziertes System würde viel von seiner inneren Dynamik und Kreativität verlieren.

Stellen Sie sich einmal vor, dass die Krankenkassen und ihre Verbände in einem gigantischen Verwaltungsapparat zusammengefasst wären. Ich habe große Zweifel, dass so ein Apparat den individuellen Bedürfnissen der Versicherten gerecht werden könnte. Jedwede Form von Leistungen wäre von politisch wechselnden Mehrheiten abhängig. Dass diese sich manchmal auch schlagartig ändern und ins Gegenteil verkehren können, hat man in den USA gesehen. Die soziale Absicherung des Einzelnen gegen die Wechselfälle des Lebens möchte ich nicht einer staatlichen Behörde anvertrauen, sondern weiß sie bei den Sozialpartnern in guten Händen. Die Selbstverwaltung kann das besser!

**Der Verwaltungsrat vertritt die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes. Wie sehen Sie das Verhältnis des Verwaltungsrats zu seinen 113 Mitgliedern, den Krankenkassen?**

Die Verwaltungsratskolleginnen und -kollegen repräsentieren die 113 Mitglieder des Verbandes in ihrer Vielschichtigkeit und in all ihren unterschiedlichen Interessenlagen. Für mich, der seit über 30 Jahren im Bereich der sozialen Sicherung tätig ist, bleibt es eine spannende und herausfordernde Aufgabe, an der Spitze des Verwaltungsrats zu stehen. Dabei ist es für mich besonders wichtig, im Sinne eines Konsenses zu arbeiten, ohne dabei meine eigene Haltung zu negieren. Es ist die gemeinsame Aufgabe von Herrn Dr. Hansen und mir, immer zu schauen, dass der Laden zusammenbleibt und dass wir am Ende auch zu Ergebnissen kommen. Die IKK, BKK, AOK, die Ersatzkassen, die Landwirte und die Knappschaft; jede der 113 Kassen hat eigene Positionen, die sie mitbringt, und eigene Herangehensweisen. All das findet sich im Verwaltungsrat wieder.

**Sie sprachen gerade die gelegentlich schwierige Konsenssuche an. Ist der GKV-Spitzenverband tatsächlich in der Lage, entschlossen für das Gesamtsystem GKV**



**in Richtung Politik, aber auch in Richtung der Leistungserbringer in der gemeinsamen Selbstverwaltung als zentraler Akteur aktiv zu sein?**

Ja! Selbstverständlich gibt es verschiedene Interessenlagen von Kassen und Kassenarten und auch durchaus unterschiedliche Sichtweisen von Versicherten und Arbeitgebern, die sie in ihrer Vertretungsfunktion hier einbringen. Aber zumindest seit ich dabei bin, haben wir die wirklich wichtigen Entscheidungen nahezu immer einheitlich getroffen. Das ist ein Ausdruck der Handlungsfähigkeit und deshalb

Heilmittelversorgung organisieren, die Fragen von Leistungen regeln und uns zu bestimmten politischen und gesetzlichen Initiativen positionieren. Dass dies so gut gelingt, ist Ausdruck des gemeinsamen Gestaltungswillens aller Mitglieder des Verwaltungsrats. Lassen Sie mich an dieser Stelle noch etwas hinzufügen: Ich bin den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Verbandes sehr dankbar für ihre engagierte Arbeit und die hohe Fachkompetenz, die ich in allen Abteilungen des Verbandes wahrnehme. Es ist eine Freude, sich darauf verlassen zu können!



ein klares Ja auf Ihre Frage. Wir bekommen das hin. Die Politik könnte sich so manches Mal ein Beispiel daran nehmen. Um nicht missverstanden zu werden: Ich möchte keinen Einheitsbrei, aber wir haben konkrete Fragen zu klären. Wir müssen zum Beispiel die

**Der GKV-Spitzenverband steht an der Spitze der Selbstverwaltung innerhalb des Kassensystems. Erwächst daraus für den Verband an sich oder auch für Sie ganz persönlich eine besondere Verantwortung?**

Ich habe immer gedacht, mich könnte nichts mehr beeindrucken. Als ich vor vielen Jahren das erste Mal einen Haushalt der deutschen Rentenversicherung in Rheinland-Pfalz mitbeschlossen habe, ging es um vier Milliarden Euro. In der gesetzlichen Krankenversicherung reden wir über ganz andere Dimensionen. Wenn man bedenkt, dass die gesetzlichen Krankenkassen, die am Ende den Spitzenverband bilden, rund 70 Millionen Menschen versorgen, dann macht das schon ehrfürchtig. An entscheidender Stelle für die gesundheitliche Versorgung von 90 Prozent der Bevölkerung Verantwortung zu tragen, ist, und damit komme ich auf Ihre Frage zurück, sowohl für den Verwaltungsrat insgesamt als auch für mich ganz persönlich eine große Herausforderung.

# Blick in die Zukunft: Reformen gestalten und nachhaltig finanzieren

Im Herbst 2017 wird in Deutschland ein neuer Bundestag gewählt: ein guter Zeitpunkt für eine Bilanz der bisherigen Gesundheits- und Pflegepolitik und einen Blick auf die in der neuen Legislaturperiode anstehenden Herausforderungen. Die Große Koalition arbeitet bis zuletzt an der Umsetzung des Koalitionsvertrags. Einen Großteil ihres gesundheits- und pflegepolitischen Programms hat sie bereits in Gesetze gegossen. Dabei beschäftigte sie sich mit jedem großen Versorgungsbereich, etwa mit der Krankenhausversorgung, der ambulanten Versorgung und nicht zuletzt mit der Pflegeversicherung. Im Jahr 2017 sollen die Arzneimittel- sowie die Heil- und Hilfsmittelversorgung folgen.

## Reformen mit Leben füllen

Für den GKV-Spitzenverband war das Jahr 2016 davon geprägt, die zahlreichen Aufgaben, die der Gesetzgeber aufgetragen hat, umzusetzen. So soll mit dem Versorgungsstärkungsgesetz eine bessere ambulante Versorgung organisiert werden. Neue Regelungen zur Förderung der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten, strukturschwachen Gebieten oder zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung galt es mit Leben zu füllen.

Eine große Herausforderung stellt die Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes dar. Zu bewältigen waren bzw. sind rund zwei Dutzend neue Aufgaben. Trotz der sich bereits im Gesetzgebungsverfahren abzeichnenden konträren Positionen der Verhandlungspartner und der häufig knapp bemessenen Fristen konnte zum Ende des Jahres 2016 hinter viele dieser Aufgaben ein Haken gemacht werden.

Auch die Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat zahlreiche Aufgaben mit sich gebracht. Dabei war für alle Beteiligten prioritäres Ziel, den Übergang vom bisherigen zum neuen Pflegesystem für die rund drei Millionen Pflegebedürftigen reibungslos und transparent zu gestalten. Mit der Einführung des neuen Pflege-

bedürftigkeitsbegriffs wird 2017 ein Meilenstein in der Pflegeversicherung erreicht sein.

## Fehlentwicklungen entgegensteuern

Große Aufmerksamkeit verdienen die im Jahr 2016 begonnenen Gesetzgebungsverfahren, die zu Beginn des Jahres 2017 bereits abgeschlossen wurden oder deren Abschluss noch im laufenden Jahr geplant ist. Beim Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz hat es eine positive Entwicklung gegeben, wurde doch die zwischenzeitlich geplante Geheimhaltung der Erstattungsbeträge verhindert. Diese Intransparenz wäre nicht den Beitragszahlern sowie Patientinnen und Patienten zugutegekommen. Allerdings wurde die Chance verpasst, die beliebige Preisbildung für neue Arzneimittel im ersten Jahr nach Markteinführung zu beheben. Sie dient allein der pharmazeutischen Industrie und bedeutet für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler ein Kostenrisiko. Es bedarf einer generellen Rückwirkung des Erstattungsbetrages.

**Beim Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz wurde in letzter Sekunde die Geheimhaltung der Erstattungsbeträge verhindert.**

Beim Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz sind die kritischen Punkte vor allem die Aussetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sowie die Blankoverordnung für Heilmittel. Während die Entkoppelung vom Grundlohn die ohnehin schon galoppierende Ausgabenentwicklung noch weiter antreiben wird, stellt sich bei der Blankoverordnung die Frage, weshalb nicht die Ergebnisse der bereits laufenden Modellversuche abgewartet und auf Basis dieser Erkenntnisse fundiert entschieden wird. Hier gibt es deutlichen Handlungsbedarf. Für den Hilfsmittelbereich sieht es so aus, als könnten Lösungen gefunden werden, die eine qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung unter finanziell tragfähigen Bedingungen gewährleisten.

Beim sog. Selbstverwaltungsstärkungsgesetz konnten im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wichtige Korrekturen im Sinne des GKV-Spitzenverbandes erreicht und drohende schwerwiegendere Eingriffe in die Rechte der sozialen Selbstver-

waltung entschärft werden. Der Titel des Gesetzes ist dennoch eindeutig ein Etikettenschwindel, denn insgesamt schränken die Regelungen die eigenverantwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung ein. Und das im Jahr der Sozialwahlen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes braucht es dieses Gesetz nicht.

### **Finanzierung sichern, Versorgung weiter verbessern**

Die Reformen der zu Ende gehenden Legislaturperiode werden die Ausgaben der Krankenkassen in die Höhe treiben und damit langfristig zu steigenden Zusatzbeiträgen führen. Die Bezahlbarkeit der gesundheitlichen Versorgung muss daher wieder stärker in den Fokus rücken. Das Gesundheits-

**Der Titel des Gesetzes zur Stärkung der Selbstverwaltung ist eindeutig Etikettenschwindel, denn insgesamt schränken die Regelungen die eigenverantwortlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung ein.**

wesen hat ein strukturelles Defizit: Die Ausgaben steigen stärker als die Einnahmen. Ziel muss es sein, die begrenzten finanziellen Ressourcen sinnvoll zu verteilen. Bestehende

und nachgewiesene Überkapazitäten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind abzubauen. Es bedarf weiterer Anstrengungen, um das Phänomen in den Griff zu bekommen, dass es zwar immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gibt, diese aber sehr ungleich im Land verteilt sind. Zu überprüfen sind die derzeitigen Strukturen der sektorübergreifenden Zusam-

menarbeit in der gesundheitlichen Versorgung, denn zwischen ambulanter und stationärer Versorgung knirscht es. Patientinnen und Patienten erleben dies, wenn sie beispielsweise unnötigen Doppeluntersuchungen ausgesetzt sind.

Ein Thema für die Zukunft bleibt die Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten, auch wenn es bereits erste Lösungsansätze aus dem Versorgungsstärkungs- und dem Krankenhausstrukturgesetz gibt. Auf eine neue konzeptionelle Grundlage sind die fast zwei Dutzend unterschiedlichen Rechtsgrundlagen und Finanzierungssysteme für ambulante Behandlungen an Kliniken zu stellen.

Neben diesen konkreten Beispielen für die Notwendigkeit gesetzgeberischen Handelns besteht generell die Herausforderung, das Gesundheitswesen an immer schnellere ökonomische, soziale, technische und medizinische Veränderungsprozesse anzupassen. Das wird nicht auf einen Schlag und für alle Zeiten möglich sein, sondern muss kontinuierlich und in vielen Schritten geschehen. Der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt, die Digitalisierung von Kommunikation und Arbeitswelt, Landflucht und Migration sowie der Wandel des Krankheitspanoramas prägen die Entwicklung. Den neuen Koalitionsvertrag und die darauf aufbauende Gesetzgebung des 19. Deutschen Bundestags erwarten der GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen daher mit Spannung.



Wir sind im Team unschlagbar.

Wir sind Strategen.

Wir sind Spielmacher.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# In der Kritik: Das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist in Kraft getreten. Zuvor gab es intensive Diskussionen über die Zielrichtung und Ausgestaltung des Gesetzes. Hierbei hatte sich insbesondere der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes vehement

**Auf den letzten Metern wurden am Gesetz wichtige Korrekturen vorgenommen und Eingriffe in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung entschärft. Der gewählte Ansatz, die Selbstverwaltungsrechte durch Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht einzuschränken, ist dennoch falsch.**

entschärft werden. Diese Änderungen sind auch als großer Erfolg für den GKV-Spitzenverband zu bewerten.

## **Einführung einer Fachaufsicht abgewendet**

Den Startschuss für das Gesetzgebungsverfahren gab ein im März 2016 bekannt gewordenes Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Im Kern sahen die Eckpunkte und der auf dieser Grundlage erstellte Referentenentwurf des BMG vor, insbesondere mit Hilfe einer „Inhaltsbestimmung für unbestimmte Rechtsbegriffe“ durch das BMG die Kontroll- und Weisungsrechte gegenüber der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen zu einer Fachaufsicht weiterzuentwickeln. Dies hätte eine Zäsur für die Rechte der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung bedeutet und deren Eigenverant-

wortlichkeit nachhaltig geschwächt. Zugleich sah der Referentenentwurf weitere neue Eingriffsrechte für die Aufsicht in die Satzungsautonomie und in das Verwaltungshandeln vor.

wordlichkeit nachhaltig geschwächt. Zugleich sah der Referentenentwurf weitere neue Eingriffsrechte für die Aufsicht in die Satzungsautonomie und in das Verwaltungshandeln vor.

wordlichkeit nachhaltig geschwächt. Zugleich sah der Referentenentwurf weitere neue Eingriffsrechte für die Aufsicht in die Satzungsautonomie und in das Verwaltungshandeln vor.

Vor dem Hintergrund dieser inakzeptablen Eingriffe hat sich der Verwaltungsrat nachdrücklich dafür eingesetzt, diese zu streichen und die Gestaltungsmöglichkeiten der sozialen Selbstverwaltung aufrechtzuerhalten. Erfreulicherweise zeigten die Proteste Erfolg und der vom Kabinett verabschiedete Gesetzentwurf sah die vorgesehenen Inhaltsbestimmungen für unbestimmte Rechtsbegriffe nicht mehr vor. Damit wurde das Risiko einer Fachaufsicht wesentlich reduziert und der Kernangriff auf die Selbstverwaltungsautonomie erfolgreich verhindert. Zudem wurden die Vorschriften zu den gesetzlichen Satzungsvorgaben und die neuen Regelungen für die Bestellung einer „Entsandten Person für besondere Angelegenheiten“ teilweise konkretisiert und entschärft.

## **Gesetzentwurf zunächst weiterhin mit gravierendem Verbesserungsbedarf**

Auch nach den Änderungen bestand dringender Verbesserungsbedarf: So hätte die Aufsicht mit den im Gesetzentwurf zunächst noch vorgesehenen Regelungen einen Entsandten mit der Wahrnehmung von Aufgaben beim GKV-Spitzenverband beauftragen und dessen Tätigkeitsbereich weitgehend frei bestimmen können. Nicht akzeptabel wäre bei einem solchen Vorgehen,

dass die haftungsrechtliche Verantwortlichkeit bei den Organen des GKV-Spitzenverbandes verbleibt. Ebenso wenig nachvollziehbar waren die verbliebenen gesetzlich vorgesehenen Satzungenvorgaben für den Verwaltungsrat.

Deshalb haben die Verwaltungsratsvorsitzenden im gesamten Gesetzgebungsverfahren in Gesprächen mit den politisch Verantwortlichen, in der öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses des Bundestages sowie in öffentlichen Erklärungen und Veranstaltungen immer wieder deutlich herausgestellt, dass es einer solchen Gesetzgebung für den GKV-Spitzenverband nicht bedarf. Dessen Arbeit hat weder einen rechtlichen noch einen inhaltlichen Grund für die vorgesehenen Eingriffe in die Selbstverwaltungsrechte gegeben. Das zum Ausdruck gebrachte Misstrauen gegenüber der Selbstverwaltung ist weder nachvollziehbar noch gerechtfertigt.

### **Wesentliche Änderungen auf der Zielgeraden**

Erst kurz vor der Verabschiedung durch den Bundestag hat sich die Koalition auf weitere wichtige Änderungen am Gesetzentwurf verständigt. So wurden die Mindestsatzungsvorgaben gestrichen. Zudem wurde der Tätigkeitsbereich des Entsandten eingeschränkt. Danach soll er nur noch beraten, unterstützen, überwachen und Schadensersatzansprüche prüfen. Die Eingriffsvoraussetzungen wurden außerdem präzisiert.

Insgesamt wurden damit wichtige Korrekturen vorgenommen und Eingriffe in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung entschärft, sodass hier von einem großen Erfolg für den GKV-Spitzenverband gesprochen werden kann. Dennoch bleibt festzuhalten: Der

gewählte Ansatz, die Selbstverwaltungsrechte durch Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht einzuschränken, ist falsch. Stattdessen hätte der Gesetzgeber die Selbstverwaltungsrechte weitaus stärker ausbauen müssen. Damit es tatsächlich zu einer Stärkung der Selbstverwaltung kommt, braucht es in der kommenden Legislaturperiode einen erneuten Anlauf des Gesetzgebers für eine Reform, die diesen Namen auch verdient.

**Die Selbstverwaltung braucht wieder größere Gestaltungsmöglichkeiten.**



Wir sind weit gereist.

Wir sind Planerinnen.

Wir sind Betriebsräte.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt: Das PSG II

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) führte der Gesetzgeber zum 1. Januar 2017 einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ein. Damit trat die zweite Reformstufe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in Kraft. Seit Jahresbeginn orientiert sich die Pflegebedürftigkeit nicht mehr an einem in Minuten gemessenen Hilfebedarf bei den wiederkehrenden alltäglichen Verrichtungen. Zugrunde gelegt wird ausschließlich, wie stark die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt und in welchem Umfang er auf Hilfe durch andere angewiesen ist. Durch diesen veränderten Fokus werden körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigte Menschen bei der Einstufung in die fünf Pflegegrade gleichberechtigt behandelt. Bei der Begutachtung werden nicht nur die klassischen Bereiche wie z. B. Körperpflege oder Ernährung erfasst, sondern auch Aspekte wie kommunikative Fähigkeiten, die Gestaltung des Alltagslebens oder soziale Kontakte. Um die Einführung des

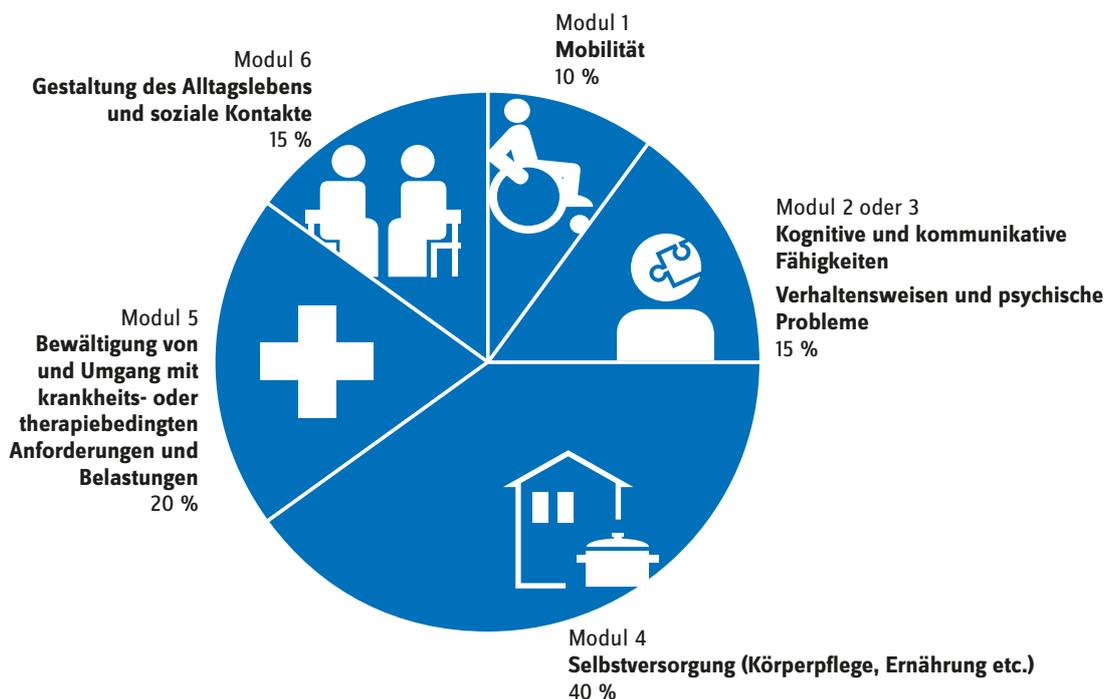
neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit einhergehenden Regelungen zur Überleitung und zum Bestandsschutz zum 1. Januar 2017 sicherzustellen, hat der GKV-Spitzenverband bereits 2015 mit den Vorarbeiten zur Umstellung begonnen.

### Neue Begutachtungs-Richtlinien

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde auch ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt, das die Feststellung von Pflegebedürftigkeit grundlegend verändert. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben differenzierter als bisher festzustellen, was ein Mensch kann und wobei er Hilfe benötigt. Sie beurteilen den Grad der Abhängigkeit von fremder Hilfe und Unterstützung in den für die Pflege und Betreuung maßgeblichen Bereichen des Lebens.

**Körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigte Menschen werden bei der Einstufung in die fünf Pflegegrade gleichberechtigt behandelt.**

### Aspekte der Pflegegradbestimmung prozentuale Gewichtung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

**Mit einem Falblatt werden die Versicherten in kurzer und verständlicher Form über die wichtigsten Neuerungen bei der Pflegebegutachtung informiert.**

Die einheitliche Grundlage für dieses Verfahren bilden die Begutachtungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes, die vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurden und ebenfalls zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind. Sie wurden in engem Zusammenwirken mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie mit den MDK und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen erarbeitet.

**Übergang von Pflegestufen zu Pflegegraden**

Versicherte, die am 31. Dezember 2016 bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen haben, wurden zum 1. Januar 2017 ohne neue Antragstellung und ohne erneute Begutachtung aus den bisherigen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade übergeleitet. Pflegebedürftige mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen erhalten anstelle der bisherigen Pflegestufe den nächsthöheren Pflegegrad. Pflegebedürftige, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA) festgestellt wurde, werden zwei Pflegegrade höher eingestuft. Die Pflegebedürftigen wurden von ihrer jeweiligen Pflegekasse mit einem Bescheid verbindlich über den Pflegegrad und die neuen Leistungen informiert.

**Von Pflegestufen zu Pflegegraden**

Pflegestufe 0	mit PEA*	➤	<b>Pflegegrad 2</b>
Pflegestufe I	ohne PEA		<b>Pflegegrad 2</b>
Pflegestufe I	mit PEA	➤	<b>Pflegegrad 3</b>
Pflegestufe II	ohne PEA		<b>Pflegegrad 3</b>
Pflegestufe II	mit PEA	➤	<b>Pflegegrad 4</b>
Pflegestufe III	ohne PEA		<b>Pflegegrad 4</b>
Pflegestufe III	Härtefall	➤	<b>Pflegegrad 5</b>

\*Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Darstellung: GKV-Spitzenverband

**Leistungsrechtliche Umsetzung begleiten**

Damit Pflegebedürftige, die bereits vor dem 1. Januar 2017 Leistungen erhalten haben, durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechtergestellt werden, hat der Gesetzgeber Regelungen zum Bestandsschutz vorgesehen. Für eine einheitliche Umsetzung dieser leistungsrechtlichen Vorschriften hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene die leistungsrechtlichen Vorschriften in einem „Gemeinsamen Rundschreiben“ erläutert. Da in der Phase der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen erwartet wurde, hat der Gesetzgeber die gesetzliche Begutachtungsfrist für das Jahr 2017 ausgesetzt, sofern nicht ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag entwickelte der GKV-Spitzenverband Kriterien für das Vorliegen eines solchen dringlichen Entscheidungsbedarfs.

**Information der Versicherten**

Für eine möglichst einheitliche Kommunikation zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens richtete der GKV-Spitzenverband eine Arbeitsgruppe ein. In dieser wurden unter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen und Verbände der Pflegeversicherung auf Bundesebene sowie des MDS laienverständliche Informationsangebote entwickelt, so z. B. ein Frage- und Antwortkatalog sowie Abbildungen zum neuen Begutachtungsverfahren, zur Bewertungssystematik, zu den Übergangsregelungen sowie zu Hilfsmittel-, Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen. Darüber hinaus erarbeitete der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene das Falblatt „Die Pflegereform 2017 – Ein Überblick“. Mit diesem Falblatt werden die Versicherten in kurzer und verständlicher Form über die im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Begutachtungsassessments wichtigsten Neuerungen informiert.

### Prävention in der stationären Pflege

Mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeheimen sowie in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege zu erbringen. So können die Gesundheitspotenziale pflegebedürftiger Menschen trotz ihrer körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen gefördert werden.

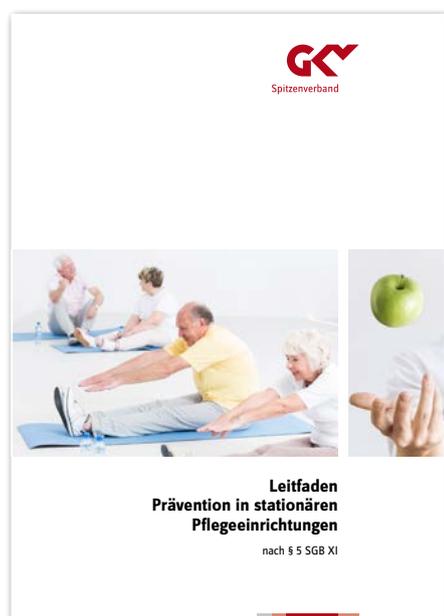
Der GKV-Spitzenverband erarbeitete auf Grundlage einer wissenschaftlichen Expertise einen Leitfaden mit Handlungsfeldern und Kriterien für die Prävention in der stationären Pflege. Der Leitfaden unterstützt die Pflegekassen dabei, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen. Die Handlungsfelder umfassen die Bereiche Ernährung und körperliche Aktivität. Weitere Themen sind die Stärkung kognitiver Ressourcen, die psychosoziale Gesundheit und die Prävention von Gewalt.

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen setzt voraus, dass die Lebensbedingungen von

Pflegebedürftigen in Heimen dauerhaft verbessert werden. Prävention in der stationären Pflege muss sich daher konsequent am Settingansatz orientieren, d. h. gesundheitsfördernde und präventive Interventionen müssen im räumlich-sozialen Umfeld (Setting bzw. Lebenswelt) der Pflegebedürftigen erfolgen. Aufgrund der starken Abhängigkeit der Heimbewohnerinnen und -bewohner vom Handeln der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen ist es sinnvoll, präventive Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung für die Pflegenden zu verbinden. Hierzu zählen beispielsweise die Umsetzung gesundheitsgerechter Führungsprinzipien oder die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Umgebung. Auch der Einbezug von Heimbeiräten, Angehörigen sowie gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern erscheint ratsam.

Für solche speziellen Angebote wenden die gesetzlichen Pflegekassen bundesweit jährlich ca. 21 Mio. Euro auf.

**Es ist sinnvoll, präventive Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung für die Pflegenden zu verbinden.**



# Qualitätsprüfung und -sicherung: Reformen in der Pflege

Auf Grundlage des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde auf Bundesebene der Qualitätsausschuss Pflege ins Leben gerufen. Die Vertragsparteien in der Pflege, Kostenträger und Leistungserbringer, sind darin paritätisch vertreten. Sieben von 20 Sitzen

**Vor dem Hintergrund bekannt gewordener Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste wurden jährliche Abrechnungsprüfungen von Pflegeeinrichtungen verpflichtend.**

hat der GKV-Spitzenverband inne. Der Qualitätsausschuss fasst Beschlüsse und trifft Vereinbarungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität, die für alle

Pflegeeinrichtungen verbindlich sind. Ziel des Gesetzgebers ist es, mit diesem neuen Gremium die Entscheidungsstrukturen und -prozesse zu straffen. Der Qualitätsausschuss nahm seine Arbeit im Juni 2016 auf.

Im Rahmen seiner Tätigkeit vergibt der Qualitätsausschuss Pflege Aufträge an wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese betreffen insbesondere die Entwicklung von Instrumenten für die Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung, die die derzeit bestehenden sog. Pflegenoten ablösen sollen. Eine unabhängige Geschäftsstelle unterstützt das Gremium seit August 2016 bei den wissenschaftlichen Aufträgen.

## Abrechnungsprüfungen im Rahmen von Qualitätsprüfungen

Der Gesetzgeber hat seit Beginn des Jahres Abrechnungsprüfungen im Rahmen der jährlich durchzuführenden Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen verpflichtend vorgeschrieben. Dies erfolgte insbesondere vor dem Hintergrund

## Zusammensetzung des Qualitätsausschusses sowie des Erweiterten Qualitätsausschusses 2016

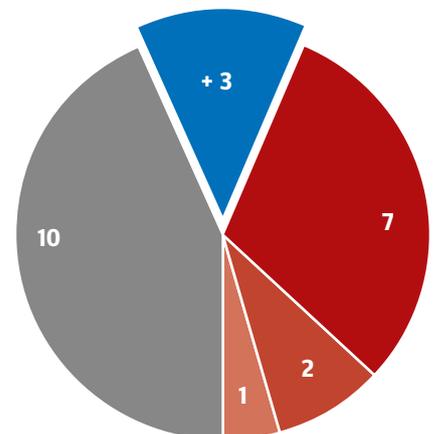
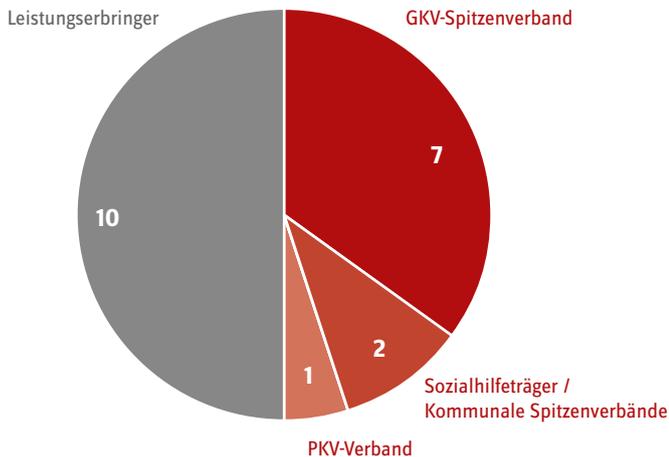
### Qualitätsausschuss § 113b SGB XI

Beschlüsse und Vereinbarungen zu §§ 37, 113, 113a, 115 SGB XI durch einvernehmliche Einigung aller Mitglieder

- Bei fehlender Einigung
- Auf Antrag eines Mitglieds, eines Vertragspartners nach § 113 SGB XI oder des BMG

### Erweiterter Qualitätsausschuss

- Erweiterung durch einen unparteiischen Vorsitz und zwei weitere unparteiische Mitglieder
- Entscheidungen durch Mehrheitsbeschluss



Darstellung: GKV-Spitzenverband

bekannt gewordener Fälle von Abrechnungsbetrug durch ambulante Pflegedienste. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) bilden die Grundlage für die durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) durchzuführenden Prüfungen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgabe waren diese Richtlinien entsprechend anzupassen. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, den MDK, den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene sowie mit dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Regelungen und Kriterien für die Durchführung von Abrechnungsprüfungen erarbeitet. Die auf Bundesebene maßgeblichen Betroffenenorganisationen haben hierbei beratend mitgewirkt. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind nach Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium am 15. Oktober 2016 in Kraft getreten. Die Prüfungen der Pflegeeinrichtungen finden seitdem auf der Grundlage der angepassten Richtlinien statt.

