



Spitzenverband

WIR
STELLEN
UNS
DIE GROSSEN
FRAGEN



Selbstverwaltung für die Zukunft

Geschäftsbericht 2017



Impressum

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

Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
Email: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de
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 2017.

Redaktionsschluss: 10.04.2018
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 127

Bestellnummer 2018-002

Selbstverwaltung für die Zukunft

Geschäftsbericht 2017

Geschäftsbericht 2017

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Für ein modernes Gesundheitswesen: Selbstverwaltung stärken	10

Gremienarbeit

Mitgliederversammlung wählt Verwaltungsrat der 3. Amtsperiode (2018-2023)	15
Bericht aus dem Verwaltungsrat	18
Jubiläum: Der GKV-Spitzenverband hat Geburtstag.	22

Gesundheits- und Pflegepolitik in der neuen Legislaturperiode

Bilanz der 18. Legislaturperiode	25
Positionen für die 19. Legislaturperiode	26
Positionen zur Zukunft der sozialen Pflegeversicherung	28
Positionen zur Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs.	29
Positionen zur Neustrukturierung der Notfallversorgung.	31
Positionen zur Bewertung von Innovationen.	33
Die GKV wird jünger.	35

Themen des Jahres

Innovationsfonds 2017: Mehr als 100 Förderprojekte bewilligt	38
Verbesserungen in der stationären Versorgung.	41
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ermöglicht	44
Mehr Qualität in der Pflege durch Personaluntergrenzen	45
Mehr Geld für Hygiene	47
Qualität und Transparenz durch das Transplantationsregister verbessern.	48
Konfliktreiche Verhandlungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung 2018	50
Bessere Versorgung mit Hebammenleistung.	52
Qualitäts- und Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege	53
Bessere Teilhabe durch Hilfsmittelversorgung.	55
Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung stärken.	59

Arztinformationssystem für Arzneimittel	62
Neue Regeln in der Arzneimittelversorgung	63
Erstattungsbetrag am Zusatznutzen orientieren	65
Neuer Heilmittelbereich Ernährungstherapie	67
Evidenz von Cannabis unbefriedigend	68
Pflegeversicherung reibungslos weiterentwickelt	70
Pflegeausbildung mit Zukunft	73
Modellprojekte für bessere Pflege	74
Neue Qualitätsinstrumente in der Pflege	76
Hospizrahmenvereinbarungen neu ausgerichtet	78
Telematikinfrastruktur geht an den Start	80
Neue telemedizinische Leistungen: Telekonsil und Videosprechstunde	82
Finanzentwicklung weiterhin solide	85
Vereinbarung zur Beitragseinzugskostenvergütung erzielt	88
Sensibler Umgang mit Gesundheitsdaten	90
Soziale Sicherheit europaweit koordinieren	91
Hohe Bewertungsstandards für Medikamente halten	93
Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme	95
Kommunikationsschwerpunkte 2017	97
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	99
Anhang	
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2017	102
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode	104
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode	106
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 3. Amtsperiode	109
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 3. Amtsperiode	111
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats 2017	114
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats 2018	118
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes	123
Organigramm GKV-Spitzenverband	124
Publikationen	126

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach einer längeren Phase der Regierungsbildung haben CDU, CSU und SPD mit dem Koalitionsvertrag „Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“ die politische Richtung für die neue Legislaturperiode vorgegeben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es entscheidend, wie die neue Regierungskoalition die gesundheits- und pflegetherischen Vorhaben konkret umsetzen wird.

Die bestehenden Herausforderungen sind bekannt: Sie reichen von starren Sektorengrenzen, einer häufig unkoordinierten medizinischen Versorgung und einem nicht durchgängig geprüften Nutzen von vermeintlichen Innovationen bis hin zu einer offensichtlichen Fehlversorgung. Aus Patienten- und Versichertensicht müssen hier die notwendigen Strukturreformen ansetzen.

Nicht nur die Herausforderungen sind bekannt, auch konkrete Lösungsvorschläge liegen bereits auf dem Tisch: Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat umfassende Positionen erarbeitet, z. B. zur Neuordnung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung oder zur Neuorganisation der Notfallversorgung unter einem Dach. Die Umsetzung dieser und anderer notwendiger Versorgungsprojekte sollte dringend unter dem Blickwinkel einer besseren Qualität und nachhaltigen Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung angegangen werden.

Unverzichtbar ist dabei die Arbeit der Selbstverwaltung. Die Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegetherischen Versorgung sowie die Lösung oftmals sehr spezifischer Fragestellungen überlässt der Gesetzgeber zu Recht der sozialen Selbstverwaltung auf der Ebene der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung, beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss. Hier werden jeweils unter Berücksichtigung der Belange von Patientinnen und Patienten, Versicherten und Beitragszahlenden sowie unter

Beteiligung der Leistungserbringer ausgewogene Entscheidungen getroffen. Die beste Behandlungsmöglichkeit nützt nichts, wenn sie sich niemand leisten kann. Der manchmal schwierige Balanceakt kann nur bewältigt werden, wenn die unterschiedlichen Interessen in Einklang gebracht werden.

Damit die Selbstverwaltung sich auch weiterhin verantwortungsvoll für eine am gesundheitlichen und pflegetherischen Bedarf orientierte Versorgung der Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen einsetzen und den hohen politischen Erwartungen gerecht werden kann, müssen die Rahmenbedingungen für die Selbstverwaltung gestärkt werden. Politische Absichtserklärungen zum Festhalten und Stärken der Selbstverwaltung reichen nicht, sie müssen auch umgesetzt werden. Nach den letzten gesetzgeberischen Eingriffen, die die Selbstverwaltung eher geschwächt als gestärkt haben, braucht es nun eine echte Trendwende.

Wir werben daher dafür, dass sich Politik und Selbstverwaltung stärker austauschen. Gemeinsam sollten wir klären, welche Erwartungen die Selbstverwaltung an die Politik hat und umgekehrt. Wie ist das Verhältnis zwischen Selbstverwaltung und Aufsicht auszutarieren? Welche Rahmenbedingungen braucht die Selbstverwaltung, um eine am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung zu gestalten? Ziel muss es sein, gemeinsame Vorstellungen über eine Zusammenarbeit und die zukünftigen Gestaltungsrechte zu entwickeln. Die Selbstverwaltung ist bereit für diesen Dialog mit der Politik.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Volker Hansen



Uwe Klemens



Vorwort des Vorstandes



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit unserem Geschäftsbericht werfen wir einen Blick zurück auf das vorangegangene Jahr. Auch wenn hier ab der Jahreshälfte im Bereich der Gesetzgebung Ruhe eingekehrt ist, wirken die Reformen ungeachtet von Wahlperioden weiter. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Krankenhausreform genannt, deren Umsetzung durch die Selbstverwaltungspartner sich entsprechend den gesetzgeberischen Vorgaben mindestens bis weit ins Jahr 2018 hinziehen wird.

Blicken wir etwas weiter zurück und betrachten die gesamten vier Regierungsjahre der letzten Legislaturperiode, lässt sich festhalten, dass die hohe Dichte an gesetzgeberischen Maßnahmen in fast allen Versorgungsbereichen selbst für reformerprobte Systeme wie die gesetzliche Kranken-

und Pflegeversicherung außergewöhnlich war. Der im damaligen Koalitionsvertrag verankerte Fokus auf Qualität und Strukturreformen war vielversprechend. An einigen Stellen gelangen Fortschritte, wie die Errichtung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Qualitätsfördernde Strukturmaßnahmen wurden in der gesetzgeberischen Realität aber nicht wirksam angegangen. Noch immer gibt es ein nicht aufeinander abgestimmtes Nebeneinander von spezialisiert ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhausambulanzen. Nach wie vor aus Sicht der Patientinnen und Patienten schlecht organisiert ist die medizinische Notfallversorgung. Hinzu kommt: Die defizitäre Investitionsfinanzierung der Länder für die Kliniken wurde durch die jüngste Klinikreform wieder

einmal auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler abgewälzt.

Die durchaus teuren Reformen führen für die Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag nur selten zu spürbaren Verbesserungen. Jedenfalls steht der finanzielle Input nicht im Verhältnis zum gesundheitlichen Output. In der sozialen Pflegeversicherung (SPV) gelang zu Beginn des Jahres 2017 der nahezu reibungslose Übergang in den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Damit wurden insbesondere für demenziell Erkrankte Leistungsverbesserungen eingeführt. Die grundlegende Neuausrichtung wurde äußerst erfolgreich vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung umgesetzt.

Aktuell befindet sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufgrund der weiterhin florierenden Konjunktur in einer guten finanziellen Situation. Darüber hinaus hat die Versichertengemeinschaft durch die Zuwanderung einen neuen Höchststand erreicht und wird erstmalig „jünger“ und „gesünder“. Die Politik sollte nun nicht der Verlockung erliegen, in der neuen Legislaturperiode finanzielle Geschenke zu verteilen, sondern sich vor Augen führen, dass die Stabilität der GKV im Wesentlichen auf der außergewöhnlich robusten wirtschaftlichen Situation fußt, deren dauerhafte positive Entwicklung jedoch keinesfalls in Stein gemeißelt ist.

Dringend geboten ist es, die aktuell gute Lage der GKV für Strukturmaßnahmen zu nutzen. Dabei muss das ambulante sowie stationäre Versorgungsgeschehen konsequent an einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Um die Versorgungsbereiche besser miteinander zu verzahnen, bedarf es u. a. einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Gestartet werden kann damit in dem wachsenden ambulant-stationären Grenzbereich. Im Bereich Pflege stellt sich nach der erfolgreichen Umstellung auf Pflegegrade die Frage nach den erforderlichen Pflegekräften drängender denn je. Unter Einbezug aller Akteure sollten zügig Maßnahmenbündel vereinbart werden, die die Rahmen- und Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften wie auch pflegenden Angehörigen verbessern. Es wird hier auch darauf ankommen, den Ausbildungsberuf attraktiver zu machen.

Wie die Weiterentwicklung von GKV und SPV im Kontext der stetigen gesellschaftlichen Veränderungsprozesse erreicht werden kann, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes in seinem Positionspapier für die neue Legislaturperiode ausführlich dargelegt und an die Politik adressiert. Der GKV-Spitzenverband wird sich gegenüber den politisch Verantwortlichen für eine gute und bezahlbare Versorgung für die über 70 Mio. gesetzlich Versicherten einsetzen und die notwendigen Veränderungen einfordern.

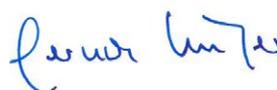
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

Für ein modernes Gesundheitswesen: Selbstverwaltung stärken

Soziale Selbstverwaltung zeichnet sich durch Versicherten- und Patientennähe aus und ist damit immer auch eine Patientenvertretung.

Selbstverwaltung ist ein zentraler Bestandteil des Gesellschaftskonsenses in Deutschland. Sie ist als tragendes Prinzip des politischen Systems auf verschiedenen Ebenen verankert: auf kommunaler Ebene, in den Berufsständen, in der Sozialversicherung und im Bereich der Wissenschaft. In der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist die soziale Selbstverwaltung mit ihren

Zielstellungen und Aufgaben ein modernes Instrument der direkten Beteiligung von Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in einem Solidarsystem, das zu rd. 95 % aus Arbeitsentgelten und Renten finanziert ist.

Nah an Versicherten sowie Patientinnen und Patienten

Handlungsleitend für die soziale Selbstverwaltung ist ihr Engagement für die Versicherten. Sie zeichnet sich durch Versicherten- und Patientennähe aus. Versorgungsentpässe, Problemlagen und Interessen der Versicherten können so

wahrgenommen und berücksichtigt werden. Damit ist die soziale Selbstverwaltung immer auch die Patientenvertretung. Hierbei hat sie die gesamte Bandbreite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu betrachten. Eine wesentliche Aufgabe ist es, den Ausgleich zwischen Versorgungsansprüchen und Mittelverantwortung durch die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten- und der Arbeitgeberseite zu gewährleisten. Das ist ein Alleinstellungsmerkmal. Politische Diskussionen um eine stärkere Patientenbeteiligung auf Selbstverwaltungsebene mit einer neu zu schaffenden Klasse von Patientenfunktionärinnen und -funktionären stellen diesen Interessenausgleich infrage. Entscheidende gesundheits- und pflegepolitische Instrumente, insbesondere Selbstverwaltung als ökonomisches Steuerungsprinzip (ökonomische Effizienz) würden hierdurch gefährdet. Es bleibt zudem offen, ob angesichts des dann auch weiterhin notwendigen Interessenausgleichs im Ergebnis andere Entscheidungen getroffen werden würden. Im Übrigen: Während die Vertreterinnen und Vertreter der sozialen Selbstverwaltung

Wer ist die Selbstverwaltung in der GKV?

Selbstverwaltung in der GKV

Soziale Selbstverwaltung (Sozialpartnerschaft)

§ 29 Abs. 2 SGB IV

- Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter
- Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Gemeinsame Selbstverwaltung

u. a. § 91 SGB V

- Kostenträger
 - Leistungserbringer
 - Oberstes Beschlussgremium:
Gemeinsamer Bundesausschuss
-

durch Sozialwahlen demokratisch legitimiert sind, fehlt Patientenorganisationen eine entsprechende Legitimation.

Staatliche Einflussnahme beenden

Beendet werden müssen die Eingriffe des Gesetzgebers, der mit immer neuen Weisungs- und Kontrollbefugnissen in die Autonomie der Selbstverwaltung eingreift. Irritierend ist auch die zunehmende Tendenz von einer Rechts- zu einer Fachaufsicht. Hierdurch soll das Handeln der Krankenkassen, des GKV-Spitzenverbandes, des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und auch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingeschränkt werden. Teile der Politik verkennen dabei, dass insbesondere die soziale Selbstverwaltung nach wie vor die relevante, zwischen Markt und Staat liegende, ökonomische und soziale Steuerungsebene im Gesundheitswesen ist. Sie berücksichtigt angemessen die Besonderheiten des Gesundheitsmarkts und konkretisiert das Sozialstaatsgebot in materieller Hinsicht für die unmittelbar Betroffenen, also Versicherte, Patientinnen

und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Eine Gesetzgebung, die zu mehr staatlichen Eingriffen oder zu einer Kommerzialisierung der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung führt, gefährdet die soziale gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Subsidiaritätsprinzip umsetzen

In der Anwendung des ordnungspolitischen Prinzips der Subsidiarität bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegt die Stärke des deutschen Gesundheitssystems und der gesetzlichen Pflegeversicherung: Der Gesetzgeber konzentriert sich auf die Vorgabe von Zielen und die Schaffung des hierfür notwendigen gesetzlichen Rahmens, in dem dann die Selbstverwaltung eigenverantwortlich agiert. In der neuen Legislaturperiode braucht es daher ein klares Bekenntnis zu diesem ordnungspolitischen Prinzip.

Eine wesentliche Aufgabe ist es, den Ausgleich zwischen Versorgungsansprüchen und Mittelverantwortung durch die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten- und der Arbeitgeberseite zu gewährleisten.

Gemeinsame Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Staatliche Rechtsaufsicht (Bundesministerium für Gesundheit)



Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorsitz

- Vorsitzende/r
- 2 unparteiische Mitglieder

stimmberechtigt

- 5 Vertreterinnen und Vertreter der GKV
GKV-Spitzenverband
- 5 Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer
DKG, KBV, KZBV

mitberatungs- und antragsberechtigt

- 5 Patientenvertreterinnen und -vertreter

Mehr Handlungsoptionen und Gestaltungsrecht

Mit einem solchen Bekenntnis allein ist es aber nicht getan: Die Selbstverwaltungen der Kranken- und Pflegekassen sowie des GKV-Spitzenverbandes haben den Anspruch, Versorgungsstrukturen zu optimieren, bedarfsgerechte gesundheitliche und pflegerische Versorgungskonzepte umzusetzen und auf ihren Nutzen geprüfte Prozess- und Produktinnovationen schnell den Versicherten

Ein modernes, zukunftsfähiges Gesundheitswesen braucht mehr Handlungsoptionen für Krankenkassen und zugleich mehr Gestaltungsrechte der sozialen Selbstverwaltung.

zur Verfügung zu stellen. Vorangebracht werden muss auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen wie in der Pflege. Hierfür benötigen Krankenkassen die erforderlichen Verhandlungsfreiräume für mehr wettbewerbliche Steuerung. Der GKV-Spitzenverband braucht einen Verhandlungsrahmen auf Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Qualitätsvorgaben verbindlich macht und die Voraussetzungen für mehr Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit schafft. Die Maxime für die neue Legislaturperiode muss daher lauten: Ein modernes, zukunftsfähiges Gesundheitswesen braucht mehr Handlungsoptionen für Krankenkassen und zugleich mehr Gestaltungsrechte der sozialen Selbstverwaltung.

Erfolgsmodell Gemeinsamer Bundesausschuss

In der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene beweist der G-BA, dass die Umsetzung gesetzlich übertragener Aufgaben im Interessenausgleich funktioniert. In Zeiten stetiger Veränderungen und angesichts immer schneller auf den Gesundheitsmarkt gebrachter Leistungen beweist er täglich, dass er imstande ist, Entscheidungen fachlich fundierter und patientenorientierter zu treffen, als dies der Gesetzgeber oder zentralistische staatsmedizinische Behörden könnten. Der G-BA ist ein Erfolgsmodell. Verbesserungspotenzial besteht allenfalls punktuell: bei der Stärkung der eigenverantwortlichen Benennung der Unparteiischen durch die Träger des G-BA, einer weiterentwickelten Kommunikation der Beschlüsse und der verbesserten Aufbereitung der Beschlüsse für Patientinnen und Patienten. Zugleich ist zwingend die Unabhängigkeit und Legitimation der Patientenvertretung zu stärken und für die Benennung der jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter zu prüfen. Sicherzustellen ist, dass der G-BA auch weiterhin eigenverantwortlich entscheiden kann. Dem entgegen steht allerdings die unmittelbare Mitbestimmung der Exekutive in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die bewährte Trennung der Aufgaben zwischen Selbstverwaltung und Rechtsaufsicht ist beizubehalten.

MDK leistet unabhängige und gute Arbeit

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschließlich des MDS bildet den sozialmedizinischen Dienst in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er erstellt individualmedizinische Gutachten ebenso wie Grundsatzgutachten im Sinne einer Systemberatung. In der öffentlichen Diskussion wurden zuletzt Forderungen laut, den MDK personell wie inhaltlich neu zu organisieren und von den Kranken- und Pflegekassen zu lösen. Die immer wieder unterstellte Abhängigkeit von den Krankenkassen ist nur so weit und notwendigerweise dadurch gegeben, dass der Gesetzgeber dies ausdrücklich vorsieht. Der MDK soll die Krankenkassen befähigen, ihren Auftrag zur Finanzierung einer qualitativ dem medizinischen Stand entsprechenden und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten fachgerecht zu erfüllen, soweit sie dies nicht aus eigener Kompetenz leisten können.

Dabei genießt der MDK in der Fachwelt eine große und auch steigende Wertschätzung. Ein Beispiel hierfür sind die Leistungen des MDK bei der Umsetzung der Pflegereform. Ohne die funktionierenden selbstverwalteten Strukturen des MDK wären die Ziele des Gesetzgebers nicht erreichbar. Die aktuelle Versichertenbefragung zeigt, dass 89 % der Versicherten die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter als kompetent und 92 % als hilfsbereit und freundlich einschätzen.

Rund 90 % sind mit der

Begutachtung zufrieden.

Die Zahl der Widersprüche

hält sich konstant im einstelligen Prozentbereich.

Bei der Begutachtung und

Beratung sind die Gutach-

terinnen und Gutachter des MDK unabhängig.

Diese Unabhängigkeit ist im SGB V verbrieft.

Die Kranken- und Pflegekassen haben auf die Begutachtungsinhalte keinen Einfluss. Fachlichkeit und Unabhängigkeit haben in der Einzelfallbegutachtung höchsten Stellenwert. Die Begutachtung selbst erfolgt auf der objektiven Basis der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin in Übereinstimmung mit dem Sozialrecht. Eine organisatorische Loslösung von den Kranken- und Pflegekassen bzw. Neuaufstellung des MDK ist aus sozialpolitischen und aus rechtssystematischen Gründen falsch und mit enormen Risiken verbunden, das Prinzip der Selbstverwaltung würde weiter ausgehöhlt. Vielmehr braucht die GKV auch zukünftig einen funktionsfähigen MDK.

Die Kranken- und Pflegekassen haben auf die Begutachtungsinhalte keinen Einfluss. Fachlichkeit und Unabhängigkeit haben in der Einzelfallbegutachtung höchsten Stellenwert.