### **Personalbemessung in der Pflege**

Mit dem 2016 in Kraft getretenen PSG II wurden der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozial-

hilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam als Vertragsparteien in der Pflege verpflichtet, bis Mitte 2020 ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und zu erproben. Hierfür haben die Vertragsparteien im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Aufträge an wissenschaftliche Institute zu vergeben. Das Verfahren muss auf dem ab 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff basieren und soll weiterhin die fachliche Angemessenheit der pflegerischen Maßnahmen sowie die unterschiedlichen Qualifikationen von Pflegekräften berücksichtigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ergibt sich aus dem Auftrag zur Entwicklung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens die Chance, die derzeit bestehenden regionalen Unterschiede bei der Personalausstattung kritisch zu hinterfragen. Zukünftig sollten verstärkt Aspekte der Versorgungsqualität als Maßstab für eine angemessene Personalausstattung in Pflege, Betreuung und hauswirtschaftlicher Versorgung gelten.

**Bis Mitte 2020 soll ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden.**

# Bedarfsgerechte Pflegeversorgung organisieren: Das PSG III

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) werden drei Themen aufgegriffen: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialhilfe, die Stärkung der Rolle der Kommunen sowie der Abrechnungsbetrug in der Pflege.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das neue Begutachtungsverfahren werden auf die Sozialhilfe übertragen. Das ist notwendig, damit auch für die ergänzenden Leistungen der Sozialhilfe, der Hilfe zur Pflege, die gleichen Grundlagen gelten wie für die begrenzten Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Darüber hinaus sieht das Gesetz die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege mit dem Ziel vor, die Steuerungs- und Planungskompetenzen der Kommunen

**Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen werden einseitig auf die Kommunen übertragen. Neben dem Aufbau doppelter Beratungsstrukturen wird dies auch zu Mehrkosten führen.**

auszuweiten. Hierzu hatte zuvor eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe Vorschläge erarbeitet. Zu diesen Vorschlägen sowie zum Gesetzgebungsprozess im Jahr 2016 hatte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im Juni 2015 Kernpositionen verabschiedet und Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Pflegekassen unterbreitet.

Der Verwaltungsrat wies darauf hin, dass die Länder und Kommunen dafür verantwortlich sind, eine ausreichende pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten. Hierzu gehören im Rahmen der Daseinsvorsorge und der kommunalen Altenhilfe die Bedarfsanalyse und die Pflegebedarfsplanung. Wird eine Unterversorgung festgestellt, greifen die Maßnahmen der Infrastrukturförderung. Diese Möglichkeiten der Förderung bestehen bereits und sind auch konsequent umzusetzen. Für die Finanzierung sind die Länder zuständig.

## **Kommunale Pflegesteuerung zulasten der Beitragszahlenden**

Die jetzt im Gesetz verankerten Regelungen verlagern die bisher von den Versicherten positiv wahr-

genommene Pflegeberatung von den Pflegekassen auf bis zu 60 Kommunen. Diese können zunächst befristet auf fünf Jahre modellhaft Pflegeberatungen durchführen. Der GKV-Spitzenverband hatte wiederholt kritisiert, dass hier Kompetenzen der Kranken- und Pflegekassen einseitig auf die Kommunen übertragen werden. Neben dem Aufbau doppelter Beratungsstrukturen wird dies auch zu Mehrkosten führen, da die modellhafte kommunale Pflegeberatung durch die gesetzliche Pflegeversicherung finanziert wird. Problematisch wird auch die unterschiedliche Organisation der Modellkommunen sein.

Demgegenüber hatte der GKV-Spitzenverband ein gemeinsames, gleichberechtigtes Handeln von Ländern, Kommunen und Kassen im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit vorgeschlagen. Konkret hätte dies die Durchführung von Modellvorhaben aus Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung bei gemeinsamer Antragstellung von Kommunen und Kassen ermöglicht. Mit der nun gewählten Konstruktion muss befürchtet werden, dass weniger die bedarfsgerechte Beratung und die Versorgung der betroffenen Menschen im Mittelpunkt stehen, sondern primär die Finanzierung der Kommunen aus Beiträgen der Pflegeversicherung.

## **Abrechnungsbetrug in der Pflege, Erweiterung des Prüfrechts**

Nach im Frühjahr 2016 bekannt gewordenen Erkenntnissen des Bundeskriminalamts handelt es sich beim Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege inzwischen um ein bundesweites Phänomen. Dabei konzentrieren sich die Täterinnen und Täter vor allem auf das Geschäft mit Intensivpatientinnen und -patienten, da in diesem Bereich die höchsten Gewinne erzielt werden können. Die auch bei den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen eingegangenen Hinweise haben gezeigt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt und ergänzt werden müssen, um Abrechnungsbetrug in der Pflege frühzeitiger zu erkennen und zu unterbinden.

Um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen zukünftig besser entgegenzutreten zu können, wurden im SGB V sowie im SGB XI mit dem PSG III auch

neue Regelungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug eingeführt bzw. ergänzt. Im Rahmen der öffentlichen

Anhörung hat der GKV-

Spitzenverband die Neuregelungen nachdrücklich begrüßt und weitergehenden gesetzlichen Änderungsbedarf angemahnt. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ist z. B. eine gesetzliche Klarstellung notwendig, dass bei der Abrechnung zukünftig auch die Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung angegeben werden müssen. Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachvollziehen zu können, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes überhaupt plausibel erbracht werden konnten. Nur auf diesem Weg kann die erfolgte Abrechnung nicht erbrachter Leistungen überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden.

**Beim Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege handelt es sich inzwischen um ein bundesweites Phänomen. Dabei konzentrieren sich die Täterinnen und Täter vor allem auf das Geschäft mit Intensivpflegepatientinnen und -patienten.**



### Neue Regelungen im Umgang mit Abrechnungsbetrug

- neue Rechte zur MDK-Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen
- Weiterentwicklung bestehender Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung
- Ergänzungen der Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung in den Landesrahmenverträgen



Wir sind Frühaufsteher.

Wir sind Landwirte.

Wir sind Gastgeber.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Zwischenbilanz nach einem Jahr: Der Innovationsfonds

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurden die gesetzlichen Regelungen zur Einführung des Innovationsfonds geschaffen. Der Innovationsfonds verfolgt das Ziel, mit innovativen Versorgungsmodellen die Versorgungsqualität zu verbessern und die häufig beklagten Schnittstellenprobleme bei sektorübergreifenden Behandlungen zu minimieren. Außerdem sollen im Rahmen der Versorgungsforschung Projekte gefördert werden, die zu einer besseren Versorgung beitragen. Für die Projektförderung stehen von 2016 bis einschließlich 2019 jährlich 300 Mio. Euro zur Verfügung. Die Fördergelder werden zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zur anderen Hälfte direkt von den Krankenkassen bereitgestellt. Die Mittel können zu drei Vierteln für neue Versorgungsformen (225 Mio. Euro jährlich) und zu einem Viertel für Versorgungsforschung (75 Mio. Euro jährlich) eingesetzt werden.

Zur Durchführung der Förderung wurde beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein neues Gremium, der Innovationsausschuss, eingerichtet. Der Innovationsausschuss, in dem neben dem GKV-Spitzenverband mit drei Vertreterinnen und Vertretern auch die weiteren Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens sowie zwei Bundesministerien Sitz und Stimme haben, nahm im Oktober 2015 seine Arbeit auf. Zudem wurde im Januar 2016 ein zehnköpfiger Expertenbeirat berufen, der zusätzlichen wissenschaftlichen und versorgungspraktischen Sachverstand in die Beratungen des Innovationsausschusses einbringt.

## Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen und Bewertung der Anträge

Nach der Konstituierung der Gremien beschloss der Innovationsausschuss im Frühjahr 2016 die ersten Förderbekanntmachungen. Das ausgeschriebene Themenspektrum im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ wurde weit gefächert aufgesetzt und umfasste bspw. die Behandlung vulnerabler Patientengruppen, die Versorgung in ländlichen Regionen sowie Fragen zur Optimie-

## Besetzung des Innovationsausschusses



Darstellung: GKV-Spitzenverband

rung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Auch Projekte zur Telemedizin, die nicht zuletzt mit dem in 2016 in Kraft getretenen E-Health-Gesetz neuen Schub erfahren haben, wurden ausgeschrieben.

Im Juli 2016 endeten die Antragsfristen für die beiden Förderbekanntmachungen „Neue Versorgungsformen“. Insgesamt wurden mehr als 220 Förderanträge eingereicht. Das für 2016 zur Verfügung stehende Förderbudget war damit erwartungsgemäß weit überzeichnet. Im Ergebnis wurden im Innovationsausschuss im trägerübergreifenden Konsens und unter Berücksichtigung der Voten des Expertenbeirats 29 Förderprojekte ausgewählt, die ein Mittelbudget von rund 210 Mio. Euro aufrufen. Auf der Homepage des Innovationsausschusses finden sich detaillierte Informationen zu diesen Projekten. Die rund 100 Projektanträge der zweiten Förderwelle werden im ersten Quartal 2017 beschieden.

Im Bereich der „Versorgungsforschung“ wurden über 300 Antragsskizzen eingereicht, die in einem zweistufigen Verfahren zu bewerten waren. Nach Prüfung und Bewertung der Skizzen wurden 142 Antragsteller vom Innovationsausschuss aufgefordert, ihr Projekt im Rahmen eines Vollertrages

## Geförderte Projekte „Neue Versorgungsformen“ der 1. Förderwelle

	Zahl	Volumen
<b>Themenfeld 1:</b> Versorgungsmodelle in strukturschwachen und ländlichen Gebieten	4	35,6 Mio. €
<b>Themenfeld 2:</b> Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit	4	43,4 Mio. €
<b>Themenfeld 3:</b> Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health	6	40,9 Mio. €
<b>Themenfeld 4:</b> Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen	10	65,2 Mio. €
Förderanträge aus der themenoffenen Ausschreibung	5	25,7 Mio. €
<b>Gesamt*</b>	<b>29</b>	<b>210,7 Mio. €</b>

\* Summen können rundungsbedingt abweichen

## Geförderte Projekte „Versorgungsforschung“

	Zahl	Volumen
<b>Themenfeld 1:</b> Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und/oder Patientensicherheit in der Versorgung	15	27,5 Mio. €
<b>Themenfeld 2:</b> Verbesserung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität für bestimmte Patientengruppen	5	2,9 Mio. €
<b>Themenfeld 3:</b> Innovative Konzepte patientenorientierter Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Arbeitsteilung und der Schnittstellen sowie der Integration ausländischer anerkannter Pflegefachkräfte in den Versorgungsalltag	2	2,5 Mio. €
<b>Themenfeld 4:</b> Verbesserung der Bedarfsgerechtigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit der GKV-Versorgung	10	7,7 Mio. €
<b>Themenfeld 5:</b> Ursachen, Umfang und Auswirkungen administrativer und bürokratischer Anforderungen im Gesundheitswesen auf die Patientenversorgung	1	0,4 Mio. €
<b>Themenfeld 6:</b> Einsatz und Verknüpfung von Routinedaten	12	14,4 Mio. €
Förderanträge aus der themenoffenen Ausschreibung	10	8,8 Mio. €
Evaluation und Auswertung von Selektivverträgen	4	2,6 Mio. €
Evaluation der Richtlinie des G-BA zur SAPV	3	3,7 Mio. €
<b>Gesamt</b>	<b>62</b>	<b>70,5 Mio. €</b>

detailliert zu beschreiben. Schlussendlich konnten sich 55 Projektanträge durchsetzen. Außerdem werden aus dem Förderbudget „Versorgungsforschung“ auch Projekte zur Evaluation der G-BA-Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sowie Projekte zur Evaluation von Selektivverträgen finanziert.

Bei der Auswahl der Projekte ist sicherzustellen, dass die Fördermittel wirtschaftlich und zweckmäßig eingesetzt werden. Ziel ist es, erfolgreich erprobte Projekte in die Regelversorgung zu überführen. Daher war es bspw. im Bereich der Telemedizin wichtig, nur solche E-Health-Lösungen zu finanzieren, die sich in die Telematikinfrastruktur der gematik integrieren lassen.

### Zwischenbilanz aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Krankenkassen aller Kassenarten haben sich an den Ausschreibungen beteiligt, und viele konnten sich mit ihren Projektansätzen im Auswahlverfahren durchsetzen. Die Mehrzahl aller geförderten Projekte wird nun unter Beteiligung von Krankenkassen umgesetzt. Aber auch die anderen Spitzenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens haben konstruktive Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung eingebracht. Mit dem Innovationsfonds wurde ein Instrument geschaffen, das wichtige Impulse und Ansätze zur Verbesserung der träger- und sektorübergreifenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung liefert. Um aus den unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen, die in das Förderverfahren eingebracht wurden, den bestmöglichen Erkenntnisgewinn ziehen zu können, spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, die Ergebnisse künftig noch transparenter zu machen. Im Bereich der „Versorgungsforschung“ wurden über 300 Antragskizzen eingereicht, die in einem zweistufigen Verfahren zu bewerten waren.

Wir sind auf Entdeckungstour.

Wir sind Schüler.

Wir sind Pfadfinder.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.



# Erprobung der ersten Online-Anwendung: Die Telematikinfrastuktur

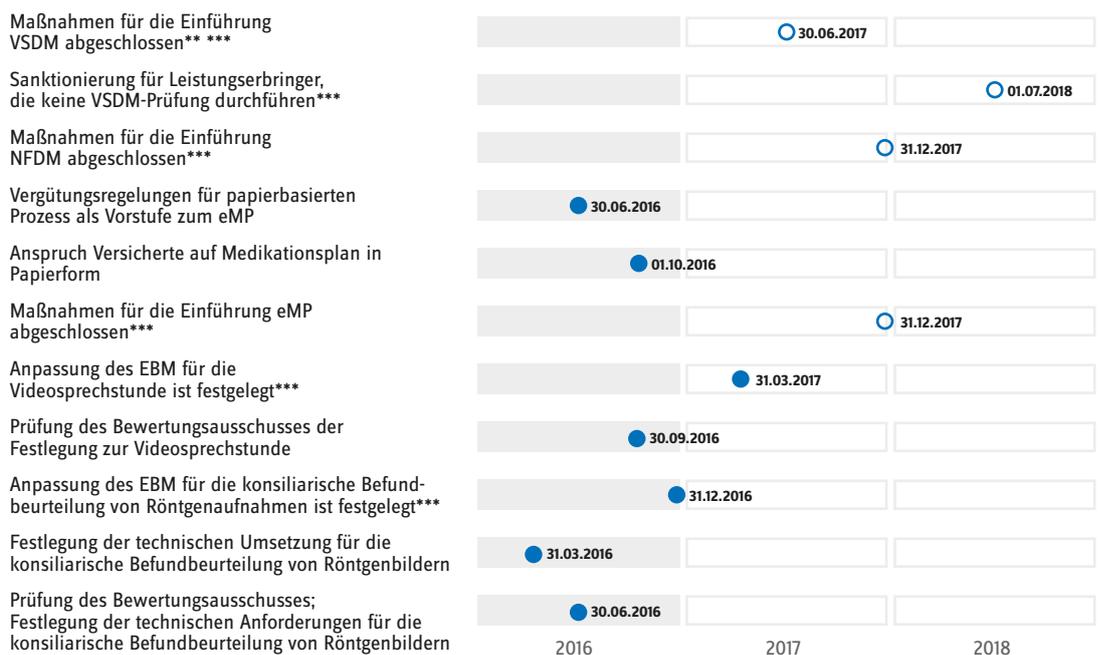
Der Aufbau der Telematikinfrastuktur (TI) im Gesundheitswesen war auch 2016 ein bestimmtes Thema. Durch die Vernetzung der Akteure wird ein sicherer elektronischer Austausch von Informationen zur Verbesserung der Behandlungsqualität möglich. Ende 2016 wurde ein wichtiges Entwicklungsziel erreicht: Die Erprobung der Online-Aktualisierung der Versichertendaten (Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)) als erste Online-Anwendung der TI ist gestartet.

Während die zentrale TI und die Fachdienste der Krankenkassen im Wesentlichen im Zeitplan lagen, hatten die für die Bereitstellung der erforderlichen Komponenten und Dienste der Testregionen verantwortlichen Industriekonsortien auch 2016 massive Probleme. Im Herbst ist es einem der beiden Konsortien gelungen, einen Teil der vertraglich vereinbarten Komponenten in der für

die Erprobung notwendigen Qualität bereitzustellen. Die Inbetriebnahme erfolgte im November. Direkt im Anschluss an diesen wichtigen Meilenstein wurde eine erste Gruppe von Arztpraxen an die TI angeschlossen. Diese sog. Vorpilotierungsphase diente der Identifizierung und Beseitigung möglicher Fehler in der realen Versorgungsumgebung. In einem weiteren Schritt werden alle teilnehmenden Leistungserbringerinstitutionen der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen) angeschlossen.

In der Testregion Südwest (Bayern und Sachsen) konnte die Erprobung 2016 hingegen nicht starten. Der Beginn wird sich weiter erheblich verzögern, da die erforderlichen Komponenten des beauftragten Industrieunternehmens noch keinen zulassungsfähigen Stand erreicht haben.

## Fristen zum E-Health-Gesetz\*



\* Auszug  
 \*\* per RVO auf den 30.06.2017 verlängert  
 \*\*\* sanktionierter Termin  
 Darstellung: GKV-Spitzenverband

### Sanktionen verursachergerecht gestalten

Das Ende 2015 in Kraft getretene Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) soll die Einführung der TI im Gesundheitswesen mit Hilfe von Anreizen, Fristen und Sanktionen beschleunigen. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes begrüßte die Zielsetzung des E-Health-Gesetzes in einer Erklärung im März 2016 ausdrücklich und sprach sich grundsätzlich für an Fristen gekoppelte Sanktionen aus. Um die gewünschten Effekte zu erzielen, müssen den Fristen aber auch realistische Termine zugrunde liegen. Und statt einzelne Gesellschafter der gematik für Säumigkeiten oder technische Probleme auf Seiten der Industrie abzustrafen, sollten Sanktionen die eigentlichen Verursacher treffen. Eine Kürzung des Haushaltes des GKV-Spitzenverbandes führt lediglich dazu, dass die vom Gesetzgeber zugewiesenen Aufgaben nicht mehr in vollem Umfang erfüllt werden können.

In Bezug auf die erste Online-Anwendung sieht das E-Health-Gesetz vor, dass die erforderlichen Maßnahmen für die Einführung des VSDM bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen seien. Dieses Ziel konnte infolge der Bereitstellungsprobleme der Industrie nicht erreicht werden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat deshalb – auch nach mehrfachem Insistieren seitens der Selbstverwaltung – die Frist im Rahmen einer Rechtsverordnung auf den 30. Juni 2017 verlängert, sodass die als Sanktion vorgesehenen Haushaltskürzungen des GKV-Spitzenverbandes nicht zum Tragen kamen.

Über die Regelungen zum VSDM hinaus sieht das E-Health-Gesetz noch weitere, teilweise sanktionsbehaftete Fristen vor, z. B. zum Notfalldatenmanagement und zum elektronischen Medikationsplan (eMP). Bis 31. Dezember 2017 sollen die erforderlichen Maßnahmen für die Einführung dieser beiden Anwendungen geschaffen sein, die sich derzeit noch in der Dokumentenerstellung befinden. Ob die Frist gehalten werden kann, ist schon jetzt äußerst fraglich.

Bereits infolge des gesetzlichen Auftrags aus dem E-Health-Gesetz haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beschlossen, als einen ersten Schritt hin zum elektronischen Medikationsplan Leistungen im Zusammenhang mit der Erstellung und Aktualisierung von papierbasierten Medikationsplänen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2016 aufzunehmen.

Im Zuge der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM wurde zudem mit der KBV eine Regelung zu den Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten auf einen Medikationsplan im Bundesmantelvertrag – Ärzte in Kraft gesetzt.

**Die massiven Projektverzögerungen hat die Industrie mit ihren Bereitstellungsproblemen zu verantworten.**

### Vereinbarungsstand zum Telekonsil und zur Videosprechstunde

Mit dem E-Health-Gesetz wurden die KBV und der GKV-Spitzenverband beauftragt, Vereinbarungen über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen (Telekonsil) und Vereinbarungen über technische Verfahren zu Videosprechstunden zu treffen. Bei einem Telekonsil handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen unter einzelnen Leistungserbringern räumlich unabhängig voneinander mittels eines elektronischen Kommunikationsdienstes erfolgt. Hierdurch kann die Qualität der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen mit geringer Arztdichte und wenig Expertenerfahrung verbessert werden. Bei einer Videosprechstunde kommunizieren räumlich unabhängig Leistungserbringer unter Einsatz von Videotechnik mit Patientinnen und Patienten. Diese telemedizinisch gestützte Betreuung bietet sich bei bestehender Therapie und deren Weiterführung oder bei Verlaufskontrollen von z. B. immobilen Patientinnen und Patienten an. Beide Vereinbarungen wurden fristgerecht geschlossen.



Wir sind schon lange dabei.

Wir sind Meister.

Wir sind Hobbyköche.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

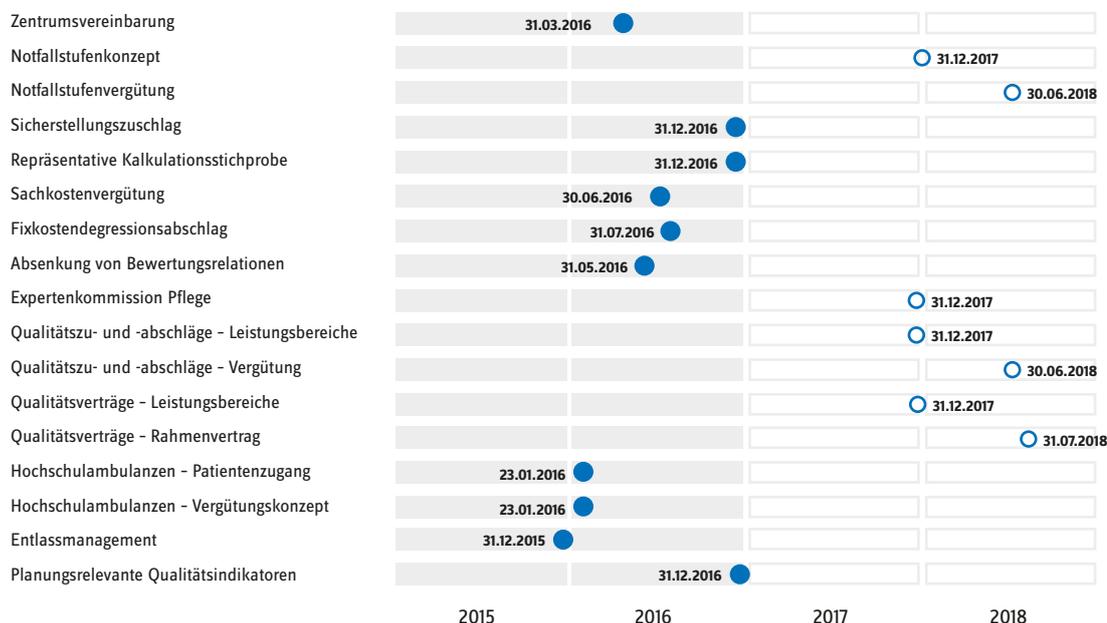
# Vom Gesetz zur Realität: Die Krankenhausstrukturreform

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) trat in seinen wesentlichen Teilen am 1. Januar 2016 in Kraft. Damit wurde eine Vielzahl von Regelungen eingeführt, die die Krankenhausfinanzierung, die Krankenhausstruktur und die stationäre Qualitätssicherung betreffen. Es gibt dabei kaum Maßnahmen, die direkt Wirkung entfalten. Die Mehrheit der gesetzlichen Vorgaben wird erst nach Konkretisierung durch die Selbstverwaltungspartner wirksam. Viele der neu festgelegten Aufgaben werden in bilateralen Vereinbarungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) umgesetzt, in Konfliktfällen entscheiden Schiedsstellen. Beim Thema „Ambulante Krankenhausleistungen“ tritt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als dritter Partner hinzu. Hier sind wichtige Entscheidungen insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu treffen.

Die Abbildung zeigt die Themenvielfalt der Krankenhausreform, wobei zu beachten ist, dass sowohl die Neuregelung zum Entlassmanagement als auch die Neuordnung der Hochschulambulanzen formal keine Regelungen des KHSKG sind. Sie wurden nach den Diskussionen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform bereits in das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vorgezogen. Der Gesetzgeber hat bei vielen Aufgaben eine sehr enge Fristsetzung vorgegeben. Auch wenn diese Fristen aufgrund der Komplexität der Themen oftmals überschritten wurden, konnte im Jahr 2016 eine Vielzahl der Vereinbarungen abgeschlossen werden.

**Wichtige Entscheidungen insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung sind von den Selbstverwaltungspartnern im Gemeinsamen Bundesausschuss zu treffen.**

## Fristen zur KHSKG-Umsetzung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

In der Umsetzung der Krankenhausreform wurden im Jahr 2016 insbesondere die folgenden vier Bereiche bearbeitet:

1. DRG-Adjustierung
2. Qualitätsorientierung
3. Krankenhauslandschaft
4. Hochschulambulanzen und Entlassmanagement

Ein besonderer Fokus der Krankenhausreform lag dabei auf der Adjustierung des DRG-Entgeltsystems. Das KHSG bereinigt einige Fehlentwicklungen:

- Die Kalkulationsbasis wird repräsentativer.
- Die Überbewertung der Sachkosten wird beseitigt.
- Bei medizinisch zweifelhaften Mengenentwicklungen wird der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgetragen, die empirisch ermittelten Relativgewichte zu korrigieren.

**Repräsentative Kalkulationsstichprobe**

Rund 250 Krankenhäuser nehmen jährlich freiwillig an der DRG-Kalkulation teil und ermöglichen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine

hochprofessionelle Weiterentwicklung der Relativgewichte im DRG-Vergütungssystem. Die privaten Krankenhäuser und einige

Leistungsbereiche sind in der Kalkulation jedoch seit Jahren unterrepräsentiert. Aufgrund dieser Verzerrungen in der Kalkulationsstichprobe hat der Ge-

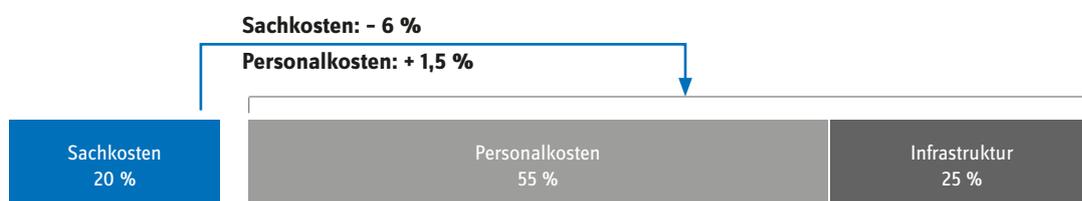
setzgeber die Selbstverwaltungspartner beauftragt, eine Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zu schließen. Vor Ablauf der gesetzlichen Frist (31. Dezember 2016) konnte im September 2016 eine entsprechende Vereinbarung unterzeichnet werden. Auf dieser Grundlage wurde am 31. Oktober 2016 vom InEK im Rahmen eines notariell begleiteten Losverfahrens eine erste Ziehung von 40 Krankenhäusern durchgeführt, die zur Teilnahme an der DRG-Kalkulation ab dem Jahr 2017 für fünf Jahre verpflichtet werden. Dies ist ein wesentlicher Schritt, um die Kalkulation auf eine breitere Basis zu stellen.

**Sachkostenabsenkung**

Die Sachkostenabsenkung greift eine Unwucht im DRG-System im Bereich der Sachkostenvergütung auf. Sachkostenintensive Leistungen werden bisher im DRG-System unterschiedlich vergütet. Wird eine Leistung über ein Zusatzentgelt finanziert, entsprechen die dem InEK im Rahmen der Kalkulation übermittelten Kostendaten der Höhe des Zusatzentgeltes in Euro. Wird die gleiche Leistung über DRG-Fallpauschalen finanziert, so werden die Sachkosten aufgrund der Multiplikation der in dem DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert (LBFW) durchschnittlich 15 % höher vergütet. Aufgrund dieser Hebelwirkung kommt es bei der Vergütung mit Fallpauschalen zu einer systematischen Übervergütung der Sachkosten. Zur Korrektur der Hebelwirkung hat das InEK ein Konzept entwickelt, das Mittel auf die Personalanteile umschichtet. Den Krankenhäusern werden dadurch insgesamt zwar keine finanziellen

**Der politische Kern der Sachkostenabsenkung ist die Personalkostenaufwertung. Insbesondere die Pflege soll stärker im Vergütungssystem gewichtet werden.**

Von Sach- zu Personalkosten



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mittel entzogen, es erfolgt aber eine Umverteilung zwischen den Krankenhäusern.

Nach intensiven Verhandlungen haben sich die Vertragsparteien im August 2016 auf eine Behebung der systematischen Übervergütung verständigen können. Im Ergebnis wurde vereinbart, das Konzept des InEK 2017 zu 50 % umzusetzen. Für das DRG-System 2018 wird das Konzept anteilig in Höhe von 60 % umgesetzt. Ab 2019 vereinbaren die Vertragspartner den Umfang der weiteren Umsetzung. Ohne Kündigung der Vereinbarung bleibt es bei 60 %.