WER
VERTRITT
MEINE
INTERESSEN
?

Mitgliederversammlung wählt Verwaltungsrat der 3. Amtsperiode (2018-2023)

Das Jahr 2017 war das Jahr der Sozialwahl. Zum zwölften Mal wurden die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane bei den Trägern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung gewählt. Die neu konstituierten Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen entsandten ihre Delegierten der Versicherten- und der Arbeitgeberseite in die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes, die am 13. Dezember 2017 den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes für die Dauer von sechs Jahren neu wählte. Damit wurde die dritte Amtsperiode der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes eingeleitet. Rund 130 ehrenamtliche Vertreterinnen und Vertreter von mehr als 70 Krankenkassen kamen in Berlin zusammen. Gemeinsam hoben sie die tragende Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für eine hochwertige und verlässliche Gesundheitsversorgung in Deutschland hervor.

Selbstverwaltung übernimmt

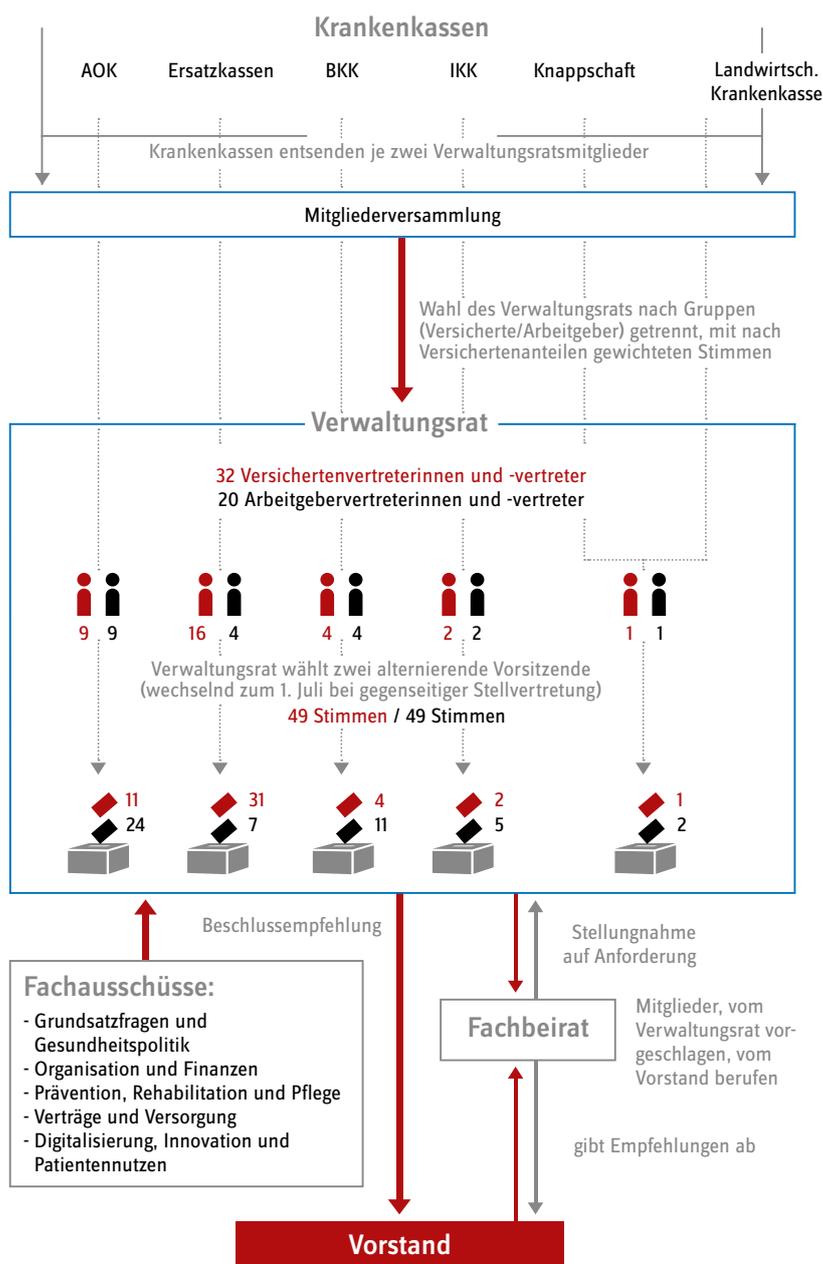
Verantwortung

Angesichts tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen durch Globalisierung, Migration, demografischen und digitalen Wandel kommt den bewährten GKV-Prinzipien Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung ein hoher Stellenwert zu. Der GKV-Spitzenverband als Stimme von Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen, Versicherten und Beitragszahlenden leistet einen aktiven Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt. Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter stellten sich erfolgreich dieser Verantwortung, hob die Vorsitzende der Mitgliederversammlung, Iris Kloppich (AOK PLUS), in ihrer Eröffnungsrede hervor und dankte dem Verwaltungsrat der zweiten Amtsperiode für seine engagierte Arbeit. Dem schloss sich die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, an. Von der Politik forderte sie ein klares Bekenntnis zur sozialen Selbstverwaltung.

Wahl des neuen Verwaltungsrats

Die Delegierten wählten die Versichertenvertreterin Roswitha Weinschenk (AOK PLUS) zur Vorsitzenden der Mitgliederversammlung und

Struktur des neuen Verwaltungsrats



„Ziel war und ist es weiterhin, stets die gute und bezahlbare Versorgung der mehr als 70 Mio. gesetzlich krankenversicherten Bürgerinnen und Bürger im Blick zu behalten.“

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

den Arbeitgebervertreter Dietrich von Reyher (Bosch BKK) zu ihrem Stellvertreter. Die Mitglieder des Verwaltungsrats der dritten Amtsperiode (2018-2023) einschließlich ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter gingen aus mehr als zwanzig regulären Wahlgängen hervor. Bereits im März 2017 hatte der Verwaltungsrat der zweiten Amtsperiode gemäß Satzung die Sitz- und Stimmenverteilung für das neue Plenum beschlossen. Wie bereits seit 2012 verfügt der Verwaltungsrat auch in Zukunft über 52 Mandate. Unter den Kassenarten haben sich jedoch hinsichtlich der

Anzahl der Sitze aufgrund von Kassenfusionen und veränderten Marktanteilen Verschiebungen ergeben.

Konstituierende Sitzung

Mit seiner konstituierenden Sitzung am 17. Januar 2018 in Berlin nahm der neue Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine Arbeit auf. Zum Vorsitzenden aus den Reihen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wurde Dr. Volker Hansen (AOK Nordost) gewählt, der den Vorsitz bereits seit Gründung des GKV-Spitzenverbandes inne-



„Zu unseren zentralen Aufgaben gehört es, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zu erhalten, seine Grundlagen aber auch zukunfts- und generationengerecht weiterzuentwickeln.“

Iris Kloppich, Vorsitzende der Mitgliederversammlung

hat. Zum alternierenden Vorsitzenden wählte der Verwaltungsrat Uwe Klemens (Techniker Krankenkasse) aus der Gruppe der Versicher-tenvertreterinnen und -vertreter. Dieser hatte Anfang 2016 Christian Zahn als Verwaltungsrats-vorsitzenden abgelöst.

Neuer Fachausschuss Digitalisierung

Der neue Verwaltungsrat wählte überdies die Mitglieder und Vorsitzenden der bestehenden vier Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik, Organisation und Finan-

zen, Verträge und Versorgung sowie Präventi-on, Rehabilitation und Pflege. Darüber hinaus wurde ein fünfter Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen eingerichtet. Längst vollzieht sich der digitale Wandel auch im Gesundheitswesen und findet zunehmend Ein-gang ins Versorgungsgeschehen. Potenziale und Risiken gilt es daher auch aus der Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Versicherten und Beitragszahlenden abzuwägen.



Bericht aus dem Verwaltungsrat

Als integraler Bestandteil des demokratischen Gefüges in Deutschland repräsentiert die soziale Selbstverwaltung weite Teile der Bevölkerung mit den unterschiedlichsten Bedarfslagen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Ihre Vertreterinnen und Vertreter verfügen durch ihre Nähe zu Patientinnen und Patienten, Versicherten und Beitragszahlenden über ein spezifisches Problembewusstsein,

Die Selbstverwaltung gewährleistet einen fairen Ausgleich der Interessen und genießt daher eine hohe Akzeptanz bei den Betroffenen.

das sie befähigt, authentische und praxisnahe Lösungen zu formulieren, die in die Lebenswirklichkeit der Betroffenen passen. Die Selbstverwaltung gewährleistet einen fairen Ausgleich der Interessen und genießt daher eine hohe Akzeptanz bei den Betroffenen. In einem hochdynamischen Gesundheitssystem ist sie in der Lage, tradierte Werte mit neuen Entwicklungen zusammenzuführen. Sie entlastet damit die Politik und bietet ihr gute und verlässliche Grundlagen für Meinungsbildung und Gesetzgebung.

In der ersten Hälfte des Berichtsjahres standen die Erarbeitung und Verabschiedung von Positionen für die 19. Legislaturperiode im Mittelpunkt der Gremienarbeit. Um dem Prozess Richtung und Tiefe zu geben, führte der Verwaltungsrat im

März 2017 einen Workshop durch, bei dem er sich intensiv und differenziert mit den gesundheits- und pflegetherapeutisch relevanten Fragestellungen, Perspektiven und Erwartungen befasste und sich auf die konkrete Ausrichtung der Positionierung verständigte. Nach inhaltlicher Vertiefung durch seine Fachausschüsse verabschiedete der Verwaltungsrat im Juni 2017 das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017 bis 2021. Das Papier beschreibt die Handlungsbedarfe in der Gesundheitspolitik und ist gleichzeitig richtungsweisend für die Arbeit des GKV-Spitzenverbandes in den kommenden Jahren. Es ist ein engagiertes Plädoyer für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und die nachhaltige Sicherung seiner Finanzierbarkeit. Mit seinen Positionen bezieht der Verwaltungsrat Stellung zu den notwendigen Grundlagen für eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung (GKV), den Herausforderungen der Zukunft und den Gestaltungsoptionen auf den Handlungsfeldern der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung.

Neben seiner Positionierung für die 19. Legislaturperiode im Vorfeld der Bundestagswahl sah der Verwaltungsrat im Berichtsjahr gesetzlichen Handlungsbedarf zu weiteren Themen.

Innovationen und Patientensicherheit

Die GKV steht dafür ein, dass alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren. Medizinische Innovationen sollen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen. Dabei ist es jedoch unabdingbar, dass der patientenrelevante Nutzen der Innovationen vor der flächendeckenden Einführung belegt ist, denn die Sicherheit der Patientinnen und Patienten hat absoluten Vorrang. Nur dann ist auch die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft gerechtfertigt. Vor diesem Hintergrund hatte der Verwaltungsrat bereits im Dezember 2010 ein Positionspapier beschlossen und dargelegt, wie nicht-medikamentöse Innovationen strukturiert und sicher in die Krankenhausversorgung eingeführt werden können. Der Gesetzgeber hat darauf teilweise reagiert. Beispielsweise hat er eine sogenannte Erprobungsregel für nicht-medikamentöse Innovationen in das SGB V aufgenommen und eine Regelung geschaffen, mit der einzelne Medizinprodukte hoher Risikoklasse einer systematischen Bewertung und Erprobung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugeführt werden. Diese und weitere gesetzliche Änderungen enthalten positive Ansätze, sind aber insgesamt nicht ausreichend und werden nicht durchgreifend wirksam. Das Kernproblem wurde

nicht beseitigt: Nur sehr wenige neue Methoden werden frühzeitig systematisch überprüft. Die meisten gelangen ohne ausreichende Datenbasis in die Versorgung. Sie

können flächendeckend vor allem von Krankenhäusern angeboten werden, auch wenn Nutzen und Schaden

für die Patientinnen und Patienten unklar sind.

Die Zwischenbilanz hinsichtlich der bestehenden Erprobungsregelungen ist also ernüchternd. Der Verwaltungsrat hielt deshalb weitere Schritte des Gesetzgebers für erforderlich und hat seine Positionen aus dem Jahr 2010 weiterentwickelt und an aktuelle Gegebenheiten angepasst.

Nur sehr wenige neue Methoden werden frühzeitig systematisch überprüft. Die meisten gelangen ohne ausreichende Datenbasis in die Versorgung.

Notfallversorgung

Die zuletzt zahlreichen gesundheitspolitischen Debatten zur Notfallversorgung haben den erheblichen Reformdruck in diesem Bereich offenbart. Die meisten Beteiligten haben erkannt, dass es einer ganzheitlichen, sektorenübergreifenden Betrachtung der Notfallversorgung bedarf, um die bestehenden Probleme zu überwinden. Hierzu sind u. a. patientenorientierte Strukturen zu schaffen. Der Verwaltungsrat hat im Berichtsjahr nach intensiven Diskussionen auf allen Beratungs-

ebenen des GKV-Spitzenverbandes ein ausführliches Positionspapier mit fundierten Überlegungen und Vorschlägen für eine umfassende Neuordnung der Notfallversorgung verabschiedet.

Sektorenübergreifende Versorgung

Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung muss ein zentrales Element künftiger Gesundheitspolitik sein. Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den

Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen. Ein zukunftsfestes Versorgungssystem muss die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszah-

lerinnen und Beitragszahler in den Mittelpunkt stellen und darf sich an dieser Schnittstelle nicht in Abgrenzungsfragen verlieren. Jedes Jahr fließen viele Milliarden Euro zusätzlich in die gesundheitliche Versorgung. Diese Beitragsgelder müssen einer qualitativ verbesserten und wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zugutekommen. Eine Reform der Versorgungsstrukturen kann nicht in einem Schritt realisiert werden, sondern sollte über ein Stufenmodell erfolgen. Der Verwaltungsrat hat daher in einem ersten Schritt zunächst Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung vorgelegt. Kern der Vorschläge ist es, die Teilnahme von Krankenhausambulanzen an der ambulanten Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln.

Jedes Jahr fließen viele Milliarden Euro zusätzlich in die gesundheitliche Versorgung. Diese Beitragsgelder müssen einer qualitativ verbesserten und wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung zugutekommen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Wie im Präventionsgesetz vorgesehen, hat der GKV-Spitzenverband mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Juni 2016 eine Vereinbarung zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erbringung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten geschlossen. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene wurden der BZgA insgesamt neun Einzelaufträge erteilt. Trotz erheblicher verfassungsrechtlicher Bedenken ist der GKV-Spitzenverband dabei seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Finanzierung der BZgA nachgekommen. Eine Bilanz im Berichtsjahr machte jedoch deutlich, dass die vereinbarten Ziele in erheblichem Umfang verfehlt wurden. Ein großer Teil der zur Verfügung gestellten Gelder wurden von der BZgA nicht verausgabt. Demnach konnten GKV-Mittel in Höhe von rd. 46 Mio. Euro nicht für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten eingesetzt werden. Der Verwaltungsrat hat deshalb den Gesetzgeber aufgefordert, die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Beauftragung der BZgA aufzuheben und die GKV-Mittel für die Umsetzung des Präventionsgesetzes unmittelbar verfügbar zu machen. Er ist dafür eingetreten, dass die Finanzmittel direkt für die Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden können, statt ungenutzt auf dem Konto einer nachgeordneten Bundesbehörde zu liegen.

Selbstverwaltungsautonomie

Im März 2017 ist das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) in Kraft getreten. Vorausgegangen war ein langer Gesetzgebungsprozess, der von engagierten und kritischen Debatten auf allen Handlungsebenen flankiert worden war. Die zahlreichen Einlassungen und Beiträge insbesondere aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes führten letztlich dazu, dass die zunächst vorgesehenen erheblichen Einschränkungen der Selbstverwaltungsautonomie beim GKV-Spitzenverband und den anderen Selbstverwaltungsorganisationen auf Bundesebene in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens erheblich entschärft wurden. Eine Reihe entscheidender Regelungen, die besonders massive Kritik hervorgerufen hatten, gingen nicht mehr in das Gesetz ein. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Selbstverwaltung durch neue Kontroll- und Weisungsrechte der Aufsicht im GKV-SVSG eingeschränkt wird. In der letzten Sitzung der zweiten Amtsperiode im November 2017 verabschiedete der Verwaltungsrat Satzungsänderungen und -ergänzungen, die infolge der Neuregelungen nach dem GKV-SVSG erforderlich geworden waren.

Die einschränkenden Auswirkungen des GKV-SVSG sind ein weiterer Schritt der staatlichen Einflussnahme auf die Selbstverwaltung. Eine mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus dem Jahr 2011 erfolgte Einschränkung der Selbstverwaltungsautonomie entfaltete 2017 ihre maximale Tragweite im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung: Nach der damals eingeführten gesetzlichen Vorgabe übermittelt das Bundesministerium

für Gesundheit die Vorschläge der Trägerorganisationen zur Berufung des unparteiischen Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Der Ausschuss kann dem Vorschlag nach nichtöffentlicher Anhörung der vorgeschlagenen Person mit einer Zweidrittelmehrheit widersprechen. Im Juni lehnte der Gesundheitsausschuss des Bundestages den Personalvorschlag des GKV-Spitzenverbandes für das Amt des unparteiischen Mitglieds des G-BA einstimmig ab. Der Verwaltungsrat äußerte hierzu sein Unverständnis und wertete das Votum des Ausschusses für Gesundheit als drastischen Eingriff der Politik in das Handeln der Selbstverwaltung. Da auch der Kandidat der Ärzteschaft abgelehnt wurde, benannten beide Trägerorganisationen im Rahmen eines neuerlichen Berufungsverfahrens jeweils neue Kandidatinnen, denen der Gesundheitsausschuss des Bundestages nicht widersprach.

Auch in der neuen Amtsperiode kommen auf die Selbstverwaltung komplexe Aufgaben zu, die im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten zu realisieren sein werden. Dazu benötigt die Selbstverwaltung entsprechende Handlungskompetenzen. Der Verwaltungsrat tritt deshalb für einen konstruktiven Dialog mit der Politik ein, um gemeinsam ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Rahmengesetzgebung und Gestaltung herbeizuführen.

Ein großer Teil der zur Verfügung gestellten Gelder wurden von der BZgA nicht verausgabt. Demnach konnten GKV-Mittel in Höhe von rd. 46 Mio. Euro nicht für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten eingesetzt werden.

Jubiläum: Der GKV-Spitzenverband hat Geburtstag



Das Jahr 2017 hatte für den GKV-Spitzenverband eine besondere Bedeutung: Die Verbandsgründung jährte sich zum zehnten Mal. Im März 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossen, wurde der neue Verband aller Krankenkassen innerhalb weniger Monate mit Wirkung zum 1. Juli 2007 errichtet.

Am 12. Dezember 2017 beging der GKV-Spitzenverband diesen freudigen Anlass mit einer Jubiläumsfeier am Vorabend der Mitgliederversammlung. Rund 450 Gäste aus Politik, Gesundheitswesen und Selbstverwaltung waren der Einladung ins Maritim Hotel Berlin gefolgt. In einer Feierstunde

blickte die Vorstandsvorsitzende Dr. Doris Pfeiffer auf die vergangene Dekade zurück und ließ Regierungen, Gesetze und Großprojekte Revue passieren. Gleichzeitig warf sie einen Blick nach vorn, auf aktuelle Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Anschließend gewährten die beiden alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats, Dr. Volker Hansen und Uwe Klemens, Einblicke in die Arbeit der Selbstverwaltung. Im Gespräch mit Rebecca Lühr, der Moderatorin des Abends, erinnerte sich Dr. Hansen an die nicht immer einfache Anfangszeit des Verbandes, der zu Beginn für die Krankenkassen ein „ungeliebtes Kind“ gewesen sei. Dennoch könne man die Verbandsentwicklung rückblickend als Erfolgsgeschichte bezeichnen. Uwe Klemens pflichtete ihm bei und sprach sich ergänzend dafür aus, mehr Menschen für das Ehrenamt zu gewinnen – sie seien das „Rückgrat der Selbstverwaltung“.

Zentraler Bestandteil der Festveranstaltung war ein Vortrag des Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates, Prof. Dr. Peter Dabrock. Er beschäftigte sich mit der Bedeutung der GKV für die soziale Sicherung in Deutschland. Dabei ging er neben der Relevanz der gesetzlichen Krankenversicherung für die gesellschaftliche Teilhabe auch auf die Herausforderungen der digitalen Gesellschaft ein.



Flankiert wurde die Festveranstaltung durch viel beklatschte Auftritte eines Chores aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GKV-Spitzenverbandes. Acht Kolleginnen und Kollegen brachten dem Verband ein Geburtstagsständchen dar und gaben später den „Arzneimittelsong“ zum Besten. Abgerundet wurde der Mitarbeiterauftritt mit einer Soloaufführung des von Friedrich Hollaender komponierten Liedes „Stroganoff“. Das Lied markierte gleichzeitig den Übergang zum geselligen Teil des Abends, der für einen regen Austausch genutzt wurde. Zum Abschied erhielten die Gäste die druckfrische Jubiläumsausgabe des GKV-Magazins „90 Prozent“ – ein Rückblick auf bewegte zehn Jahre Verbandsgeschichte.



**WIE
KANN
VERSORGUNG
BESSER
WERDEN ?**



Bilanz der 18. Legislaturperiode

Auch wenn die Gesundheits- und Pflegepolitik seit jeher reformerprobt war und ist, war die Vielzahl der Gesetze in der 18. Legislaturperiode in den Jahren 2013 bis 2017 ungewöhnlich. Letztendlich spiegelte sich darin der hohe gesundheits- und pflegepolitische Detailgrad wider, auf den sich die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag geeinigt hatten und der auch nahezu vollständig umgesetzt wurde.

Die Große Koalition war in der 18. Wahlperiode mit der Absicht angetreten, insbesondere die Verbesserung der Qualität in nahezu allen Versorgungsbereichen in den Vordergrund ihres Handelns zu stellen. Angesichts der Vielzahl der verabschiedeten Gesetze kann man der Politik mangelnden Reformwillen nicht unterstellen. Dennoch wurden grundlegende Versorgungsdefizite und Strukturprobleme mit den oftmals als Stärkungs- oder Strukturgesetze betitelten Reformen nur unzureichend angegangen. Im Bereich der Pflegeversicherung gelang hingegen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein echter Paradigmenwechsel.

Strukturelle Probleme bleiben bestehen

Bei den bekannten ambulanten und stationären Strukturproblemen, die sich am deutlichsten sichtbar an teuren, nicht bedarfsnotwendigen Überkapazitäten manifestieren, hat sich wenig bis nichts getan. Die hier auf den Weg gebrachten Gesetze entfalten kaum Wirkung und lassen zudem sektorenübergreifende Aspekte vermissen, um die verkrusteten, nicht aufeinander abgestimmten Strukturen aufzubrechen und besser miteinander zu verzahnen. Vor allem die mangelnde Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich durch die Bundesländer wurde nicht angegangen. Das führt dazu, dass weiterhin Beitragsgelder zur Kompensation von Investitionslücken zweckentfremdet werden. Andere auf den Weg gebrachte Gesetze in den Bereichen Prävention, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden die Versorgung verteuern, ohne zu wesentlichen Verbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung beizutragen.

Als verfehlt und konträr zu seinem Titel muss das sogenannte Selbstverwaltungsstärkungsgesetz bewertet werden. Massive staatliche Eingriffe konnten hier auf den letzten Metern des Gesetzgebungsverfahrens zwar verhindert werden, dennoch markiert es einen neuen Höhepunkt der staatlichen Einflussnahme auf die Selbstverwaltungsautonomie.

In der Gesamtschau ist daher festzuhalten, dass angesichts der günstigen finanziellen Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung an vielen Stellen die notwendigen Weichenstellungen nicht ausreichend und konsequent angegangen wurden. Vor diesem Hintergrund sowie unter Berücksichtigung kontinuierlicher und hochdynamischer Veränderungsprozesse – genannt seien nur Digitalisierung, demografische Entwicklung, Veränderungen der Arbeitswelt, Landflucht oder Wandel des Krankheitsspektrums – hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes frühzeitig vor dem Start der neuen Legislaturperiode seine gesundheits- und pflegepolitischen Positionen verabschiedet und in den politischen Diskurs eingebracht.

Grundlegende Versorgungsdefizite und Strukturprobleme wurden nur unzureichend angegangen.

Positionen für die 19. Legislaturperiode

Immer schnellere ökonomische, soziale, technische und medizinische Veränderungsprozesse stellen das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren vor zahlreiche Herausforderungen. Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich aktiv an der notwendigen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Mit den vom Verwaltungsrat beschlossenen gesundheits- und pflegepolitischen Positionen weist der GKV-Spitzenverband auf Reformnotwendigkeiten hin und zeigt Wege für eine zukunftsfeste, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung auf.

Flexibilität zulassen, Qualität sichern

Für eine optimierte gesundheitliche Versorgung ist der heutige Ordnungsrahmen flexibler zu gestalten, um das Zusammenspiel von Kollektiv- und Selektivverträgen zu intensivieren. Im Wesentlichen fehlen den Krankenkassen ausreichende

Möglichkeiten, um ihren Versicherten qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgungsangebote unterbreiten zu können. Notwendig sind daher mehr wettbewerbliche Gestaltungsfreiheiten.

Auch die Beratungsrechte der Krankenkassen sind wieder zu stärken.

In der beginnenden Legislaturperiode müssen die derzeitigen Strukturen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit überprüft und reformiert sowie die Notfallversorgung neu ausgerichtet werden. Nicht nur zwischen ambulanter und stationärer Versorgung knirscht es, auch innerhalb der Sektoren besteht Reformbedarf. In der ambulanten Versorgung existieren Über- und Unterversorgung nebeneinander. Der Abbau der teuren Überversorgung muss weiterhin verfolgt werden, um bessere Zugangsmöglichkeiten zu einer am Bedarf orientierten vertragsärztlichen Versorgung zu schaffen. Daneben sind kooperative Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren systematisch weiter zu stärken.

Bei schwierigen infrastrukturellen Bedingungen sollten Krankenhausambulanzen als regionale Gesundheitszentren regelmäßig einbezogen werden.

Im stationären Sektor bedarf es eines Neuanfangs, insbesondere bei der Finanzierung. Um die Krankenhausversorgung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich zu organisieren, müssen die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen. Die Preisbestimmung sollte neu justiert werden, um den langjährig unbegründeten Anstieg der Landesbasisfallwerte – über die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser hinaus – zu begrenzen. Für qualitätskritische Bereiche und Situationen sind Personalanhaltszahlen zu definieren. Ihre Einhaltung muss überprüfbar sein. Mindestmengen müssen als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung verbindlich sein.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Neue Wege der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sollen eröffnet, Versorgungsprozesse modernisiert, Kommunikation und Service verbessert werden. Die Chancen der Digitalisierung sind hierfür zu nutzen. Im Rahmen der Digitalisierung kommt der Einführung der elektronischen Patientenakte eine herausragende Bedeutung zu. Die sichere Telematikinfrastruktur muss dafür als die zentrale Infrastruktur genutzt und weiter ausgebaut werden. Die Entscheidungsstrukturen bei der gematik sind zu straffen. Die Gestaltungsverantwortung der Krankenkassen ist zu erweitern, da diese die Finanzierungsverantwortung haben. Für digitale Versorgungsangebote und Apps sind Qualitätsstandards zu schaffen. In ländlichen oder strukturschwachen Regionen kann die medizinische Versorgungssituation durch die Nutzung telemedizinischer Anwendungen verbessert werden.

Nachhaltige Finanzierung und Wirtschaftlichkeit sichern

Die gute Arbeitsmarktlage und das stabile Wirtschaftswachstum sorgen derzeit für eine solide finanzielle Basis der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Phase der finanziellen Stabilität

In der neuen Legislaturperiode müssen die derzeitigen Strukturen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit überprüft und reformiert sowie die Notfallversorgung neu ausgerichtet werden.

sollte für nachhaltige Strukturreformen zur Ausgabensteuerung genutzt werden, um Versicherte auch im Falle konjunktureller

Einbrüche vor zusätzlichen finanziellen Belastungen zu schützen. Zudem ist die Bundesbeteiligung regelmäßig zu dynamisieren und die Reserve des Gesundheitsfonds nach oben zu begrenzen.

Bei der Beitragsbemessung für „Solo-Selbstständige“ muss eine finanzielle Überforderung ausgeschlossen werden. Veränderten Erwerbsbiografien ist Rechnung zu tragen. Die Lastenverschiebung vom Bund auf die Solidargemeinschaft bei Beiträgen für gesetzlich versicherte Arbeitslosengeld-II-Beziehende ist zu beenden.

In der Arzneimittelversorgung ist die Transparenz über Nutzen und Preise entscheidend für eine bezahlbare Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau. Hinweise zur Wirtschaftlichkeit müssen bereits bei der Verordnung des Arzneimittels vorliegen. Das Grundprinzip der Nutzenbewertung und anschließenden Erstattungsbetragsverhandlungen hat sich bewährt. Hier bedarf es einer generellen Rückwirkung des Erstattungsbetrags ab dem ersten Tag, um „Mondpreise“ zu verhindern. Unverzichtbar zur Erschließung von Effizienzreserven sind Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen. Diese müssen in der neuen Legislaturperiode gestärkt werden.

Die Phase der finanziellen Stabilität sollte für nachhaltige Strukturreformen zur Ausgabensteuerung genutzt werden.



Positionen zur Zukunft der sozialen Pflegeversicherung

Im Jahr 2017 wurde in der sozialen Pflegeversicherung durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein Paradigmenwechsel in der Pflege eingeleitet. Nach einer langen und intensiven Vorbereitung durch Wissenschaft, Gesetzgeber und Selbstverwaltung erhalten seit dem 1. Januar 2017 nun alle Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, unabhängig davon, ob sie unter körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden. In besonderem Maße gilt dies für Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen wie z. B. Demenz. Darüber hinaus wurden auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verbes-

Es bedarf intelligenter Lösungsansätze, die den pflegenden Angehörigen ein Miteinander von Beruf, Familie und Pflege besser als bisher ermöglichen.

sert: Die Höhe der Leistungsbeträge ist gestiegen, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen wurde flexibilisiert und verbessert. Leistungen können nun weitaus individueller und bedarfsgerechter in Anspruch genommen werden als bislang. Die entscheidenden Maßnahmen für eine deutliche

Entlastung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wurden damit vollzogen.

Der GKV-Spitzenverband hat diesen Paradigmenwechsel in seinen verschiedenen Umsetzungs- und Reformschritten aktiv unterstützt und durch Modellprojekte begleitet. Mit Blick auf die kommende Pflegepolitik spricht sich der GKV-Spitzenverband dafür aus, die Etablierung und Wirkung langfristig zu beobachten und wissenschaftlich zu evaluieren, ob die Ziele „mehr Teilhabe“ und „gerechtere Leistungsverteilung“ auch tatsächlich erreicht werden.

Pflegepersonal und pflegende Angehörige stärken

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es zudem notwendig, den Fokus verstärkt auf diejenigen zu richten, die die Pflege leisten. Entscheidend für eine gute und menschenwürdige Pflege ist ausreichendes und gut qualifiziertes Personal. Daher sind Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe zwingend notwendig. Eine angemessene Vergütung ist hierzu ein wichtiger Beitrag. Aber auch eine familienfreundliche Gestaltung der Arbeitsbe-

dingungen und die Flexibilität von Arbeitszeiten gehören dazu. Die Pflege durch Angehörige ist in diesem Zusammenhang ebenso eine wichtige und schätzenswerte Ressource. Es bedarf intelligenter Lösungsansätze, die den pflegenden Angehörigen ein Miteinander von Beruf, Familie und Pflege besser als bisher ermöglichen. Die verschiedenen Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige müssen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in einem Gesetz sinnvoll und praktikabel zusammengeführt werden.

Unbestritten ist, dass in Zukunft die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigen wird und damit auch die Herausforderung, eine an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte pflegerische Versorgung sicherzustellen. Der Wunsch pflege- und hilfebedürftiger Menschen, möglichst lange im vertrauten Umfeld selbstbestimmt zu leben, muss handlungsleitend für das gemeinsame Ziel einer engen Zusammenarbeit von Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeanbietern sein. Eine einseitige Verlagerung und Vermengung der Steuerungs- und Finanzierungsverantwortung zwischen den Akteuren führt nicht zur Realisierung dieses Ziels und wird daher vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

Positionen zur Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs

Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung muss ein zentraler Baustein der Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode sein. Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen und weisen Defizite auf. Ein zukunftsfestes Versorgungssystem muss die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden in den Mittelpunkt stellen und darf sich nicht in Abgrenzungs- und institutionellen Fragen verlieren.

Konkrete Handlungsempfehlungen für eine Neuordnung werden sowohl in den Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode als auch in dem Positionspapier „Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung“ aufgezeigt. Inhaltlich setzt sich der GKV-Spitzenverband dafür ein, in einem ersten Schritt zunächst die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung anzugehen. Ziele einer solchen Reform sind:

- durch die Einführung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung flächendeckend einen sachgerechten Zugang und entsprechende Kapazitäten zu gewährleisten,

- durch eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur Fehlanreize in der Versorgung zu vermeiden und
- durch eine durchgehende Qualitätssicherung Patientengefährdung auszuschließen.

Aufgaben von Krankenhausambulanzen klar regeln

Kontrovers diskutiert wird in diesem Kontext immer die Rolle der Krankenhausambulanzen: Je nach Betrachtungsweise sind sie entweder Teil des Problems oder Teil der Lösung. Die künftige Rolle von Krankenhausambulanzen muss daher im Rahmen einer Reform der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung mitgedacht werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die rund zwei Dutzend Paragraphen, nach denen Ambulanzen tätig werden können, stringent anhand von drei Prinzipien neu zu fassen:

1. Werden Krankenhausambulanzen ermächtigt, Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen, sind die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung, beispielsweise zur Vergütung und Qualitätssicherung ergänzt um klare Ermächtigungskriterien, vollumfänglich anzuwenden.

Ein zukunftsfestes Versorgungssystem muss die Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden in den Mittelpunkt stellen.

Ambulant-stationärer Grenzbereich – Rolle der Krankenhausambulanzen

Ergänzende vertragsärztliche Versorgung

Versorgungsdefizite ausgleichen

- Durchgängig bedarfsabhängige Ermächtigung
- Durchgängig EBM-basierte Vergütung
- Klare Definition und Abgrenzung der Versorgungsaufträge
- Anrechnung in der Bedarfsplanung

Äquivalente Leistungserbringung

Fehlallokationen und Überkapazitäten vermeiden

- Sektorenübergreifende Kapazitätssteuerung
- Zeitlich befristete Versorgungsaufträge
- Einheitliche Preis-, Mengen- und Qualitätssicherungssystematik

Hochspezialisierte Ambulanzversorgung

Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge definieren

- Vereinheitlichung von Dokumentation, Strukturanforderungen und Vergütung
- Stringente Definition der Versorgungsaufträge

2. Werden spezialisierte und spezifische Versorgungsleistungen sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht, wird die skizzierte sektorenübergreifende Steuerung inkl. einer gemeinsamen Bedarfsplanung und eines einheitlichen Vergütungssystems benötigt.
 3. Erfolgt eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht wird, ist der Leistungskatalog endlich klar zu definieren und durch einheitliche Dokumentations- und Vergütungsmaßstäbe Transparenz herzustellen.
- Die Erkenntnisse einer solchen ersten Reformstufe müssen anschließend genutzt werden, um mittelfristig die spezialisierte Versorgung insgesamt neu aufzustellen und dabei die Doppelversorgung entlang der bestehenden ambulanten-stationären Sektorengrenze zu beenden.



13 Positionen zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung

1. Versorgungsfunktion von Ambulanzen klären
2. Krankenhausambulanzen als ergänzende vertragsärztliche Versorgung bei Versorgungsdefiziten ermächtigen
3. Sektorenübergreifende ambulante Versorgung von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Krankenhausambulanzen in gemeinsamer Selbstverwaltung gestalten
4. Bedarf für spezialisierte ambulante Leistungsangebote sektorenübergreifend planen
5. Versorgungsaufträge für äquivalente Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Krankenhausambulanzen zeitlich befristen
6. Versorgungsaufträge konkret fassen
7. Spezialisierte ambulante Behandlung einheitlich vergüten
8. Faire Preis- und Mengenentwicklung ermöglichen
9. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung etablieren
10. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung eindeutig definieren
11. Transparenz für die „Blackbox“ Krankenhausambulanz herstellen
12. Einsatz von Innovationen klar regeln
13. Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

Positionen zur Neustrukturierung der Notfallversorgung

Kaum ein gesundheitspolitisches Thema wird aktuell so intensiv diskutiert wie die Notfallversorgung. Eine Reform der Notfallversorgung war in fast allen Programmen der Parteien zur Bundestagswahl 2017 zu finden. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie die Verbände der Leistungserbringer haben sich zu diesem Thema positioniert. Der GKV-Spitzenverband hat aufbauend auf seinen Positionen für die 19. Legislaturperiode ebenfalls ein dezidiertes Konzept zur Neustrukturierung der Notfallversorgung erarbeitet.

Notfallversorgung neu aufstellen

Die Notfallversorgung ist geprägt durch parallele Strukturen in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus. Aus Patientensicht sind die Zuständigkeiten unklar. Vielfach ist die vertragsärztliche Notfallversorgung lückenhaft organisiert. Insgesamt ist sie nicht hinreichend konzentriert. Da auch eine verbesserte Koordination nicht ausreicht, um die bestehenden Defizite zu beseitigen, sind neue patientenorientierte Strukturen notwendig. Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst zentral „unter einem Dach“ organisiert sein. Hierzu bedarf es in

Verbindung mit dem bereits gesetzlich etablierten stationären Notfallstufenkonzept auch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die festlegen, an welchen und in wie vielen Krankenhäusern Notdienstpraxen einzurichten sind. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die Notfallversorgung ist sowohl für die Notdienstpraxen als auch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst zu konkretisieren und einzufordern. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten in KV-Notdienstpraxen und Krankenhausambulanzen sollte an einem gemeinsamen Tresen erfolgen (vgl. Abbildung).

Die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sollten möglichst zentral „unter einem Dach“ organisiert sein.

Der Zeitfaktor ist bei vielen Notfällen entscheidend für die Heilungs- und Überlebenschancen. Bundesweite Mindeststandards müssen definiert und eine digitale Infrastruktur für den Rettungsdienst muss geschaffen werden. Zu etablieren sind integrierte Leitstellen aus Rettungsleitstellen und Leitstellen des KV-Notdienstes, um die angemessene mobile Notfallversorgung zu aktivieren. Die Notrufnummern sollten hier zusammenlaufen.

Gemeinsamer Tresen von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



Positionen zur Neustrukturierung der Notfallversorgung

1. Notfallversorgung an den Patientinnen und Patienten orientieren

Ambulante und stationäre Notfallstrukturen müssen an zentraler Stelle „unter einem Dach“ angeboten werden.

2. Stationäres Notfallstufenkonzept als Basis der Neuordnung

Das stationäre Notfallstufenkonzept des G-BA sollte die Ausgangsbasis für die Neustrukturierung der stationären und ambulanten Notfallversorgung bilden. Für jede Notfallstufe sind Mindestvorgaben zu den vorzuhaltenden ambulanten Notfallstrukturen zu definieren.

3. Notfallversorgung professionalisieren und konzentrieren

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden lebensbedrohlichen Erkrankungen sollte auf wenige spezialisierte Notfallkrankenhäuser konzentriert werden.

4. Zentrale Notaufnahmen etablieren

Patientinnen und Patienten sollten in einer zentralen Anlaufstelle von interdisziplinär ausgebildetem Personal angesehen, ggf. erstversorgt und der geeigneten Fachdisziplin zur Weiterbehandlung zugeleitet werden.

5. KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus organisieren

Der G-BA sollte Strukturvorgaben für die Einrichtung von KV-Notdienstpraxen an Krankenhäusern festlegen, insbesondere im Hinblick auf die Verfügbarkeit und die personelle Ausstattung.

6. Triage und Steuerung in Versorgungsebenen organisieren

Patientinnen und Patienten müssen eine zentrale Anlaufstelle haben, von der aus sie auf Basis einer qualifizierten Ersteinschätzung in die geeignete und bedarfsgerechte Versorgungsebene weitergelenkt werden. Dieser Ersteinschätzungsprozess ist gemeinsam durch die KV und das Krankenhaus zu organisieren.

7. Finanzierung der Krankenhausambulanzen überprüfen

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sollten Abrechnungsmöglichkeiten für die stundenweise Betreuung und Überwachung im Rahmen der Notfallversorgung im Krankenhaus geschaffen werden.

8. Qualitätsstandards für den Rettungsdienst einführen

Die Transparenz über verfügbare Behandlungskapazitäten im Krankenhaus muss für den Rettungsdienst verbessert werden. Zudem sollte eine Richtlinie für Qualitätssicherung im Rettungsdienst entwickelt werden.