Der politische Kern der Sachkostenabsenkung ist die Personalkostenaufwertung. Insbesondere die Pflege soll stärker im Vergütungssystem gewichtet werden. Die Grafik stellt die Verschiebungen der hierbei vorgenommenen DRG-Adjustierung von den Sachkosten hin zu den Personalkosten dar.

### Gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen

Eine weitere Adjustierung des DRG-Systems wurde mit der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen vorgenommen, wie sie das KHSG mit Wirkung für 2017 verpflichtend vorschreibt. Hierbei werden Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte dafür gibt, dass deren Mengenausweitung ökonomisch induziert ist, gezielt abgesenkt. Auch in diesem schwierigen Punkt konnte Ende August 2016 eine Vereinbarung mit der DKG geschlossen werden. Ein wichtiger Schritt, da auch diese Vereinbarung essenziell für die fristgerechte Veröffentlichung des DRG-Systems 2017 war. Als Verhandlungsergebnis wurden sowohl Absenkungen für DRGs in den operativen Leistungsbereichen „Bandscheibenoperationen“ und „Hüftendoprothetik“ als auch Abstufungen für konservative Wirbelsäulen-DRGs vorgenommen (Abbildung 3). Die Abstufungsregelung differenziert in Krankenhäuser ober- und unterhalb des Medians: Das abgesenkte Relativgewicht greift nur bei jener Hälfte von Krankenhäusern, die diesen Eingriff häufig vornehmen.

### Fixkostendegressionsabschlag

Eine wesentliche Neuregelung des KHSG betrifft die Preisverhandlungen im DRG-System. Durch das KHSG erfolgt eine Verlagerung der Mengendegression von der Landes- auf die Hausebene. Die Berücksichtigung sinkender Fallkosten bei Mengenausweitung erfolgt also nicht mehr beim Landesbasisfallwert, sondern als Fixkostendegressionsabschlag (FDA) in den einzelnen Krankenhäusern. Dadurch wird das Grundprinzip einer leistungsorientierten Vergütung „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ verlassen.

Für die Verhandlungen auf Hausebene haben die Vertragsparteien auf Bundesebene im September 2016 eine Umsetzungsvereinbarung geschlossen. Neben den näheren Einzelheiten zur Umsetzung des FDA vor Ort umfasst diese insbesondere eine Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses sowie einen Katalog nicht-mengenanfälliger Leistungen. Das Einzugsgebiet ist für den „Verlage-

### Abgesenkte und abgestufte DRG

#### DRG-Fallpauschalen, die abgesenkt werden:

DRG	Bezeichnung (DRG-Katalog 2017)
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose am Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff

#### DRG-Fallpauschalen, die abgestuft werden:

DRG	Bezeichnung (DRG-Katalog 2017)
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag

rungsfall“ von Bedeutung, also für jene Mengenkongstellation, in der ein Krankenhaus bspw. eine Abteilung schließt und das Nachbar Krankenhaus die Fälle übernimmt. In diesem Fall kommt nur der hälftige FDA-Satz zur Anwendung. Im FDA-Vertrag auf Bundesebene ist nun festgelegt, dass das Einzugsgebiet eines Krankenhauses das Gebiet ist, aus dem über 70 % der Patientinnen und Patienten dieses Krankenhauses kommen. Auch nicht-mengenanfällige Leistungen sollen gemäß den gesetzlichen Regelungen nur einem hälftigen FDA unterliegen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben sich auf einen Katalog für nicht-mengenanfällige Leistungen verständigt (88 der insgesamt 1.255 Fallpauschalen), der sich aus unterschiedlichen Leistungsbereichen zusammensetzt und insbesondere Leistungen mit starkem Notfallanteil (z. B. Schlaganfälle und Herzinfarkte) abdeckt. Die Vereinbarung dient ab dem Budgetjahr 2017 als Basis für die Verhandlungen des FDA in den Krankenhäusern.

Für den Bereich der DRG-Adjustierung bleibt festzuhalten, dass die Selbstverwaltungspartner unter hoher Kraftanstrengung alle für das DRG-System 2017 relevanten Vereinbarungen rechtzeitig geschlossen haben.

### **Regulierung der Hochschulambulanzen**

Die Hochschulambulanzen sind ein weiterer Schwerpunkt der Krankenhausreform – auch

wenn sie formal nicht Teil des KHSG sind, sondern schon kurz vorher im GKV-VSG geregelt wurden. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hatte sich früh

damit beschäftigt, weil die Defizite der Universitäten quasi direkt in die Landeshaushalte laufen.

Hochschulambulanzen sind längst nicht mehr ausschließlich für Forschung und Lehre da, obwohl die bisherige Gesetzeslage dieses besagte. Es ist deshalb vorgesehen, die weitere Funktion der Hochschulen in der ambulanten Versorgung näher

zu definieren. Dazu sind GKV-Spitzenverband, KBV und DKG aufgefordert, die Gruppe derjenigen Patientinnen und Patienten festzulegen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Der Regelungsbereich ist hoch umstritten und intransparent. Nach erfolglosen Verhandlungsrunden wurde deshalb im Rahmen eines Bundesschiedsamtverfahrens eine Evaluationsphase von drei Jahren vorgesehen, mit der ein empirisches Fundament geschaffen werden soll. Auf eine genaue Abgrenzung der Patientengruppe wurde zunächst verzichtet. Stattdessen wurden Anforderungen an die Leistungserbringung formuliert: Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen sind von einem Facharzt mit abgeschlossener Weiterbildung zu treffen (Facharztstatus).

Zusätzlich haben die DKG und der GKV-Spitzenverband zweiseitig bundeseinheitliche Grundsätze insbesondere zur Leistungsdokumentation und zur Vergütungsstruktur zu vereinbaren, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden. Nach ergebnislosen Verhandlungen gab es auch hier eine Schiedsstellenlösung. Dieser zufolge sollen statt einer undifferenzierten Pauschale über alle Ambulanzen einer Hochschule künftig bis zu 50 unterschiedliche Behandlungspauschalen abgerechnet werden. Weiterhin sind mengensteuernde Komponenten zu vereinbaren. Der Beschluss der Schiedsstelle sieht außerdem vor, dass Hochschulambulanzen künftig dokumentieren, ob es sich bei den Leistungen um Forschung und Lehre oder um Patientengruppen mit komplexen Krankheitsbildern handelt. Die Arztnummer der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes in der Hochschulambulanz wird allerdings nicht dokumentiert. Es ist absehbar, dass die beiden Schiedsstellenentscheidungen nur der Anfang einer weiteren Kette von Regulierungsvorschriften für Hochschulambulanzen sind.

**Hochschulambulanzen sind längst nicht mehr ausschließlich für Forschung und Lehre da. Die weitere Funktion der Hochschulen in der ambulanten Versorgung soll näher definiert werden.**

# Mehr Transparenz: Das Transplantationsregistergesetz

Mit dem zum 1. November 2016 in Kraft getretenen Gesetz zur Einrichtung eines Transplantationsregisters (Transplantationsregistergesetz) sollen die Verbesserung und Weiterentwicklung der transplantationsmedizinischen Versorgung sowie die Erhöhung der Transparenz in Deutschland erreicht werden. Das Gesetz schafft systemkonform eine Lösung zur dringend benötigten Zusammenführung von Spender- und Empfängerdaten, um so die Organzuteilung besser regeln zu können. Positiv ist anzumerken, dass die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, bereits vorhandene Daten zu nutzen, Eingang in das Gesetz gefunden hat.

Eine zentrale Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach verpflichtender Datenlieferung anstelle einer „Einwilligungslösung“ blieb jedoch unberücksichtigt. Durch die Verabsolutierung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung ist zu befürchten, dass das Register unvollständig bleibt und keine relevanten Ergebnisse liefern kann. Weiterhin wird es durch die nicht verpflichtende Datenlieferung kaum möglich sein, Fragen wie z. B. die nach einer möglichen Bevorzugung privatversicherter Patientinnen und Patienten bei der Organverteilung zu beantworten. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurde die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, die privaten Krankenversicherungen verpflichtend an der Finanzierung zu beteiligen. Das Gesetz sieht hier lediglich eine freiwillige Beteiligung vor.

## Vorbereitungen zur Umsetzung

Bis zur Errichtung des Registers bzw. zur Aufnahme des Betriebs der Transplantationsregisterstelle müssen durch die Auftraggeber gemäß Transplantationsgesetz (TPG), Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, zahlreiche Vorarbeiten geleistet werden. Vor diesem

Hintergrund haben sich die TPG-Vertragspartner darauf verständigt, einen Errichtungs-

beauftragten für das Transplantationsregister zu bestellen, um frühzeitig den europaweiten Ausschreibungsvorgang für die Transplantationsregister- und Vertrauensstelle voranzubringen. Die erste Aufgabe des Errichtungsbeauftragten wird sein, die Leistungsbeschreibung für die Ausschreibung zu erstellen und diese bis zur Vergabe zu begleiten.

Parallel hierzu müssen die an das Transplantationsregister zu meldenden Daten der Organspenderinnen und -spender sowie der Empfängerinnen und Empfänger und die entsprechenden Übermittlungswege durch die TPG-Auftraggeber festgelegt werden. Zur Unterstützung der Arbeit der TPG-Auftraggeber hatte das Bundesministerium für Gesundheit Ende 2015 das Robert-Koch-Institut (RKI) beauftragt, einen ersten Vorschlag für einen bundesweit einheitlichen Datensatz zu erarbeiten. Das RKI hat zu diesem Zweck zusammen mit Fachexpertinnen und -experten die bereits durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation, Eurotransplant und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erhobenen Daten ausgewertet und einen ersten Vorschlag für einen bundeseinheitlichen Datensatz erarbeitet. Dieser wird nun durch die TPG-Auftraggeber weiter bearbeitet.

**Das Gesetz schafft systemkonform eine Lösung zur dringend benötigten Zusammenführung von Spender- und Empfängerdaten, um so die Organzuteilung besser regeln zu können.**

# Überkommene Budgets, fehlende Leistungsgerechtigkeit: Das PsychVVG

Das zum 1. Januar 2017 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) ändert das neue Vergütungssystem (PEPP) grundlegend.

**Statt der ursprünglich vorgesehenen Leistungsgerechtigkeit ist die Fortschreibung historisch überkommener Budgets absehbar.**

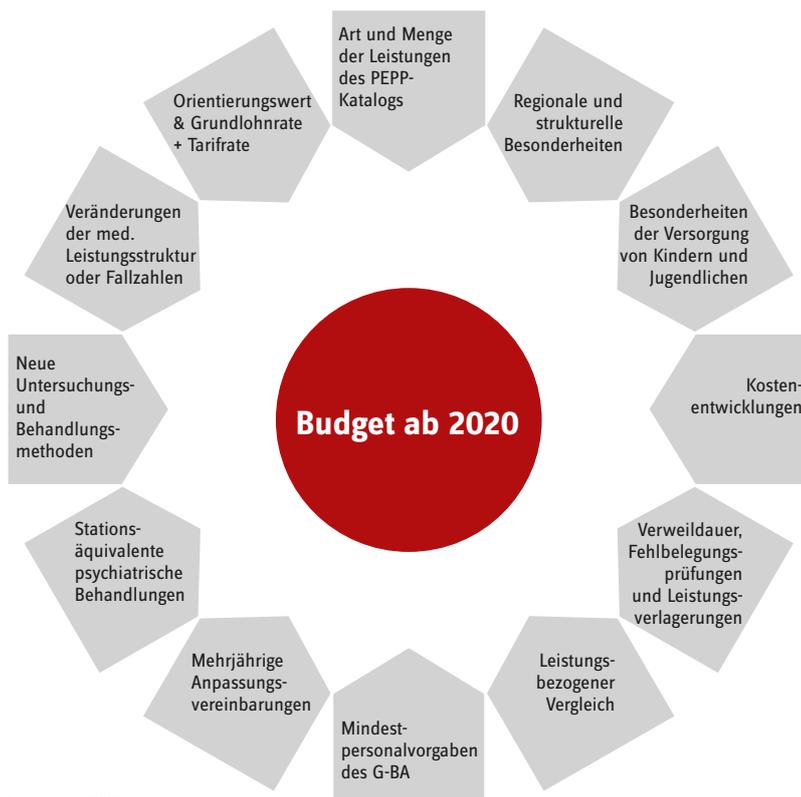
Das im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ursprünglich vorgesehene Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung im Bereich der Psychiatrie

zu verankern, wurde damit verfehlt. Das neue Vergütungssystem soll nun erst ab 2018 budgetneutral eingeführt werden. Ab 2020 wird es statt der ursprünglich vorgesehenen Leistungsgerechtigkeit einen neuen Budgetfindungsmechanismus

geben. Da dafür nur ein vager und unverbindlicher Krankenhausvergleich vorgesehen ist, ist die Fortschreibung historisch überkommener Budgets absehbar. Angesichts von zwölf unterschiedlichen Einflussfaktoren ist die Bestimmung des Budgets völlig unklar.

Festgehalten wird am Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, Vorgaben zur Personalausstattung zu entwickeln. Diese verbindlichen Mindestvorgaben sollen die veraltete Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 ablösen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Umsetzung seiner Forderung nach einer verbindlichen Nachweispflicht ab dem Vereinbarungsjahr 2016. Die mangelnde Umsetzung der bestehenden Personalvorgaben hat ihren Grund weniger in fehlender Finanzierung als vielmehr in der unzureichenden Stellenbesetzung durch die Krankenhäuser.

## Bestimmungsfaktoren der Budgets ab 2020



Darstellung: GKV-Spitzenverband

## Neuer Versorgungsbereich und bessere Dokumentation

Zu den rund zwei Dutzend Regelungen zu ambulanten Krankenhausleistungen wird mit der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung ein neuer Versorgungsbereich hinzugefügt. Die Weiterentwicklung der bereits etablierten psychiatrischen Institutsambulanzen mit der Vorgabe einer bundeseinheitlichen Vergütungssystematik für die ambulante Behandlung im Krankenhaus und die aufsuchende Behandlung der Patientinnen und Patienten hätte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine erfolgversprechendere Förderung der sektorübergreifenden Behandlung ermöglicht.

Der im Gesetz vorgesehene Impuls für eine bessere Leistungsabbildung muss für eine medizinisch gehaltvollere Ausgestaltung des Prozedurenkatalogs genutzt werden. Nur auf diesem Weg ist die noch immer fehlende Leistungstransparenz zu erreichen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu Vorschläge entwickelt und diese wiederholt in das Vorschlagsverfahren des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information eingebracht.

# Realistische Bedarfssimulation: Der GKV-Kliniksimulator

Spätestens mit der Krankenhausreform hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass nicht alle Krankenhäuser im Krankenhausplan bedarfsnotwendig sind. Welche der vielen Klinikstandorte in Deutschland gegebenenfalls geschlossen oder umgewidmet werden können, diese Frage hat der Gesetzgeber bisher nicht beantwortet. Das Thema wird daher weiterhin die gesundheitspolitische Agenda bestimmen.

Von zentraler Bedeutung ist, dass auch in dünn besiedelten Regionen stets ein Krankenhaus gut erreichbar ist. Wer die Strukturbereinigung im stationären Sektor konkretisieren und realisieren will, muss daher wissen, welche Auswirkungen das Ausscheiden eines Krankenhausstandortes auf die Versorgung hat. Andernfalls könnte jedes beliebige Krankenhaus als zwingend bedarfsnotwendig deklariert werden. Hier setzt der GKV-Spitzenverband mit seinem neuen Internetsimulator an, der unter [www.gkv-kliniksimulator.de](http://www.gkv-kliniksimulator.de) zur Verfügung steht.

## Mehr Transparenz über bedarfsnotwendige Krankenhäuser

Der GKV-Kliniksimulator zeigt die Entfernung von rund 80.000 Wohnbezirken zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin. Er ist damit rund zehnmal genauer als herkömmliche Analy-

sen auf der Basis von Postleitzahlbezirken. Gemessen wird die Pkw-Fahrzeit, die aufgrund der Navigationssysteme ein hohes Maß an Zuverlässigkeit hat. Der Simulator zeigt auch, wie sich die Entfernungen ändern, wenn die Versicherten im Fall einer Standortschließung das nächstgelegene Nachbar Krankenhaus aufsuchen. Diese Simulation kann für jedes Krankenhaus der Grundversorgung in Deutschland durchgeführt werden. So entsteht mehr Transparenz über bedarfsnotwendige Krankenhäuser einerseits und Marktaustrittskandidaten andererseits.

Klinikketten sind schon seit Langem im Besitz von Software zur Simulation von Veränderungen im Krankenhausmarkt. Solche Simulationen müssen nun auch von Entscheidungsträgern vor Ort und für die öffentliche Diskussion genutzt werden.

Bedeutsam war der Kliniksimulator bereits in den Diskussionen über den Sicherstellungszuschlag im Gemeinsamen Bundesausschuss. Bei einer defizitären Klinik kann ein Zuschlag erteilt werden, wenn im Falle einer Klinikschließung in einer dünn besiedelten Region mehr als 5.000 Versicherte zusätzlich länger als eine halbe Stunde mit dem Pkw zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung fahren. Dies trifft - so die Simulatorauswertung - auf fast 100 Häuser zu.

## Klinik-Simulator: Erreichbarkeit Status quo und nach Schließung (Beispiel)

Erreichbarkeit Status Quo



Erreichbarkeit nach Schließung



### PKW-Fahrzeit

- >40 Min
- 30-40 Min
- 20-30 Min
- 10-20 Min
- 0-10 Min

- Krankenhaus
- geschlossenes Krankenhaus (Simulation)



Wir sind nicht zu stoppen.

Wir sind Entdecker.

Wir sind die Zukunft.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Geringer Mehrwert für die Versicherten: Das Versorgungsstärkungsgesetz

Das im Juli 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) war eines der zentralen gesundheitspolitischen Gesetzgebungsverfahren des Jahres 2015. Das GKV-VSG sollte mit verschiedenen Regelungen einen Beitrag zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden und gut erreichbaren medizinischen Versorgung leisten. Einige Kernelemente des Gesetzes, die im Jahr 2016 durch die Selbstverwaltungspartner umgesetzt wurden oder sich in der Umsetzung befinden, werden im Folgenden dargestellt.

## Terminservicestellen nehmen Arbeit auf

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Vereinbarung zur Einrichtung von Terminservicestellen beschlossen. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben seit Anfang des Jahres 2016 Anspruch auf die Vermittlung von Facharztterminen innerhalb einer Woche durch

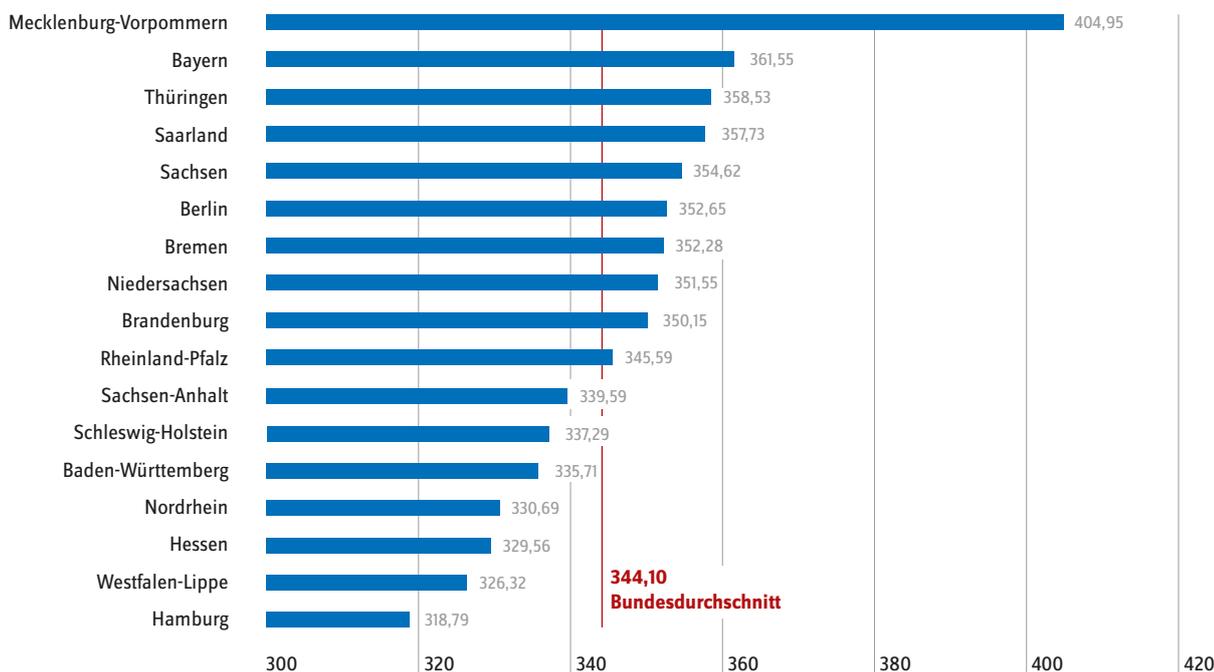
die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Wartezeit auf einen Facharzttermin darf die Frist von vier Wochen nicht überschreiten. Sofern kein Behandlungstermin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt innerhalb dieser Frist vermittelt werden kann, hat die bei der KV angesiedelte Terminservicestelle dem Versicherten innerhalb einer weiteren Woche einen Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten. Auch in diesem Fall darf die Wartezeit vier Wochen nicht überschreiten, d. h. der Versicherte erhält innerhalb von fünf Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches einen Termin.

**Versicherte erhalten innerhalb von fünf Wochen nach Bekanntwerden des Vermittlungswunsches einen Facharzttermin.**

Voraussetzung für die Vermittlung eines Facharzttermins durch die Terminservicestellen ist – mit Ausnahme der Augenheilkunde und Gynäkologie – das Vorliegen einer speziell gekennzeichneten Überweisung. Gleichzeitig wurden zumutbare Entfernungs- bzw. Zeitvorgaben für den Facharztbesuch in der allgemeinen fachärztlichen

## Konvergenzregelung auf Basis bestehender Vergütungsunterschiede je KV

Unbereinigte MGV je Versicherten für das Jahr 2014 (in Euro)



Quelle: Formblatt 3, Berechnungen: Institut des Bewertungsausschusses, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Versorgung bzw. der spezialisierten und gesonderter fachärztlichen Versorgung definiert. Die Pflicht zur Terminvermittlung durch die KVen gilt nicht bei verschiebbaren Untersuchungen und Bagatell-erkrankungen. Hierzu zählen Früherkennungs-untersuchungen, Verlaufskontrollen bei me-  
dizinisch nicht akuten Erkrankungen sowie Untersuchungen zur Feststellung der körperlichen oder psychischen Leistungsfähigkeit. Die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen werden von der KBV evaluiert. Die Ergebnisse sind dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten.

#### **Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen**

Mit der im GKV-VSG vorgesehenen Konvergenz der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) sollen nach dem Willen des Gesetzgebers Vergütungsunterschiede im vertragsärztlichen Versorgungsbereich abgebaut werden, indem unterdurchschnittliche Vergütungen in einzelnen KVen auf einen bundesdurchschnittlichen Wert angehoben werden. Mit dieser Regelung erhält etwa die Hälfte der KVen einmalig die Möglichkeit, im Zuge der Honorarverhandlungen für das Jahr 2017 eine außerordentliche Erhöhung der vertragsärztlichen Vergütung zu vereinbaren.

**Es ist zu befürchten, dass mit den beträchtlichen zusätzlichen Ausgaben der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler keine qualitative Verbesserung der Versorgung einhergehen wird.**

Eine solche einmalige basiswirksame Anpassung ist nur möglich, wenn die Gesamtvertragspartner im Rahmen der Verhandlungen einvernehmlich feststellen, dass der Aufsatzwert im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig gewesen ist. Der Umfang der Anpassung der MGV je Versicherten ist abhängig von der zwischen den Gesamtvertragspartnern festgestellten, sachlich nicht gerechtfertigten Unterschreitung der MGV je Versicherten vom Bundesdurchschnitt. Eine Anhebung der MGV je Versicherten kann höchstens bis auf den Bundesdurchschnitt erfolgen. Wenn zwischen den Gesamtvertragspartnern vor Ort keine Einigung über die Anhebung erzielt wird, kann eine Festsetzung durch das zuständige Landesschiedsamt erfolgen. Diese außerordentliche Erhöhung der Ärztehonorare kann die

Beitragszahlerinnen und Beitragszahler mit bis zu 500 Mio. Euro zusätzlich belasten.

Der Gesetzgeber entsprach mit dieser Regelung den Forderungen der Ärzteschaft nach einer deutlichen Honorarerhöhung. Der GKV-Spitzenverband hat derartige Eingriffe in die regionalen Vergütungsstrukturen stets abgelehnt, da die bestehenden Vergütungsunterschiede vor allem durch erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgungs- und Leistungsstruktur begründbar sind. Durch eine Anhebung der Gesamtvergütung werden diese nicht beseitigt. Es ist zu befürchten, dass mit den beträchtlichen zusätzlichen Ausgaben der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler keine qualitative Verbesserung der Versorgung einhergehen wird.

#### **Förderung der Weiterbildung**

Die Vorgaben des GKV-VSG zur Weiterentwicklung des Förderprogramms wurden im Jahr 2016 weitgehend umgesetzt. Die betreffenden Vereinbarungen traten am 1. Juli 2016 in Kraft. Damit wird die Zahl der geförderten Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten im Fachgebiet Allgemeinmedizin von 5.000 Stellen auf 7.500 Stellen erhöht. In der ambulanten Versorgung wurde die Höhe der Förderung von monatlich 3.500 Euro auf 4.800 Euro je geförderter Stelle angepasst. Hinzu kommt eine Förderung von 1.000 Stellen für grundversorgende Fachärztinnen und -ärzte. Die förderfähigen Facharztgruppen werden unter Berücksichtigung der Versorgungssituation regional vereinbart. Der Fokus liegt hierbei auf den Facharztgruppen der Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Augenheilkunde. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich auch künftig in Höhe von 7 % an dem Förderprogramm.

Auch wenn die ärztliche Nachwuchsförderung ein wichtiger Beitrag für die künftige Sicherstellung einer ausreichenden, wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung ist, muss kritisch angemerkt werden, dass die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten nicht zu den Aufgaben der

gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Die ärztliche Weiterbildung ist eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft. Der Arztberuf ist ein freier Beruf. Die Inhalte der Weiterbildung werden durch die Ärztekammern bestimmt. Es ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar, dass Beitragsgelder der Versicherten dafür verwendet werden, Ärztinnen und Ärzte weiterzubilden, die anschließend frei über ihre berufliche Tätigkeit entscheiden können.

### Anspruch auf Zweitmeinung

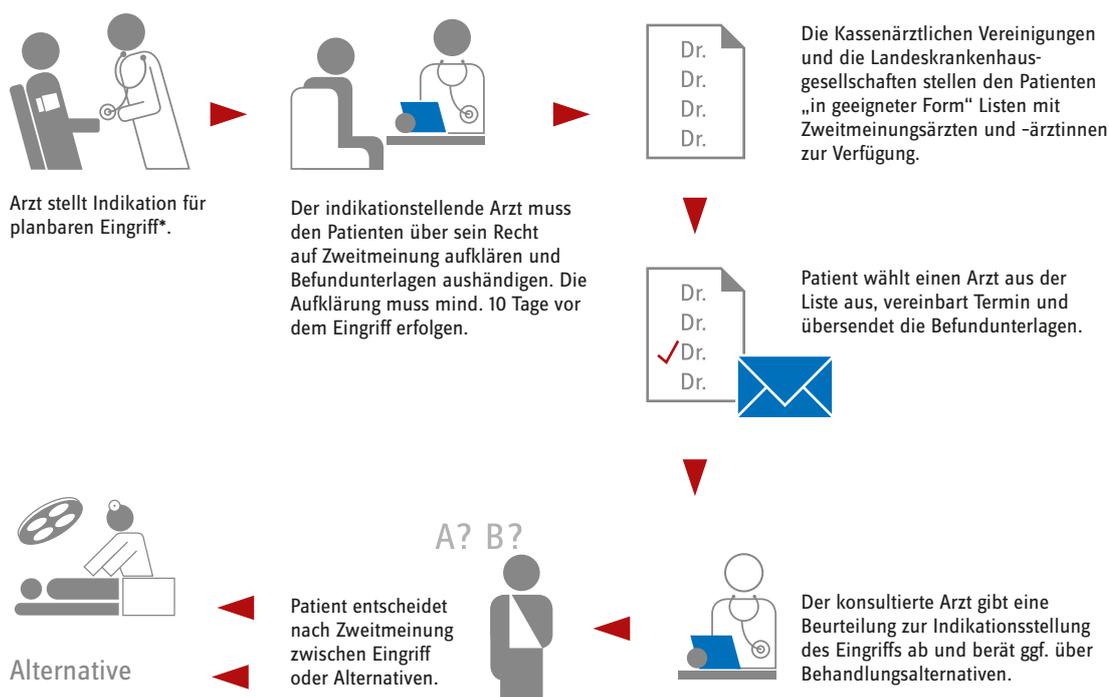
Mit dieser neuen Regelung im Rahmen des GKV-VSG haben Versicherte künftig Anspruch darauf, vor bestimmten planbaren Eingriffen eine zweite ärztliche Meinung einzuholen. Zugleich sind Ärztinnen und Ärzte, die erstmalig die Indikation für einen Eingriff stellen, verpflichtet, den Versicherten über diesen Anspruch auf Zweitmeinung aufzuklären. Damit wird den Versicherten die Möglichkeit eröffnet, unabhängig prüfen zu lassen, ob

ein empfohlener Eingriff tatsächlich medizinisch notwendig ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in einer Richtlinie fest, für welche Eingriffe das Recht auf Zweitmeinung verbunden mit einer Aufklärungspflicht besteht, wie das Zweitmeinungsverfahren ausgestaltet sein soll und welche Voraussetzungen diejenigen Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, die für die Einholung einer Zweitmeinung aufgesucht werden.

**Den Versicherten wird die Möglichkeit eröffnet, unabhängig prüfen zu lassen, ob ein empfohlener Eingriff tatsächlich medizinisch notwendig ist.**

In den Beratungen des G-BA hat sich der GKV-Spitzenverband dafür eingesetzt, vorrangig Eingriffe auszuwählen, für die schonendere, nicht-operative Alternativen zur Verfügung stehen. Zudem hat er gefordert, klare Regelungen zu treffen, dass die die Zweitmeinung abgebende Ärztin bzw. der Arzt über eine überdurchschnittliche Qualifikation verfügen und unabhängig sein muss. Mit Inkrafttreten dieser Richtlinie ist im Frühjahr 2017 zu rechnen.

### Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V



\* Anspruch auf Zweitmeinung besteht nur bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss benannten Eingriffen. Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Erfolgreiche Einigung: Vertragsärztliche Vergütung 2017

Bei den auf Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geführten Honorarverhandlungen standen die Anpassung des Orientierungswertes zum 1. Januar 2017 sowie die Vergütung für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans im Mittelpunkt.

## Kompromiss zum Orientierungswert geschlossen

Der Beschluss des Bewertungsausschusses zum Orientierungswert sieht dessen Anhebung um 0,9 % (ca. 315 Mio. Euro) zum 1. Januar 2017 vor. Die Ärzteschaft hatte eine Anhebung des Orientierungswertes um 1,4 % (ca. 490 Mio. Euro) zusätzlich einer Strukturkomponente in Höhe von ca. 0,3 % (ca. 120 Mio. Euro) der Gesamtvergütung gefordert. Demgegenüber hatte sich der GKV-Spitzenverband für eine Beibehaltung des bestehenden Orientierungswertes stark gemacht, mit Verweis auf sinkende Praxiskosten bei steigenden Überschüssen. 2015 waren die Überschüsse bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Durchschnitt um 3,8 % gestiegen.

**2015 waren die Überschüsse bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Durchschnitt um 3,8 % gestiegen.**

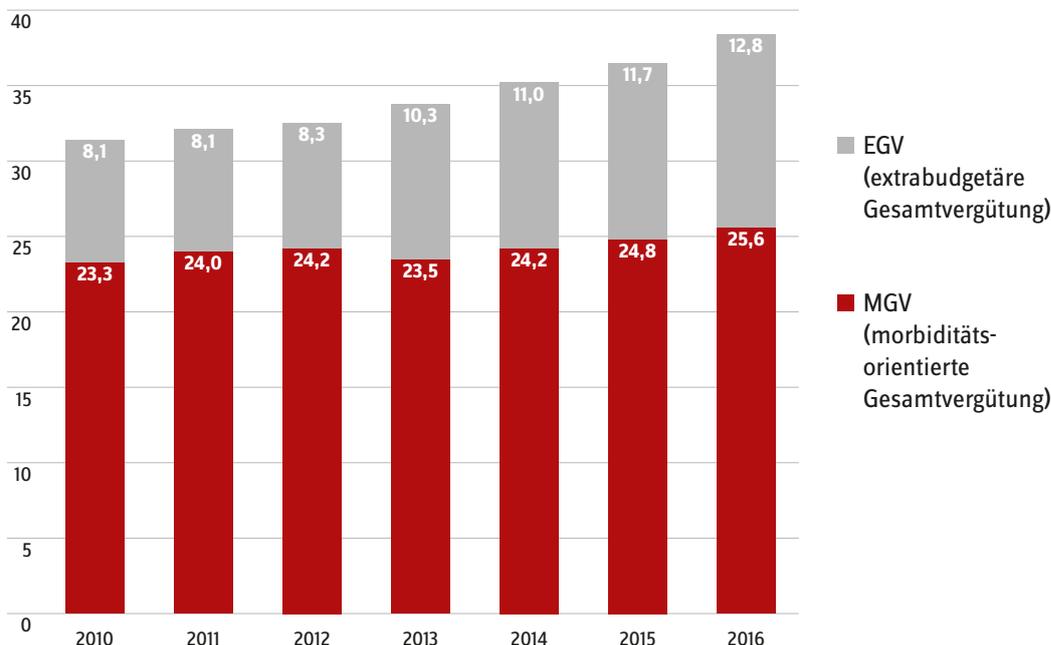
Angesichts der unterschiedlichen Ausgangspositionen stellt die Entscheidung des Bewertungsausschusses einen vertretbaren Kompromiss zwischen den Positionen beider Seiten dar. Im Vergleich zu den in den Vorjahren erzielten Ergebnissen - zuletzt 1,6 % für 2016 - ergibt sich für das Jahr 2017 eine signifikant niedrigere Steigerungsrate des Orientierungswertes. Wie bereits im Vorjahr wurden keine zusätzlichen Vergütungssteigerungen aufgrund abgestimmter Strukturmaßnahmen vereinbart.

Die Anpassung des Orientierungswertes wurde im Rahmen eines Beschlusspakets zusammen mit den Regelungen zur Einführung des Medikations-

Die Anpassung des Orientierungswertes wurde im Rahmen eines Beschlusspakets zusammen mit den Regelungen zur Einführung des Medikations-

Die Anpassung des Orientierungswertes wurde im Rahmen eines Beschlusspakets zusammen mit den Regelungen zur Einführung des Medikations-

## Ausgabenentwicklung 2010 - 2016



Quelle: Formblatt 3 (unbereinigte Gesamtvergütung), Hochrechnung für 2016, Darstellung: GKV-Spitzenverband

plans beschlossen. Für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans, auf den Versicherte ab 1. Oktober 2016 einen gesetzlichen Anspruch haben, einigten sich GKV-Spitzenverband und KBV auf ein zusätzliches Finanzvolumen von ca. 163 Mio. Euro.

### Objektive Morbiditätsmessung notwendig

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss Empfehlungen zu den demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschlossen. Auf dieser Grundlage verhandelt die Landesebene über die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur. Im Durchschnitt lagen die demografischen Veränderungsdaten bei 0,19 % und die diagnosebezogenen Veränderungsdaten bei 1,17 %. Während bei den demografischen Daten in den letzten fünf Jahren ein kontinuierlich leicht rückläufiger Trend zu beobachten ist, entspricht das Niveau der diagnosebezogenen Daten dem Mittelwert der letzten vier Jahre.

Der GKV-Spitzenverband hält an seiner grundsätzlichen Kritik fest, dass die Morbiditätsmessung auf Grundlage der von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten selbst dokumentierten Diagnosen für die Weiterentwicklung des ambulanten Behandlungsbedarfs ungeeignet ist. Stattdessen bedarf es einer Anpassung der gesetzlichen Vorgaben, um die Morbiditätsmessung auf Grundlage objektiver Kriterien durchführen zu können.

### Ausgabentreiber gesetzliche Vorgaben

Aus den Beschlüssen der diesjährigen Honorarrunde für das Jahr 2017 ergibt sich für die gesetzlichen Krankenkassen eine Erhöhung der Ausgaben um ca. 1 Mrd. Euro bzw. 2,6 %. Davon entfallen ca. 315 Mio. Euro auf die Anpassung des Orientierungswertes, ca. 170 Mio. Euro auf die Morbiditätsentwicklung, ca. 163 Mio. Euro auf den Medikationsplan und ca. 330 Mio. Euro auf den erwarteten Mengenanstieg der extrabudgetären Leistungen. Aufgrund der Gesamtvertragsverhandlungen auf Landesebene sowie noch umzusetzender gesetzlicher Vorgaben sind weitere deutliche Ausgabensteigerungen zu erwarten. Insbesondere durch letzteres wird die Ausgabenentwicklung im vertragsärztlichen Bereich oberhalb der für 2017 prognostizierten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen von 2,5 % liegen.

**Die Morbiditätsmessung auf Grundlage selbst dokumentierter Diagnosen ist für die Weiterentwicklung des ambulanten Behandlungsbedarfs ungeeignet.**

### Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen

	Ausgaben in Mio. Euro
Anpassung Orientierungswert 2017	315
Morbiditätsentwicklung (Gewichtung: 50/50)	170
<b>Zwischensumme 1</b>	<b>ca. 485 (+ 1,3 %)</b>
zzgl. Medikationsplan	163
<b>Zwischensumme 2</b>	<b>ca. 650 (+ 1,7 %)</b>
zzgl. EGV-Ausgabensteigerung (Hochrechnung)	330
<b>Zwischensumme 3*</b>	<b>ca. 980 (+ 2,6 %)</b>
nachrichtlich: Ausgabensteigerung ohne Medikationsplan	ca. 820 (+ 2,1 %)

\*In Zwischensumme 3 sind durch Gesetzesänderungen zu erwartende Mehrausgaben (mit Ausnahme des Medikationsplans) noch nicht enthalten.

# Umfassende Reform: Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots zu beschließen. Nach intensiven Beratungen hat der G-BA die Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie beschlossen.

## **Psychotherapeutische Sprechstunde neu eingeführt**

Mit der Neufassung der Richtlinie wird – wie von den Krankenkassen gefordert – als neue Leistung eine psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt. Diese muss jede Patientin und jeder Patient vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung in Anspruch nehmen. Auch seitens der Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist das Angebot an Sprechstunden grundsätzlich verpflichtend, d. h. grundsätzlich müssen sie Sprechstunden anbieten. Um Engpässe zu vermeiden, wurden mit der Richtlinie Regelungen zur (telefonischen) Erreichbarkeit aller Psychotherapeutinnen und -therapeuten getroffen.

Im Anschluss an die Sprechstunde erhält die Patientin bzw. der Patient eine Empfehlung zur weiteren Behandlung. Danach kann über die obligatorische Probatorik in die Richtlinien-Psychotherapie übergeleitet werden. Hier gibt es wiederum zwei Möglichkeiten: Die Patientin bzw. der Patient kann über ein vereinfachtes Antragsverfahren eine erste Kurzzeitpsychotherapie (T1) von maximal zwölf Behandlungsstunden in Anspruch nehmen. An die Probatorik kann sich aber auch eine Langzeitpsychotherapie anschließen; hier ist dann wie bisher eine Gutachterin oder ein Gutachter einzuschalten.

## **Akutbehandlung als niedrigschwelliges Angebot**

Alternativ zur Behandlung mit Richtlinien-Psychotherapie kann der Patientin oder dem Patienten nach der Sprechstunde für maximal zwölf Stunden auch eine psychotherapeutische Akutbe-

handlung angeboten werden. Ziel ist es, Patientinnen und Patienten von akuter Symptomatik zu entlasten und Chronifizierung zu vermeiden. Während oder nach der Akutbehandlung besteht aber die Möglichkeit, unter Anrechnung der bisher wahrgenommenen Stunden in die Richtlinienpsychotherapie zu wechseln. In solchen Fällen ist die Durchführung einer Probatorik von mindestens zwei Stunden vor der Behandlung mit einem Richtlinienverfahren obligatorisch.

Neben den genannten Behandlungsmöglichkeiten kann Patientinnen und Patienten in der Sprechstunde aber auch empfohlen werden, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen, wenn eine Behandlung im professionellen medizinisch-psychotherapeutischen System nicht für erforderlich gehalten wird. Schließlich kann der Beratungs- und Behandlungsbedarf durch die Sprechstunde soweit abgedeckt sein, dass keine weiteren Aktivitäten erforderlich sind.

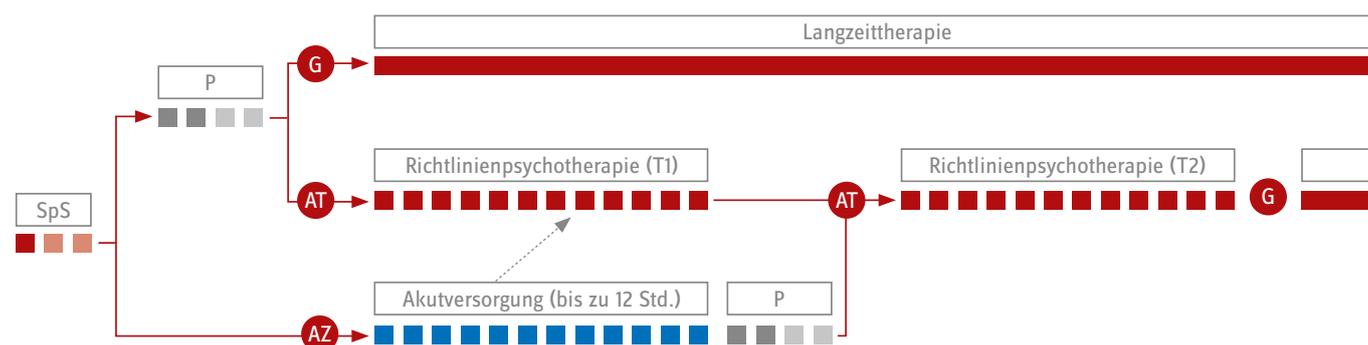
## **Stabilisierung im Rahmen der Rezidivprophylaxe**

An die Kurzzeittherapie T1 (zwölf Stunden) schließt sich ggf. auf Antrag eine weitere Kurzzeittherapie T2 von wiederum zwölf Stunden an. Zur Weiterbehandlung kann dann ein gutachterpflichtiger Antrag auf Umwandlung in die Langzeittherapie gestellt werden. Die schon bisher verfahrensabhängig maximal möglichen Behandlungsstunden wurden nicht verändert. In den Behandlungsablauf bei Langzeittherapien integriert wurde die mit dem GKV-VSG geforderte Rezidivprophylaxe. Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es sinnvoll sein, zur Erhaltung der erarbeiteten und erreichten Ziele eine weitere Behandlung mit den innerhalb des bewilligten Kontingentschritts verbliebenen Stunden durchzuführen. Die Stunden, die für die Rezidivprophylaxe genutzt werden sollen, sind Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents.

Darüber hinaus mit der Reform verbunden sind verschiedene Schritte zur Erleichterung der Erbringung von Gruppentherapie, wie bspw. die

**Ziel der Akutbehandlung ist es, den Patientinnen und Patienten eine erste psychotherapeutische Hilfe anzubieten, sie von akuter Symptomatik zu entlasten und Chronifizierung zu vermeiden.**

## Neues Verfahren Psychotherapie



- SpS** Sprechstunde (eine Stunde obligatorisch, zwei Stunden fakultativ)  
**P** Probatorik (2 Stunden obligatorisch + 2 fakultativ);  
**G** Antrags- und Gutachterpflicht  
**AT** Antragspflicht ohne Mindestwartezeit  
**AZ** Anzeigepflicht

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Verkleinerung der Gruppengröße und die Abschaffung der Gutachterpflicht für die Kurzzeittherapie.

### Ambulante Psychotherapie neu aufgestellt

Der GKV-Spitzenverband hat sich in den Verhandlungen im G-BA an seinen 2013 vom Verwaltungsrat beschlossenen Positionen orientiert. Die GKV-seitige Forderung, das Antragsverfahren generell durch eine Anzeigepflicht abzulösen, konnte nicht realisiert werden. Der in diesem Punkt erzielte Kompromiss sieht vor, die Kurzzeittherapie ohne verpflichtendes Gutachterverfahren als Antragsverfahren zu gestalten.

Mit der beschlossenen Strukturreform werden neue Versorgungselemente eingeführt, mit denen eine zeitnahe und niedrigschwellig erreichbare psychotherapeutische Behandlung realisiert werden kann. Behandlungsbedürftige Erkrankungen werden frühzeitig diagnostisch abgeklärt, bei einer akuten psychischen Symptomatik kann schnell und bürokratiearm interveniert werden. Der G-BA wird innerhalb von fünf Jahren eva-

luieren, ob die vorgesehenen Ziele der Reform tatsächlich erreicht werden konnten. Insgesamt gesehen ist der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie die weitestgehende Reform des Regelwerks für das ambulante psychotherapeutische Angebot seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes gelungen.

**Mit der beschlossenen Strukturreform werden neue Versorgungselemente eingeführt, mit denen eine zeitnahe und niedrigschwellig erreichbare psychotherapeutische Behandlung realisiert werden kann.**

# Auszahlung läuft: Der Sicherstellungszuschlag für Hebammen

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und -Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz hatte der Gesetzgeber die Vertragspartner auf Bundesebene verpflichtet, vertragliche Regelungen zur Auszahlung eines sog. Sicherstellungszuschlags für geburtshilflich tätige Hebammen zu vereinbaren.

**Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert sachgerecht den Anteil der Haftpflichtkosten, der auf die Absicherung geburtshilflicher Tätigkeiten in der GKV entfällt.**

Dieser soll die hohen Kosten für die Berufshaftpflichtversicherung (ab 1. Juli 2015 6.274 Euro, ab 1. Juli 2016 6.843 Euro) dauerhaft kompensieren. Ende 2015 legte die Schiedsstelle

die Regelungen und die Berechnungsformel zum Sicherstellungszuschlag fest.

## Beantragung des Sicherstellungszuschlags

Jede geburtshilflich tätige Hebamme kann zweimal im Jahr einen Antrag beim GKV-Spitzenverband auf Auszahlung ihrer Haftpflichtversicherungskosten stellen – rückwirkend ab 1. Juli 2015. Voraussetzung hierfür ist, dass die den Antrag stellende Hebamme pro Quartal mindestens eine bzw. im Versicherungsjahr mindestens vier geburtshilfliche Leistungen erbracht hat und ihre Haftpflichtkosten nachweisen kann. Der GKV-Spitzenverband berechnet dann den zu überweisen-

den Ausgleichsbetrag, der um bestimmte Beträge zu bereinigen ist, wie z. B. um Haftpflichtkostenbestandteile, die in den Gebührenpositionen verblieben sind, solche für Privatversicherte oder für private Haftpflichtversicherungen. Somit finanziert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sachgerecht den Anteil der Haftpflichtkosten, der auf die Absicherung geburtshilflicher Tätigkeiten in der GKV entfällt.

## Mehr als 7 Mio. Euro ausbezahlt

Bereits im Januar 2016 hatte der GKV-Spitzenverband frühzeitig die Weichen für ein datenbankgestütztes Antragsverfahren gestellt, sodass die ersten Anträge von freiberuflich tätigen Hebammen mit Geburtshilfe bearbeitet und der Sicherstellungszuschlag ausgezahlt werden konnte. Mit Stand vom 31. Dezember 2016 lagen 3.584 Anträge von 2.171 Hebammen vor. Aufgrund dieser Anträge konnten bereits 3.080 Auszahlungen erfolgen, da in diesen Fällen alle Unterlagen vollständig vorlagen. Die Summe der Gesamtauszahlung betrug bis dahin über 7 Mio. Euro. Die vom GKV-Spitzenverband bezahlten Beträge werden über eine Umlage von den Krankenkassen finanziert.

## Ausgaben der GKV für eine Hausgeburt bzw. eine Geburt im Geburtshaus



### Haftpflichtausgleich

4.000 bis über 5.000 €

je Geburtshebamme, bei



### je Geburt bei Tag

ca. 868 €  
Hausgeburt



### je Geburt bei Nacht

ca. 1.034 €  
Hausgeburt

Wir sind leicht zu begeistern.

Wir sind Gründerinnen.

Wir sind Mütter.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.



# Versorgung verbessert: Das Hospiz- und Palliativgesetz

## Die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste wurde neu geregelt und kam bereits 2016 vollumfänglich zur Anwendung.

Nach Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland im Jahr 2015 stand das Folgejahr im Zeichen der Umsetzung. Für den GKV-Spitzenverband war dies mit einigen neuen und in Teilen erweiterten Aufgabenstellungen verbunden. Kernanliegen des Gesetzes ist es, die Rahmenbedingungen für die Hospiz- und Palliativversorgung so weiterzuentwickeln, dass die Versicherten dort, wo sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet werden.

### Qualität und Leistungsumfang ausbauen

Mit dieser Zielsetzung hat der GKV-Spitzenverband die Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Hospizdienste mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen neu geregelt. Die erweiterten Fördergrundlagen konnten bereits 2016 vollumfänglich zur Anwendung kommen. Darüber hinaus wurden mit den maßgeblichen Spitzenverbänden der stationären Hospize die Beratungen u. a. über getrennte Rahmenvereinbarungen für Erwachsenen- und Kinderhospize, mit denen bundesweit geltende Standards hinsichtlich Umfang und Qualität der Hospizleistungen geregelt werden, aufgenommen.

Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde der gesetzliche Auftrag zur Vereinbarung einer besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte nach § 87 Abs. 1b SGB V umgesetzt. Für notwendige Weiterentwicklungen in weiteren Leistungsbereichen wie bspw. in der häuslichen Krankenpflege machte sich der GKV-Spitzenverband in den zuständigen Gremien der Selbstverwaltung stark. Darüber hinaus wurden Beratungen über die Konzeption und Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen aufgenommen. Aufgrund der Komplexität der Regelungen

werden die verschiedenen Beratungen zum Teil auch noch 2017 fortgeführt werden müssen.

Um den Krankenkassen eine gute Grundlage für die Ansprache und Aufklärung ihrer Versicherten zu schaffen, wurden Informationen zu den Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase seitens des GKV-Spitzenverbandes aufbereitet. Diese betreffen z. B. Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen.

### Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie

Bereits seit 2013 hatte sich der GKV-Spitzenverband intensiv in Beratungen über Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie auf der Grundlage der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland eingebracht. Der Verwaltungsrat befürwortet die „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ und hat sich dafür ausgesprochen, gegenüber der Charta-Geschäftsstelle die Zustimmung des GKV-Spitzenverbandes zu geben.



### Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

- Leitsatz 1: Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
- Leitsatz 2: Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen
- Leitsatz 3: Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Leitsatz 4: Entwicklungsperspektiven und Forschung
- Leitsatz 5: Die europäische und internationale Dimension

Wir sind ein gutes Team.

Wir sind Weltreisende.

Wir sind Lesepaten.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.



# Steuerungsinstrumente bleiben ungenutzt: Das AM-VSG

Im April 2016 endete der zwischen der Bundesregierung und der pharmazeutischen Industrie geführte Pharmadialog. Dabei hatte sich die Bundesregierung mit Vertreterinnen und Vertretern aus pharmazeutischer Industrie, Wissenschaft, Forschung und Gewerkschaften über die Rahmenbedingungen der pharmazeutischen Industrie in Deutschland in den Bereichen Forschung und Entwicklung sowie Produktion und Versorgung verständigt. Unter Federführung der Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft sowie Forschung und Bildung fanden von 2014 bis 2016 mehrere Treffen statt. In das anschließende Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) flossen wesentliche Ergebnisse des Pharmadialogs ein. Der Bundestag hat kurz vor der Verabschiedung des Gesetzes aber noch wichtige Veränderungen vorgenommen.

## **Verzicht auf die öffentliche Listung des Erstattungsbetrags aus dem Gesetzentwurf gestrichen**

Zwischenzeitlich hatte der Gesetzentwurf noch vorgesehen, Erstattungsbeträge zukünftig nicht mehr öffentlich zu listen. Der GKV-Spitzenverband hat diese Regelung wiederholt deutlich abgelehnt.

Ein Verzicht auf eine öffentliche Listung des Erstattungsbetrags führt unausweichlich zu Mehrausgaben für die Versichertengemeinschaft und zu mehr Bürokratie. Wenn der Erstattungsbetrag nicht allen Akteuren, die preisgebundene gesetzliche Aufgaben wahrnehmen, bekannt

ist, wird die Funktionsfähigkeit zentraler Steuerungsinstrumente grundlegend eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber letztlich die Vertraulichkeit aus dem Gesetzentwurf gestrichen hat.

## **Keine Umsatzschwelle für Erstattungsbeträge**

Zusammen mit der Vertraulichkeit wurde auf die Umsatzschwelle aus dem Gesetzentwurf verzichtet. Zunächst war geplant, dass der Erstattungs-

betrag ab dem ersten Tag des Folgemonats der Überschreitung gelten soll, wenn innerhalb von zwölf Monaten nach erstmaligem Inverkehrbringen eines Arzneimittels Ausgaben von 250 Mio. Euro überstiegen werden. Mit der Umsatzschwelle wäre ein erster, zaghafter Schritt in Richtung faire Preise ab dem ersten Tag gemacht worden. Dass diese nun gestrichen wurde, kommt den Herstellern besonders teurer und umsatzstarker Medikamente entgegen. Der GKV-Spitzenverband wird sich weiter für realistische Preise bei neuen Arzneimitteln ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens einsetzen. Faire Preise für Arzneimittel werden nur mit einer generellen rückwirkenden Geltung des Erstattungsbetrags ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens realisiert.

## **Apothekenvergütung**

Der Gesetzentwurf sieht eine Erhöhung der Apothekenvergütung im Segment der Rezepturen vor, obwohl hier belastbare Belege für eine Unterfinanzierung nicht vorliegen. Dies führt zu einer jährlichen finanziellen Mehrbelastung in Höhe von rd. 115 Mio. Euro für die gesetzliche Krankenversicherung. Die vorgesehene Vergütungserhöhung konterkariert das Vorhaben des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, im Rahmen eines Forschungsprojekts den eklatanten Mangel an aussagekräftigen Zahlen zur Kosten- und Einkommenssituation der Apotheken in Deutschland zu beheben. Auf Basis dieses Forschungsvorhabens sollten erstmals evidenzbasiert Entscheidungen zur Anpassung der Arzneimittelpreisverordnung getroffen werden. Eine Anpassung einzelner Elemente der Verordnung ohne Evidenz stellt die Sinnhaftigkeit des Forschungsvorhabens insgesamt infrage.

## **Verlängerung des Preismoratoriums bis 2022**

Die geplante Verlängerung des Preismoratoriums ist ein notwendiger Schritt und leistet einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, solange für patentgeschützte Arzneimittel des Bestandsmarkts keine Möglichkeit der Nutzenbewertung sowie

**Faire Preise für Arzneimittel werden nur mit einer generellen rückwirkenden Geltung des Erstattungsbetrags ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens realisiert.**

von Erstattungsbetragsverhandlungen besteht. Das Preismoratorium zielt damit auf das Marktsegment ab, in dem andere Regelungsinstrumente des SGB V nicht greifen und die Arzneimittelpreise von den pharmazeutischen Unternehmen ungesteuert bestimmt werden könnten. Ohne die Fortführung des Preismoratoriums wäre mit erheblichen Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich zu rechnen. Diese hätten wiederum eine hohe Relevanz für die Beitragssätze und damit insbesondere für die Zusatzbeiträge der Versicherten.

### Nutzenbewertung von Bestandsmarktarzneimitteln

Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich die Möglichkeit der Nutzenbewertung auch für Arzneimittel mit Wirkstoffen, die bereits vor

dem 1. Januar 2011 erstmals in Verkehr gebracht wurden. Die Beschränkung auf Arzneimittel mit neuer Zulassung und neuem Unterlagenschutz bzw. auf Arzneimittel mit noch bestehendem Unterlagenschutz ist jedoch abzulehnen. Damit wird die Möglichkeit der Nutzenbewertung auf extrem seltene Fallkonstellationen reduziert, sodass eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln des Bestandsmarkts praktisch nicht erfolgen kann. Im Sinne einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Versorgung sollte jedes neue Anwendungsgebiet, insbesondere auch Änderungen der Patientenpopulation bzw. Therapielinien oder neue Kombinationsmöglichkeiten, regelhaft eine neue Zusatznutzenbewertung nach sich ziehen.

**Ohne die Fortführung des Preismoratoriums wäre mit erheblichen Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich zu rechnen.**



### Kernpunkte des AM-VSG

- Die Ergebnisse der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel sollen zukünftig Eingang in das Informationssystem der Ärztinnen und Ärzte finden, um diesen eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Verordnung zu liefern. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll dazu einen Monat nach Beschlussfassung die Ergebnisse der Nutzenbewertung entsprechend aufbereiten.
- Die Möglichkeit der Krankenkassen, die Versorgung mit individuell hergestellten parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten durch Verträge mit Apotheken sicherzustellen, wird aufgehoben.
- Impfstoff-Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern sind den Krankenkassen in Zukunft untersagt.
- Bei Arzneimittelrabattverträgen gilt bis zur Umsetzung künftig eine Frist von sechs Monaten.
- Das Preismoratorium wird bis zum Jahresende 2022 verlängert.
- Die Vergütungen der Apotheken für die Herstellung und Abgabe von Rezepturen sowie für dokumentationspflichtige Leistungen werden erheblich erhöht.

# Nutzenorientierte Erstattung von Arzneimitteln: Ein neues Konzept

Im europäischen Vergleich ist der Zugang zu neuen Arzneimitteln in Deutschland sehr früh gegeben. Unmittelbar mit der Zulassung sind Arzneimittel für die gesamte zugelassene Patientenpopulation uneingeschränkt erstattungsfähig. Das Ergebnis der für diese Arzneimittel gesetzlich vorgeschriebenen Nutzenbewertung hat jedoch keinen unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Versorgung für die Patientinnen und Patienten. Aufgrund der Ergebnisse des Pharmadialogs hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ein zukunftsweisendes Konzept zur Nutzenorientierten Erstattung beschlossen. (NoE).

Das Konzept zielt darauf ab, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu steigern: Durch einen besseren Zugang der Ärztinnen und Ärzte zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung aus dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten auch die Patientinnen und Patienten mehr Sicherheit darüber, dass sie die passende Therapie erhalten. Zugleich werden die Kranken-

kassen befähigt, ihre Leistungen für die Versicherten in Bezug auf die Qualität der Versorgung und den wirtschaftlichen Einsatz der Beitragsgelder zu optimieren.

Mit NoE soll es zudem möglich sein, für einen Wirkstoff mehrere Abrechnungspreise zu vereinbaren, um die unterschiedlichen Nutzenbewertungen je nach Versorgungssituation im Preis abzubilden. Hierdurch wird sichergestellt, dass durch den Einsatz des Wirkstoffs in Teilindikationen, in denen der Wirkstoff keinen Zusatznutzen für die Patientin oder den Patienten hat, keine Mehrkosten entstehen, während bei denjenigen Patientengruppen mit Zusatznutzen ein höherer, dem Ausmaß des festgestellten Zusatznutzens entsprechender Abrechnungspreis anfällt. Darüber hinaus sollten Teilindikationen, die vom G-BA einen geringeren Nutzen ausgewiesen bekommen oder für die kein Dossier eingereicht wurde, aus der Erstattung ausgeschlossen werden können.