9. Gemeinsame Leitstellen etablieren

Für eine bessere Steuerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung ist eine enge Kooperation zwischen den Leitstellen des KV-Notdienstes und den Rettungsleitstellen erforderlich. Beide Notrufnummern sollten an einer Stelle zusammenlaufen, an der speziell geschultes Personal die Entscheidung für die geeignete mobile Notfallversorgung trifft.

10. Transparenz in der Notfallversorgung schaffen und Qualität steigern

Eine verbesserte und standardisierte Dokumentation schafft Transparenz und bildet die Grundlage für die Qualitätssicherung in der Notfallversorgung. Der Notfall sollte definiert und ein nationaler Dokumentationsstandard für Notaufnahmen etabliert werden.

Positionen zur Bewertung von Innovationen

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren auch vor dem Hintergrund von Positionierungen des GKV-Spitzenverbandes mehrfach gesetzliche Änderungen der Innovationsbewertung stationärer und ambulanter Leistungen vorgenommen. Trotzdem werden weiterhin nur sehr wenige neue Methoden frühzeitig systematisch geprüft und gelangen ohne ausreichende Datenbasis in die medizinische Versorgung. Als Begründung wird vorgetragen, für Versicherte so einen schnellen Zugang zu Innovationen zu schaffen. Für die Versicherten ist aber ungewiss, ob sie von diesen vermeintlichen Innovationen auch tatsächlich profitieren. Deshalb hat der GKV-Spitzenverband seine Positionen aus dem Jahr 2010 weiterentwickelt:

1. Innovative nicht-medikamentöse Behandlungsmethoden müssen künftig auch im Krankenhaus systematisch auf ihren Nutzen überprüft werden, bevor sie in die Regelversorgung gelangen. Die bestehenden Regelungen sind in ein System weiterzuentwickeln, das einen frühen Innovationszugang unter Studienbedingungen sichert. Das gilt auch für Hochschulambulanzen.
2. Der Gesetzgeber hat für Methoden, deren Bewertung noch unklar ist, den Begriff „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ eingeführt. Das Potenzial einer Methode mit unklarem Nutzen oder Schaden kann daher lediglich den Einsatz innerhalb von Studien legitimieren, aus Gründen der Patientensicherheit jedoch nicht den Einsatz in der flächendeckenden Versorgung.
3. Die bisherigen Regelungen zu den Hochrisiko-Medizinprodukten erfassen nur einen sehr schmalen Ausschnitt risikobehafteter Innovationen. Sie müssen ausgeweitet werden auf alle Methoden, die aufgrund eines neuen Wirkprinzips oder einer neuen Art der Anwendung eine Änderung des Behandlungsablaufs von Patientinnen und Patienten zur Folge haben.
4. Primär sind Hersteller und Anbieter dafür verantwortlich, die erforderlichen Daten für die Nutzenbewertung zu beschaffen. Die notwendigen Erprobungsstudien unter dem Dach des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sollen deshalb von Herstellern oder Leistungserbringern selbst geplant werden. Gleichzeitig mit dem Studienkonzept sollen sie einen verbindlichen Finanzierungsplan für die Studien-Overheadkosten vorlegen und eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung abgeben.

Anders als für die Anbieter bleibt es für die Versicherten ungewiss, ob sie von Innovationen auch tatsächlich profitieren.
5. Aufgabe des G-BA ist es, diese Studienkonzepte auf ihre wissenschaftliche und methodische Eignung zu prüfen.
6. Die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet sich im Gegenzug, im Rahmen der vom G-BA genehmigten Studien eine Anwendung der Innovationen zu finanzieren.
7. Die notwendige Infrastruktur für forschertiierte und industrieunabhängige klinische Studien muss durch geeignete und steuerfinanzierte Fördermaßnahmen verbessert und verstetigt werden.
8. Bessere staatliche Rahmenbedingungen für die Durchführung von Studien und mehr geeignete Maßnahmen im Bereich der steuerfinanzierten Forschungsförderung müssen geschaffen werden.

WARUM GESETZLICH VERSICHERN ?



Die GKV wird jünger

Seit Anfang der 1970er Jahre übersteigt in der Bundesrepublik Deutschland die Zahl der Sterbefälle die Zahl der Geburten. Im Ergebnis führt dies – sofern nicht durch einen positiven Wanderungssaldo (über)kompensiert – zu einer schrumpfenden, alternden Bevölkerung. Da die durchschnittlichen Ausgaben für Gesundheit mit zunehmendem Alter steigen, stellt sich die Frage nach dem Einfluss der Demografie auf die aktuelle und zukünftige Entwicklung der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Als Demografie-Effekt bezeichnet man den Leistungsausgabenanstieg, der sich rechnerisch ergibt, wenn man das Ausgabenprofil des Vorjahres (Höhe der Ausgaben nach Alter und Geschlecht) auf die Versichertenstruktur des darauffolgenden Jahres anwendet. Dabei konnte man bereits in der Vergangenheit feststellen, dass der Demografie-Effekt geringer ausfällt, als oftmals vermutet wird. Er ist in den Jahren 2007 bis 2010 durchschnittlich für 18 % des Leistungsausgabenwachses je Versicherten verantwortlich. Weitere Ursachen für Ausgabenveränderungen sind daneben

- die allgemeine Preissteigerung,
- der medizinisch-technische Fortschritt,
- gesetzliche Maßnahmen und
- Verhaltensänderungen der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringer.

Sinkende Leistungsausgaben und Verjüngung der GKV durch Migration

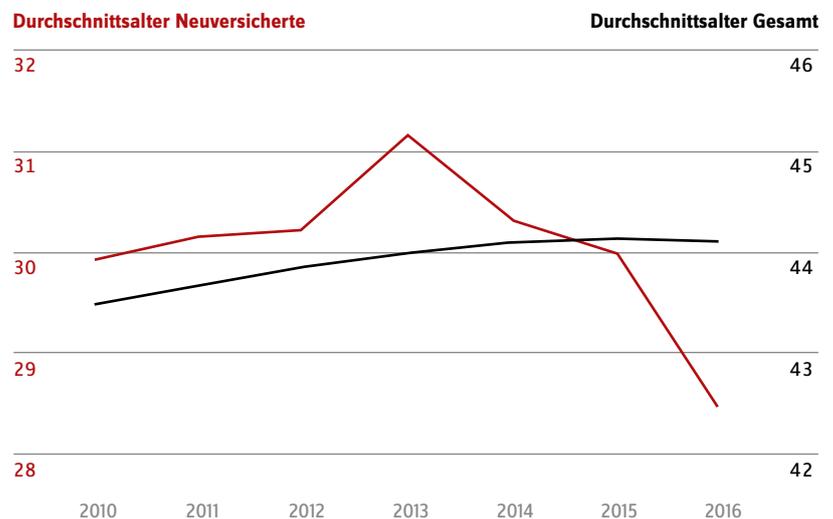
Bei einer im Zeitablauf relativ konstanten Zahl von Auswanderinnen und Auswanderern weist Deutschland seit Beginn des Jahrzehnts eine zunehmend wachsende Zahl von Zuwanderungen auf. Der Wanderungssaldo in die GKV übertrifft seit 2012 den Sterbe-/Geburtensaldo in der GKV. Dadurch ist die Zahl der GKV-Versicherten im Jahresdurchschnitt 2016 gegenüber 2012 bereits um 2 Mio. Versichertenjahre angewachsen. Bis 2018 erwartet der GKV-Schätzerkreis einen weiteren Anstieg um 1,8 Mio. Versichertenjahre. Dabei hat sich seit 2013 der jährliche Anstieg des Durchschnittsalters der GKV-Versicherten von zuvor regelmäßig rd. 0,2 Jahren deutlich reduziert. Im

Jahr 2016 sinkt das Durchschnittsalter von rund 44 Jahren sogar erstmalig leicht. Ursache für diese „Verjüngung der GKV“ durch Neuzugänge sind die Arbeitsmigration aus EU-Staaten und – insbesondere seit 2015 – die Flüchtlingsmigration. Das Durchschnittsalter der Neuzugänge ist dadurch von 31,2 Jahren im Jahr 2013 auf 28,4 Jahre im Jahr 2016 gesunken.

Die GKV-Neuzugänge sind nicht nur jünger, sie weisen auch deutlich geringere Leistungsausgaben auf als gleichaltrige Bestandsversicherte.

Analysen anhand von Daten zum Risikostrukturausgleich zeigen, dass die GKV-Neuzugänge nicht nur jünger sind, sondern auch deutlich geringere Leistungsausgaben aufweisen als gleichaltrige Bestandsversicherte. Die Verjüngung sowie die Durchmischung mit gesünderen Versicherten gleichen Alters führen dazu, dass die Leistungsausgaben je Versicherten weniger stark steigen. Bereits im Jahr des Neuzugangs betrug die „Bremswirkung“ der jeweiligen Neuzugänge im Jahr 2013 0,4 Prozentpunkte und nahm kontinuierlich wachsend bis auf 0,7 Prozentpunkte im Jahr 2016 zu. Die tatsächliche Entlastungswirkung

Einfluss von Neuversicherten auf das Durchschnittsalter in der GKV



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

für die Ausgabenentwicklung je Versicherten liegt für das Jahr 2016 etwas über 1,0 Prozentpunkten, weil die Neuzugänge des Vorjahres ihren Kostenvorteil außerdem nun ganzjährig einbringen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der in den letzten Jahren deutlich sinkenden Steigerungsrate der Leistungsausgaben je Versicherten und erklärt auch den aktuell deutlich gesunkenen Einfluss der Demografie auf die Ausgabenentwicklung, der für das Jahr 2016 nur noch knapp 7 % beträgt (bzw. durchschnittlich rd. 10 % für den Zeitraum 2011-2016).

Sofern die Neuzugänge der letzten Jahre im Wesentlichen in der GKV verbleiben, d. h. nicht in ihre Heimatländer zurückkehren oder in die private Krankenversicherung wechseln, wirkt die Verringerung des Demografie-Effekts durch Zuwanderung über das jeweilige Jahr hinaus positiv. Dies gilt für die Finanzierung der GKV umso mehr, wenn es außerdem gelingt, die Migrantinnen und Migranten auch jenseits geringfügiger Beschäftigung dauerhaft in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Pauschale je Versicherten, die unabhängig vom Alter oder der Inanspruchnahme von Leistungen als Durchschnittswert je Krankenkasse ermittelt

Vertragsärztliche Vergütungssystematik anpassen

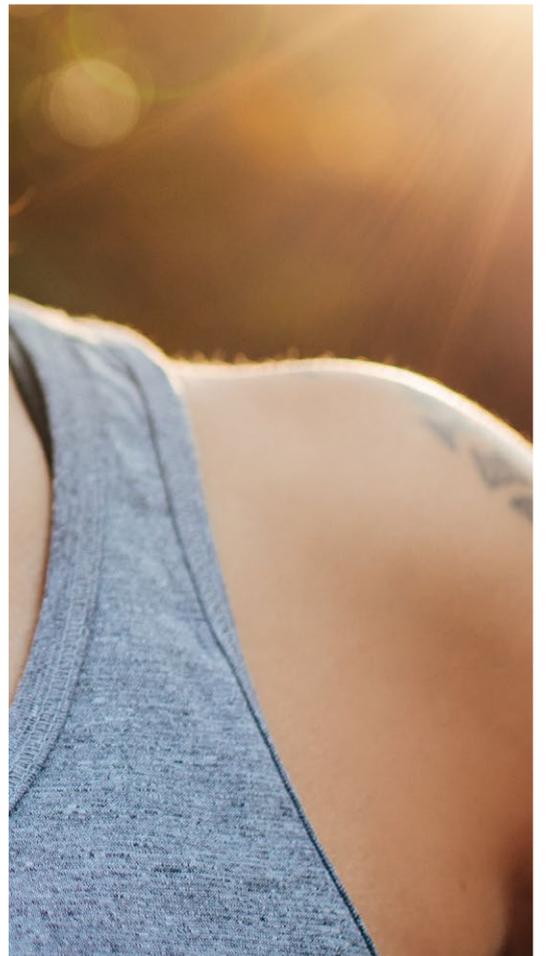
Die beschriebenen ausgabenbremsenden Effekte werden sich im Bereich der vertragsärztlichen Gesamtvergütung ohne eine Anpassung der Vergütungssystematik jedoch nicht niederschlagen. Im Vertragsarztbereich sind ca. 70 % der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung budgetiert. Die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für neue Versicherte eine Pauschale, die unabhängig vom Alter oder der Leistungsanspruchnahme der Versicherten als Durchschnittswert je Krankenkasse ermittelt wird. Diese ist für die neuen Versicherten, die deutlich jünger sind als der Durchschnitt der Bestandsversicherten, zu hoch. Die Gesamtvergütungen in den einzelnen KV-Bereichen werden zwar entsprechend der Morbiditätsveränderung, die durchaus auch negativ ausfallen kann, angepasst. Diese sogenannten Morbi-Raten werden aber erst mit einer Verzögerung von drei Jahren auf regionaler Ebene im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und KVen umgesetzt oder auch je nach Verhandlungsergebnis nicht umgesetzt.

WIE
SIEHT
DIE



VERSORGUNG
DER ZUKUNFT
AUS

?



Innovationsfonds 2017: Mehr als 100 Förderprojekte bewilligt

Die Digitalisierung als Querschnittsaufgabe im Gesundheitswesen spielt eine herausragende Rolle im Innovationsfonds.

Der Gesetzgeber hat der gemeinsamen Selbstverwaltung mit dem Innovationsfonds ein Instrument an die Hand gegeben, um innovative Versorgungsformen und anwendungsorientierte Versorgungsforschung mit bis zu 300 Mio. Euro jährlich gezielt zu fördern. Die Förderentscheidungen des Innovationsausschusses werden dabei konsequent nach Maßgabe der ausgeschriebenen Förderkriterien und unter Berücksichtigung der Empfehlungen des gesetzlich vorgesehenen Expertenbeirats getroffen. Auch im zweiten Jahr des Innovationsfonds blieb das Antragsvolumen konstant hoch. Der Innovationsausschuss bzw. der ihm zuarbeitende Arbeitsausschuss haben 2017 mehr als 320 Projektanträge aus zwei Förderwellen bewertet.

Förderungen im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“

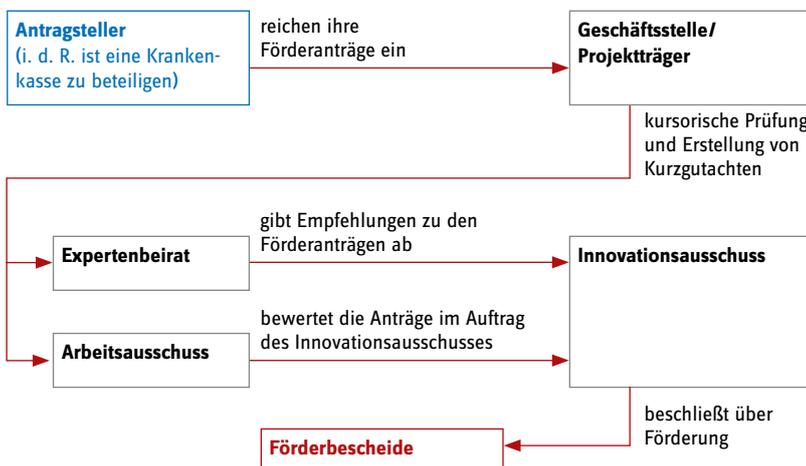
Im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ konnten sich 52 Anträge durchsetzen. Hierunter fallen beispielsweise Projekte aus dem Themenfeld „Delegation und Substitution“. In der Durchführung dieser Projekte wird sich erweisen,

ob sich die Delegation ärztlicher Leistungen, die im Kollektivvertragsrecht schon angelegt ist, aber in der Regelversorgung noch zu wenig umgesetzt wird, in der Versorgungspraxis bewährt. Zu den geförderten Projekten gehört beispielsweise ein IT-gestütztes Fallmanagement zur Optimierung der Hypertonie-Therapie, das die Hausärztin oder der Hausarzt an geschulte Medizinische Fachangestellte delegiert. Delegationsprojekte finden sich aber auch im zahnärztlichen Bereich. Gefördert wird z. B. ein Projekt, in dem fortgebildete zahnmedizinische Fachangestellte pflegebedürftige Menschen in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen, um ihnen niedrigschwellig präventiv wirkende zahnmedizinische Leistungen anzubieten und die Pflegebedürftigen zusammen mit deren pflegenden Angehörigen in der Mundhygiene individuell zu schulen.

Daneben spielt auch die Digitalisierung als Querschnittsaufgabe im Gesundheitswesen eine herausragende Rolle im Innovationsfonds. So finden sich in diversen ausgewählten Projekten Versorgungsmodelle, in denen Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Akteure des Gesundheitssystems mithilfe telemedizinischer Anwendungen vernetzt werden. Dem Innovationsausschuss ist hier wichtig, dass mit geförderten Projekten keine technischen „Insellösungen“ neben der Telematikinfrastruktur der gematik geschaffen und aus Fondsmitteln finanziert werden. Daher stehen alle ausgewählten IT-Projekte unter der Auflage, dass bei der Nutzung von E-Health-Lösungen offene Schnittstellen und Interoperabilität gewährleistet werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es erfreulich, dass viele Mitgliedskassen ihre Innovationsfähigkeit bewiesen haben und die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten auch jenseits des Kollektivvertrags gestalten wollen. Ebenso erfreulich ist es, dass innerhalb der Krankenkassen gemeinsame Ressourcen genutzt und kassenartenübergreifend viele Förderanträge für neue Versorgungsformen eingereicht wurden und nun gefördert werden.

Prozess der Antragsbeurteilung



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Förderungen im Förderbereich „Versorgungsforschung“

In der Versorgungsforschung werden wichtige Grundsteine zur Weiterentwicklung der Versorgung gelegt und neue Konzepte entwickelt, implementiert sowie evaluiert. Wie auch schon im Jahr 2016 wurden 2017 neue Versorgungsforschungsprojekte eingereicht, bearbeitet und die vielversprechendsten Projekte durch den Innovationsausschuss gefördert. Insgesamt handelte es sich dabei um 54 Projekte mit einem Volumen von 69,4 Mio. Euro.

Es wurde eine große thematische Vielfalt gefördert: Sowohl für besondere Versichertengruppen wie ältere Menschen, Migrantinnen und Migranten und pflegebedürftige Menschen als auch für bestimmte Krankheitsbilder wie psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder onkologische Erkrankungen wurden spannende Forschungsprojekte ausgewählt. Wichtige übergeordnete Themen umfassen die Prüfung und Steuerung von Arzneimittelverordnungen oder die Notfallversorgung, die aus drei unterschiedlichen Blickwinkeln (stationär, ambulant und aus Sicht des Rettungsdienstes) analysiert und evaluiert wird.

Auch das Thema Digitalisierung wurde aufgegriffen: Beispielsweise werden Online-Tools für Menschen mit Multipler Sklerose, nicht metastasiertem Prostatakarzinom oder BRCA1/2-Mutationsträgerinnen evaluiert bzw. deren Entwicklung gefördert.

Ausblick auf 2018

Für das Jahr 2018 wurden bereits neue Förderbekanntmachungen veröffentlicht. Hierzu gehört u. a. die Förderung von sozialleistungsträgerübergreifenden Projekten zur Überwindung von Schnittstellen zwischen der ambulanten, stationären oder rehabilitativen Versorgung bzw. zur Pflege. Trägerübergreifende Projekte betreffen beispielsweise die Schnittstelle zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Rentenversicherung oder kommunalen Trägern.

In der Versorgungsforschung können Projekte zur Entwicklung und Erprobung lernender Algorithmen zur Prognose von Krankheitsverläufen oder zur Generierung von Behandlungshinweisen gefördert werden.

Zu den geförderten Projekten in der Versorgungsforschung gehören mehrere Projekte, die die Notfallversorgung aus unterschiedlichen Blickwinkeln analysieren und evaluieren.

Geförderte Projekte 2017

	Zahl	Volumen
Neue Versorgungsformen		
Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen	4	7,7 Mio. €
Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung	4	20,5 Mio. €
Verbesserung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz	9	42,2 Mio. €
Versorgungsmodelle für Menschen mit Behinderungen	4	7,1 Mio. €
Themenoffene Ausschreibung	31	135,3 Mio. €
Versorgungsforschung		
Themenoffene Ausschreibung	54	69,4 Mio. €
Gesamt 2017	106	282,2 Mio. €

WARUM

ORGANE

SPENDEN



?