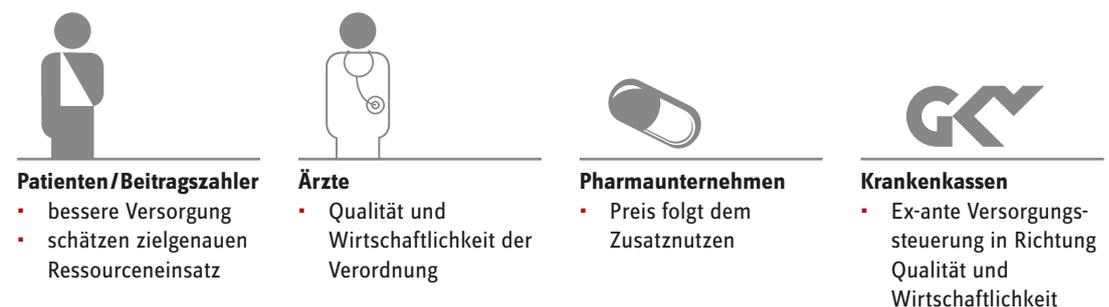
## Konzept zur Nutzenorientierten Erstattung (NoE)

### Problem:

**Bei mehreren Teilpopulationen mit unterschiedlichen Zusatznutzenausprägungen ermöglichen Mischpreise keine differenzierte Abbildung des Erstattungsbetrags.**

### Lösung:

**Differenzierte Preisbildung abhängig vom Zusatznutzen**



Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Verhandlungen erfolgreich: Die AMNOG-Bilanz

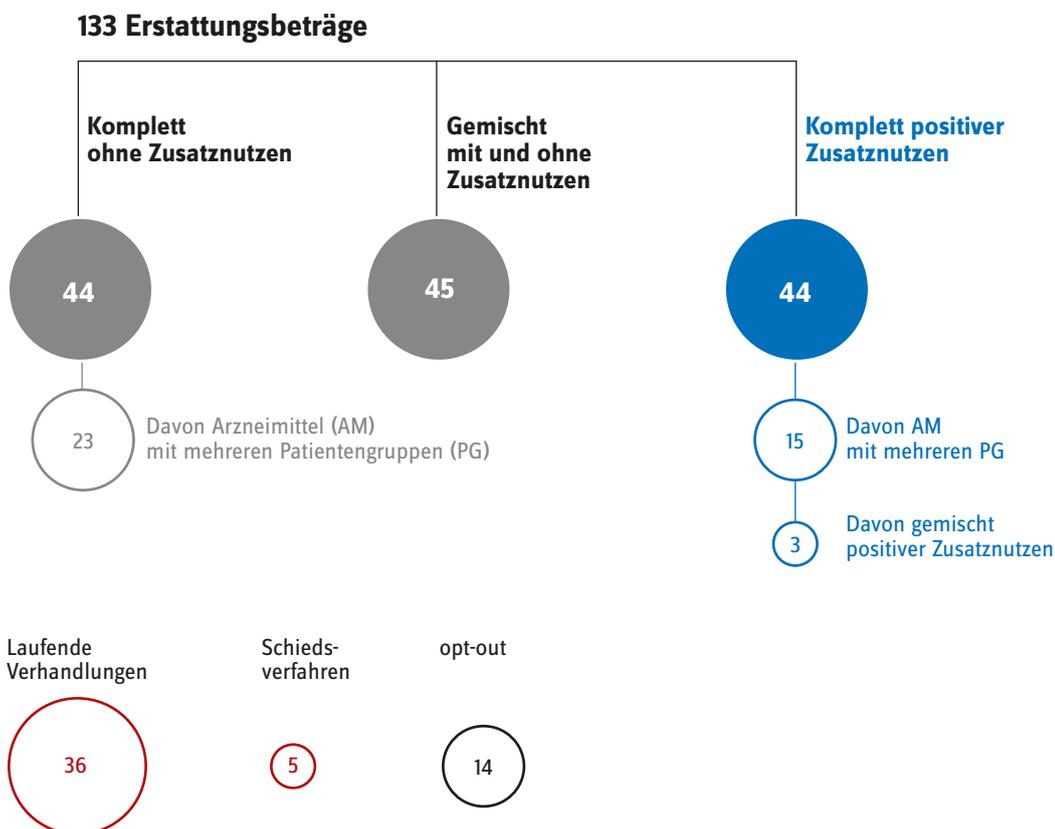
Zwischen 1. Januar 2011 und 1. Januar 2017 führte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 272 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und mehr als 746 Beratungsverfahren durch. 27 Arzneimittel wurden von der Nutzenbewertung freigestellt. Zu insgesamt 133 Wirkstoffen wurden Erstattungsbeträge vereinbart. Davon wurden 114 Verfahren durch Einigung der Vertragsparteien und 19 mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen. Vier Arzneimittel wurden bislang direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet. Zum 31. Januar 2017 liefen 36 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie fünf Schiedsverfahren. Bei 18 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen

handelt es sich um Neuverhandlungen, die aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, wegen Ablaufs der Frist oder aufgrund der Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig wurden.

## Neue Rahmenvereinbarung nach § 130b Absatz 9 SGB V

Mit Wirkung zum 1. Juli 2016 setzte die Schiedsstelle die Inhalte der neuen Rahmenvereinbarung für das AMNOG-Verfahren fest. Entsprechend dem Antrag des GKV-Spitzenverbandes wurden wesentliche Inhalte der Rahmenvereinbarung durch den Schiedsspruch bestätigt. Der Nutzen-

### AMNOG-Bilanz



Stand: 31.01.2017, Darstellung: GKV-Spitzenverband

bewertungsbeschluss des G-BA bleibt zentrale Grundlage für die Verhandlungen. Der Erstattungsbetrag bei Arzneimitteln mit Zusatznutzen wird nach wie vor als Zuschlag auf die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie vereinbart. Der patientenrelevante Zusatznutzen

**Der patientenrelevante Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist das entscheidende Kriterium zur Vereinbarung des Erstattungsbetrags.**

im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie ist weiterhin das entscheidende Kriterium zur Vereinbarung des Erstattungsbetrags. Die Jahrestherapiekosten der vergleichbaren Arzneimittel und die tatsächlichen Abgabepreise in anderen europäischen Ländern sind demgegenüber lediglich zu berücksichtigen. Geändert haben sich die Bedingungen, unter denen die Hersteller ihr Arzneimittel vom Markt nehmen können, ohne dass für das Arzneimittel ein Erstattungsbetrag festgesetzt wird (Opt-out). Künftig haben die Hersteller nicht nur nach der ersten Nutzenbewertung, sondern auch nach weiteren Nutzenbewertungen eines Arzneimittels - etwa wegen Zulassung neuer Anwendungsgebiete - die Möglichkeit, sich für ein Opt-out zu entscheiden. Zudem konnten sie bisher nur bis zu vier Wochen nach dem G-BA-Beschluss das Arzneimittel vom Markt nehmen. Nunmehr können sie die Entscheidung bis 14 Tage nach der ersten Verhandlung treffen.

**Wirtschaftlichkeit des AMNOG 2014 bis 2016**

2016 wurden der GKV-Spitzenverband, der G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf Wirtschaftlichkeit bei der Umsetzung des AMNOG überprüft. Die Gegenüberstellung der administrativen Gesamtkosten einerseits und der erwirtschafteten Einsparungen der Jahre 2014 bis 2016 durch die Erstattungsbeträge andererseits ergab, dass der Gesamtaufwand der drei Institutionen im Vergleich zu den Gesamteinsparungen gering ausfällt und in hohem Maße als wirtschaftlich zu werten ist.

**Teilnahme von Krankenkassen an Erstattungsbetragsverhandlungen**

Seit Januar 2015 wird jede Krankenkasse, die sich für eine Teilnahme entscheidet, aktiv in die Verhandlungen zu Erstattungsbeträgen einbezogen. Bei der mittlerweile dritten Abfrage Mitte 2016 erklärten 30 Krankenkassen ihre Bereitschaft zur Verhandlungsteilnahme. Die ersten auf dieser 64 Verhandlungsserien umfassenden Liste basierenden Zuordnungen wurden bereits im Oktober 2016 vorgenommen.

# Faire Preise: Arzneimittel-Festbeträge 2016

Festbeträge für Arzneimittel bleiben ein Garant für stabile Arzneimittelpreise. Als Erstattungshöchstgrenzen fördern sie den Wettbewerb um niedrige Preise. Die Regelung umfasst sowohl generische als auch patentgeschützte Wirkstoffe, sofern diese mit anderen Wirkstoffen vergleichbar sind und keine therapeutische Verbesserung gegenüber anderen Wirkstoffen derselben Gruppe bedeuten. Bei der Bestimmung der Festbetragshöhe achtet der GKV-Spitzenverband darauf, dass eine für die medizinisch notwendige Versorgung ausreichende Anzahl von Arzneimitteln verfügbar ist, für die Versicherte keine Aufzahlung leisten müssen.

## Festbetragsänderungen 2016

Der GKV-Spitzenverband überprüft den Arzneimittelmarkt regelmäßig und passt die Festbeträge bedarfsweise an eine geänderte Marktlage an. 2016 hat er die Festbeträge für insgesamt 53 Festbetragsgruppen geändert:

- Absenkungen in 28 Gruppen
- Anhebungen in 13 Gruppen
- Aufhebungen in zehn Gruppen
- erstmalige Festsetzung in zwei Gruppen

Ergänzend zu den Festbeträgen kann der GKV-Spitzenverband besonders preisgünstige Arznei-

mittel von der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro freistellen. Auch hierdurch soll der Preiswettbewerb im Festbetragsmarkt gefördert werden. Die Situation zuzahlungsfreigestellter Arzneimittel ist bei der Anpassung von Festbeträgen zu berücksichtigen. Daher wurden 2016 für sechs Gruppen mit zuzahlungsfreigestellten Arzneimitteln die Festbeträge nur moderat gesenkt, um möglichst auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung zu gewährleisten.

**Das jährliche Einsparpotenzial beträgt inzwischen 7,7 Mrd. Euro.**

## Zukunftsperspektive Festbeträge

Festbeträge fördern den Wettbewerb im Sinne fairer Arzneimittelpreise. Insgesamt umfasst die Regelung zum 1. Januar 2017 rund 34.000 Fertigarzneimittel. Festbetragsarzneimittel haben einen Verordnungsanteil von 81 % und einen Umsatzanteil von 37 % am gesamten GKV-Arzneimittelmarkt. Das jährliche Einsparpotenzial beträgt inzwischen 7,7 Mrd. Euro. Mit dem geplanten Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) bleibt die Festbetragsregelung im Wesentlichen unverändert. Somit werden Festbeträge auch weiterhin zu einer dauerhaft bezahlbaren Arzneimittelversorgung beitragen.

## Festbetragsmarkt im Jahr 2016

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Gesamt
<b>Gruppierung nach § 35 SGB V</b>	<b>Identische Wirkstoffe</b>	<b>Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe</b>	<b>Therapeutisch vergleichbare Wirkung</b>	
<b>Festbetragsgruppen mit</b>	314 205 Wirkstoffen	64 175 Wirkstoffen	63 168 Wirkstoffkomb.	441
<b>Umsatz in Euro</b>	5,7 Mrd.	4,9 Mrd.	2,3 Mrd.	12,9 Mrd.
<b>Verordnungen</b>	234,4 Mio.	226,2 Mio.	70,8 Mio.	531,4 Mio.
<b>Packungen</b>	16.957	10.719	5.980	33.656

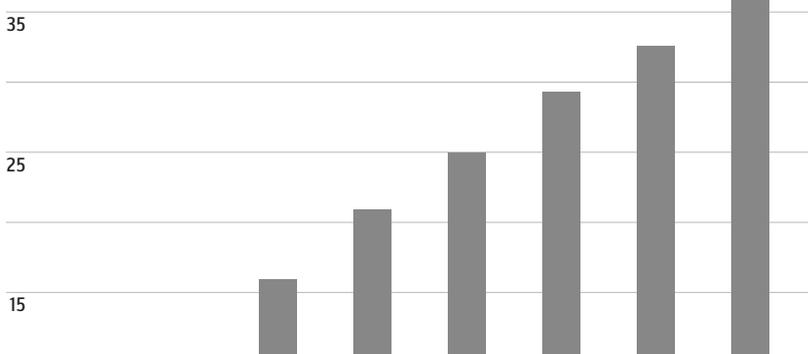
# Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit: Biologische Arzneimittel

Der in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hohe Anteil generischer Arzneimittel führt zur Vermeidung unwirtschaftlich hoher Ausgaben für nicht mehr patentgeschützte Arzneimittel. Beginnend mit dem Rheumamittel Infliximab im Februar 2015 werden in den kommenden Jahren weitere, aktuell sehr umsatzstarke biologische Arzneimittel patentfrei werden.

Biologische Arzneimittel zählen zu den teuersten und dabei umsatzstärksten Medikamenten, die zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Im Vergleich zum Segment der chemisch-synthetischen Generika spielten die biologischen Nachahmer-Präparate (Biosimilars) – insbesondere auch die biotechnologisch hergestellten Arzneimittel – hingegen bisher nur eine untergeordnete Rolle. Der Verwaltungsrat formulierte seine zentralen Forderungen im Juni 2016 in seinem Positionspapier „Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung mit biologischen Arzneimitteln“. Ziel ist es, Anreize zur Weiterentwicklung des Marktsegments zu setzen.

## Biologische Arzneimittel zählen zu den teuersten und dabei umsatzstärksten Medikamenten.

Anteil Biosimilars am Wirkstoff Infliximab  
in Prozent



Erste Ergebnisse am Beispiel Infliximab zeigen, dass insbesondere die Anreize zur wirtschaftlichen Verordnung, die durch regionale Zielvereinbarungen und Rabattverträge geschaffen wurden, zur schnellen Diffusion von Biosimilars in den Markt führen können. So beträgt der Anteil von Biosimilars im 4. Quartal 2016 nach Zahlen der GKV-Arzneimittelschnellinformation bereits knapp 37 %.

📍
§§
i

### Kernforderungen des GKV-Spitzenverbandes

- **Steigerung des Anbieterwettbewerbs**  
Für biologische Arzneimittel, deren Abgabepreis deutlich unterhalb eines Referenzpreises liegt, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, deren Verordnung zulasten der Versicherungsgemeinschaft als „preisgünstige Biologica“ zu definieren. Die bestehenden Rahmenbedingungen zum Abschluss von Selektivverträgen sind ohne Einschränkungen aufrechtzuerhalten.
- **Anreize zur Akzeptanz von Biosimilars und zur wirtschaftlichen Verordnung von biologischen Arzneimitteln**  
Für biologische Arzneimittel, die als „preisgünstige Biologica“ klassifiziert sind oder für die Selektivverträge bestehen, sind verpflichtend Wirtschaftlichkeitsziele und Zielquoten zu vereinbaren.
- **Wirkstoffbezogene Ausweitung der Substitutionspflicht der Apotheke auf biologische Arzneimittel**  
Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte die Aufgabe erhalten, in der Arzneimittel-Richtlinie zu regeln, welche biologischen Arzneimittel in der Apotheke untereinander substituiert werden können. Pharmazeutische Unternehmer sind zu verpflichten, die Studienlage zur Austauschbarkeit von Biosimilars zu verbessern.

# Vergütungsansprüche von Apotheken: Schiedsspruch zur Retaxation

Der Gesetzgeber hat den Deutschen Apothekerverband e.V. und den GKV-Spitzenverband mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beauftragt, zu regeln, in welchen Fällen einer Beanstandung der Abrechnung durch Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleiben soll. Beide Vertragspartner sollten dabei sowohl aktuelle Rechtsprechung als auch Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit berücksichtigen sowie gewährleisten, dass die rahmenvertraglichen Vorgaben Fehlanreize vermeiden und keinen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen erzeugen.

Die Vertragspartner des Rahmenvertrags konnten in den Verhandlungen keinen Konsens erzielen. Aus diesem Grund wurde im gegenseitigen Einvernehmen die Schiedsstelle angerufen, die in vier Sitzungen eine für alle Mitglieder der Schiedsstelle zustimmungsfähige Neufassung des Rahmenvertrags erarbeitete.

## Regelungen zum Vergütungsanspruch

Die Schiedsstelle legte fest, dass trotz nicht ordnungsgemäßer vertragsärztlicher Verordnung oder Abgabe der Apothekerin oder des Apothekers der Vergütungsanspruch trotzdem entsteht, sofern

- ein den Rahmenvertrag ergänzender Vertrag nach § 129 Absatz 5 SGB V rechtmäßig das Entstehen eines Vergütungsanspruchs trotz eines Verstoßes vorsieht.
- über die Anforderungen der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung hinaus in Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V vom Arzt auf das Rezept aufzutragende Angaben (z. B. Lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, Institutionskennzeichen der Krankenkasse) vorgesehen sind und diese von der Apotheke ergänzt wurden. Hat die Apotheke insoweit keine Ergänzung vorgenommen, entsteht der Vergütungsanspruch trotzdem, es sei denn, die Verträge nach § 129 Absatz 5 SGB V sehen bei fehlenden oder fehlerhaften Angaben eine Retaxation ausdrücklich vor.
- es sich um einen unbedeutenden, die Arzneimittelsicherheit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht wesentlich tangierenden, insbesondere formalen Fehler handelt. Im Schiedsspruch werden Konstellationen beschrieben, in denen dies der Fall ist.

Aufgrund des Schiedsspruchs einigten sich die Vertragspartner darauf, weitere, bereits konsentrierte Änderungen in einer zweiten Änderungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zu verabschieden. Zur besseren Lesbarkeit wurde eine redaktionelle Gesamtfassung des Rahmenvertrags veröffentlicht.

**Die rahmenvertraglichen Vorgaben sollen Fehlanreize vermeiden und keinen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen erzeugen.**

# Sicherheitslücken: Europäischer Zulassungsprozess für neue Arzneimittel

**Der Grundsatz erwiesener Wirksamkeit und Sicherheit als Bedingung für die Marktzulassung von Arzneimitteln darf nicht weiter aufgeweicht werden.**

Für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln benötigen Unternehmen eine meist durch die Europäische Kommission erteilte arzneimittelrechtliche Zulassung. Basis der Zulassung ist ein Untersuchungsbericht der europäischen Arzneimittelbehörde (EMA). Im März 2014 startete die EMA unter der Bezeichnung „Adaptive Licensing“ (nun „Adaptive Pathways“) ein Pilotprojekt, das einen schnelleren Zugang zu Arzneimitteln für diejenigen Patientinnen und Patienten ermöglichen

soll, die davon am wahrscheinlichsten profitieren. Adaptive Pathways sollen die schnelle Verfügbarkeit mit angemessenem Wissen zu möglichem Nutzen und Schaden des Arzneimittels neu ausbalancieren. Ziel sei kein neuer Zulassungsweg, sondern die bessere Nutzung bestehender Wege.

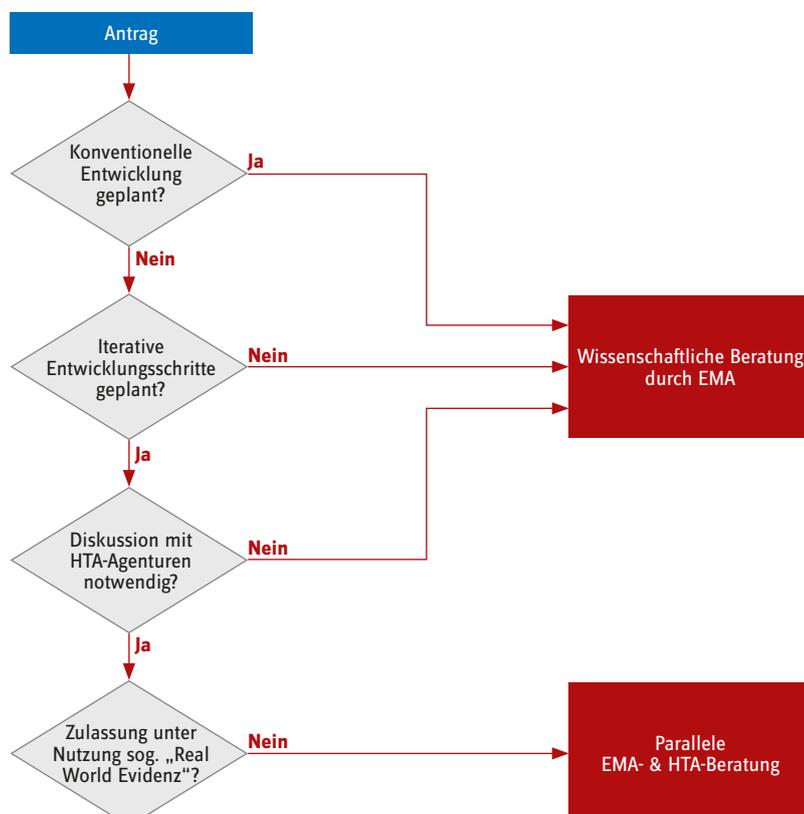
### Hohe Sicherheitsstandards notwendig

Der GKV-Spitzenverband hatte sich anlässlich des im Juli 2016 vorgelegten Abschlussberichts der EMA kritisch zu dem Pilotprojekt geäußert: Allein die Hoffnung auf Heilung oder Linderung einer Erkrankung durch neue Arzneimittel darf nicht zu einer partiellen Abkehr vom Grundsatz der Sicherheit als Bedingung für die Marktzulassung führen. Die heute geltenden Zulassungsregularien wurden nicht als Selbstzweck geschaffen, sondern entstanden als Reaktion auf fehlende oder unzureichende Sicherheitsstandards und deren Folgen wie den Contergan®-Skandal in den 1970er Jahren oder verseuchte Blutkonserven in den 1980er Jahren. Auch darf nicht vergessen werden, dass viele Arzneimittel kurz vor der Zulassung scheitern, weil sie die angenommene Wirksamkeit nicht belegen können.

Bereits heute können Arzneimittel zur Behandlung lebensbedrohlicher oder schwere Invalidität hervorrufender Erkrankungen beschleunigt zugelassen werden. Diese Zulassung wird unter der Auflage erteilt, fehlende Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit nachzureichen. Nach aktuellen Untersuchungen kommen die betreffenden Unternehmen dieser Auflage nur unzureichend und mit zeitlicher Verzögerung nach.

Vor diesem Hintergrund müssen beschleunigte Zulassungen von Arzneimitteln Ausnahmen für echte medizinische Versorgungslücken bleiben. Nur in solchen Fällen ist es zu rechtfertigen, dass mit einem sehr frühen Marktzugang neuer Arzneimittel mögliche Fehleinschätzungen zu deren Wirksamkeit, Risiken und Nebenwirkungen aufgrund der dünnen Datenlage in Kauf genommen werden.

## Eignung eines Produkts für Adaptive Pathways





Wir sind auf dem Sprung.

Wir sind Lehrlinge.

Wir sind Freunde fürs Leben.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Reform mit Licht und Schatten: Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz

**Eine Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität entfaltet eine Signalwirkung auch auf andere Leistungsbereiche und wird die Ausgabendynamik im Heilmittelbereich weiter beschleunigen.**

In dem im Jahr 2016 vorgelegten Entwurf für ein Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) ist u. a. vorgesehen, die Grundlohnrate als Obergrenze für Vergütungsabschlüsse mit Heilmittelerbringern für drei Jahre auszusetzen. In diesem Zusammenhang sollen auch die Schiedsverfahren und die Benennung und

Festsetzung von Schiedspersonen beschleunigt werden. Zudem sieht der Entwurf bundesweite kassenartenübergreifende Modellvorhaben zur sog. Blanko-Verordnung vor. Mit ihnen sollen binnen drei Jahren eine größere Entscheidungsbefugnis und Therapieverantwortung der Heilmitteler-

bringer erprobt und hinsichtlich der Übernahme in die Regelversorgung geprüft werden. Kennzeichnend für die Blanko-Verordnung ist dabei, dass Therapeutinnen und Therapeuten auf der Grundlage einer vertragsärztlich festgestellten Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst die Art, Dauer und Frequenz der Heilmitteltherapie bestimmen können.

## **Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten**

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Abkopplung der Heilmittelvergütungen von der Grundlohnrate vor dem Hintergrund der erst kürzlich im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführten Heilmittelpreisuntergrenzen kritisch zu bewerten. Diese führen in den Jahren 2016 bis 2022 bereits zu deutlichen Vergütungsanhebungen. Eine auch nur befristete Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität entfaltet eine Signalwirkung auch auf andere Leistungsbereiche und wird die Ausgabendynamik im Heilmittelbereich weiter beschleunigen.

Zudem ist eine weitere Regelung für Modellvorhaben hinsichtlich einer größeren Therapieverantwortung der Heilmittelerbringer nicht notwendig, da diese bereits heute in Modellvorhaben erprobt werden kann. Im Gesetzesentwurf positiv zu bewerten ist die Klarstellung zur Möglichkeit

kassenartenübergreifender Zulassungsverfahren für Heilmittelerbringer, da hierdurch bürokratieärmere Verwaltungsverfahren gefördert werden.

Zur Begleitung der aktuellen politischen Debatte im Heilmittelbereich hatte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im Juni 2016 ein Positionspapier „Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten“ verabschiedet. Darin wurden u. a. der Reformbedarf in den Berufsgesetzen insbesondere aufgrund des unzureichenden Qualifikationserwerbs in der Physiotherapieausbildung sowie die diskutierte höhere Therapieverantwortung für Heilmittelerbringer aufgegriffen. Zu Letzterer fehlt es an einheitlichen und klaren berufsgesetzlichen Regelungen für eine eigenverantwortliche Planung und Durchführung der Heilmitteltherapie. Im Positionspapier wird auch auf die Risiken eines Wegfalls der Grundlohnsummenbindung bei den Heilmittelvergütungen im Hinblick auf die langfristige Finanzierbarkeit dieses Leistungsbereichs hingewiesen. Zudem werden eine stärker evidenzbasierte Ausgestaltung des Heilmittel-Katalogs, die Bewertung telemedizinischer Therapieangebote sowie Änderungen im Fort- und Weiterbildungswesen angeregt.

## **Hohe Qualität von Verbandmitteln sicherstellen**

Im Rahmen des HHVG beabsichtigt der Gesetzgeber ferner, eine Legaldefinition für Verbandmittel zu schaffen. Der GKV-Spitzenverband begrüßte die im Referentenentwurf vorgesehene Definition, die aber unter dem Einfluss der Medizinproduktehersteller im Kabinettsentwurf aufgeweicht wurde. Mit der ursprünglichen Formulierung der Regelung wäre es möglich gewesen, Klarheit über die Abgrenzung von klassischen und feuchten Wundverbänden zu Produkten mit dem Versprechen darüber hinausgehender Eigenschaften wie antimikrobieller oder desinfizierender Wirkung zu schaffen. Der Nutzen dieser nicht-klassischen Verbandmittel sollte im Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet werden, bevor diese Teil der Regelversorgung werden. Mit der nun gewählten

Definition wird es weiterhin nicht möglich sein, zwischen einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und evidenzbasierten Versorgung und einer unwirtschaftlichen Versorgung mit behauptetem, aber nicht nachgewiesenem zusätzlichen Nutzen zu unterscheiden. Echte Qualitätsverbesserungen in der Wundversorgung werden unter diesen Voraussetzungen nicht erreichbar sein.

### Hilfsmittelverzeichnis aktuell halten

Das HHVG enthält auch ein umfassendes Bündel an Maßnahmen, die darauf zielen, die bisherigen Qualitätsinstrumente im Hilfsmittelbereich weiterzuentwickeln, die Patientenrechte sowie das Sachleistungsprinzip zu stärken und die Hilfsmittelversorgung unter finanziellen Gesichtspunkten zukunftsfest zu machen. Die gesetzlichen Regelungen sind insgesamt zu begrüßen und basieren im Wesentlichen auf den vom GKV-Spitzenverband zuvor eingebrachten Vorschlägen und Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung.

Im Zentrum der Hilfsmittelreform steht die Vorgabe, das Hilfsmittelverzeichnis innerhalb der nächsten zwei Jahre systematisch auf Aktualität hin zu überprüfen und soweit erforderlich fortzuschreiben. Der GKV-Spitzenverband hatte diese Notwendigkeit bereits selbst in einzelnen

Hilfsmittelbereichen gesehen und dem Rechnung getragen, indem folgende Produktgruppen im Jahr 2016 fortgeschrieben wurden:

- Bestrahlungsgeräte
- Einlagen
- Inkontinenzhilfen
- Krankenpflegeartikel
- Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege

In diesem Zusammenhang wurden insbesondere die technischen Produkthanforderungen an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst und Anforderungen an die Versorgungsprozesse festgelegt. Insgesamt wurde der Fokus auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte Versorgung gelegt, auch hinsichtlich der Quantität und der Auswahlmöglichkeit unter mehreren aufzahlungsfreien Produkten. Vergleichbare Zielsetzungen sind für alle künftigen Fortschreibungen der noch ausstehenden Produktgruppen vorgesehen.

Der GKV-Spitzenverband wird bis Ende 2017 in einer vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigenden Verfahrensordnung das Verfahren zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Produktlistung konkretisieren. In dieser

**Der Nutzen nicht-klassischer Verbandmittel sollte im Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet werden, bevor diese Teil der Regelversorgung werden.**



### Kernpunkte des HHVG zum Hilfsmittelbereich

- Revision des Hilfsmittelverzeichnisses bis zum 31. Dezember 2018
- Möglichkeit des Mehrvertragspartnermodells auch bei Ausschreibungsverträgen
- Anspruch der Versicherten auf eine hinreichende Auswahl an Produkten
- definierte Gewichtung nicht preisbezogener Qualitätskriterien im Rahmen der Zuschlagserteilung bei Ausschreibungen
- erweiterte Informations-, Beratungs- und Dokumentationspflichten der Leistungserbringer insbesondere hinsichtlich aufzahlungsfreier Versorgungsalternativen
- stärkere Überwachung der Ergebnisqualität durch die Krankenkassen auf Basis von Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes
- Weiterentwicklung des Präqualifizierungsverfahrens, insbesondere die Übertragung der Benennung und Überwachung der Präqualifizierungsstellen auf die Deutsche Akkreditierungsstelle

**Der Fokus liegt auf einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten Versorgung mit Hilfsmitteln, auch hinsichtlich der Quantität und der Auswahlmöglichkeit unter mehreren aufzahlungsfreien Produkten.**

Verfahrensordnung werden auch Fortschreibungsintervalle für alle Fortschreibungen nach dem 31. Dezember 2018 festgelegt. Diese können für die einzelnen Produktgruppen unterschiedlich sein. Die gesetzlich vorgesehene Anzeigepflicht der Hersteller bei Produktänderungen und Produktionseinstellungen wird ebenfalls dazu beitragen, das Hilfsmittelverzeichnis aktuell halten zu können.