Verbesserungen in der stationären Versorgung

Für das Jahr 2017 wurden den Partnern der Selbstverwaltung vom Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) aus dem Jahr 2016 und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 vielfältige Aufgaben übertragen.

Rahmenvertrag Entlassmanagement

Die gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement führten bislang nicht zu einer durchgängig zuverlässigen Organisation der Anschlussversorgung nach einer Krankenhausbehandlung. Daraufhin wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 eine Regelung geschaffen, die explizit auf eine Verbesserung des Entlassmanagements abzielt. Das Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten bleibt hierbei Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Der Anspruch der Versicherten gegenüber dem Krankenhaus auf ein Entlassmanagement wurde ergänzt um den Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse. Die Neuregelung beinhaltet insbesondere die Verordnung von Arzneimitteln, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie sowie die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Entlassmanagements für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen. Für Verordnungen im Entlassmanagement gelten die Regeln der vertragsärztlichen Versorgung, die relevanten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind zu berücksichtigen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erhielten den Auftrag, noch im Jahr 2015 die weiteren Einzelheiten in einem Rahmenvertrag zu regeln. Trotz mehrmonatiger Verhandlungen musste das Erweiterte Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung tätig werden, da man sich u. a. nicht auf die Anwendung der Regeln der vertragsärztlichen Versorgung bei Verordnungen einigen konnte. Der dann festgesetzte Rahmenvertrag sollte zum 1. Januar 2017 in Kraft treten, wozu es jedoch aufgrund einer Klage der DKG nicht kam. Die Umsetzung des Rahmenver-

trags wurde damit weiter nach hinten verschoben. Wesentlichster Konfliktpunkt war die Verwendung einer Arztnummer bei Verschreibungen.

Mit dem Blut- und Gewebegesetz wurden im Juli 2017 die Weichen für ein neues Verzeichnis der Krankenhausarztnummern gestellt und damit die Umsetzung des Rahmenvertrags ab Oktober 2017 ermöglicht. Bis zur Anwendung der Krankenhausarztnummern ab dem Jahr 2019 werden übergangsweise Pseudoarztnummern verwendet.

Der Anspruch der Versicherten gegenüber dem Krankenhaus auf ein Entlassmanagement wurde ergänzt um den Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements durch die Krankenkasse.

Zentrumsvereinbarung – Klage und Kündigung

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) wurden die Voraussetzungen für die Finanzierung von Zentren neu gefasst. Die DKG und der GKV-Spitzenverband waren aufgefordert, bis zum 31. März 2016 das Nähere zu den Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren zu vereinbaren. Zentren sollen sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden und sind von den Ländern auszuweisen. Besondere Aufgaben können nur Leistungen sein, die nicht bereits durch Fallpauschalen und sonstige Entgelte vergütet werden. Die Vereinbarung wurde im Dezember 2016 durch die Bundesschiedsstelle gegen die Stimmen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung festgesetzt. Sie schafft aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht die notwendige Normklarheit. Die Konzentration von Zentrumsaufgaben in großen und geeigneten Krankenhäusern obliegt nun der Entscheidung der jeweiligen Länder.

Der GKV-Spitzenverband hat beim Verwaltungsgericht Berlin Klage gegen die Schiedsstellenfestsetzung eingereicht, da der vom Gesetzgeber gewollte Ausschluss einer Doppelfinanzierung von Leistungen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen nicht ausreichend sichergestellt ist. Da die Klage keine aufschiebende Wirkung hat,

Der vom Gesetzgeber gewollte Ausschluss einer Doppelfinanzierung von Leistungen ist aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen nicht ausreichend sichergestellt.

ist die von der Schiedsstelle festgesetzte Vereinbarung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

Der GKV-Spitzenverband hat den Vertrag zur Finanzierung von Zentren inklusive seiner Anlage zum frühestmöglichen Zeitpunkt gekündigt und die DKG zur Neuverhandlung aufgefordert. Die Kündigung wird zum 31. Dezember

2018 wirksam, die Kündigung der Anlage, welche die zuschlagsfähigen besonderen Aufgaben umfasst, bereits zum 31. Dezember 2017.

Derzeit gibt es in Deutschland ca. 200 Kliniken, die einen Zuschlag als Zentrum erhalten. Die Übergangsförderung für die bestehenden Zentren läuft Ende 2017 aus. Bis zum 31. März 2018 sind nun die DKG und der GKV-Spitzenverband gefordert, Anschlussregelungen zu finden.

📍 §§ ⓘ

Eckpunkte Ablauf Entlassmanagement

- 1. Assessment:**

Das Krankenhaus ermittelt den Bedarf der Patientin/des Patienten für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig nach der stationären Aufnahme. Bei Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf wird ein differenziertes Assessment durchgeführt.
- 2. Erstellung Entlassplan:**

Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung, bei Bedarf erfolgt die Anpassung im Laufe der weiteren Krankenhausbehandlung. Die Aufstellung/Aktualisierung des Entlassplans umfasst auch die Prüfung der Erforderlichkeit verordnungs- bzw. veranlassungsfähiger Leistungen (z. B. Kurzzeitpflege, Haushaltshilfe) sowie einer unmittelbar nach der Krankenhauserlassung fortdauernden Arbeitsunfähigkeit.
- 3. Einleitung konkreter Überleitungsmaßnahmen:**

Das Krankenhaus leitet die aufgrund des ermittelten Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Es nimmt dazu Kontakt zu weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringern auf (z. B. Haus- und Facharzt, Rehabilitationseinrichtung). Bei genehmigungspflichtigen Leistungen oder Unterstützungsbedarfen werden die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen einbezogen.
- 4. Tag der Entlassung:**

Für den Entlasstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung. Der Patient erhält einen Entlassbrief, mindestens jedoch einen vorläufigen Entlassbrief. Verpflichtend ist dabei auch die Angabe der Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners der Klinik für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer. Der Patient erhält, sofern notwendig, spätestens am Tag der Entlassung die entsprechende(n) Verordnung(en) bzw. die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie

Mit Inkrafttreten des KHSG zum 1. Januar 2016 erfolgte auch eine Neuordnung der gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung von Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in zugelassenen Krankenhäusern. Hiernach hat der G-BA in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des MDK festzulegen, welche die Überprüfung der Einhaltung der G-BA-Qualitätsvorgaben zum Ziel haben. In der Richtlinie ist u. a. festzulegen,

- welche Stellen Qualitätskontrollen beauftragen können (bspw. Krankenkassen),
- welche Anhaltspunkte zu einer Kontrolle führen können (bspw. Meldungen durch Versicherte) und
- wie der Umfang und das Verfahren der Kontrollen auszusehen haben.
- Eine zeitliche Vorgabe zur Ausgestaltung der Richtlinie hat der Gesetzgeber dabei nicht vorgesehen.

Der GKV-Spitzenverband hat sich im G-BA für eine zeitnahe und zielführende Ausgestaltung der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie eingesetzt. Seit Mitte 2016 wird hierzu u. a. mit der DKG beraten. Diese hat kein Interesse an den neuen Möglichkeiten der Qualitätskontrolle in den Krankenhäusern. Folglich gestalteten sich die Verhandlungen kontrovers und zeitintensiv. Der GKV-Spitzenverband trat vor allem dafür ein, das Verfahren der Kontrollen möglichst zügig

zu gestalten. Auslöser von Qualitätskontrollen werden im überwiegenden Maße Anhaltspunkte sein, die auf Qualitätsmängel hinweisen. Solchen Hinweisen muss aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes umgehend nachgegangen werden können. Die Idee war hier, bei konkreten Hinweisen auf Qualitätsmängel in Krankenhäusern von der Beauftragung über die Durchführung der Kontrollen bis zur Erstellung des abschließenden Berichts im Sinne der Versicherten möglichst wenig Zeit verstreichen zu lassen.

Nach Beschlussfassung durch den G-BA und anschließender Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit ist mit einem Inkrafttreten der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie im Frühjahr 2018 zu rechnen. Durch die Verabschiedung dieses sogenannten

Hinweisen auf Qualitätsmängel muss aus Gründen des Patienten- und Mitarbeiterschutzes umgehend nachgegangen werden können.

Rahmenteils wird die Rechtsgrundlage für die Aufgaben des MDK im Zusammenhang mit den Regelungen des G-BA geschaffen. Der Rahmenteil entfaltet seine vollständige Wirkung erst, wenn Regelungen in sogenannten Konkretisierungen getroffen werden, wie z. B. die Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben zur minimalinvasiven Herzklappenintervention (MHI-Richtlinie). Entsprechend zeitnah sollen nach Zielsetzung des GKV-Spitzenverbandes erste Konkretisierungen folgen.

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ermöglicht

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten durch mobile, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch kranke Menschen mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit eingeführt. Die Selbstverwaltungspartner

auf Bundesebene haben im Jahr 2017 die Voraussetzungen geschaffen, damit ab Januar 2018 die Leistungen vereinbart und zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können.

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung ist eine Krankenhausbehandlung im häuslichen

Umfeld der Patientin oder des Patienten durch mobile, fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie soll dabei hinsichtlich der Inhalte, der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen. Das Krankenhaus entscheidet, ob das Therapieziel bei krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patientinnen und Patienten am ehesten vollstationär oder stationsäquivalent erreicht werden kann.

Neue Regelungen für die Leistungserbringung

Die am 1. August 2017 in Kraft getretene Vereinbarung der Rahmenvorgaben regelt die folgenden Aspekte:

1. Um eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sicherzustellen, wurden verschiedene zu erfüllende Qualitätsanforderungen festgelegt, wie beispielsweise die Eignung und Zustimmung des häuslichen Umfelds.
2. Die gesetzliche Grundlage sieht vor, dass ein Teil der Leistungen an Leistungserbringer der ambulanten psychiatrischen Versorgung oder an andere zur Erbringung der Behandlung berechnigte Krankenhäuser delegiert werden darf. Dabei verbleibt die Gesamtverantwortung immer beim beauftragenden Krankenhaus.
3. In der Vereinbarung sind auch Bestimmungen für die Dokumentation geregelt. In der Patientenakte ist beispielweise die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu dokumentieren.

Auf Grundlage der Leistungsbeschreibung wurde der Operationen- und Prozedurenschlüssel angepasst. Die neuen Kodes für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen erfassen ab 2018 die Therapiezeiten an den Patientinnen und Patienten separat nach der Berufsgruppe. Hinzu kam die Notwendigkeit, die Leistungen auch im Vergütungsverzeichnis aufzunehmen und vor allem die Abrechnungsbestimmungen zu konkretisieren.

Nun bleibt abzuwarten, welche Bedeutung diese neue Leistung in der Versorgung haben wird, die in Konkurrenz steht zu den anderen ambulanten Versorgungsangeboten der Krankenhäuser für psychisch kranke Menschen.



Kernelemente der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

- Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- Eignung des häuslichen Umfeldes
- Einverständnis der Haushaltsmitglieder
- fachärztliche Leitung der multiprofessionellen Behandlungsteams
- individueller Behandlungsplan
- täglicher direkter Patientenkontakt
- wöchentliche ärztliche Visite im häuslichen Umfeld
- Rufbereitschaft und Aufnahmeverpflichtung des Krankenhauses

Mehr Qualität in der Pflege durch Personaluntergrenzen

Mit dem im Juli 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurde auch die Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen in „pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern“ beschlossen. Die kurzfristige gesetzgeberische Umsetzung ging auf die Schlussfolgerungen einer beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelten Expertenkommission zurück. Die Kommission war im Oktober 2015 einberufen worden, um Vorschläge hinsichtlich der Abbildung und Verbesserung des allgemeinen Pflegebedarfs, des erhöhten Pflegebedarfs von an Demenz erkrankten, pflegebedürftigen und behinderten Patientinnen und Patienten sowie Empfehlungen zur Überführung der Mittel des Pflegestellenförderprogramms in die Regelfinanzierung zu erarbeiten.

Mit den Neuregelungen hat der Gesetzgeber die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dazu aufgefordert, sechs Vereinbarungen innerhalb eines Jahres zu treffen. Diese fangen bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen an und gehen bis zu Nachweis- und Vergütungsregelungen. An der Ausarbeitung und Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind zudem zahlreiche weitere Organisationen wie der Deutsche Pflegerat, Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter und die Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften zu beteiligen.

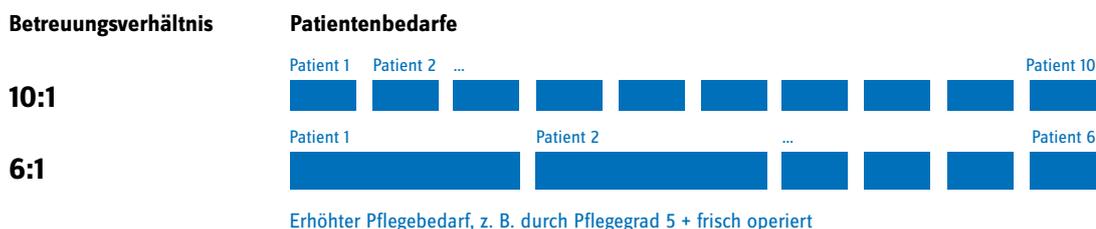
Der Schwerpunkt der Verhandlungen lag in der zweiten Jahreshälfte 2017 zum einen auf der Identifikation von pflegesensitiven Bereichen. Zum anderen stellten sich die Selbstverwaltungspartner der Herausforderung, die Datenlage zur Personalausstattung zu verbessern und Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs zu entwickeln. Grundlage der Arbeit war ein abgestimmter Zeit- und Arbeitsplan, der im September 2017 dem BMG übergeben werden konnte. Kern der inhaltlichen Auseinandersetzung war die Frage, wie die Pflegebedarfe der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt werden können.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis von Pflegeäquivalenz zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung festzusetzen.

Für eine gute Versorgungsqualität in der pflegerischen Patientenversorgung sowie die Vergleichbarkeit von Stationen mit unterschiedlich behandelten oder betreuten Personen müssen die Pflegebedarfe erfasst und normiert werden, d. h. Pflegeäquivalenz muss geschaffen werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis von Pflegeäquivalenz zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung festzusetzen.

Das Gesetz sieht vor, dass bis zum Sommer 2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung ab 2019 vereinbart werden.

Pflegepersonaluntergrenzen



Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Pflegebedarfen müssen gewichtet in die Berechnung von Untergrößen einfließen.

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Erster Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm vorgelegt

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) hat der Gesetzgeber ein zweites Pflegestellen-Förderprogramm mit einer Laufzeit von drei Jahren (2016–2018) etabliert. In diesem Zeitraum stellen die gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich zur

regulären Krankenhausvergütung bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung. Diese Mittel sind von den Krankenhäusern gezielt dafür einzusetzen, qualifiziertes Pflegepersonal in der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen neu einzustellen oder bestehende Stellen aufzustocken. Bereits in den Jahren 2009 bis 2011

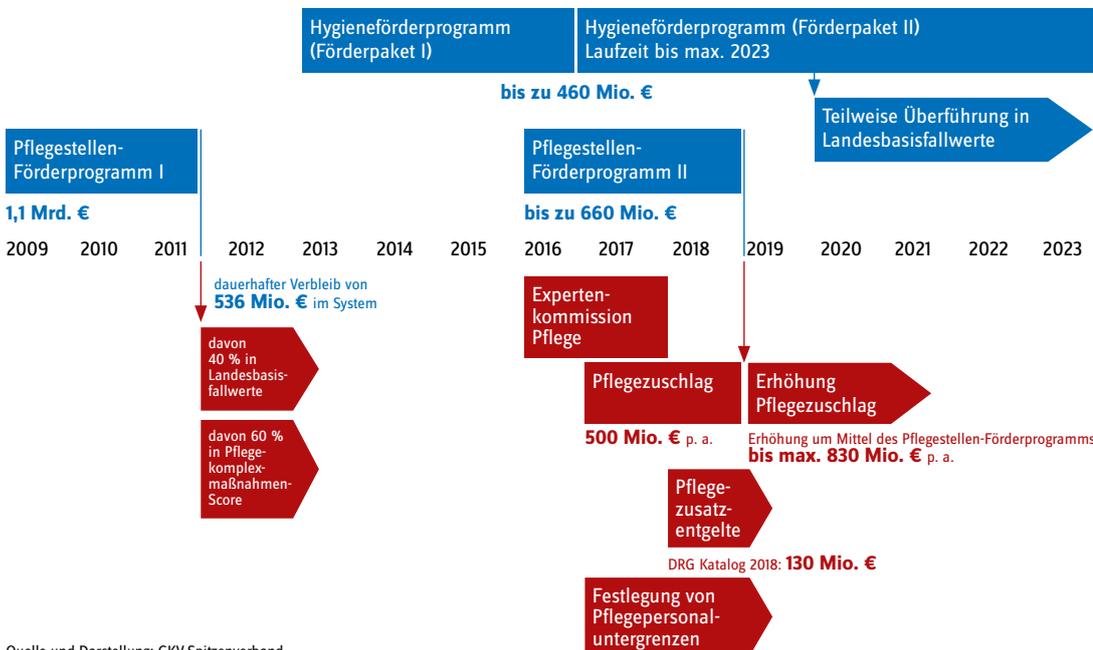
profitierten rund 1.000 Krankenhäuser von dem ersten Pflegestellen-Förderprogramm. Damals wurde ein Fördervolumen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro verausgabt, mit dem rund 13.600 Pflegekräfte eingestellt werden konnten.

Jährlich wertet der GKV-Spitzenverband die Inanspruchnahme dieser Förderung auf Basis

von Krankenkassendaten aus. Im Juni 2017 wurde dem BMG der Bericht über das erste Jahr (2016) vorgelegt. Demnach wurden rund 600 Krankenhäusern insgesamt ca. 52 Mio. Euro zur Verfügung gestellt und so die finanzielle Basis für rund 1.600 neue Pflegestellen geschaffen. Damit wurde bislang erst etwa die Hälfte des für das erste Förderjahr vorgesehenen Fördervolumens von 110 Mio. Euro vereinbart. Diese Daten sind zunächst vorläufiger Natur, da von etwa einem Drittel der anspruchsberechtigten Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht bekannt war, ob die Förderoptionen genutzt wurden. Zudem werden erst die Angaben aus den Jahresabschlussprüfungen in den Folgejahren Auskunft darüber geben, ob diese Mittel auch tatsächlich zweckentsprechend für den Aufbau von Pflegepersonal verwendet wurden. Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes läuft bis zum Jahr 2021, sodass in den Folgeberichten immer auch die aktualisierten Datenbestände der Vorjahre ausgewertet werden. Erst nach Abschluss des Förderzeitraums wird eine verlässliche Bewertung der tatsächlichen Inanspruchnahme möglich sein.

Die Mittel sind von den Krankenhäusern gezielt dafür einzusetzen, qualifiziertes Pflegepersonal in der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung neu einzustellen oder bestehende Stellen aufzustocken.

Ausgewählte Maßnahmen zur Förderung der Pflege im Krankenhaus



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mehr Geld für Hygiene

Bereits seit dem Jahr 2013 stellen die gesetzlichen Krankenkassen über ein Hygieneförderprogramm zusätzliche Mittel für die Verbesserung der Hygienepersonalausstattung in Krankenhäusern zur Verfügung. Mit dieser Sonderförderung sollen die Krankenhäuser dabei unterstützt werden, die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes zur Ausstattung mit qualifiziertem Hygienefachpersonal zeitnah zu erfüllen. Umfasst sind dabei primär die Neueinstellung und die Aufstockung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal. Fördermittel können aber auch für Fort- und Weiterbildungen zu Hygienethemen und externe Beratungen durch Hygieneexpertinnen und -experten abgerufen werden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) wurden der Förderzeitraum bis maximal 2023 verlängert, das Fördervolumen auf bis zu 460 Mio. Euro erhöht und die Förderoptionen um weitere Berufsgruppen mit einer Spezialisierung im Bereich Infektiologie ergänzt.

3. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Inanspruchnahme

Der GKV-Spitzenverband hat im Juni 2017 dem Bundesministerium für Gesundheit den nunmehr dritten Bericht über die Inanspruchnahme der Förderung vorgelegt. Dieser belegt, dass im Zeitraum 2013 bis 2016 bislang rd. 225 Mio. Euro von

den Krankenkassen für Hygienepersonalmaßnahmen zur Verfügung gestellt wurden. Damit liegen die bislang vereinbarten Mittel sogar oberhalb der Erwartungen zur Inanspruchnahme in den ersten Förderjahren (siehe Abbildung). Ob die Fördergelder tatsächlich richtig verwendet wurden und z. B. neue Hygienepersonalstellen entstanden sind, kann erst nachträglich durch die jeweilige Jahresabschlussprüfung der Kliniken festgestellt werden. Erste Bestätigungen von Jahresabschlussprüferinnen und -prüfern für rd. 41 % der Geldmittel und etwa die Hälfte der vereinbarten Stellen in den Jahren 2013 bis 2015 liegen bereits vor. Weitere Bestätigungen werden in den Folgeberichten ausgewertet.

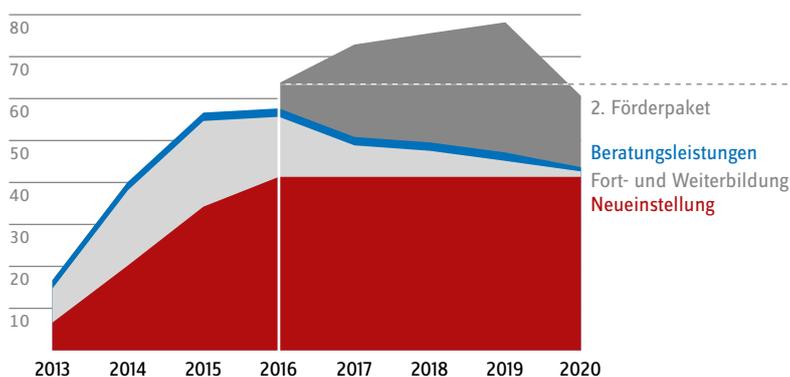
Mit der aktuellen Datenbasis kann noch nicht umfassend beurteilt werden, inwiefern tatsächlich Auswirkungen auf den Bestand an Hygienepersonal und die Hygienequalität in Krankenhäusern erreicht werden konnten. Es bleibt abzuwarten, wie sich künftig mögliche Auswirkungen des Förderprogramms auf die Hygienequalität, z. B. in den bundesweiten Auswertungen der externen stationären Qualitätssicherung zu hygienebezogenen Indikatoren, zeigen werden.

Von 2013 bis 2016 wurden bislang rd. 225 Mio. Euro von den Krankenkassen für Hygienepersonalmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Damit liegen die bislang vereinbarten Mittel sogar oberhalb der Erwartungen zur Inanspruchnahme.

Hygieneförderprogramm

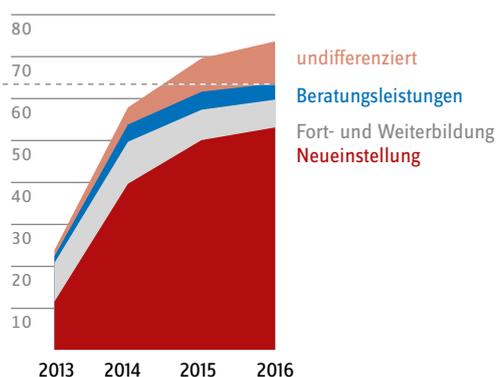
Prognose

Förderbetrag in Mio. Euro



Förderung 2013-2016 (Stand 15.04.2017)

Förderbetrag in Mio. Euro



Die Gegenüberstellung der prognostizierten Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf (links) und der tatsächlichen Förderung (rechts) verdeutlicht die rege Inanspruchnahme des Hygieneförderprogramms durch die Krankenhäuser.

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Qualität und Transparenz durch das Transplantationsregister verbessern

Auf Grundlage der Daten sollen die Transplantationszentren und die beteiligten Institutionen zusätzliche Erkenntnisse zur Verbesserung ihrer Arbeit gewinnen.

Die Errichtung eines Transplantationsregisters, mit dem erstmals Spender- und Empfängerdaten zusammengeführt werden, wurde 2016 mit dem Transplantationsregistergesetz beschlossen und im Transplantationsgesetz (TPG) verankert. Die sogenannten TPG-Auftraggeber (Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband) wurden verpflichtet, das Transplantationsregister aufzubauen. Ziele sind die Verbesserung der Datengrundlage für die transplantationsmedizinische Versorgung und Forschung sowie für die Weiterentwicklung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards in der Transplantationsmedizin und die Erhöhung der Transparenz bei Organspende und Transplantation. Im Transplantationsregister werden diese transplantationsmedizinischen Daten zusammengeführt. Auf Grundlage dieser Daten sollen die Transplantationszentren und die beteiligten Institutionen zusätzliche Erkenntnisse zur Verbesserung ihrer Arbeit gewinnen. Zudem soll die transplantationsmedizinische Forschung auf Basis nationaler Daten im internationalen Vergleich ermöglicht werden.

Aufbau einer Register- und einer Vertrauensstelle bis 2018

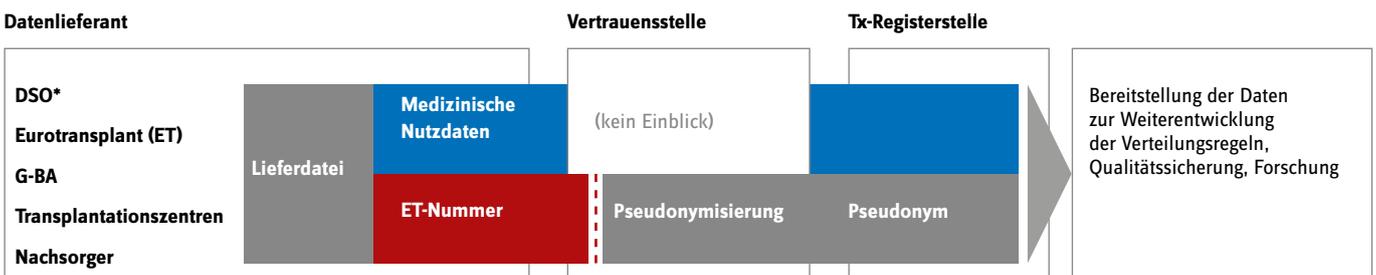
Das Transplantationsregister besteht aus einer Register- und einer Vertrauensstelle. In der

Registerstelle werden die transplantationsmedizinischen Daten gespeichert, überprüft und den berechtigten Datenempfängerinnen und -empfängern zur Verfügung gestellt. Da im Transplantationsregister Daten nur pseudonymisiert verarbeitet und gespeichert werden dürfen, wird die Datenübermittlung über eine unabhängige Vertrauensstelle organisiert.

Mit dem Betrieb der Transplantationsregister- und der Vertrauensstelle werden zwei von den TPG-Auftraggebern unabhängige Institutionen beauftragt. Der Ausschreibungsprozess startete im Juni 2017 und verlief planmäßig. Der Zuschlag für Register- und Vertrauensstelle wurde im Dezember 2017 erteilt.

Laut Plan ist vorgesehen, mit dem Aufbau des Transplantationsregisters im Frühjahr 2018 zu beginnen. Die ersten Daten sollen Anfang 2019 an das Register geliefert werden. In einem ersten Schritt werden die transplantationsmedizinischen Daten der Jahre 2006 bis 2016 zusammengeführt und in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Durch die Verknüpfung von Spender- und Empfängerdaten können neue Auswertungen zu wissenschaftlichen Fragestellungen der Transplantationsmedizin erstellt werden, die zuvor nicht möglich waren. Ab Mitte 2019 folgen die Daten der Jahre 2017 und 2018.

Transplantationsregister



* Deutsche Stiftung Organtransplantation



**WELCHE
BEHANDLUNG
IST**

NOTWENDIG



Konfliktreiche Verhandlungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung 2018

Die Beibehaltung des Orientierungswertes auf dem Niveau des Jahres 2017 wurde mit den nur geringfügig gestiegenen Praxiskosten sowie dem deutlichen Anstieg der vertragsärztlichen Vergütungen begründet.

In den Honorarverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung konnte bei der Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente) und bei der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) keine einvernehmliche Entscheidung im Bewertungsausschuss herbeigeführt werden. Zur Veränderung der Morbiditätsstruktur und zur Überführung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in die MGV hingegen wurden im Konsens Beschlüsse gefasst.

Einbeziehung der Schlichter erforderlich

Die KBV hatte in den Verhandlungen neben einer deutlichen Anhebung des Orientierungswertes zum 1. Januar 2018 um 2,43 % (ca. 840 Mio. Euro) weitere Vergütungssteigerungen gefordert:

- Erhöhung der MGV um insgesamt 500 Mio. Euro zur Finanzierung der Höherbewertung von Strukturpauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Chronikerpauschalen in der hausärztlichen Versorgung und Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung)
- Überführung der Laborleistungen aus der MGV in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (Wegfall der Budgetierung), die mit erheblichen Mehrausgaben im mittleren dreistelligen Millionenbereich verbunden gewesen wäre

Das Gesamtvolumen der Forderungen der KBV betrug damit ca. 1,7 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband wies diese Forderungen als unbegründet zurück und forderte demgegenüber eine Beibehaltung des Orientierungswertes für das Jahr 2018 auf dem Niveau des Jahres 2017. Dies wurde mit den nur geringfügig gestiegenen Praxiskosten sowie dem deutlichen Anstieg der vertragsärztlichen Vergütungen begründet. Eine Einigung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband konnte aufgrund dieser unterschiedlichen Ausgangspositionen nicht erzielt werden. Die Entscheidung zur Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2018 wurde daraufhin mit den Stimmen des GKV-Spitzenverbandes und der Mehrheit der Unparteiischen im Erweiterten Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der KBV getroffen.

Die Festlegung zur Anpassung des Orientierungswertes sieht dessen Erhöhung um 1,18 % (ca. 410 Mio. Euro) zum 1. Januar 2018 vor. Mit dieser Anpassung wurden – wie in den vorangegangenen beiden Jahren auch – keine zusätzlichen Vergütungssteigerungen aufgrund von Strukturmaßnahmen vereinbart.

Die Forderung der KBV nach Ausdeckelung der Laborleistungen fand nicht die erforderliche Mehrheit und wurde abgelehnt. Einen Antrag auf Erhöhung der MGV um 500 Mio. Euro brachte die KBV nicht in den Erweiterten Bewertungsausschuss ein.

Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene für 2018

	Summe (Mio. Euro)
Anpassung Orientierungswert	410
Morbiditätsentwicklung (Gewichtung 50/50)	100
Mengensteigerung EGV-Leistungen (Hochrechnung)	400
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen durch nichtärztliche Praxisassistenten	50
Summe	960

Quelle: GKV-Spitzenverband

Einigung über hausärztliche Versorgung und Morbiditätsstruktur

Der Bewertungsausschuss hat eine Überführung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten in die MGV verbunden mit einer damit zusammenhängenden Anhebung dieses Vergütungsbereichs zum 1. Januar 2018 beschlossen.

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben muss der Bewertungsausschuss jährlich Empfehlungen zu den demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsraten des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs beschließen. Diese bilden die Grundlage für die auf Landesebene von den Gesamtvertragspartnern festzulegende jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur. Die diagnosebezogenen Veränderungsraten fielen in diesem Jahr mit durchschnittlich 0,67 % deutlich niedriger aus als im Vorjahr mit 1,17 %. Bei den demografischen Veränderungsraten setzte sich der rückläufige Trend der vergangenen Jahre fort, sie lagen bei durchschnittlich -0,02 % (Vorjahr 0,19 %).

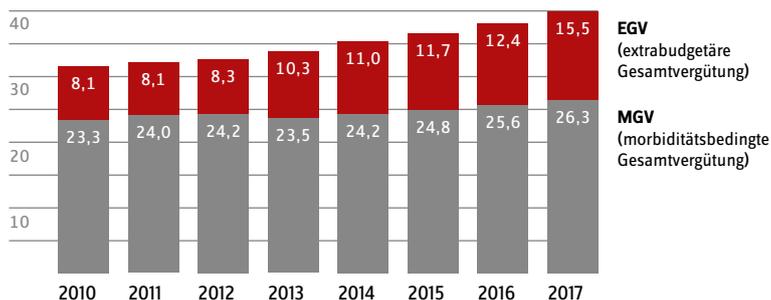
Anhaltende Ausgabensteigerung bei vertragsärztlicher Vergütung

Durch die gefassten Beschlüsse für die vertragsärztliche Vergütung im Jahr 2018 erhöhen sich die Ausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen voraussichtlich um ca. 960 Mio. Euro bzw. um 2,5 % im Vergleich zu den Ausgaben des Jahres 2017.

Auf die Anpassung des Orientierungswertes entfallen ca. 410 Mio. Euro, auf die Veränderung der Morbiditätsstruktur ca. 100 Mio. Euro, auf den prognostizierten Mengenanstieg der extrabudgetären Leistungen ca. 400 Mio. Euro und auf die Erhöhung der MGV aufgrund der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten ca. 50 Mio. Euro. Durch die Vergütungsverhandlungen auf Landesebene sowie im Jahr 2018 noch umzusetzende gesetzliche Vorgaben wie z. B. das Notfalldatenmanagement ist von weiteren nicht unerheblichen Ausgabensteigerungen auszugehen. Damit setzt sich der Trend der Ausgabenentwicklung im vertragsärztlichen Bereich auch für das Jahr 2018 weiter fort. Derzeit kann noch keine verlässliche Aussage darüber abgegeben werden, ob die mit 2,97 % für das Jahr 2018 geschätzte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen unter Berücksichtigung der noch zu erwartenden Vergütungssteigerungen überschritten wird.

Die diagnosebezogenen Veränderungsraten fielen deutlich niedriger aus als im Vorjahr. Bei den demografischen Veränderungsraten setzte sich der rückläufige Trend der vergangenen Jahre fort.

Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Vergütung



Quelle: Formblatt 3 (unbereinigte Gesamtvergütung), Hochrechnung für 2017, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bessere Versorgung mit Hebammenleistung

Mit den erzielten Ergebnissen werden Schwangere in den Kliniken durch freiberuflich tätige Hebammen künftig individueller und umfangreicher betreut.

Der GKV-Spitzenverband hatte nach den gescheiterten Verhandlungen mit den Hebammenverbänden im Februar 2017 die Schiedsstelle angerufen und insbesondere eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei der klinischen Geburtsbetreuung gefordert. Im September 2017 stimmte die Schiedsstelle einem gemeinsamen Schiedsantrag vom Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland und dem GKV-Spitzenverband zu. Vorausgegangen waren zähe Verhandlungen seit

Sommer 2016 über die strukturellen Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes und die Forderungen nach einer Vergütungserhöhung von über 300 % seitens des Deutschen Hebammenverbandes (DHV); der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) hatte dagegen eine 20%ige Erhöhung gefordert.

Zentrale Punkte und Ergebnisse der Einigung:

- Die Honorare für alle Leistungen wurden rückwirkend ab 15. Juli 2017 um 17 % angehoben und gelten bis zum 1. Juli 2020.
- Die klinische Geburtsbetreuung durch freiberufliche Beleghebammen wird ab dem 1. Januar 2018 so gestaltet, dass jede Beleghebamme in der Regel nicht mehr als zwei Schwangere zur selben Zeit betreut. Gleichzeitig sind damit weitere finanzielle Verbesserungen für diese Hebammenleistungen verbunden.
- Weitere neue Leistungen wie z. B. ein drittes Vorgespräch in der Schwangerschaft sind hinzugekommen.
- Die neuen Leistungen führen zusammen mit den Neustrukturierungsmaßnahmen für eine persönlichere Betreuung in der klinischen Geburtshilfe zu weiteren Ausgabensteigerungen in Höhe von bis zu 5 %.

Mit den erzielten Ergebnissen werden Schwangere in den Kliniken durch freiberuflich tätige Hebammen künftig individueller und umfangreicher betreut. Damit ist zum Schutz von Mutter und Kind eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig gewährleistet.

Auszahlung Sicherstellungszuschlag

Seit 1. Juli 2015 zahlt der GKV-Spitzenverband denjenigen geburtshilflich tätigen Hebammen einen Ausgleich der Kosten für die Berufshaftpflichtversicherung, die eine Mindestanzahl von Geburten erbracht haben. Bestimmte Anteile z. B. für Privatversicherte und Selbstzahler werden aus den eingereichten Haftpflichtkostennachweisen herausgerechnet. Mit dem Verfahren zur Auszahlung des Kostenausgleichs für die Berufshaftpflichtversicherung geburtshilflich tätiger Hebammen erhalten die Hebammen innerhalb weniger Wochen ihre Ausgleichszahlungen.

Die Gruppenhaftpflichtversicherung des DHV für seine Hebammen ist sowohl am 1. Juli 2016 auf 6.843 Euro mit einer Deckungssumme in Höhe von 6 Mio. Euro als auch zum 1. Juli 2017 auf 7.639 Euro mit einer Deckungssumme in Höhe von 7,5 Mio. Euro gestiegen. Diese Steigerungen wurden durch das Verfahren des Sicherstellungszuschlags zugunsten der antragstellenden Hebammen berücksichtigt. Dies hat aber zugleich entsprechende Mehrausgaben für die Krankenkassen und damit letztlich für die Beitragszahlenden zur Folge. Insgesamt wurden seit dem 1. Juli 2015 mehr als 17 Mio. Euro hierfür ausbezahlt (Stand Januar 2018).

Qualitäts- und Abrechnungsprüfung in der ambulanten Pflege

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurden die Weichen für eine Weiterentwicklung der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) insbesondere in Bezug auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) gestellt. Zuvor waren Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu den Leistungen der HKP nur bei solchen Pflegediensten möglich, die einen Vertrag nach SGB XI hatten und Pflegesachleistungen nach SGB XI erbrachten. Durch das PSG III wurde diese Prüflücke auch aufgrund von Erkenntnissen aus Fällen mit Abrechnungsbetrug geschlossen. Die Landesverbände der Krankenkassen haben danach den MDK mit regelmäßigen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei allen Pflegediensten zu beauftragen, die ausschließlich Leistungen der HKP zulasten der Krankenkassen erbringen. Darüber hinaus können die Krankenkassen und ihre Landesverbände auch anlassbezogen entsprechende Prüfungen beauftragen. Dieses Prüfrecht ist nicht auf Pflegedienste beschränkt, die nur HKP-Leistungen erbringen.

Der GKV-Spitzenverband hat das Nähere in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) geregelt, insbesondere Prüfanlässe, Inhalte und Durchführung der Prüfungen, die Beteiligung der Krankenkassen sowie die Abstimmung dieser Prüfungen mit den Prüfungen nach SGB XI. Ein Schwerpunkt dabei sind spezifische Prüfparameter für die sogenannte intensivpflegerische Versorgung. Im Vordergrund der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen stehen ärztlich verordnete Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, für die in den Anlagen zur Richtlinie detaillierte Prüfkriterien vorgegeben sind.

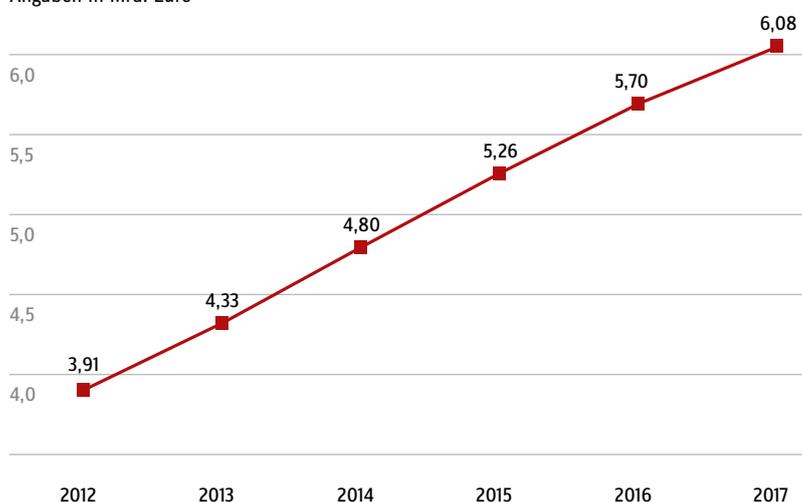
Abgestimmte Prüfungen von Kranken- und Pflegeversicherung

Ebenfalls wurden die gesetzlichen Änderungen des PSG III in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für die ambulante und stationäre Pflege nachvollzogen. Damit ist sichergestellt, dass sowohl die Prüfungen nach SGB V und SGB XI für sich überschneidende Prüfbereiche auf einheitlichen Prüfgrundlagen erfolgen, als auch, dass hinsichtlich der Organisation und Durchführung der Prüfungen einheitliche Verfahren gelten. Die QPR-HKP und die Änderungen in der QPR nach dem SGB XI traten am 1. Januar 2018 in Kraft.