Die Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses genügt allein aber nicht, damit Leistungen auch beim Versicherten ankommen. Wichtig ist, dass die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses in den Versorgungsverträgen zügig umgesetzt werden und das ebenfalls im Zuge des HHVG verpflichtende Vertragscontrolling etabliert wird. Erst dann schaffen die Regelungen die notwendigen Voraussetzungen, damit den Versicherten die benötigten Hilfsmittel auch langfristig in der gebotenen Qualität und im notwendigen Umfang zur Verfügung stehen.

### Kennzahlen zum Hilfsmittelverzeichnis

**Produkte werden auf Antrag der Hersteller im Hilfsmittelverzeichnis gelistet, wenn sie die in den Produktuntergruppen definierten Qualitätsanforderungen erfüllen. Dies wird beim GKV-Spitzenverband im Einzelnen in einem Verwaltungsverfahren geprüft.**

---

<b>Anzahl der Produktgruppen</b>	<b>39</b>
<b>Anzahl der Produktuntergruppen</b>	<b>über 650</b>
<b>Anzahl der Produktarten</b>	<b>ca. 2.000</b>
<b>Anzahl der gelisteten Hilfsmittel</b>	<b>ca. 30.000</b>
<b>Anzahl gestellter Aufnahme- und Änderungsanträge im Jahr 2016</b>	<b>über 4.500</b>



Wir sind voller Pläne.

Wir sind Studierende.

Wir sind Ehrenamtliche.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Angleichung der Heilmittelpreise: Umsetzung des GKV-VSG

**Vergütungsunterschiede sollen durch eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren beseitigt werden.**

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erhielt der GKV-Spitzenverband den Auftrag, Preisuntergrenzen für Heilmittel zu ermitteln. Diese sollen bei den Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer als Mindestpreise zugrunde gelegt werden. Hintergrund sind Vergütungsunterschiede zwischen den Ersatzkassen und den übrigen Krankenkassen, die historisch begründet sind und bei den Heilmitteln im Gegensatz zur ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung bislang nicht abgebaut wurden. Diese Vergütungsunterschiede sowie die dadurch bedingten Wettbewerbsverzerrungen sollen nun durch eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren beseitigt werden.

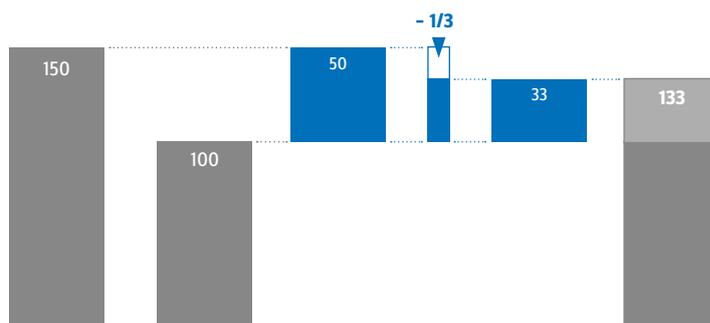
Zur Berechnung der Preisuntergrenzen müssen die Kassen dem GKV-Spitzenverband jährlich zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise für jede einzelne Heilmittelleistung übermitteln. Gemäß der gesetzlich vorgegebenen Berechnungsmethode werden zum niedrigsten Preis der jeweiligen Heilmittelleistung zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis des betreffenden Bundeslandes ad-

diert. Um ein einfaches Berechnungsverfahren zu ermöglichen und die wichtigsten Preisvereinbarungen einzubeziehen, werden nur Höchstpreise berücksichtigt, die zwischen Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern bleiben unberücksichtigt.

## Das GKV-Heilmittel-Informationsportal

Im Berichtszeitraum 2016 nahm der GKV-Spitzenverband die von den kassenseitigen Partnern gemeldeten Preise in einem standardisierten Datenlieferverfahren über die Datenannahme- und -weiterleitungsstelle entgegen. In einer sich anschließenden Qualitätssicherungsphase wurden die gemeldeten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft und notwendige Korrekturen im Rahmen eines Korrekturlieferverfahrens berücksichtigt. Ferner wurden die im Rahmen eines kassenseitig eingerichteten Preisausschusses abgegebenen Empfehlungen zur Berücksichtigung einzelner Heilmittelpositionen umgesetzt. Zur Bereitstellung der ermittelten Preisuntergrenzen wurde das bestehende Themenportal „GKV-HIS“ zu einem „GKV-Heilmittel-Informationsportal“ ([www.gkv-heilmittel.de](http://www.gkv-heilmittel.de)) weiterentwickelt und um ein Modul „Heilmittelpreisuntergrenzen“ erweitert.

Bildung der Preisuntergrenzen für Heilmittel





Wir sind vom Fach.

Wir sind Ausbilder.

Wir sind Väter.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Qualitätssicherung und Transparenz: Das IQTIG liefert erste Ergebnisse

**Im September 2016 stellte das IQTIG seinen ersten Qualitätsreport mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern für das Erfassungsjahr 2015 vor.**

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung beauftragte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu gründen. Nachdem der G-BA im August 2014 die „Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ ins Leben gerufen hatte, wurden in der konstituierenden Sitzung des Stiftungsrats am 9. Januar 2015 das neue Qualitätsinstitut formell errichtet und Dr. med. Christof Veit zum Institutsleiter bestellt. Die Aufbauphase im Jahr 2015 und bis hinein in das Jahr 2016 war geprägt von den Aktivitäten zur Personalgewinnung, zur Einrichtung und Inbetriebnahme der Räumlichkeiten am Standort Berlin, der Konzeption der IT-Infrastruktur sowie der Festlegung der Arbeits- und Organisationsstrukturen. Ferner wurde die Übernahme von Datenbeständen und Auswertungssoftware vom Vorgängerinstitut (AQUA-Institut) geplant und vorbereitet, sodass eine reibungslose Fortführung der Routineaufgaben ab 1. Januar 2016 erfolgen konnte.

## **Arbeitsschwerpunkte des IQTIG**

Die Arbeitsschwerpunkte sind klar gesetzlich umrissen. Sie umfassen neben der Durchführung der rund 30 Qualitätssicherungsverfahren in den Krankenhäusern insbesondere die Weiterentwicklung der datenbasierten sektorübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Umsetzung der neuen Möglichkeiten, die sich aus dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ergeben. Das KHSG bietet viele neue Instrumente, die sich für eine qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens eignen:

- Förderung (Qualitätsverträge)
- Transparenz (laienverständlicher Qualitätsbericht, Darstellung der Ergebnisse der Qualitätssicherung, die einen Krankenhausvergleich ermöglicht)
- Regulierung (planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Zu- und Abschläge).

Das IQTIG bereitet die Umsetzung der Vorgaben des KHSG für den G-BA vor, indem es mit seiner wissenschaftlichen Kompetenz die Instrumente und Methoden entwickelt.

Im September 2016 stellte das IQTIG im Auftrag des G-BA seinen ersten, in eigener Regie erstellten Qualitätsreport im Rahmen der QS-Konferenz vor. Dieser beinhaltet auf rund 200 Seiten die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern für das Erfassungsjahr 2015 sowie einen Vergleich mit den Ergebnissen des Vorjahres. Der Qualitätsreport wird jährlich herausgegeben und liefert detaillierte Qualitätsinformationen zu verschiedenen medizinischen Versorgungsbereichen wie z. B. Gefäßchirurgie, Kardiologie, Gynäkologie oder Transplantationen. Ferner hat das IQTIG seinen ersten Entwicklungsauftrag fristgerecht fertiggestellt: die Entwicklung erster Indikatoren, die für die Krankenhausplanung verwendet werden können. Sie wurden im Oktober 2016 dem G-BA vorgelegt. Diese Indikatoren wurden in der vom Gesetzgeber vorgegebenen Frist am 16. Dezember 2016 vom G-BA als Bestandteil einer neuen Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen.

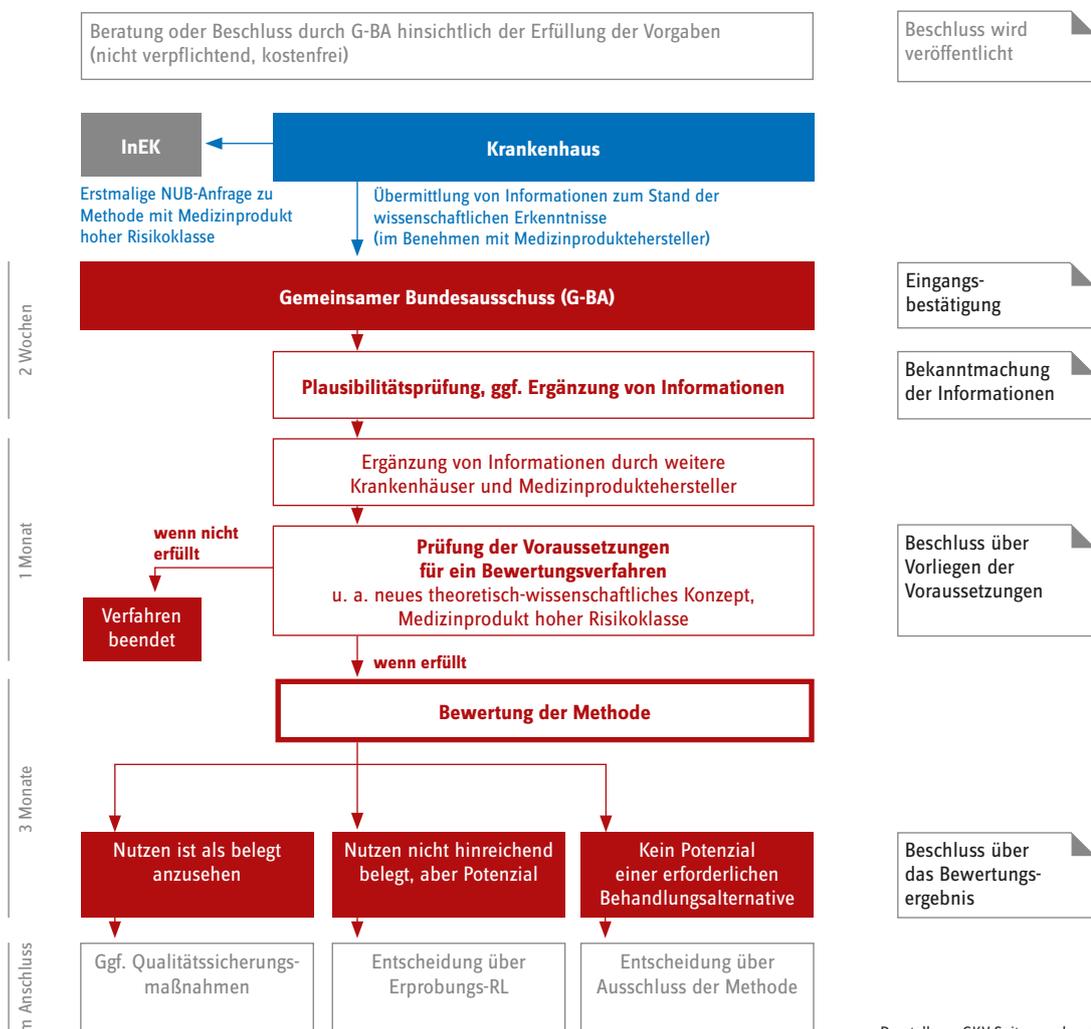
# Sicherheit gewährleisten: Medizinprodukte hoher Risikoklasse

Der GKV-Spitzenverband weist seit Längerem darauf hin, dass Innovationen, die auf Medizinprodukten hoher Risikoklasse beruhen, vor einer breiten Anwendung besser geprüft werden müssen. Diese Forderung wurde von der Politik in Teilen aufgegriffen: Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Juli 2015 beschloss der Gesetzgeber eine entsprechende Regelung. Demnach müssen Methoden, die maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts hoher Risikoklasse mit besonders invasivem Charakter beruhen und die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept

aufweisen, einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugeführt werden.

Eine wesentliche Bedingung für die Auslösung des Verfahrens ist, dass ein Krankenhaus für die Anwendung der Methode besondere Entgelte vereinbaren möchte und darum erstmalig eine Anfrage an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt. Wenn der G-BA im Rahmen der dreimonatigen Bewertung zu der Entscheidung kommt, dass die Methode das Potenzial

## Bewertungsverfahren für Medizinprodukte hoher Risikoklassen



einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist, hat er eine Erprobung zu beschließen. Krankenhäuser, die die Methode anwenden wollen, müssen sich daran beteiligen. Näheres zum Verfahren wurde durch das Gesundheitsministerium in einer eigenen Rechtsverordnung geregelt, die am 1. Januar 2016 in Kraft trat.

### **Regelungen gehen nicht weit genug**

Die gesetzlichen Regelungen werden vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt, allerdings bleiben sie hinter den Erwartungen zurück:

1. Durch die Vorgaben in der Rechtsverordnung wird der Geltungsrahmen auf sehr wenige Methoden eingeschränkt. Für das Jahr 2017 wurden dem G-BA von Krankenhäusern bisher lediglich drei Informationen zugesandt. Eine der betroffenen Methoden wurde bereits im Vorjahr angefragt. Der G-BA kann deshalb keine Bewertung vornehmen, obwohl die Methode ansonsten alle Kriterien erfüllt und das zugrunde liegende Produkt zum Zeitpunkt der Anfrage noch gar nicht verkehrsfähig war. Es ist offenkundig, dass nicht alle risikobehafteten innovativen Methoden auch bewertet werden.
2. Nach Willen des Gesetzgebers soll jede Methode mit Potenzial bereits angewendet und vergütet werden, bevor die Erprobung des G-BA begonnen hat. Während der eigentlichen Erprobungsstudie sollen außerdem alle Krankenhäuser die Gelegenheit erhalten, die Innovation flächendeckend in unnötigen Begleitstudien anzuwenden. Dies konterkariert sämtliche Bemühungen, die eigentliche Erprobung zügig und erfolgreich durchzuführen.

Der GKV-Spitzenverband hat mehrfach auf diese Defizite hingewiesen und bei der Ausgestaltung der Verfahrensordnung des G-BA darauf hingewirkt, dass die Regelungslücken teilweise geschlossen werden. Dieser Weg wird auch künftig weiter beschritten: Konstruktive Begleitung, wo möglich – konstruktive Kritik und Verbesserungsvorschläge, wo nötig.

**Methoden, die maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts hoher Risikoklasse mit besonders invasivem Charakter beruhen und die ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweisen, müssen einer Nutzenbewertung durch den G-BA zugeführt werden.**



Wir sind hier zu Hause.

Wir sind Nachbarn.

Wir sind Pflegerinnen.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Prävention gemeinsam angehen: Umsetzung des Präventionsgesetzes

Im Juli 2015 ist das Präventionsgesetz in Kraft getreten, das die Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen stärken soll. Auf Basis der gesetzlichen Vorgaben hat der GKV-Spitzenverband im Jahr 2016 daran gearbeitet, gute Rahmenbedingungen für den zielgerichteten und qualitätsgesicherten Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen.

## Bundesrahmenempfehlungen

Im Februar 2016 verabschiedete die Nationale Präventionskonferenz erstmals die mit dem Präventionsgesetz geforderten Bundesrahmenempfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Sie sollen dazu beitragen, die Qualität der lebens- und arbeitsweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zu sichern bzw. weiterzuentwickeln. Darüber hinaus soll die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger in diesen Bereichen gefördert werden.

**Bei der Beauftragung der BZgA hatten das Modellprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie der quantitative und qualitative Ausbau der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit Priorität.**

Die verabschiedeten Empfehlungen sind in drei am Lebenslauf orientierte Ziele gegliedert, denen sich die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und sozialen Pflegeversicherung entsprechend ihrem jeweiligen Gesetzauftrag widmen:

- Gesund aufwachsen
- Gesund leben und arbeiten
- Gesund im Alter

Die Umsetzung der Bundesrahmenempfehlungen erfolgt in den Ländern und Kommunen auf Grundlage von Landesrahmenvereinbarungen. Diese sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie mit den in den Bundesländern zuständigen Stellen zu schließen. Bis Ende Oktober 2016 wurden in zwölf Bundesländern Landesrahmenvereinbarungen unterzeichnet.

## Beauftragung der BZgA

Wie im Präventionsgesetz vorgesehen, schloss der GKV-Spitzenverband mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach intensiven Verhandlungen am 8. Juni 2016 eine Vereinbarung zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. In enger Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene wurden insgesamt neun Einzelaufträge an die BZgA erteilt. Priorität hatten dabei das Modellprojekt zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung sowie der quantitative und qualitative Ausbau der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit. Ein erstes Ergebnis ist die Ausweitung von Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Unterstützung arbeitsloser Menschen auf fast 60 Standorte im ganzen Bundesgebiet ab dem vierten Quartal 2016. Im Oktober begann die Aufstockung der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern auf durchschnittlich zwei GKV-finanzierte Stellen. Sie sollen die Krankenkassen u. a. bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen unterstützen.

Die vom GKV-Spitzenverband beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereichte Klage, mit der die Finanzierung der BZgA als staatliche Behörde durch Beitragsgelder der Krankenversicherung auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft werden soll, wird unterdessen weiterverfolgt.





Wir sind immer am Ball.

Wir sind Klassensprecher.

Wir sind Töchter und Enkeltdchter.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Auf dem Weg zu mehr Teilhabe: Das Bundesteilhabegesetz

---

Mit dem Bundesteilhabegesetz verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Eingliederungshilfe auf Grundlage der UN-Behindertenrechtskonvention zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln. Dieses Anliegen wird vom GKV-Spitzenverband unterstützt. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird die Eingliederungshilfe umfassend neu organisiert und in das SGB IX überführt. Die Kranken- und die Pflegeversicherung sind insbesondere von zwei Regelungsbereichen betroffen.

## **Verbindliche Verfahren im Rehabilitations- und Teilhaberecht**

Um bei trägerübergreifenden Fallkonstellationen eine beschleunigte Bedarfsfeststellung und Leistungsgewährung zu erreichen, sollen die Verfahren im gegliederten Rehabilitations- und Teilhaberecht gestrafft werden. Aus Sicht der Betroffenen ist diese Zielsetzung ausdrücklich zu begrüßen. Das nun gewählte Verfahren, bei dem ein Träger für einen anderen Träger verbindliche Leistungsentscheidungen treffen und damit in die Entscheidungshoheit mit direkten finanziellen Auswirkungen eingreifen kann, wird sich absehbar als konfliktanfällig erweisen. Nicht zuletzt, weil die gewählten Fristen für die zu beteiligenden Rehabilitationsträger nicht praxisgerecht sind.

## **Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe gleichrangig behandeln**

Vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden sich im Verhältnis sozialer

Pflegeversicherung (SPV) und Eingliederungshilfe insbesondere im Bereich der Betreuungsleistungen noch größere Überschneidungen als bisher ergeben. Die noch im Gesetzentwurf gewählten Vorrangregelungen der sozialen Pflegeversicherung hätten bewirkt, dass ohne erkennbare Leis-

tuungsverbesserungen allein die Kostenträgerschaft wechselt und die öffentlichen Haushalte der Träger der Eingliederungshilfe auf Kosten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der sozialen Pflegeversicherung entlastet werden.

Der GKV-Spitzenverband hatte in diesem Kontext deutlich gemacht, dass Menschen mit Behinderungen, die zugleich pflegebedürftig sind, im Sinne einer umfassenden Teilhabesicherung grundsätzlich sowohl Pflegeleistungen als auch Leistungen der Eingliederungshilfe benötigen. Die Notwendigkeit beider Leistungen sowie einer klaren Abgrenzung ergibt sich bereits aus den unterschiedlichen Zielsetzungen der beiden Sozialleistungssysteme. Durch zuletzt eingebrachte Änderungen wurde der bisher normierte Gleichrang zwischen Leistungen der SPV und Eingliederungshilfe beibehalten. Beim Zusammentreffen beider Leistungen soll der Träger der Eingliederungshilfe nun die Leistungen der Pflegeversicherung erbringen und eine Erstattung gegenüber der Pflegekasse geltend machen. Diese Trennung zwischen Durchführungs- und Finanzierungsverantwortung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kritisch zu sehen, denn sie führt in der Praxis regelhaft zu problembehafteten, aufwendigen Erstattungsverfahren.

Der GKV-Spitzenverband wird weiterhin darauf hinwirken, dass eine behindertengerechte und teilhabesichernde Politik als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden wird.

**Die öffentlichen Haushalte der Träger der Eingliederungshilfe dürfen nicht auf Kosten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der sozialen Pflegeversicherung entlastet werden.**



Wir sind uns treu.

Wir sind Banker.

Wir sind Kollegen.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Regelungen vereinheitlichen: Versorgung von Asylsuchenden

**Die Krankenkassen übernehmen nach Ablauf der gesetzlich bestimmten Wartezeit von 15 Monaten die Krankenbehandlung Asylsuchender gegen Kosten-erstattung.**

Die organisatorischen, sozialen und finanziellen Herausforderungen beschäftigten als zentrales gesellschaftspolitisches Thema auch die gesetzliche Krankenversicherung. Dem gesetzlichen Auftrag entsprechend übernehmen die Krankenkassen nach Ablauf der gesetzlich bestimmten Wartezeit von 15 Monaten die Krankenbehandlung Asylsuchender Menschen. Diese erhalten dann die elektronische Gesundheitskarte und können damit weitgehend Leistungen wie gesetzlich Krankenversicherte beanspruchen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen werden den Krankenkassen neben einem Verwaltungskostenanteil von den zuständigen Trägern erstattet.

## **Rahmenempfehlung für einheitliche Verfahren**

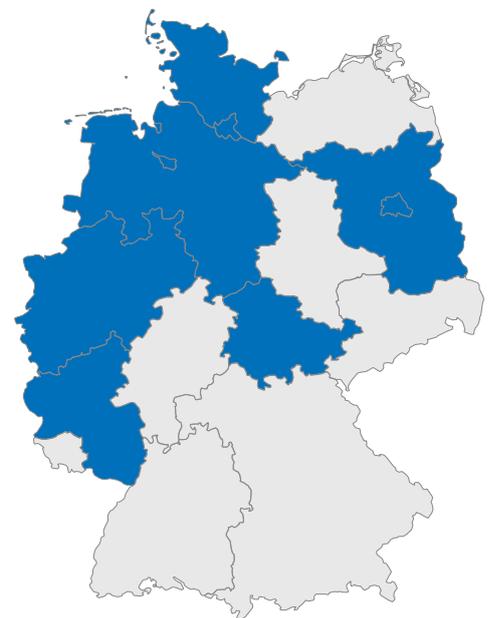
Im Rahmen des im Eilverfahren verabschiedeten Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes wurden 2015 erweiterte gesetzliche Grundlagen geschaffen, nach denen die Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung von Asylsuchenden auch während der Wartezeit verpflichtet werden können. Voraussetzung ist, dass das jeweilige Land dies einfordert und Vereinbarungen mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte getroffen werden. Damit wird über die Frage der Ausgestaltung der medizinischen Versorgung während der Wartezeit weiterhin in den Ländern bzw. den Kommunen entschieden. Um gleichwohl eine möglichst weitgehende Einheitlichkeit der regionalen Vereinbarungen zu erreichen, schloss der GKV-Spitzenverband im Jahr 2016 mit den Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden auf Bundesebene eine Rahmenempfehlung.

Der Empfehlungstext behandelt insbesondere die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen. Trotz intensiver Gespräche zur Ausgestaltung der Rahmenempfehlung war es in einigen Punkten nicht möglich, gemeinsame Positionen festzule-

gen. Die Rahmenempfehlung dient gleichwohl als Grundlage für die o. g. Vereinbarungen und Landesrahmenvereinbarungen. Sie soll im Hinblick auf den Abschluss der Vereinbarungen den Verwaltungsaufwand möglichst gering halten und zur Unterstützung der Verhandlungen eine konkrete Orientierung geben.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass ein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nicht besteht und in Anbetracht der gesetzlichen Vorgaben sowie der föderalen Rahmenbedingungen auch nicht erreicht werden kann. Eine stringenter Vereinheitlichung der medizinischen Versorgung wird weiterhin dadurch erschwert, dass für die Länder die auftragsweise Einbindung der Krankenkassen und für eine Vielzahl der Kommunen der Beitritt zu einer ggf. bestehenden Landesvereinbarung optional sind.

## **Landesvereinbarungen zur Versorgung von Asylsuchenden**



Stand: Januar 2017



Wir sind mit dem Herzen dabei.

Wir sind Freiwillige.

Wir sind Kommilitoninnen.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Ein entscheidender Schritt: Das Antikorruptionsgesetz

2016 ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen in Kraft getreten. Der GKV-Spitzenverband hat das Gesetzgebungsverfahren nachdrücklich unterstützt, denn mit den bestehenden sozialgesetzlichen Verbotssregelungen allein konnte korruptiven Praktiken im Gesundheitswesen nicht wirksam begegnet werden. Jetzt können die Fehlverhaltensstellen bei einem Anfangsverdacht auf Korruption im Gesundheitswesen auch die zuständige Staatsanwaltschaft unterrichten. Zudem werden die neuen Straftatbestände mittelbar auch die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft schützen.

## **Bestechlichkeit und Bestechung nun Offizialdelikte**

Wichtig ist dabei, dass es sich bei den neuen Straftatbeständen nicht um Antragsdelikte, sondern um Offizialdelikte handeln wird. Die Staatsanwaltschaften haben Korruption im Gesundheitswesen zukünftig also stets „von Amts wegen“ zu verfolgen. Auch anonyme Hinweisgeber können damit Strafanzeige stellen und maßgebliches Insiderwissen direkt und ohne Umwege weitergeben.

Mit dem Gesetz wird ein erster entscheidender Schritt zur Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen gegangen. Es werden aber weitere folgen müssen, da mit dem Gesetz nicht sämtliche Tatbestandsvarianten erfasst werden. Dies gilt im Besonderen für Verletzungen von berufsrechtlichen Pflichten zur Wahrung der heilberuflichen

Unabhängigkeit. Das Gesetz läuft im Ergebnis darauf hinaus, dass Zuwendungen von Monopolen nicht unter Strafe gestellt werden können. Das geht jedoch an der Wirklichkeit des Gesund-

heitswesens vorbei. Neue, innovative Arzneimittel, zu denen es keine vergleichbare Alternative auf dem Markt gibt, sind nur ein Beispiel dafür. Auch eine mögliche unerlaubte Einflussnahme auf das Abgabeverhalten von Apothekerinnen und Apothekern bleibt weiterhin ohne strafrechtliche

Konsequenz. Relevant ist dies beispielsweise wenn Krankenkassen für den gleichen Wirkstoff mit mehreren Pharmaunternehmen Rabattverträge abgeschlossen haben und die in Konkurrenz zueinander stehen.

## **Nähere Bestimmungen zur Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen**

Um eine Tätigkeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei seinen Mitgliedern nach vergleichbaren Maßstäben zu gewährleisten, wurde der GKV-Spitzenverband verpflichtet, zum 1. Januar 2017 erstmals nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu erlassen. Angesichts der großen Bedeutung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass insoweit alle Kranken- und Pflegekassen einen ihrer Größe und Finanzkraft entsprechenden Anteil an der Fehlverhaltensbekämpfung tragen sollen. Der GKV-Spitzenverband hat die gesetzliche Aufgabe übernommen, Mindeststandards zu definieren, ohne dabei in die Organisationshoheit seiner Mitgliedskassen einzugreifen.

**Die neuen Straftatbestände werden mittelbar auch die Vermögensinteressen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit der Solidargemeinschaft der Versicherten schützen.**



Wir sind voll in unserem Element.

Wir sind Entwicklungshelfer.

Wir sind Motivationskünstler.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Unter neuer Trägerschaft: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Seit dem 1. Januar 2016 berät die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gGmbH als neuer Anbieter für eine Laufzeit von sieben Jahren (2016–2022) Ratsuchende in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen. Für die Beratung werden seitens der gesetzlichen Krankenversicherung Fördermittel in Höhe von 9 Mio. Euro jährlich zur Verfügung gestellt. In der neuen Förderphase sollen vor allem die telefonische und persönliche Erreichbarkeit des unabhängigen Informations- und Beratungsangebots verbessert werden. Das erste Jahr der neuen Regellaufzeit stand erwartungsgemäß im Zeichen des Neuaufbaus.

**Drei Beratungsmobile ergänzen die bestehende Beratung an 30 festen Standorten.**

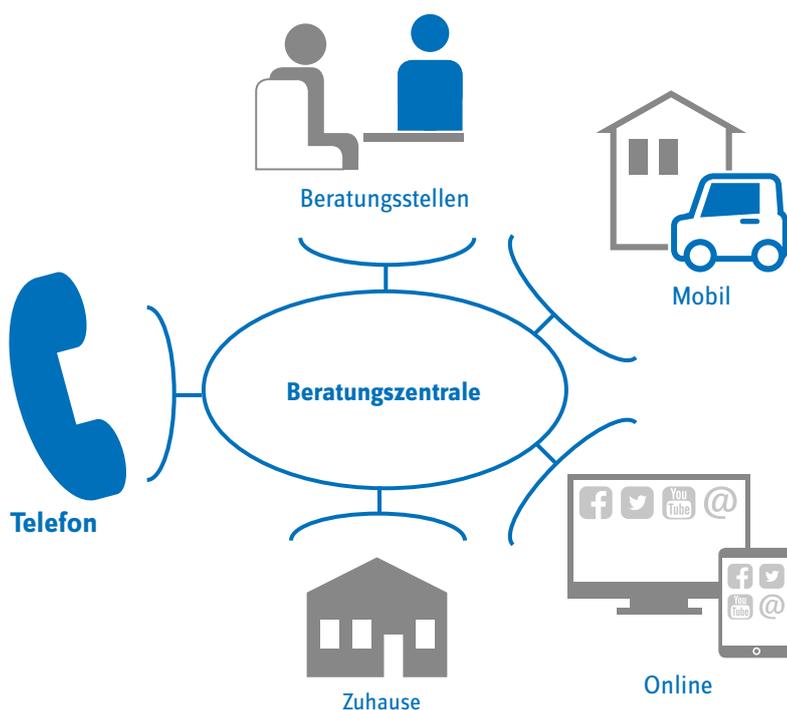
## **Zugangswege werden sukzessive ausgebaut**

Mit dem Start der bundesweit kostenfreien Telefon-Hotline am 2. Januar 2016 wurde ein nahtloser Übergang der Telefonberatung gewährleistet. Seit dem 1. April 2016 steuern drei Beratungsmobile 100 Städte an, um einmal im Quartal Ratsuchende in strukturschwachen Regionen zu erreichen. Sie ergänzen die bestehende Beratung an 30 festen Standorten. Als weiterer Zugangsweg wurde die Online-Beratung aufgebaut.

## **Wissenschaftliche Begleitung hat ihre Arbeit aufgenommen**

Die neue UPD wird auch in der aktuellen Förderphase evaluiert. Die nach einer europaweiten Ausschreibung vom GKV-Spitzenverband beauftragte Prognos AG analysiert seit August 2016 Strukturen und Prozesse der neuen UPD, aber auch deren Ergebnisqualität. Die Forschungsfragen resultieren aus einer umfassenden Leistungsbeschreibung, die mit dem Beirat der UPD abgestimmt wurde.

## Beratungsstruktur der neuen UPD



## **Auditor überprüft Neutralität und Unabhängigkeit**

Ergänzend zur wissenschaftlichen Begleitung überprüft die gsub GmbH als Auditor seit September 2016 die Neutralität und Unabhängigkeit des Beratungsangebots. Der Auditor steht dem Patientenbeauftragten und dem Beirat zur Seite. Er ist weisungsunabhängig, hat Zugang zu allen Dokumentationen und Qualitätssicherungsinstrumenten sowie ein uneingeschränktes Auskunftsrecht gegenüber der UPD.



Wir sind voller Hoffnung.

Wir sind Angestellte.

Wir sind Lebensplanerinnen.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Krankenkassen im Plus, Liquiditätsreserve stark rückläufig: Die GKV-Finanzen

Auf den ersten Blick war das Jahr 2016 fiskalisch für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein gutes Jahr. Zwar realisierte der Gesundheitsfonds ein Defizit von rd. 1,2 Mrd. Euro. Doch die Liquiditätsreserve des Fonds konnte dies ausgleichen, ohne die gesetzliche Mindestreserve anzutasten. Zugleich können die Krankenkassen mit den noch ausstehenden Rechnungsergebnissen für das Jahr 2016 insgesamt ein positives Ergebnis in der Größenordnung von über 1 Mrd. Euro erwarten. Vor dem Hintergrund vielfach positiver Jahresergebnisse im Jahr 2016 konnte die große Mehrheit der Krankenkassen zum Jahreswechsel ihre Zusatzbeitragssätze stabil halten. Auch der vom Gesundheitsministerium als Benchmark festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz blieb unverändert bei 1,1 %. Unterm Strich also ein gutes Jahr 2016 mit guten Aussichten für 2017. Auf den zweiten Blick, der die rückläufige Vermögenslage des Fonds und die weitere Finanzentwicklung nach 2017 in den Fokus nimmt, muss das Urteil differenzierter ausfallen.

## Finanzentwicklung 2016

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder stiegen im Berichtsjahr um 3,9 % auf 1,291 Bio. Euro (2015: +4,1 %). Damit fiel der Anstieg um 0,3 Prozentpunkte bzw. 5,5 Mrd. Euro geringer aus, als es der Schätzerkreis im Herbst 2015 erwartet hatte. Mit einem seit 1. Januar 2015 gesetzlich fixierten allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % betrug die Beitragseinnahmen rd. 188,6 Mrd. Euro. Einschließlich der Netto-Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (rd. 3,0 Mrd. Euro)

und der um den Anteil der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung gekürzten Bundesbeteiligung (rd. 13,9 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rd. 205,4 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 206,2 Mrd. Euro nicht vollständig finanzieren. Im Ergebnis führte dies zu einem Jahresdefizit des Gesundheitsfonds von 752 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung der

weiteren gesetzlich vorgegebenen Mittelabflüsse zugunsten des Innovationsfonds (149 Mio. Euro) und des Strukturfonds (99 Mio. Euro) sowie zum Ausgleich des Defizits im Einkommensausgleich der Zusatzbeiträge (220 Mio. Euro) sank die Liquiditätsreserve im Berichtsjahr von 10,0 Mrd. Euro (31.12.2015) auf 8,8 Mrd. Euro (31.12.2016).

Bei den Krankenkassen standen den Einnahmen aus Zuweisungen in Höhe von 206,2 Mrd. Euro fondsrelevante Ausgaben in Höhe von 218,4 Mrd. Euro gegenüber. Die Ausgaben der Krankenkassen sind damit im Vergleich zum Vorjahr um 9,3 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Ausgabenwachstum je Versicherten von 3,4 %. In Bezug auf die Einnahmen betrug die Deckungslücke der Krankenkassen, die primär durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu schließen war, im Berichtsjahr 12,3 Mrd. Euro. Die im Jahr 2016 erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten zwischen 0,3 % und 1,9 %; nur eine der im Jahr 2016 existierenden 117 Krankenkassen (Stand: 31.12.2016) verzichtete während des Berichtsjahrs vollständig auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags.

## Finanzprognose 2017

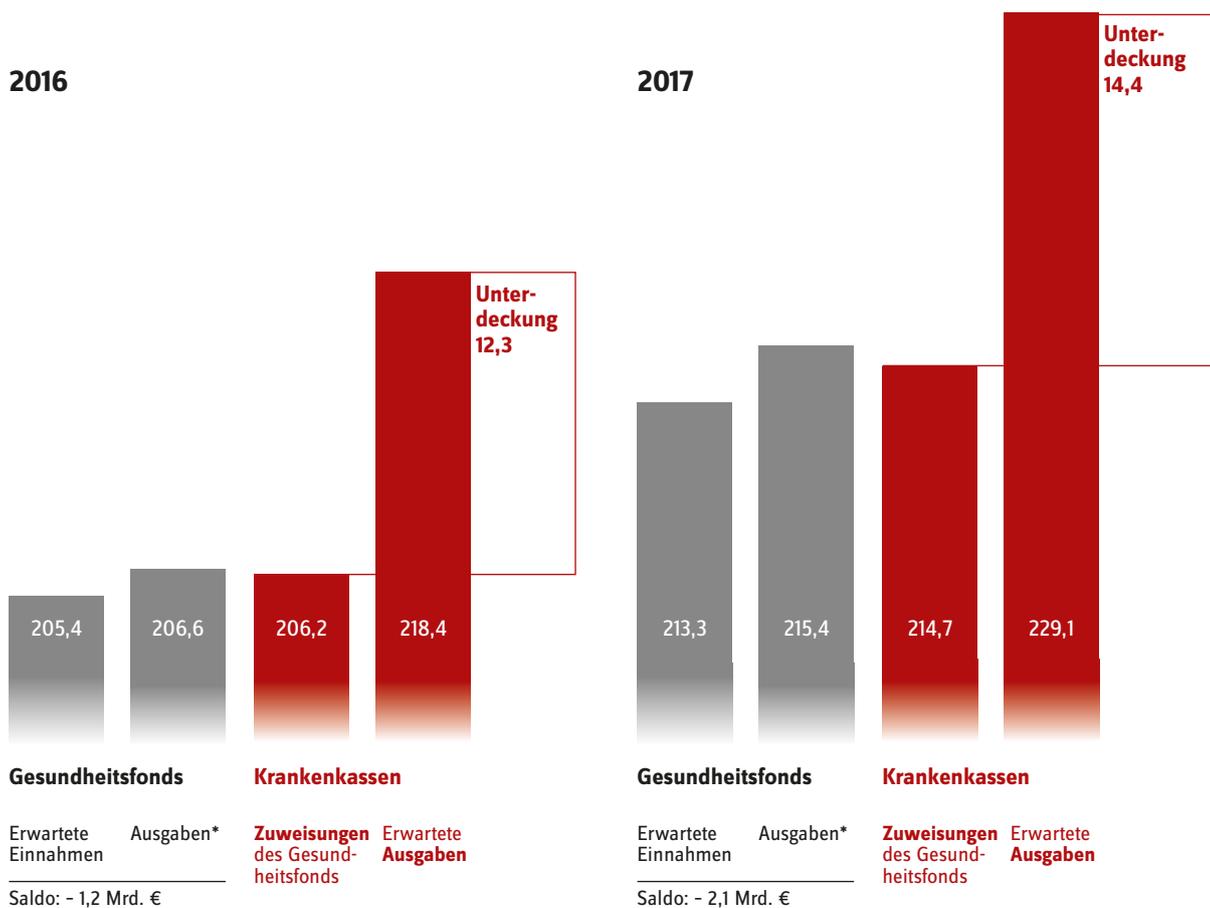
Die Beitragseinnahmen inkl. der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung für das Jahr 2017 schätzt der GKV-Schätzerkreis auf rd. 198,9 Mrd. Euro. Neben den Beitragseinnahmen kann der Fonds zudem mit einer im Vergleich zum Vorjahr um 0,5 Mrd. Euro erhöhten Bundesbeteiligung von rd. 14,4 Mrd. Euro rechnen, sodass sich geschätzte Gesamteinnahmen von rd. 213,3 Mrd. Euro ergeben. Zur Bestimmung des Zuweisungsvolumens für das Jahr 2017 steht zusätzlich ein Betrag in Höhe von 1,5 Mrd. Euro zur Verfügung, welcher nach gesetzlicher Vorgabe einmalig der Liquiditätsreserve des Fonds entnommen wird. Die insoweit erhöhten Gesamteinnahmen von rd. 214,7 Mrd. Euro werden den Krankenkassen als Zuweisungen für 2017 zugesichert.

Insgesamt wird der Fonds ein Finanzergebnis von rd. 2,1 Mrd. Euro erzielen. Denn zusätzlich zur Entnahme der 1,5 Mrd. Euro zugunsten der

**Mit den realisierten Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 206,2 Mrd. Euro nicht vollständig finanzieren.**

## Einnahmen und Ausgaben von Gesundheitsfonds und Krankenkassen

Wesentliche Schätzwerte des GKV-Schätzerkreises vom 13. Oktober 2016 plus Schätzung Einkommensausgleich, in Mrd. Euro



\*Zuweisungen an die Krankenkassen plus Zahlungen an Innovations-/Strukturfonds sowie Defizitausgleich des Einkommensausgleichs; Werte gerundet, daher rechnerische Abweichungen möglich

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Krankenkassen wird der Fonds auch 2017 durch die Finanzierungsanteile für den Innovationsfonds (149 Mio. Euro) und den Strukturfonds (297 Mio. Euro) sowie durch den Einkommensausgleich (200 Mio. Euro) belastet. Die Liquiditätsreserve reduziert sich damit zum Jahresende 2017 von rd. 8,8 Mrd. Euro auf rd. 6,6 Mrd. Euro. Damit ist absehbar, dass die politisch komfortable Phase, in der die Mittel der Liquiditätsreserve zur Finanzierung steigender Leistungsausgaben und für

neue Finanzierungsaufgaben eingesetzt werden konnten, ihrem Ende entgegengeht. Bereits im Jahr 2017 beträgt die mit dem Ausgabenvolumen des Fonds stetig steigende Mindestreserve rd. 4,8 Mrd. Euro. Hinzu kommen weitere über 2017 hinaus bestehende Verpflichtungen des Fonds zur Finanzierung von Innovations- und Strukturfonds sowie des Defizits im Einkommensausgleich. Damit sind die „freien“ Finanzierungsspielräume der Reserve so gut wie erschöpft.

**Die politisch komfortable Phase, in der die Mittel der Liquiditätsreserve zur Finanzierung steigender Leistungsausgaben und für neue Finanzierungsaufgaben eingesetzt werden konnten, geht ihrem Ende entgegen.**

Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV im Berichtsjahr erfolgt aufgrund des frühen Erscheinens des Geschäftsberichts im Wesentlichen auf der Basis der Ergebnisse der Herbstprognose des Schätzerkreises (Schätztableau vom 13.10.2016); entsprechend blendet die Darstellung die sich zusätzlich auf der Kassenebene ergebenden und in den amtlichen Statistiken zu späteren Terminen ausgewiesenen Finanzdaten, insbesondere die Sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen, aus.

Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2017 wurden auf 229,1 Mrd. Euro geschätzt (+3,9 % je Versicherten). Damit ergibt sich auf Seiten der Krankenkassen eine Unterdeckung von 14,4 Mrd. Euro. Soweit die Krankenkassen nicht auf Rücklagen zurückgreifen können, ist dieser Betrag durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufzubringen. Der Fehlbetrag entspricht bezogen auf die geschätzte

Grundlohnsumme für 2017 einem rechnerischen Zusatzbeitragssatz von 1,1 %. Das Bundesministerium für Gesundheit hat entsprechend den theoretischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2017 auf unverändert 1,1 % festgelegt.

**Entwicklung der Zusatzbeitragssätze**

Dank der zusätzlichen Mittel in Höhe von 1,5 Mrd. Euro, die den Krankenkassen im Jahr 2017 zur Finanzierung der laufenden Ausgaben zur Verfügung gestellt werden, konnten 85 von 112 Krankenkassen auf die Anhebung ihrer Zusatzbeitragssätze zum Jahreswechsel verzichten. Der nach Mitgliedern gewichtete Durchschnitt der tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze, der im Berichtsjahr mit 1,08 % geringfügig unter dem prospektiv ermittelten und festgesetzten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 % lag, stieg im neuen Jahr nur geringfügig an (1,099 %, Stand: 10.02.2017).

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesundheitsfonds einen Teil der liquiden Finanzmittel, der die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve von 25 % einer Monatsausgabe des Fonds übersteigt, an die Krankenkassen und damit zugunsten der Versicherten auszahlt. Denn bei den zusätzlichen Mitteln handelt es sich keinesfalls um großzügige Zuwendungen des Bundes. Vielmehr haben in allererster Linie die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler selbst die für die Zuweisungen eingesetzten Reserven des Gesundheitsfonds

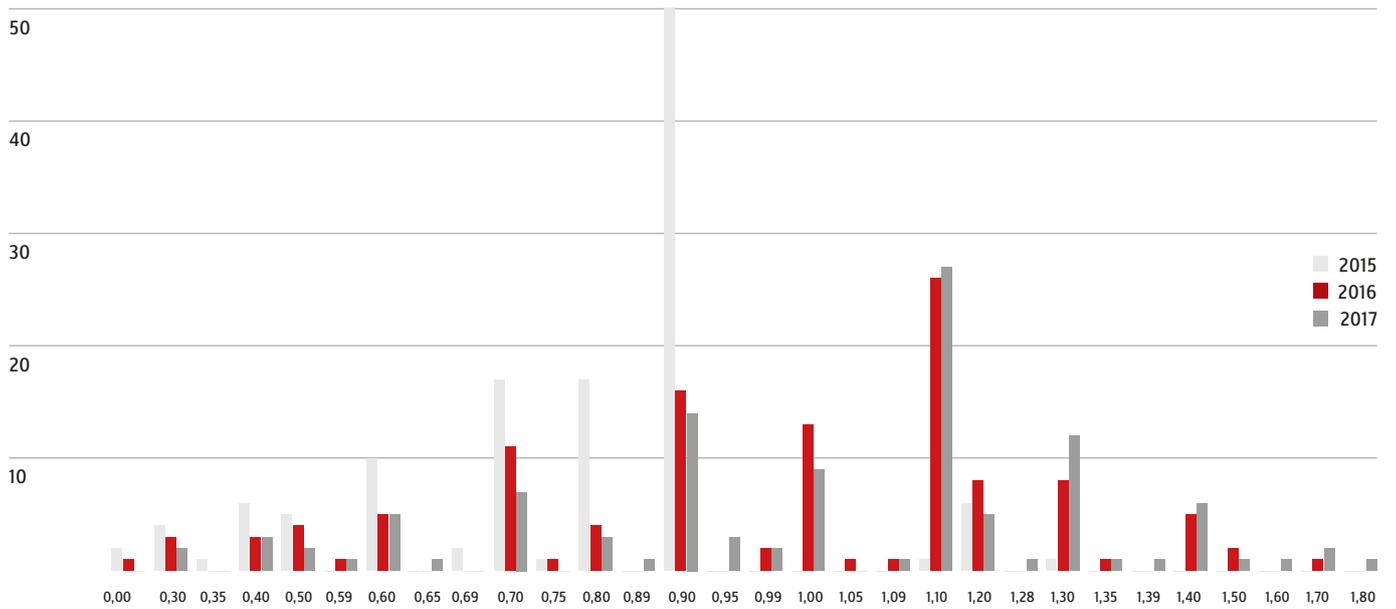
in den Jahren ab 2011 sukzessive aufgebaut. Diese werden nun zu Recht zu ihrer Entlastung eingesetzt.

So erfreulich die gesetzliche Maßnahme ist, gilt festzuhalten, dass mit ihr nur ein einmaliger Entlastungseffekt für das Jahr 2017 einhergeht. Eine entsprechende Entlastung des Zusatzbeitragsbedarfs der Krankenkassen - 2017 mit 1,5 Mrd. Euro bzw. 0,11 Beitragssatzpunkten - wird im Jahr 2018 absehbar nicht erfolgen. Da für 2018 zudem keine weitere Anhebung der Bundesbeteiligung vorgesehen ist, werden nach heutigem Kenntnisstand Beitragssatzanhebungen auch für den Jahreswechsel 2017/2018 nicht zu verhindern sein. Ob und in welchem Umfang die Zusatzbeiträge steigen, wird von der kassenindividuellen Finanzsituation und der jeweiligen Entscheidung abhängen, inwieweit die Finanzreserven zur Abfederung von Beitragssatzsteigerungen herangezogen werden.

**Niedrige Beitragspauschalen des Bundes für ALG-II-Beziehende**

Für das Abschmelzen überschüssiger Liquidität des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen bedarf es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich keiner spezifischen Begründung. Die Entlastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler ist Begründung genug. Die vom Gesetzgeber gleichwohl angeführte Erklärung, die Krankenkassen sollten für die gesundheitliche Versorgung von versicherungspflichtigen Asylberechtigten nach Erhalt eines Aufenthaltstitels sowie für ihre Investitionen in den Aufbau der Telematikinfrastruktur auf Seiten der Leistungserbringer entlastet werden, kann nur bedingt nachvollzogen werden. Notwendig ist vielmehr, dass sich die Beitragszahlungen des Bundes für den Personenkreis der ALG-II-Beziehenden mindestens an den durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen orientieren. Da diese Zahlungen heute deutlich zu gering ausfallen, wäre eine angemessene und dauerhafte Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge des Bundes für diese Mitgliedergruppe sachgerecht.

Verteilung der Krankenkassen nach Zusatzbeitragssätzen



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Wir sind auf dem Weg nach oben.

Wir sind Schulanfängerinnen.

Wir sind Nachwuchstalente.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.



# Neu aufgestellt: Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung

Ilka Wölfle ist die neue Direktorin der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Die Juristin war seit März 2007 für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung in der Europavertretung tätig und hatte zuvor für die Brüsseler Geschäftsstelle des Deutschen Anwaltvereins gearbeitet. Sie folgt als Direktorin auf Dr. Franz Terwey, der die Europavertretung seit ihrer Eröffnung 1993 geleitet hat und im November 2016 altersbedingt ausgeschieden ist.

Nicht nur personell hat sich die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel neu aufgestellt. Seit 2016 informiert sie mit einer neuen Webseite über Aktivitäten und aktuelle Entwicklungen in der Europäischen Union, die das Thema soziale Sicherheit berühren. Zugleich präsentiert sie sich seit letztem Jahr mit einem neuen Logo und weiteren Medien in neuem Design. Ziel des neuen Auftritts ist es, die europäische Repräsentanz der drei deutschen Sozialversicherungszweige sichtbarer zu machen und die Wiedererkennung zu stärken.

## Neue Kommunikationskanäle

Unter [www.dsv-europa.de](http://www.dsv-europa.de) sind neben aktuellen Informationen auch wichtige gemeinsame Positionspapiere und Stellungnahmen zu relevanten europäischen Themen zu finden. Interessierte Leserinnen und Leser sowie die Fachöffentlichkeit können einen Newsletter abonnieren. Darüber hinaus wird es zukünftig einen regelmäßigen „Themenletter“ geben, der aktuelle Entwicklungen intensiver behandelt.

Mit den neuen Kommunikationsinstrumenten wird sich die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung noch stärker als kompetente Ansprechpartnerin für die Themen des deutschen Sozialversicherungssystems positionieren. Das neue Kommunikationskonzept wurde gemeinsam von der Europavertretung und der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung erarbeitet.

**Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung ist die kompetente Ansprechpartnerin für die Themen des deutschen Sozialversicherungssystems.**



Deutsche Sozialversicherung  
Europavertretung

Das neue Logo der Europavertretung ist einer der Sterne der Europaflagge, die als Symbol für den europäischen Einigungsprozess bekannt ist. „Der deutsche Stern“ wurde mit einem stilisierten Adlerkopf versehen und symbolisiert somit die Stärken und Besonderheiten der Deutschen Sozialversicherung, die auch die Europavertretung in Brüssel repräsentiert.

# Weiter viel zu tun: Gesundheitspolitik in Europa

---

Die Europäische Union hat im Jahr 2016 einige Initiativen weiterverfolgt und neu angestoßen, die die deutsche Gesundheitspolitik und die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung beeinflussen. Der GKV-Spitzenverband begleitet diese Initiativen mit dem Ziel, den Nutzen für die Patientinnen und Patienten sowie die Beitragszahlenden in den Vordergrund zu stellen.

## **Medizinprodukte**

Die Trilog-Verhandlungen zwischen dem Rat der EU, dem Europäischen Parlament und der Europäischen Kommission über die neue Medizinprodukte-Verordnung wurden im Mai 2016 mit einer Einigung abgeschlossen. Der Rat und das Europäische Parlament müssen dem Gesetzentwurf noch zustimmen. Ein Abschluss in der ersten Jahreshälfte 2017 ist zu erwarten. Nach Inkrafttreten gibt es eine dreijährige Übergangsphase.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt der Entwurf einen Fortschritt gegenüber dem Status quo dar, auch wenn eine zentrale Forderung der Krankenkassen nicht aufgegriffen wurde: Ein unabhängiges, zentrales behördliches Zulassungsverfahren für Hochrisikoprodukte wird es auf europäischer Ebene auch zukünftig nicht geben. Stattdessen soll die Zahl der Benannten Stellen verringert und ihre Unabhängigkeit erhöht werden. Außerdem soll die fachliche Kompetenz der Benannten Stellen verbessert und ihre Spezialisierung vorangetrieben werden. Die Verordnung führt mit dem sog. Scrutiny-System (Expertenbewertung des jeweiligen Konformitätsbewertungsverfahrens der Benannten Stellen) ein neues Kontrollinstrument ein.

Fortschritte gibt es beim Thema Transparenz. Eine europäische Datenbank soll Informationen über die auf dem Markt befindlichen Produkte und deren Anbieter enthalten und in weiten Teilen öffentlich zugänglich sein. Die Einführung eines einheitlichen Produktidentifikationssystems (Unique Device Identifikation - UDI) soll die Nachverfolgbarkeit der Medizinprodukte nach deren Inverkehrbringen verbessern. Kein Fortschritt ist bei der Produkthaftung zu erkennen. Auf eine

obligatorische Haftpflichtversicherung haben sich die Verhandlungspartner nicht geeinigt.

## **Normung**

Der GKV-Spitzenverband hat sich gemeinsam mit den Spitzenorganisationen der Unfall- und Rentenversicherung wiederholt gegen die Normung von Gesundheits- und Pflegeleistungen auf europäischer Ebene ausgesprochen. Im Falle einer entsprechenden Normung müssten von der Sozialversicherung erbrachte Leistungen u. U. nur noch einem europäischen Standard folgen.

Die Normung von Gesundheitsdienstleistungen ist nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes nicht geeignet, mehr Patientensicherheit beim Zugang zu einer hochwertigen Versorgung zu erreichen. Sie könnte sogar das Gegenteil bewirken. Als Beispiel verweist der GKV-Spitzenverband auf die Qualitätssicherung in der Pflege und bei der medizinischen Versorgung. In diesen Bereichen gibt es in Deutschland etablierte Verfahren der Selbstverwaltung, die auf die spezifischen Bedingungen der nationalen Versorgungssituation ausgerichtet sind. Durch eine europäische Normung könnten parallele oder gar konkurrierende Strukturen entstehen. Da sich die Gesundheits- und Sozialsysteme der EU-Mitgliedstaaten erheblich unterscheiden, ist zu befürchten, dass eine gemeinsame Norm nur einen Minimalkonsens darstellen kann.

Seit 2012 hat die Europäische Kommission die Möglichkeit, die Normung von Dienstleistungen in Auftrag zu geben. Das Europäische Normungsinstitut (CEN) befasst sich bereits mit konkreten Normungsinitiativen. Das CEN sollte sich jedoch auf technische Spezifikationen beschränken.

## **Hohes Sozialschutzniveau für Europa**

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes begrüßte das Ziel der Europäischen Kommission, eine stärkere Angleichung der sozialen Sicherung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf hohem Niveau zu erreichen. Ein hohes Sozialschutzniveau und der Abbau sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in allen Mitglied-

staaten bilden die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der Union.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes stehen die EU-Länder in den Bereichen betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung und Krankenleistungen sowie Langzeitpflege thematisch zwar vor gemeinsamen, in der Praxis jedoch sehr unterschiedlichen Herausforderungen. Diesen sollte daher im Wesentlichen auch auf nationalstaatlicher Ebene begegnet werden. Systematische Vergleiche und ein freiwilliger Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten können dazu beitragen, voneinander zu lernen und die Pflege- und Gesundheitssysteme in Europa zu modernisieren.

Entsprechende Instrumente stehen der EU bereits zur Verfügung, sodass kein Bedarf grundlegender Neuerungen des EU-Rechts im Bereich Gesundheits- und Langzeitpflege besteht. Lediglich in die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sollten explizite Regelungen für das Risiko der Langzeitpflege aufgenommen werden, um die Effektivität dieser Verordnungen zu gewährleisten.

Die Europäische Kommission hat 2016 eine öffentliche Konsultation zur Säule gestartet. Sie beabsichtigt, im Frühjahr 2017 einen endgültigen Vorschlag einzubringen. Die Säule stellt eine Reihe sozial-politischer Grundsätze auf, die als Bezugsrahmen für ein „Leistungs-screening“ der Mitgliedstaaten im Bereich Beschäftigung und Soziales dienen soll.

**Die Normung von Gesundheitsdienstleistungen ist nicht geeignet, mehr Patientensicherheit beim Zugang zu einer hochwertigen Versorgung zu erreichen. Sie könnte sogar das Gegenteil bewirken.**

## Gesundheitspolitische Themen auf EU-Ebene 2016

Thema	Inhalte
<b>Nutzenbewertung durch die EMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Rahmen der Änderung der Verordnung über die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln forderte das EU-Parlament eine Beurteilung der Wirksamkeit von Arzneimitteln im Vergleich zu bereits vorhandenen Arzneimitteln im Rahmen der Zulassung durch die EMA.</li> <li>Die Mitgliedstaaten müssten dieser Bewertung bei Erstattungs- und Preissetzungsentscheidungen Rechnung tragen. Dies würde zu einer erheblichen Entwertung der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA führen.</li> <li>Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der European Social Insurance Platform (ESIP) muss auch zukünftig sichergestellt sein, dass Bewertungen und Preisverhandlungen in nationaler Verantwortung und im Kontext nationaler Erstattungssysteme wahrgenommen werden. Nur so können die nationalen Besonderheiten der Versorgung Berücksichtigung finden.</li> </ul>
<b>Europäische Zusammenarbeit im Bereich der Patientensicherheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im Auftrag des Ministerrats sollte die Europäische Kommission ein permanentes EU-Netzwerk für die Zusammenarbeit im Bereich der Patientensicherheit und der Qualität der Gesundheitsversorgung schaffen, um auf freiwilliger Basis zusammenzuarbeiten und voneinander zu lernen.</li> <li>Obwohl das Thema auf europäischer Ebene in den vergangenen Jahren hohe Aufmerksamkeit genoss, blieb die Kommission untätig.</li> <li>Wegen der großen Bedeutung der Patientensicherheit für die gesetzlichen Krankenkassen forderte der GKV-Spitzenverband, die bereits begonnene EU-Zusammenarbeit in diesem Bereich in einem neuen Netzwerk weiterzuführen und dort zukünftig Kostenträgerorganisationen einzubeziehen.</li> </ul>
<b>Konsultation über Gesundheitstechnologiebewertung (HTA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Europäische Kommission hat eine Konsultation zur Stärkung der EU-weiten Zusammenarbeit bei der Gesundheitstechnologiebewertung eingeleitet, um weitere Initiativen auf EU-Ebene vorzubereiten. Das Spektrum ihrer Überlegungen reicht von einer langfristigen, freiwilligen Kooperation bis hin zur gemeinsamen Erstellung von vollständigen HTA-Berichten auf EU-Ebene und einer verbindlichen Nutzung dieser Berichte in den Mitgliedstaaten.</li> <li>Die Bewertungsverfahren und die zugrundeliegenden Methoden sind in den Mitgliedstaaten zum Teil sehr unterschiedlich. Diese Unterschiede spiegeln voneinander abweichende Präferenzen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Besonderheiten der Gesundheitssysteme wider.</li> <li>Aus Sicht der GKV und der ESIP sollte die Kooperation auf EU-Ebene Schritt für Schritt intensiviert werden. Die Teilnahme an einzelnen Bewertungsprojekten und die Anwendung der Bewertungsergebnisse sollten freiwillig bleiben, bis wechselseitiges Vertrauen und Einvernehmen über die Methodik hergestellt sind.</li> </ul>

# Wissenstransfer und Austausch: Internationales Engagement

---

Im Rahmen des internationalen Wissenstransfers und -austauschs war der GKV-Spitzenverband auch im Jahr 2016 aktiv. Dabei standen im Fokus die Mitwirkung in der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) sowie die Organisation und Durchführung der Tagung der Deutsch-Österreichischen Kommission (DÖK).

## **Deutsch-Österreichische Kommission**

Im Mai 2016 fand in Potsdam die 45. Tagung der DÖK zur Beratung von Fragen der sozialen Krankenversicherung statt. Die Tagung, die alle zwei Jahre alternierend in Deutschland und in Österreich stattfindet, ist seit Jahrzehnten eine feste Institution. Sie bietet auf hochrangiger Ebene Gelegenheit für den Austausch über wichtige Fragen der Gesundheitssysteme über die nationalen Grenzen hinweg. Geladen waren Vertreterinnen und Vertreter des Haupt- und Ehrenamtes der österreichischen und deutschen

Krankenkassen bzw.

aus deren Verbänden.