Im Vordergrund der Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen stehen ärztlich verordnete Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, für die in den Anlagen zur Richtlinie detaillierte Prüfkriterien vorgegeben sind.

Ausgaben für Behandlungspflege und Häusliche Krankenpflege

Angaben in Mrd. Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1, Wert 2017 KV 45

WIE
KANN



ICH

TEIL-



HABEN



Bessere Teilhabe durch Hilfsmittelversorgung

Das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) soll die bisherigen Qualitätsinstrumente im Hilfsmittelbereich weiterentwickeln, die Patientenrechte sowie das Sachleistungsprinzip stärken und die Hilfsmittelversorgung unter finanziellen Gesichtspunkten zukunftsfest gestalten. Die wesentlichen Regelungen sind im April 2017 in Kraft getreten. Der GKV-Spitzenverband hatte sich frühzeitig mit konkreten Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung in die Diskussion und das parlamentarische Verfahren eingebracht. Im Wesentlichen wurden diese im Gesetz aufgegriffen.

Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses

Als eine gesetzliche Kernaufgabe hat der GKV-Spitzenverband das Hilfsmittelverzeichnis bis Ende 2018 systematisch auf Aktualität hin zu überprüfen und – soweit erforderlich – fortzuschreiben. In diesem Zusammenhang werden die medizinisch-technischen Anforderungen aller Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses an den anerkannten Stand von Medizin und Technik angepasst und erstmals Anforderungen an die Versorgungsprozesse definiert.

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits unabhängig von den Regelungen im HHVG mit einer Revision des Hilfsmittelverzeichnisses begonnen und bisher die Produktgruppen Inkontinenzhilfen, Einlagen, Bestrahlungsgeräte, Krankenpflegeartikel, Blindenhilfsmittel, Messgeräte für Körperzustände und -funktionen, Hörhilfen, Augenprothesen, Badehilfen, Toilettenhilfen und bestimmte Pflegehilfsmittel fortgeschrieben und die Produktgruppe Haarersatz erstellt. In allen Bereichen wurden die Produktanforderungen angehoben und neue Produktarten ins Hilfsmittelverzeichnis eingestellt. So werden zum Beispiel Geräte zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten (rtCGM) zur Therapiesteuerung bei Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus nunmehr im Hilfsmittelverzeichnis berücksichtigt. In der Produktgruppe Hörhilfen werden umfassende Beratungs- und Dienstleistungen beschrieben, wozu auch die vergleichende

Anpassung mit mehreren Hörgeräten gehört, damit eine individuell geeignete Versorgung erreicht wird. Ferner wurden an Produkte, die im Sanitärbereich eingesetzt werden, besondere Anforderungen an das Material hinsichtlich der Desinfizierbarkeit gestellt.

Der Fokus der weiteren Fortschreibungen, die derzeit vorbereitet werden, wird weiterhin darauf gerichtet, dass für die Versicherten der Zugang zu qualitätsgesicherten und modernen Hilfsmitteln gewährleistet ist.

Verfahrensordnung zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses

Damit die Fortschreibungen in einem rechtlich strukturierten und für alle Beteiligten nachvollziehbaren Rahmen erfolgen können, hat der GKV-Spitzenverband die Abläufe und Verfahrensschritte zur Weiterentwicklung der Systematik und der Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses und die Rahmenbedingungen für Anhörungen und Stellungnahmerechte in einer Verfahrensordnung festgeschrieben. Darin ist auch das Nähere zum Verfahren der Auskunftseinholung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geregelt, sofern der Einsatz eines Produkts untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode sein kann. Zur Sicherstellung der Aussagekraft des Hilfsmittelverzeichnisses und eines hohen Versorgungsstandards werden in der Verfahrensordnung auch Fristen und Maßnahmen festgelegt, damit das Verzeichnis die aktuellen Marktentwicklungen, medizinischen Erkenntnisse und Qualitätsanforderungen möglichst zeitnah abbilden kann. Dadurch soll Versicherten, die auf eine Hilfsmittelversorgung angewiesen sind, eine Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht werden. Für die Hersteller, die ihre Produkte zur Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis anmelden, wird losgelöst vom Einzelfall Transparenz geschaffen hinsichtlich Antragsbefugnis, Form der Anträge, Fristen im Verwaltungsverfahren, Art und Weise der zu erbringenden Nachwei-

Versicherten, die auf eine Hilfsmittelversorgung angewiesen sind, soll eine Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglicht werden.

se, Stellungnahmerechte vor Bescheiderteilung durch den GKV-Spitzenverband sowie Widerspruchsmöglichkeiten. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung

Mit Inkrafttreten des HHVG wurden die Krankenkassen verpflichtet, die den Leistungserbringern obliegenden gesetzlichen und vertraglichen Pflichten durch Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen zu überwachen. Der GKV-Spitzenverband hat auf Basis gesetzlicher Vorgaben fristgerecht Rahmenempfehlungen erstellt, die insbesondere abstrakte Regelungen zum Umfang der Stichprobenprüfungen, zu möglichen weiteren Überwachungsinstrumenten (z. B. Datenauswertungen, Abgleichung von Abrechnungsunterlagen, Auswertung von Beschwerden der Versicherten, Testkäufe, Versichertenbefragungen oder Evaluierung durch den Medizinischen Dienst) sowie Kriterien für die Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen enthalten.

Erweiterung des Versorgungsanspruchs auf Sehhilfen

Eine weitere wesentliche Neuregelung des HHVG ist die Erweiterung des Leistungsanspruchs auf Brillengläser in bestimmten Fällen. Damit diese Leistungserweiterung den Versicherten schnellstmöglich zugutekommt, hat der GKV-Spitzenverband die entsprechende Anpassung der Hilfsmittelrichtlinie des G-BA angestoßen und begleitet. Darüber hinaus hat er für die Krankenkassen Empfehlungen zur Genehmigung von Sehhilfen auf Basis der neuen Anspruchsgrundlage herausgegeben.

Mit dem HHVG wurden auch für den Heilmittelbereich Regelungen getroffen, die zu einer Verbesserung der Versorgung führen sollen, in jedem Fall aber ausgabentreibende Wirkung entfalten werden.

Modellvorhaben Blankoverordnung (§ 64d SGB V)

Zur Stärkung der therapeutischen Verantwortung der Heilmittelerbringer haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den maßgeblichen Heilmittelverbänden Modellvorhaben zur Erprobung der sogenannten Blankoverordnung zu erproben. Heilmittelerbringer können dabei auf der Grundlage einer ärztlich festgestellten Diagnose und Indikation selbst die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen. In den Modellvereinbarungen sind auch die mit einer höheren Verantwortung verbundenen Qualifikationsanforderungen sowie die Auswirkungen auf die Mengenentwicklung zu berücksichtigen. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf drei Jahre zu befristen und wissenschaftlich zu evaluieren.

Heilmittelvergütungen und Transparenzvorgaben

Für die Jahre 2017 bis 2019 wurde bei den Heilmittelvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben. Durch die befristete Aussetzung der Grundlohnsummenrate als Obergrenze für Vergütungsverhandlungen soll den Vertragspartnern im Heilmittelbereich eine größere Flexibilität bei der Vereinbarung der Heilmittelpreise ermöglicht werden. Um sicherzustellen, dass steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen, hat der Gesetzgeber den Rahmenempfehlungspartnern aufgegeben, Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Angestelltegehälter zu vereinbaren. Der GKV-Spitzenverband ist mit Vorschlägen auf die leistungserbringerseitigen Rahmenempfehlungspartner zugegangen. Die Gespräche hierzu dauern noch an.

Steigende Vergütungen für Heilmittelleistungen sollen auch den angestellten Therapeutinnen und Therapeuten zugutekommen.

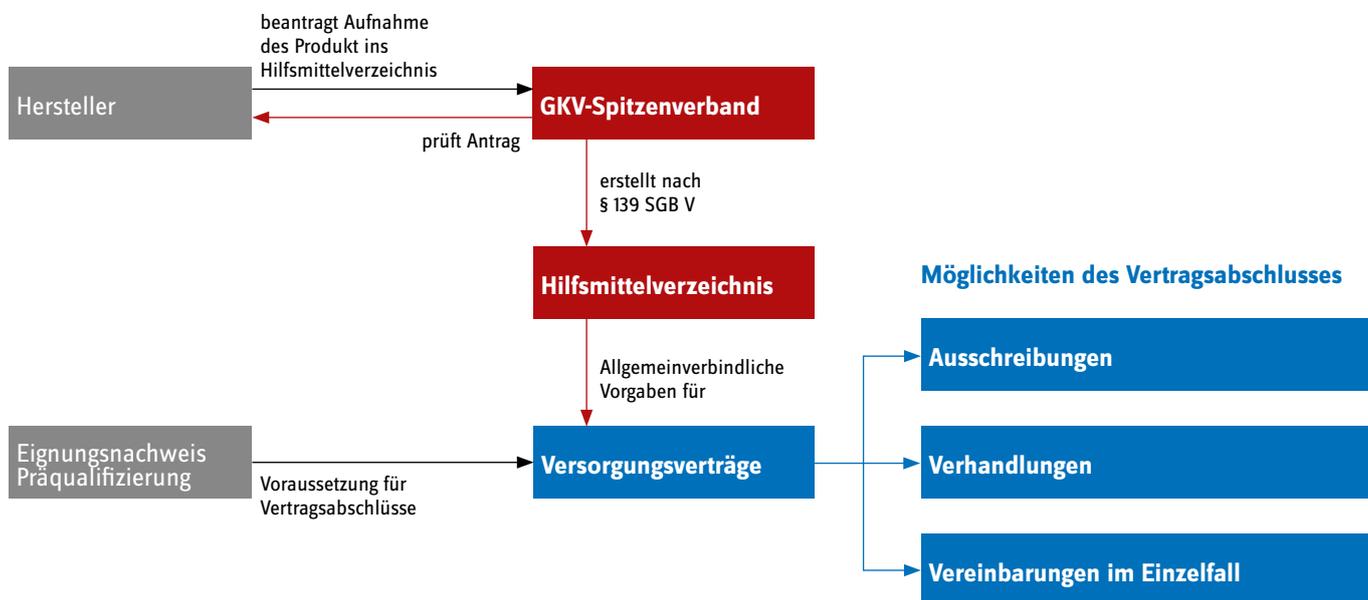
Weiterbildungen

Die für die besonderen Maßnahmen der Physiotherapie zwischen den Krankenkassen und Heilmittelverbänden vereinbarten Weiterbildungen (zu sogenannten Zertifikatspositionen wie Manuelle Therapie, z. B. gerätegestützte Krankengymnastik) wurden um einen gesetzlichen Regelungsauftrag in den Rahmenempfehlungen erweitert. Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen physiotherapeutischen Berufsverbände sollen erforderliche Maßnahmen zur Weiterbildung regeln, die dann von den kassen- und leistungserbringer-

seitigen Partnern inhaltlich konkretisiert werden und mit ergänzenden Verträgen über eine zentrale Prüfung und Listung von Weiterbildungseinrichtungen sowie Fachlehrerinnen und Fachlehrern flankiert werden. Der GKV-Spitzenverband hat Eckpunkte für Weiterbildungsregelungen in die laufenden Verhandlungen zu physiotherapeutischen Rahmenempfehlungen eingebracht und wird auf dieser Basis die Verhandlungen fortführen.

Die bisherigen Anforderungen an Qualität im Hilfsmittelbereich werden mit der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses sowie den Rahmenempfehlungen weiterentwickelt.

Weg eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

WIE

BLEIBE

ICH

GESUND?



Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung stärken

Zentrales Anliegen des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes ist es, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – insbesondere in Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Pflegeeinrichtungen und Betrieben – zielgerichtet und qualitätsgesichert auszubauen. Gleichzeitig soll das übergreifende Präventionsengagement der Sozialversicherungsträger verstärkt werden.

Die Zahlen des GKV-Präventionsberichts 2017 belegen, dass die Krankenkassen ihrer gesetzlichen Verantwortung gerecht werden und die Präventionsaktivitäten kontinuierlich ausweiten. Auch die trägerübergreifende Zusammenarbeit wird aktiv umgesetzt: Bereits 2016 hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) Bundesrahmenempfehlungen verabschiedet und damit die inhaltliche Ausrichtung einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie definiert. Auf dieser Basis wurden bis Mitte 2017 bereits in 15 Bundesländern Rahmenvereinbarungen für die Präventionsarbeit vor Ort unterzeichnet; die Verabschiedung der Landesrahmenvereinbarung in Berlin wird im ersten Quartal 2018 erwartet.

Bundesrahmenempfehlungen in Weiterentwicklung

Im Februar 2017 beschloss die NPK, die Bundesrahmenempfehlungen erstmals fortzuschreiben, mit folgenden Schwerpunkten:

- weitere Ausgestaltung der Kooperation der Sozialversicherungsträger
- Abstimmung der arbeitsweltbezogenen Ziele mit denen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie
- Entwicklung von Schwerpunktsetzungen für die lebensweltbezogene Prävention sowie die Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung

Erkenntnisse aus den Landesrahmenvereinbarungen und die Ergebnisse des Präventionsforums sollen berücksichtigt werden.

Das Präventionsforum wird seit 2016 jährlich von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) im Auftrag der NPK-Träger durchgeführt. 2017 kamen erneut über 200 Fachleute zusammen, diesmal um die Leitfrage zu diskutieren: „Wie können die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden?“. Anlässlich dieses Schwerpunktthemas wurden auch kommunale Gesundheitsdezernentinnen und -dezernenten sowie die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und alle Landesvereinigungen für Gesundheit(sförderung) eingeladen.

Trägerübergreifender Präventionsbericht in Vorbereitung

Die NPK hat bis zum Juli 2019 erstmals einen trägerübergreifenden Präventionsbericht zu erstellen und darin eine erste Bilanz zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie zu ziehen. 2017 wurde für den Bericht ein Grobkonzept beschlossen, bis Anfang 2018 soll ein Feinkonzept vorliegen. Bei der Entwicklung und Umsetzung des Feinkonzepts werden die NPK-Träger vom Berliner IGES Institut unterstützt. Ebenfalls in den Prozess eingebunden sind die beratenden NPK-Mitglieder – Bund, Länder, Kommunale Spitzenverbände, Bundesagentur für Arbeit, Sozialpartner, Patientenvertretungen und die BVPG als Repräsentantin des Präventionsforums –, das Robert Koch-Institut, ein wissenschaftlicher Beirat und der seit Februar 2017 in der NPK stimmberechtigt mitwirkende Verband der Privaten Krankenversicherung.

Die BZgA konnte die konkrete Projektarbeit zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Umsetzung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung nur in sehr begrenztem Umfang leisten.



Beauftragung der BZgA in Umsetzung

Der GKV-Spitzenverband hat – wie gesetzlich vorgesehen – die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) damit beauftragt, die Krankenkassen beim Ausbau der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Beauftragt wurden u. a.:

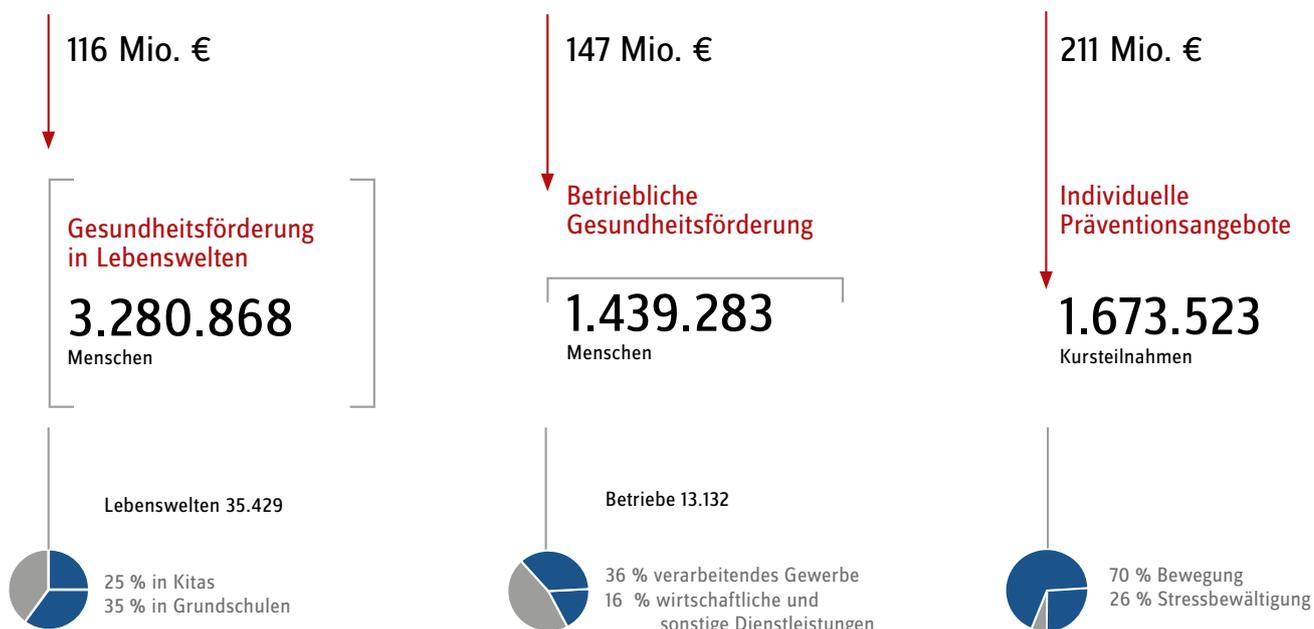
- Unterstützung beim Strukturaufbau und bei der Etablierung von Vernetzungsprozessen
- Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation

Durch die Beauftragung wurden die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit,

die die Krankenkassen bei der Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen unterstützen, gestärkt und Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Unterstützung arbeitsloser Menschen ausgeweitet. Zudem fanden zwei Multiplikatorenkonferenzen zur kommunalen Suchtprävention statt. Alle Aktivitäten im Rahmen der BZgA-Beauftragung firmieren unter dem Namen „GKV-Bündnis für Gesundheit“.

Die BZgA konnte die konkrete Projektarbeit zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Umsetzung lebensweltbezogener Gesundheitsförderung jedoch nur in sehr begrenztem Umfang leisten – von den 2017 insgesamt zur Verfügung stehenden GKV-Mitteln in Höhe von rd. 63 Mio. Euro wurden weniger als 10 Mio. Euro ausgegeben.

Kennzahlen Prävention



Quelle: Präventionsbericht 2017

WIE
GUT
SIND



NEUE

MEDIKAMENTE

WIRKLICH
?



Arztinformationssystem für Arzneimittel

Eine wesentliche Neuerung im GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) ist die vorgesehene Übertragung der Nutzenbewertungsergebnisse von Arzneimitteln in die Software der Ärztinnen und Ärzte. Mit den

Mit dem AIS sollen schnell alle relevanten Informationen zu möglichen Arzneimittel-Therapien aufgezeigt werden, um eine informierte, patientenindividuelle Entscheidung bei der Verordnung zu ermöglichen.

gesetzlichen Grundlagen für die Weiterentwicklung der Praxisverwaltungssysteme (PVS) soll in Zukunft ein Arztinformationssystem (AIS) über Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung informieren. So sollen schnell alle

relevanten Informationen zu möglichen Therapien aufgezeigt werden, um eine informierte, patientenindividuelle Entscheidung bei der Verordnung zu ermöglichen. Die erfolgreiche Integration des AIS in die PVS erfordert ein enges und konstruktives Zusammenspiel verschiedener Akteure der Selbstverwaltung.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verhandelten Anforderungen an die Zertifizierung der von den Vertragsärztinnen und -ärzten eingesetzten PVS. Diese werden im Anforderungskatalog für Verordnungsoftware/Arzneimitteldatenbanken festgehalten. Im August 2017 verständigte man sich zum weiteren Vorgehen bei der Abbildung der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung in den PVS. Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der AIS ist die Aktualisierung der PVS. Mit Wirkung ab April 2018 wird – statt wie bisher quartalsweise – übergangsweise ein monatliches Update der Arzneimittelinformationen erfolgen. Spätestens im Jahr 2020 müssen die Arzneimittelinformationen 14-täglich aktualisiert werden.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt es nun, eine leistungsfähige und praktikable Datenbank der Inhalte der Arzneimittelrichtlinie, insbesondere der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung, einzurichten. Die Verknüpfung dieser Informationen, ausgehend von den Teilindikationen, bildet zukünftig eine neue Informationsgrundlage für ärztliche Therapieentscheidungen.