Die 82 Teilnehmenden

diskutierten zwei Tage

lang verschiedene The-

men aus den Bereichen

Sicherstellung der

ärztlichen Versorgung, Betrugsbekämpfung und Arzneimittel. Ein besonderes Highlight stellte der Vortrag von Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, zu Perspektiven der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens dar.

## **Internationale Vereinigung für soziale Sicherheit**

Seit gut drei Jahren ist der GKV-Spitzenverband – neben Renten-, Unfall- und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – Mitglied in der IVSS. Gegründet vor fast 100 Jahren, ist die IVSS heute mit über 330 Mitgliedsinstitutionen in mehr als 160 Ländern eine führende Organisation im Bereich der internationalen Zusammenarbeit von Institutionen der sozialen Sicherheit.

Alle drei Jahre findet das sog. Weltforum der IVSS statt. Dort kommen die Generalversammlung als höchstes Satzungsorgan und der Verwaltungsrat als Wahl- und Kontrollgremium zusammen. Das Weltforum gilt zudem als die weltweit größte Veranstaltung für Fachleute der sozialen Sicherheit. Nachdem es 2013 in Katar stattgefunden hatte, wurde es vom 14. bis zum 18. November 2016 auf Einladung der Regierung der Republik Panama in Panama City abgehalten. Gastgeber war der Sozialversicherungsfonds von Panama. Über 1.000 Teilnehmende aus mehr als 150 Ländern nahmen am Weltforum teil, darunter Ministerinnen und Minister, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger nationaler Institutionen und Agenturen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Vereinten Nationen, der Internationalen Arbeitsorganisation, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und weiterer internationaler Organisationen. Die gesetzliche Krankenversicherung war durch Manfred Schoch, Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, in seiner Funktion als Vorstandsmitglied der IVSS vertreten. Auf dem Weltforum 2016 wurde der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Dr. Joachim Breuer, zum neuen IVSS-Präsidenten gewählt.

**Die IVSS ist heute mit über 330 Mitgliedsinstitutionen in mehr als 160 Ländern eine führende Organisation im Bereich der internationalen Zusammenarbeit von Institutionen der sozialen Sicherheit.**



Wir sind echte Landeier.

Wir sind Naturforscherinnen.

Wir sind Vereinsmeister.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Investition für die Zukunft: Die Digitalisierung der DVKA

---

Aufgrund internationaler und nationaler gesetzlicher Vorgaben sowie kontinuierlich steigender Fallzahlen in den operativen Fachbereichen ergeben sich für die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bezug auf die grenzüberschreitenden Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes weitergehende Herausforderungen.

Erprobte moderne Standards und Verfahren der Informationstechnologie liefern die Grundlage für eine effiziente und wirtschaftliche Neugestaltung wesentlicher Kerngeschäftsfelder. Die digitale Transformation der unternehmensweiten Geschäftsprozesse der DVKA wird über mehrere Jahre projiziert. Dabei werden vorrangig die Prozesse digitalisiert, die den höchsten Mehrwert und Nutzen für die Krankenkassen entfalten. An erster Stelle ist hier die grenzüberschreitende Kostenerstattung von Aufwendungen für Versicherte innerhalb der EU zu nennen.

## **Rechtliche Vorgaben und wirtschaftliche Erfordernisse**

Die EU-Kommission gibt die rechtlichen Rahmenbedingungen wie auch das IT-System für den einheitlichen Nachrichten- und Datenaustausch zwischen Trägern der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten vor. Die von der EU bereitgestellten Verfahren, Schnittstellen und softwaretechnischen Komponenten bringen den Mitgliedstaaten erhebliche Einsparungen bei der Errichtung und beim Betrieb des grenzüberschreitenden elektronischen Datenaustauschs. In der Verantwortung der Mitgliedstaaten verbleibt die Anbindung ihrer nationalen Systeme an die zentralen Komponenten, sodass künftig umfangreiche Geschäftsverfahren von Träger zu Träger über die Staatsgrenzen hinweg vollständig digital ablaufen können.

So soll z. B. eine Kostenerstattungsforderung einer Krankenkasse über den GKV-Spitzenverband, DVKA friktionsfrei in das Abrechnungssystem des zahlungspflichtigen Trägers im Ausland über-

mittelt werden. Die Krankenkasse im Ausland kann die genormte und übersetzte Forderung unmittelbar bearbeiten und den Erstattungsbeitrag wesentlich zügiger als bislang zur Zahlung anweisen. Die hohe Qualität der geprüften Daten, die verschlüsselt und transaktionsgesichert an den Empfänger in Sekundenschnelle übermittelt werden, beschleunigt den Vorgang zusätzlich.

## **Auswirkungen auf die Krankenkassen**

Bevor die Krankenkassen von der voranschreitenden Digitalisierung der Abläufe tatsächlich profitieren können, müssen sie in neue Schnittstellen und Fachanwendungen investieren. Im Rahmen des europaweiten Projekts Elektronischer Austausch von Sozialversicherungsdaten werden die nationalen Maßnahmen auf die internationalen Arbeiten abgestimmt, um in etwa drei Jahren mit dem produktiven Regelbetrieb beginnen zu können. Ab diesem Zeitpunkt werden vielfältige, heute noch papiergebundene Daten und Nachrichten auf elektronischem Weg grenzüberschreitend ausgetauscht. Der GKV-Spitzenverband, DVKA entwickelt in enger Abstimmung mit den Krankenkassen und deren Verbänden auf Bundesebene die hierfür notwendigen Datenformate und Nachrichtenstrukturen.

**Bisher papiergebundene Daten und Nachrichten werden in Zukunft auf elektronischem Weg grenzüberschreitend ausgetauscht.**



Wir sind gut vernetzt.

Wir sind Beraterinnen.

Wir sind Kreative.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Auf einen Blick: Informationsportal „Sozialversicherung für Arbeitgeber“

Das Bundeskabinett hat im Dezember 2014 im Rahmen eines Bürokratieabbauprojekts den Aufbau und Betrieb eines Informationsportals für die sozialversicherungsrechtlichen Meldepflichten von Arbeitgebern beschlossen. Insbesondere kleinen und mittleren Unternehmen soll dieses Portal als Informationsquelle dienen.

## Ziel des Portals

Die Näheren Bestimmungen zur Umsetzung des Portals wurden im Jahr 2016 im Sechsten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (6. SGB IV-Änderungsgesetz) verankert. Das als Onlineportal umgesetzte Informationsportal „Sozialversicherung für Arbeitgeber“ soll die wesentlichen sozialversicherungsrechtlichen Verpflichtungen darstellen.

**Das Onlineportal soll die wesentlichen sozialversicherungsrechtlichen Verpflichtungen darstellen.**

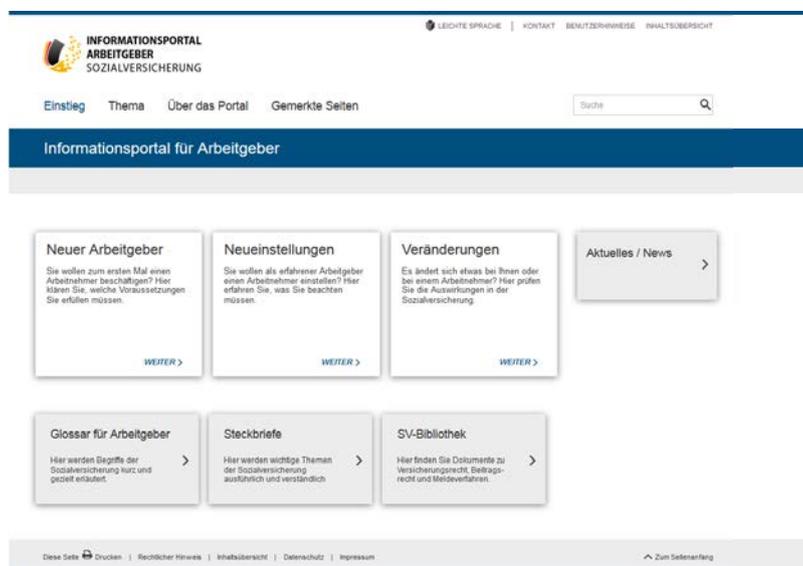
Folgende Anforderungen wurden formuliert:

- Übersichtlichkeit bei hoher Funktionalität
- niedrigschwellige Benutzeroberfläche
- Nutzerlenkung durch einen Informationsassistenten mittels einfacher Entscheidungsfragen
- Nutzbarkeit des Portals als Wissenspeicher durch Einrichtung einer Bibliothek für Rundschreiben, Besprechungsergebnisse und allgemein zugängliche Informationen.

Grundsätzlich soll das Informationsportal die bestehenden Angebote der Träger der Sozialversicherung nicht ersetzen, sondern die vorhandenen Informationsmöglichkeiten im Internet bündeln. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sparen dadurch Zeit, die Hotlines der einzelnen Träger der Sozialversicherung werden entlastet.

## Konzeptionelle Umsetzung und Start des Portals

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales beauftragte die Informationstechnische Service-stelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) mit der technischen Umsetzung und der Erstellung eines Organisationshandbuchs für den Betrieb. Die technische Umsetzung umfasst die Einrichtung eines Entwicklungs- und Qualitätssicherungssystems und die Vorbereitung für die Übernahme in das Produktionssystem im Zeitraum November 2015 bis Dezember 2016. Die Spitzenorganisationen der Sozialversicherung, die Krankenkassen sowie sonstige involvierte Institutionen haben bei der Einrichtung des Informationsportals mitgewirkt, die ITSG in der inhaltlichen Ausrichtung der einzelnen Prozesse unterstützt und sichergestellt, dass die gefundenen Ergebnisse fachinhaltlich qualitätsgesichert wurden. Im Januar 2017 wurde das Informationsportal durch Staatssekretärin Yasmin Fahimi gemeinsam mit der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer freigeschaltet. Es ist unter [www.informationsportal.de](http://www.informationsportal.de) erreichbar. Den Betrieb und die Weiterentwicklung übernimmt der GKV-Spitzenverband unter Mitwirkung der übrigen Träger der Sozialversicherung.





Wir sind für alle Fragen offen.

Wir sind Verkäuferinnen.

Wir sind Rechenkünstlerinnen.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Im Gespräch bleiben: Kommunikationsschwerpunkte 2016



Die gesundheitspolitische Themenfülle des Jahres 2016 spiegelte sich neben zahlreichen Pressemitteilungen, Statements und Interviews auch in der Veranstaltungsreihe GKV Live wider. Neben je einer Veranstaltung zur Medizinprodukteverordnung und Heilmittelversorgung ging es auch um den Reformbedarf beim AMNOG-Verfahren, der im Frühjahr im Rahmen des abgeschlossenen Pharmadialogs zwar debattiert, aber nicht umfassend behandelt wurde.

## **90 Prozent - das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes**

Der Verband hat 2016 sein Kommunikationsangebot erweitert: Seit dem Frühsommer informiert das E-Magazin „90 Prozent“ in regelmäßigen Abständen die Zielgruppe Fachöffentlichkeit im Gesundheitswesen über Wissenswertes aus Kranken- und Pflegepolitik. Diese Personengruppe, die sich von der Pflegedienstleiterin über den KV-Vorsitzenden bis hin zum Krankenkassenmitarbeiter und zur Hebamme erstreckt, soll künftig mit für sie relevanten Informationen versorgt werden. Dabei wird nicht zuletzt die Bandbreite der Themen beleuchtet, die der GKV-Spitzenverband bearbeitet.

Im Juni erschien die erste Ausgabe des Magazins, u. a. mit einem Interview mit der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, zu gesundheitspolitischen Themen wie Kassenfinanzen und AMNOG-Reform. 90 Prozent

erscheint viermal jährlich. Eine Abo-Funktion benachrichtigt Interessierte bei Erscheinen jeder neuen Ausgabe.

## **Vom Krebsregister bis zum Kliniksimulator: Presseveranstaltungen 2017**

Die Vorstellung des IGES-Gutachtens zum Stand des Aufbaus der klinischen Krebsregister, das der GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben hatte, erzeugte eine hohe öffentliche Resonanz. Das Gutachten zeigt auf, dass in den Bundesländern noch großes Engagement notwendig ist, damit die Krebsregister rechtzeitig und im Sinne der vorgegebenen Förderkriterien arbeiten können.

Die wohnortnahe Grundversorgung mit Krankenhäusern ist ein wichtiges Anliegen. Doch welche Krankenhäuser sind tatsächlich notwendig und welche könnten geschlossen werden, ohne die gute Versorgung der Bevölkerung zu gefährden? Mit dem GKV-Kliniksimulator hat der GKV-Spitzenverband ein Online-Tool vorgestellt, mit dem sich jede und jeder selbst ein Bild davon machen kann, wie notwendig Krankenhäuser der Grundversorgung unter dem Gesichtspunkt der Erreichbarkeit wirklich sind.

Schließlich hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit seinem Medizinischen Dienst auf einer Pressekonferenz auf die wesentlichen Änderungen hingewiesen, die mit der Pflegereform zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind.

**Mit dem E-Magazin „90 Prozent“ wird die Bandbreite der Themen beleuchtet, die der GKV-Spitzenverband bearbeitet.**



Wir sind da, wenn man uns braucht.

Wir sind Rettungskräfte.

Wir sind Vorbilder.

Wir sind gesetzlich versichert.

Gemeinsam sind wir 90 Prozent.

# Gut aufgestellt: Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

## Jahresrechnung 2015

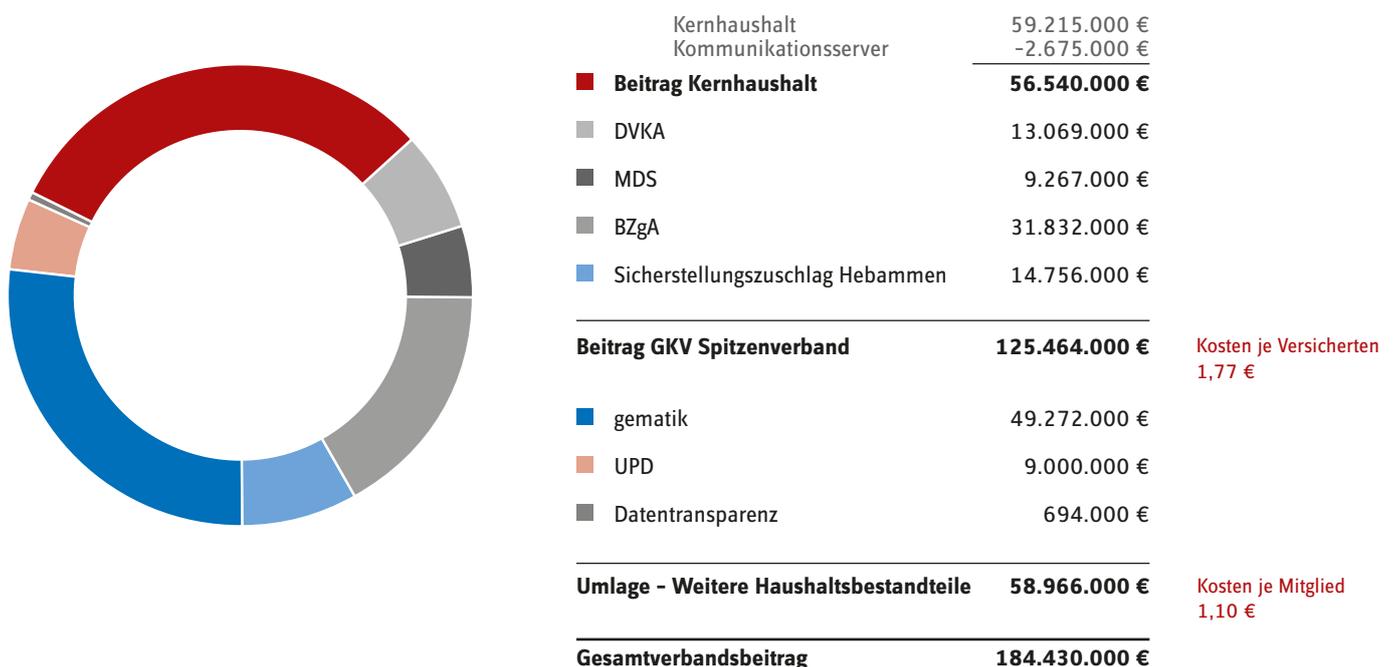
Im April 2016 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2015 aufgestellt. Die Prüfung der Jahresrechnung einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO. Geprüft wurde auch der Bereich „Förderungsmanagement/Kostenabrechnung International“ der Abteilung DVKA des GKV-Spitzenverbandes. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung im Juni 2016 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2015 ab.

## Verbandsbeitrag 2016

Der Haushaltsplan 2016 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 184,4 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes (56,5 Mio. Euro) abzüglich der Erstattungen aus der Refinanzierung der Anschubfinanzierung für den GKV-Kommunikationsserver. Folgende Umlagefinanzierungen sind ebenfalls inbegriffen:

- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA-Teilhaushalt)
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
- Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik)
- Datentransparenz nach §§ 303a bis 303f SGB V
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD)
- Sicherstellungszuschlag für die Hebammen nach § 134a Abs. 1b SGB V
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach § 20a SGB V

## Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2016



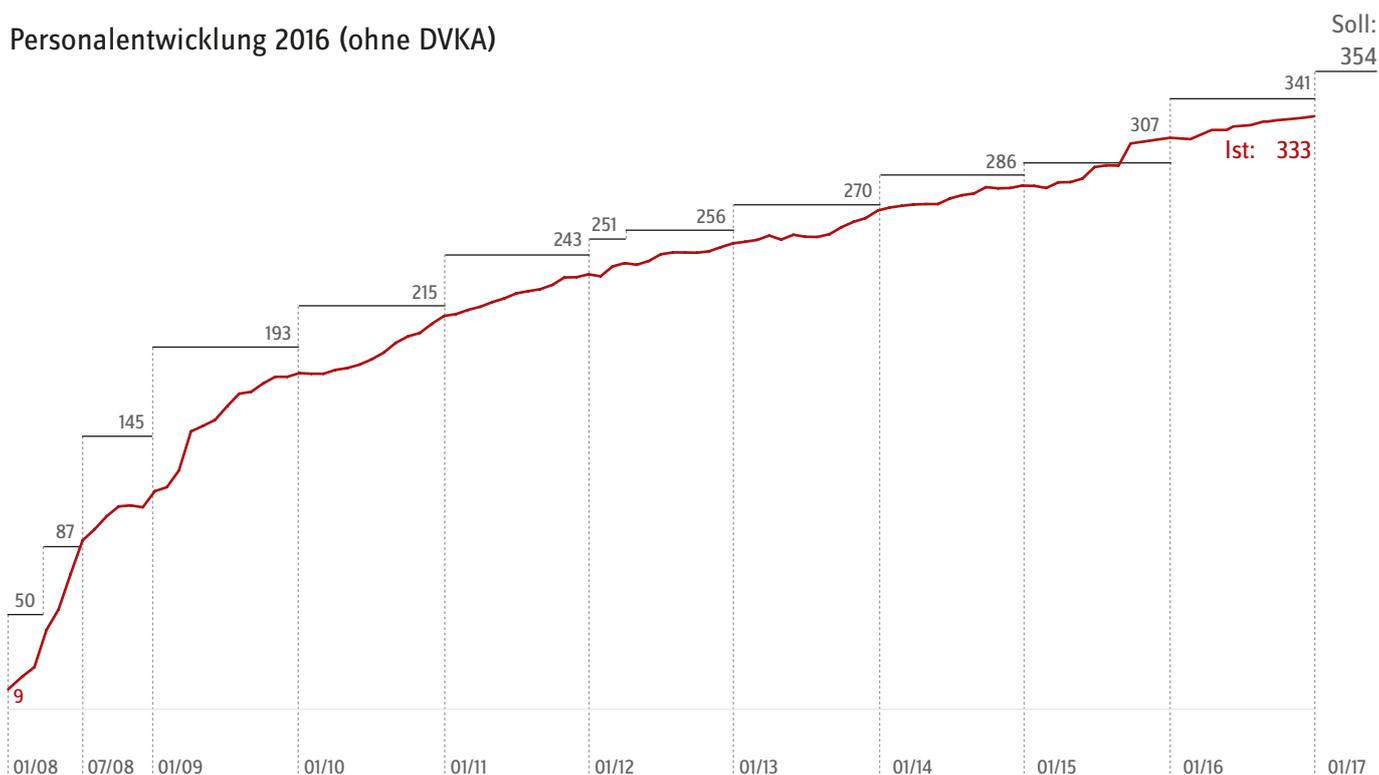
### Haushalt 2017

Der vom Vorstand am 11. November 2016 aufgestellte Haushaltsplan 2017 wurde vom Verwaltungsrat am 30. November 2016 beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 194,9 Mio. Euro festgesetzt. Er steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 10,5 Mio. Euro. Dies ist insbesondere auf die im Haushaltsjahr 2017 erstmalig im Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes enthaltene Umlage zur Förderung besonderer Therapieeinrichtungen in Höhe von 5 Mio. Euro gemäß § 65d SGB V und auf den Anstieg des durch Umlage zu finanzierenden Teilhaushaltes 2017 der DVKA in Höhe von 5,6 Mio. Euro zurückzuführen.

### Personalarbeit

Für das Jahr 2016 sah der Stellenplan insgesamt 443,63 Planstellen vor. Davon entfielen 102,5 auf die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bonn. Im Dezember betrug die Quote der besetzten Stellen 98,1 %.

Personalentwicklung 2016 (ohne DVKA)



# Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2016

---

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

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

Stichtag: 1. Januar 2017

## Fusionen im Jahr 2016

### Vereinigte Kasse

DAK-Gesundheit

BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)

pronova BKK

energie-Betriebskrankenkasse

BARMER

### Fusionspartner

DAK-Gesundheit  
BKK Beiersdorf AG

BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)  
Vereinigte BKK

pronova BKK  
BKK Braun-Gillette

energie-BKK  
E.ON Betriebskrankenkasse

BARMER GEK  
Deutsche BKK

Stichtag: 1. Januar 2017

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

---

## Versichertenvertreterinnen und -vertreter

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

### Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

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

---

## Versichertenvertreterinnen und -vertreter

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

---

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

### Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

# Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

---

## Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

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

\* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

---

## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Holger Langkutsch/Dieter Jürgen Landrock (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

## Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

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

\* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

1. Ivor Parvanov (AOK)
2. Wolfgang Ropertz (AOK)
3. Hans-Jürgen Schnurr (EK)
4. Dietrich von Reyher (BKK)
5. Dr. Andreas Tautz (BKK)
6. Nikolaus Chudek (IKK)

#### Versichertenvertreter

1. Harald Schulte (EK)
2. Christian Ermler (EK)
3. Rolf-Dieter Aschenbeck (EK)
4. Wolfgang Metschurat (AOK)
5. Roswitha Weinschenk (AOK)
6. Knut Lambertin (AOK)
7. Eckehard Linnemann (Knappschaft)
8. Manfred Schoch (BKK)

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

---

## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Angelika Beier/Ernst Hornung (alternierend - Ernst Hornung, kommissarisch vertreten von Dietrich von Reyher)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter

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

#### Versichertenvertreter

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

Stichtag: 31. Dezember 2016

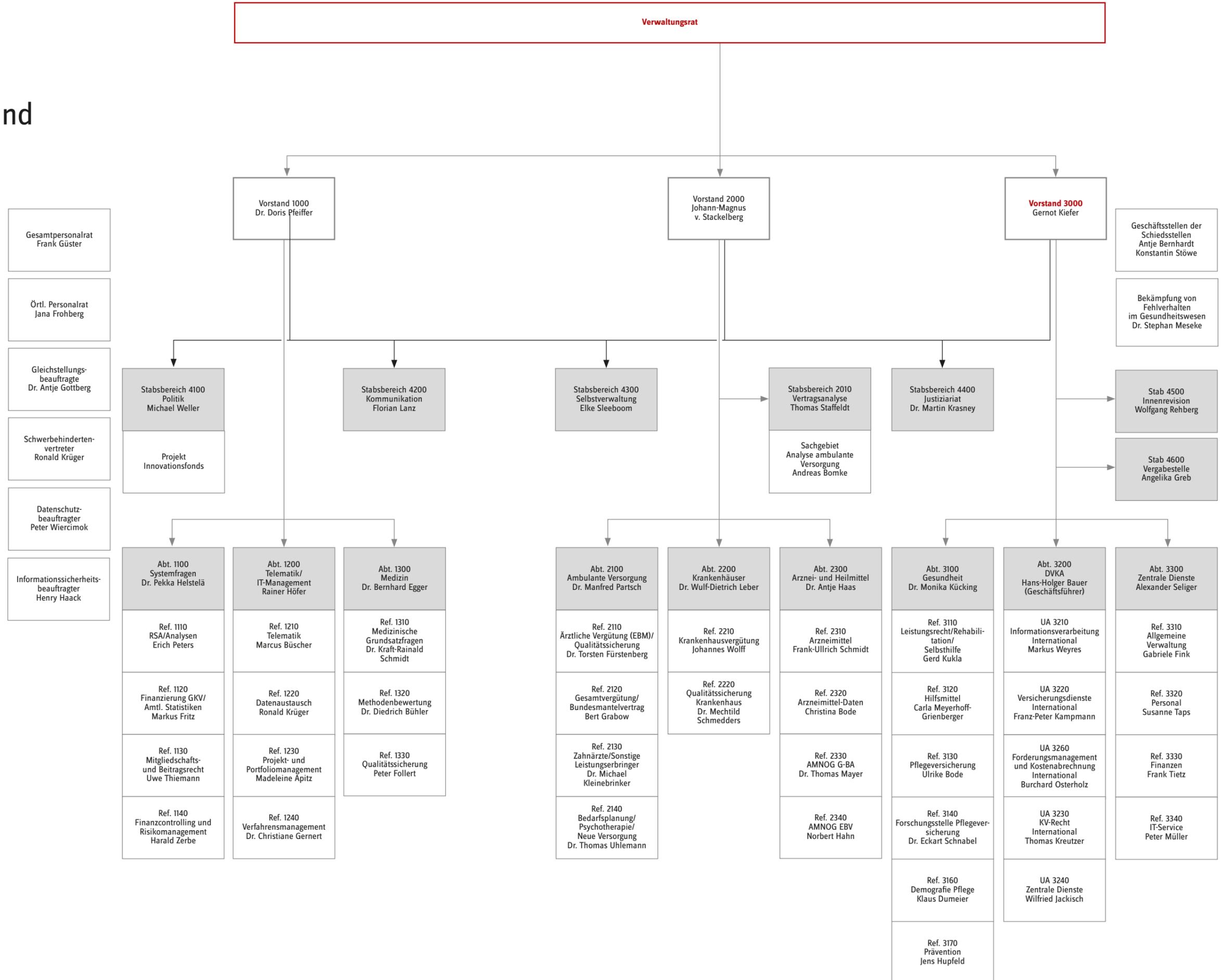
# Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes

---

	<b>Mitglieder</b>	<b>Stellvertreterin/Stellvertreter</b>
AOK	1. Martin Litsch (seit 15.04.2016) 2. Dr. Helmut Platzer	Jens Martin Hoyer (seit 20.06.2016) Dr. Jürgen Peter
BKK	1. Franz Knieps  2. Andrea Galle (seit 15.04.2016)	Verena Heinz (seit 15.04.2016 für Andrea Galle) Winfried Baumgärtner
Ersatzkassen	1. Ulrike Elsner 2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf	Boris von Maydell Oliver Blatt
IKK	1. Jürgen Hohnl 2. Uwe Schröder	Frank Hippler Enrico Kreutz
Knappschaft	1. Bettina am Orde 2. Gerd Jockenhöfer	Dieter Castrup Jörg Neumann
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	1. Claudia Lex  2. Gerhard Sehnert	Dirk Ender (seit 16.12.2016 für Reinhold Knittel) Jürgen Helfenritter (seit 16.12.2016 für Dr. Erich Koch)

Stichtag: 31. Dezember 2016

# Organigramm GKV-Spitzenverband



# Publikationen

---

## Positionspapiere

<b>Autor(en)/Urheber</b>	<b>Titel</b>	<b>Veröffentlichung</b>
GKV-Spitzenverband	Eckpunkte des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Hilfsmittelversorgung	Februar 2016
GKV-Spitzenverband	Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung - Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen	März 2016
GKV-Spitzenverband	Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten	Juni 2016
GKV-Spitzenverband	Position der Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Reform der Psychotherapie-Ausbildung	August 2016

## Weitere Publikationen

<b>Autor(en)/Urheber</b>	<b>Titel</b>	<b>Veröffentlichung</b>
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	August 2016
Prognos AG	Gutachten zum aktuellen Umsetzungsstand des KFRG	August 2016
GKV-Spitzenverband	Glossar zur Europäischen Gesundheitspolitik	Oktober 2016
GKV-Spitzenverband und MDS	Präventionsbericht 2016 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015	November 2016

# Fotonachweis

---

- Titel: Collage, siehe Bildautoren S. 19 ff.
- S. 7: Andrea Katheder/[andreakatheder.de](http://andreakatheder.de)
- S. 8: Tom Maelsa/[tompictures.com](http://tompictures.com)
- S. 11: Andrea Katheder/[andreakatheder.de](http://andreakatheder.de)
- S. 13: Tom Maelsa/[tompictures.com](http://tompictures.com)
- S. 15: Tom Maelsa/[tompictures.com](http://tompictures.com)
- S. 16: Tom Maelsa/[tompictures.com](http://tompictures.com)
- S. 19: SolStock
- S. 22: [agnormark/fotolia.com](http://agnormark/fotolia.com)
- S. 30: [vision.si/Shotshop.com](http://vision.si/Shotshop.com)
- S. 33: Irina Schmidt/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 36: Kadmy/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 43: GKV-Spitzenverband
- S. 44: Alena Ozerova/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 53: [highwaystarz/fotolia.com](http://highwaystarz/fotolia.com)
- S. 55: Jenny Sturm/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 65: oneinchpunch
- S. 69: Monkey Business 2/[Shotshop.com](http://Shotshop.com)
- S. 71: Industrieblick/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 75: De Visu/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 77: FatCamera
- S. 79: Scott Griessel/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 81: apid/[Shotshop.com](http://Shotshop.com)
- S. 83: WavebraekmediaMico/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 85: diego\_cervo
- S. 90: DenKuvaiev
- S. 95: contadora1999/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 97: Monkey Business/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 99: Industrieblick/[fotolia.com](http://fotolia.com)
- S. 100: Tom Maelsa/[tompictures.com](http://tompictures.com)
- S. 101: Kzenon/[fotolia.com](http://fotolia.com)

**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)