Die Abbildung der Informationen dieser Datenbank in den PVS wird dann zwischen den Vertragspartnern des Anforderungskataloges verhandelt. Das Zusammenspiel von Informationen zur therapeutischen Qualität des Wirkstoffs, bundesweiten, regionalen und kassenspezifischen Verträgen und aktuellen Preisinformationen zu den jeweiligen Arzneimitteln in den PVS wird den Ärztinnen und Ärzten zukünftig eine Therapieentscheidung unter der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten maßgeblich erleichtern.

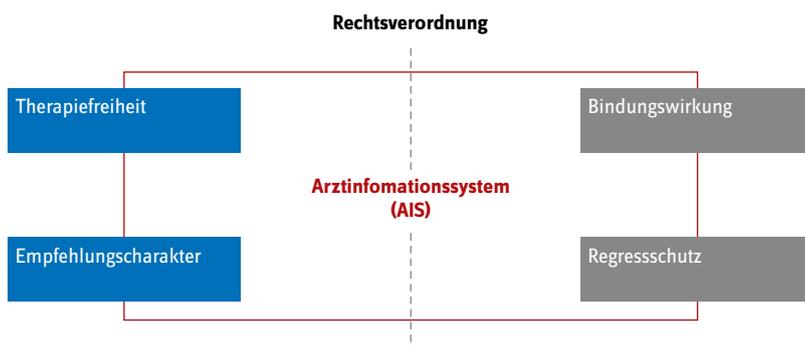
Arztinformationssystem



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Rechtsverordnung zum AIS

Spannungsfeld zwischen Verantwortung für Wirtschaftlichkeit und Therapiefreiheit



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Neue Regeln in der Arzneimittelversorgung

Im Mai 2017 trat das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) in Kraft. Schwerpunkt der Neuregelungen bildeten Anpassungen des AMNOG-Prozesses in den Bereichen der Nutzenbewertung und der Erstattungsbetragsverhandlungen. Darüber hinaus wurden mit dem AMVSG Änderungen bei der Versorgung mit Zytostatika und der Apothekenvergütung im Segment der Rezepturen vollzogen. Die Fortführung des Preismoratoriums durch das AMVSG ist zudem ein wesentlicher Baustein, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu sichern.

Preisobergrenzen für Arzneimittel aufgeweicht

Im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen galt für Arzneimittel ohne Zusatznutzen eine Preisobergrenze in Höhe der Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Diese bisher zwingend einzuhaltende Vorgabe wurde durch eine Soll-Vorschrift ersetzt: Im begründeten Einzelfall dürfe diese Grenze überschritten werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird durch diese Änderung die Zielsetzung des AMNOG konterkariert, patentgeschützte Arzneimittel einer angemessenen zusatznutzenorientierten Preisbildung zuzuführen.

Es ist nicht ersichtlich, weshalb ein nicht belegter Zusatznutzen Mehrausgaben zulasten der Versicherungsgemeinschaft rechtfertigen sollte.

Diese Aufweichung der ehemals festen Erstattungsbetragsobergrenze sollte nach Willen des Gesetzgebers auch den bereits vor Inkrafttreten des AMVSG verhandelten Arzneimitteln zugutekommen. Zu diesem Zweck wurde ein zeitlich begrenztes Sonderkündigungsrecht für Erstattungsbeträge eingeführt, für dessen Inanspruchnahme zwei Voraussetzungen vorliegen mussten:

1. Es sollte ein Arzneimittel sein, für welches der Gemeinsame Bundesausschuss in keinem Anwendungsgebiet einen belegten Zusatznutzen erkennen konnte.
2. Es musste zu dem Arzneimittel bereits einen verhandelten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Erstattungsbetrag geben.

Dieses Sonderkündigungsrecht war explizit auch auf Arzneimittel anwendbar, die sich in Deutschland nicht mehr im Verkehr befinden. Das Sonderkündigungsrecht wurde bis zum gesetzlichen Fristablauf zum 13. August 2017 lediglich drei Mal in Anspruch genommen.

Es ist nicht ersichtlich, weshalb ein nicht belegter Zusatznutzen Mehrausgaben zulasten der Versicherungsgemeinschaft rechtfertigen sollte.

Vergütung von Zubereitungen aus Stoffen nach § 5 Abs. 3 AMPreisV

Einkauf	Festzuschlag in Höhe von 90 % auf den Einkaufspreis
Herstellung	Rezepturzuschläge 3,50 € bis 8 € (§ 5 Abs. 3 AMPreisV) bzw. 51 € bis 90 € für parenterale Zubereitungen (§ 5 Abs. 6 AMPreisV)
Abgabe	Durch das AMVSG: Einführung eines Festzuschlags in Höhe von 8,35 Euro exkl. USt. (nicht für parenterale Zubereitungen)

Analog zu Fertigarzneimitteln beträgt der Abschlag 1,77 Euro (inkl. USt.) für nicht-parenterale Zubereitungen. In anderen Fällen liegt er bei 5 % des AVP.

In der Hilfstaxe können der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband alternative Vergütungshöhen vereinbaren.

Den Krankenkassen wurde in der Zytostatika-Versorgung die Möglichkeit genommen, über Verträge Qualitätskriterien sowie Strukturen der Versorgung abzusichern und substanzielle Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben.

Apothekenvergütung braucht valide Datenbasis

Durch das AMVSG wurde die Apothekenvergütung für den Bereich der Rezepturen und die Abgabe von betäubungsmittelpflichtigen Arzneimitteln deutlich erhöht. Es ist mit Mehrausgaben in Höhe von 115 Mio. Euro jährlich für die GKV zu rechnen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten Honoraranpassungen nur auf Basis von validen und repräsentativen Daten zur derzeitigen Vergütungssituation getroffen werden. Diese liegen nicht vor. Entsprechend wäre es wünschenswert gewesen,

Honoraranpassungen so lange zurückzustellen, bis die Ergebnisse des Forschungsprojekts des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie zur Apothekenvergütung vorliegen. Nur auf einer solchen Basis können stringente Vergütungsentscheidungen getroffen werden.

Das inzwischen veröffentlichte Gutachten analysiert u. a. die gegebene Versorgungssituation, die bei der Abgabe von Arzneimitteln entstehenden Aufwände sowie mögliche Reformansätze. Im Ergebnis kommt die Untersuchung zu dem Schluss, dass bei einer leistungsbezogenen und kostendeckenden Vergütung die Ausgaben der Kostenträger (GKV, PKV sowie Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) für rezeptpflichtige Arzneimittel um insgesamt 1,24 Mrd. Euro gesenkt werden könnten. Eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln ist dagegen nicht festzustellen. Auch durch den Versandhandel sind keine nachteiligen Effekte gegeben.

Arzneimittelpreise transparent und wirtschaftlich gestalten

Im Segment der Onkologie wurde den Krankenkassen die Möglichkeit genommen, über Ausschreibungen mit Apotheken die Versorgung der Versicherten mit Zytostatika sicherzustellen. Da es sich hierbei um einen relativ intransparenten Bereich handelt, boten die Verträge der Krankenkassen die Möglichkeit, Qualitätskriterien sowie Strukturen der Versorgung durch Verträge abzusichern und dabei gleichzeitig substanzielle Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Um die erwarteten Mehrausgaben zu kompensieren, beauftragte der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und den Deutschen Apothekerverband e. V., die Abrechnungsvereinbarung für diese nicht in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten parenteralen Zubereitungen im Segment der Onkologie neu zu vereinbaren. Eine Klarstellung hinsichtlich der Preisauskunftsrechte des GKV-Spitzenverbandes gegenüber pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken sowie Herstellungsbetrieben soll dafür sorgen, dass marktnahe Preise zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden können. Ein entsprechender Vertragstext wird durch die Schiedsstelle zur Arzneimittelversorgung festgesetzt. Als zweite Maßnahme zur Verringerung der Mehrausgaben wurde die Möglichkeit geschaffen, auf regionaler Ebene Rabattverträge für Fertigarzneimittel, die in diesen Zubereitungen verarbeitet werden, schließen zu können.

Aus derzeitiger Sicht ist nicht zu erwarten, dass diese neuen Maßnahmen den gesetzlich induzierten Kostenanstieg substanziell kompensieren werden.

Erstattungsbetrag am Zusatznutzen orientieren

Von Januar 2011 bis Januar 2018 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 337 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte mehr als 1.067 Beratungsverfahren durch. Von 68 Freistellungsverfahren erfolgte in 27 Fällen eine Freistellung des Arzneimittels von der Nutzenbewertung durch den G-BA. Zu insgesamt 161 Wirkstoffen existieren Erstattungsbeträge. Davon sind 135 durch Einigung der Vertragsparteien und 26 Verfahren mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen worden. Vier Wirkstoffe wurden bislang direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet. Zum 1. September 2017 wurde erstmals ein Festbetrag für einen erstattungsbetragsregulierten Wirkstoff wirksam.

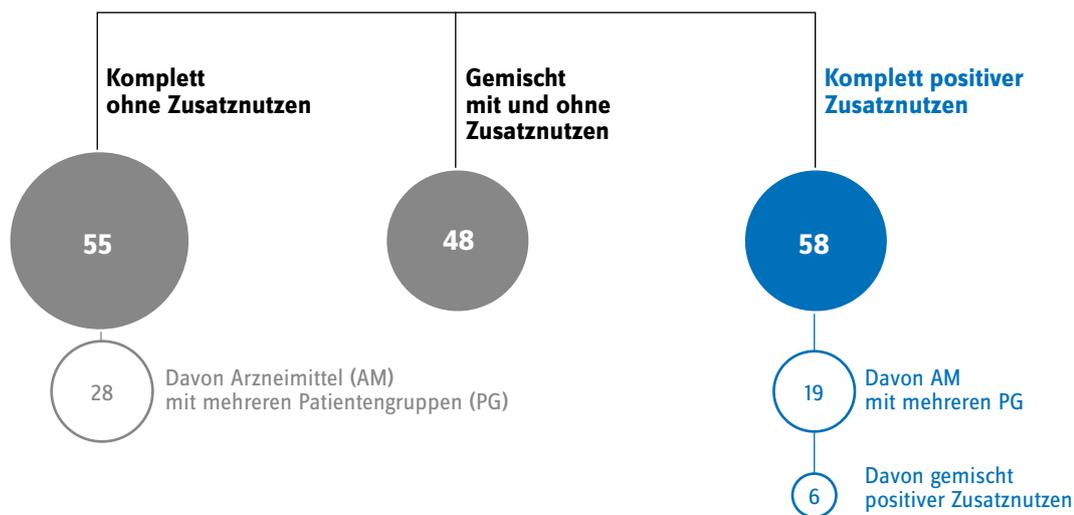
Mit Stand 1. Januar 2018 liefen 23 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie zwei Schiedsverfahren. Bei 13 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelt es sich um Neuverhandlungen, die aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder einer Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden waren.

GKV-Spitzenverband klagt erfolgreich gegen Schiedssprüche

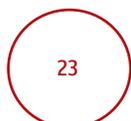
In mehreren Schiedsverfahren hat die Schiedsstelle einen Erstattungsbetrag festgesetzt, der aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht im Verhältnis zu dem vom G-BA festgesetzten Zusatznutzen steht. Den Begründungen der Schiedssprüche war

AMNOG-Bilanz

262 Erstattungsbeträge



Laufende Verhandlungen



Schiedsverfahren



opt-out



Stand: 31.01.2018, Darstellung: GKV-Spitzenverband

zudem nicht zu entnehmen, wie der Erstattungsbetrag im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie und dem Zusatznutzen gebildet wurde. Ferner konnte der GKV-Spitzenverband die Ansicht der Schiedsstelle nicht nachvollziehen, wonach der Nutzenbewertungsbeschluss des G-BA für die Schiedsstelle nicht bindend sein soll. Deswegen erhob der GKV-Spitzenverband gegen mehrere Schiedssprüche der AMNOG-Schiedsstelle Klage.

Das für die Klagen zuständige Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg ist nunmehr in den ersten beiden Hauptsache-Klageverfahren der Ansicht des

GKV-Spitzenverbandes gefolgt. Es hat entschieden, dass die Schiedssprüche bereits formell rechtswidrig sind. Insbesondere deswegen, weil sie nicht hinreichend begründet seien. Die Schiedssprüche hat das Gericht deswegen aufgehoben. Es hat damit den Anträgen des GKV-Spitzenverbandes vollumfänglich stattgegeben.

Gegen das Urteil des LSG in Sachen „Albiglutid“ hat die beklagte Schiedsstelle Revision beim Bundessozialgericht eingelegt. Insofern ist in diesen für die gesetzliche Krankenversicherung wichtigen Fragen mit einer baldigen höchstrichterlichen Entscheidung zu rechnen.

Zum Schiedsspruch „Albiglutid“ hatte der GKV-Spitzenverband zusätzlich auch ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren angestrengt. In diesem einstweiligen Verfahren hatte das LSG Berlin-Brandenburg noch entschieden, dass der Schiedsspruch auch deswegen rechtswidrig sei, weil die Schiedsstelle in unzulässiger Weise einen sogenannten Mischpreis festgesetzt habe. Der Mischpreis kam dadurch zustande, dass das Arzneimittel nur für eine Patientengruppe einen Zusatznutzen hatte. Für alle anderen Patientengruppen hatte der G-BA keinen Zusatznutzen feststellen können. Dementsprechend hatte die Schiedsstelle – insofern nachvollziehbar – zunächst einen Preis für die Patientengruppe mit Zusatznutzen ermittelt und einen Preis für die Patientengruppen ohne Zusatznutzen. Da für das Arzneimittel unter den heutigen rechtlichen Rahmenbedingungen aber nur ein einheitlicher Abgabepreis gelten kann, hatte die Schiedsstelle diese Preise zu einem einheitlichen (Misch-)Preis verbunden. In dem Hauptsacheverfahren stützte das Gericht seine Entscheidung schließlich nicht mehr auf das Verbot des Mischpreises, sondern kritisierte diesen nur noch in seinen rechtlichen Ausführungen zur Urteilsfindung, auf denen das Urteil jedoch nicht beruht.

Den Begründungen der Schiedssprüche war nicht zu entnehmen, wie der Erstattungsbetrag im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie und dem Zusatznutzen gebildet wurde.

Neuer Heilmittelbereich Ernährungstherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im März 2017 beschlossen, die Heilmittelversorgung (Physio-, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Podologie) um den Heilmittelbereich Ernährungstherapie zu erweitern. Die neue Leistung kann ab 1. Januar 2018 verordnet werden, ist jedoch auf zwei Indikationen auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen beschränkt:

1. Beim ersten Indikationsgebiet „Mukoviszidose“ (Cystische Fibrose/CF) ist die Ernährungstherapie eine wesentliche Säule der Behandlung, ohne die gesundheitliche Schädigungen und eine verminderte Lebenserwartung resultieren würden. Ziel der Ernährungstherapie ist es hier vor allem, Mangel- oder Unterernährung zu vermeiden.
2. Beim zweiten Indikationsgebiet handelt es sich um seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen (SAS), bei denen eine Diät unabdingbar ist, da sonst Tod oder schwere Behinderung drohen. Ziel der Ernährungstherapie ist es hier, durch diätetische Maßnahmen den Stoffwechseldefekt zu umgehen und so zu einer altersgerechten körperlichen und geistigen Entwicklung beizutragen.

Es wird geschätzt, dass in Deutschland ca. 23.000 Betroffene leben, die aktuell üblicherweise in spezialisierten Zentren (z. B. Hochschulambulanzen) mit Ernährungstherapie versorgt werden. Um das Versorgungsangebot zu verbreitern, hat der G-BA die Ernährungstherapie als verordnungsfähiges

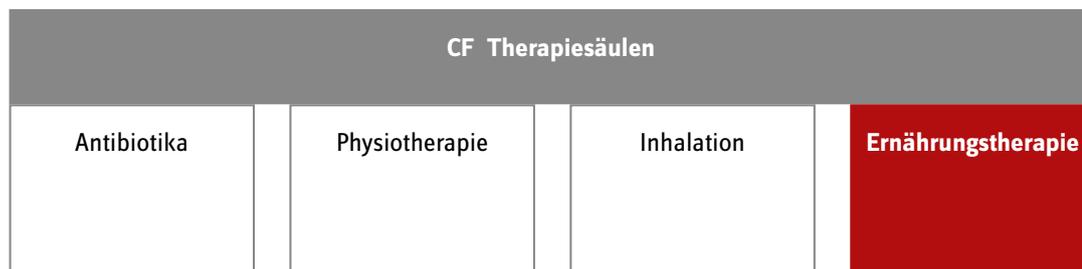
Heilmittel etabliert. Die Verordnung erfolgt vorwiegend durch die auf die jeweilige Erkrankung spezialisierten ärztlich Behandelnden. Sie kann in Ausnahmefällen aber auch einmal von nicht spezialisierten Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten ausgestellt werden.

Versorgung erfolgreich auf den Weg gebracht

Der GKV-Spitzenverband hat im Berichtsjahr 2017 gemeinsam mit den ernährungstherapeutischen Berufsverbänden erfolgreich Gespräche über Rahmenempfehlungen sowie die Inhalte der Zulassungsbedingungen geführt. Die sogenannten Rahmenempfehlungen beschreiben neben den Bedingungen für die Leistungserbringung auch die Inhalte der einzelnen ernährungstherapeutischen Maßnahmen. Auf dieser Grundlage verhandeln die Krankenkassen mit den ernährungstherapeutischen Berufsverbänden die Einzelheiten der Versorgung, insbesondere die Vergütung der Leistungen. In den Zulassungsempfehlungen wurden die räumlichen und sächlichen Anforderungen an eine ernährungstherapeutische Heilmittelpraxis sowie die erforderliche fachliche Qualifikation der neuen Heilmittelerbringer definiert. Ferner wurden Abrechnungsregelungen angepasst. Damit waren die wesentlichen Voraussetzungen geschaffen, um den neuen Heilmittelbereich pünktlich zum 1. Januar 2018 starten zu lassen.

Um das Versorgungsangebot zu verbreitern, hat der G-BA die Ernährungstherapie als verordnungsfähiges Heilmittel etabliert.

Therapiesäulen bei Cystischer Fibrose (CF)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Evidenz von Cannabis unbefriedigend

Die Evidenz steht im Widerspruch zu den durch eine breite Versorgung mit Cannabis geweckten Hoffnungen bei Patientinnen und Patienten.

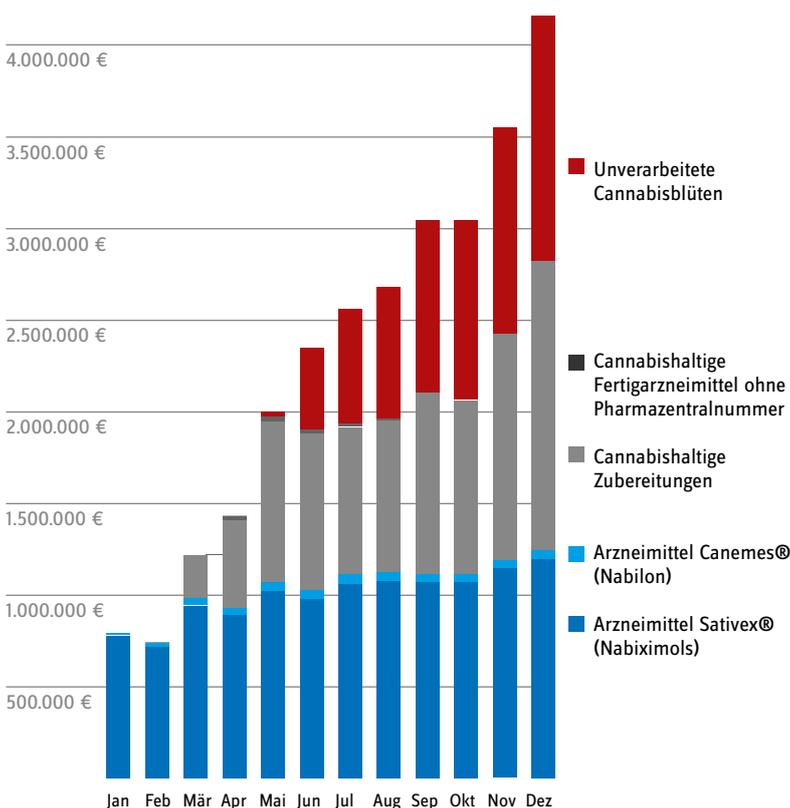
Durch das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften wurden im März 2017 die Verkehrsfähigkeit und Verschreibungsfähigkeit von Arzneimitteln aus Cannabis hergestellt. Ein Anspruch auf Versorgung mit Cannabis besteht für Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung, sofern eine dem allgemein anerkannten Stand des medizinischen Wissens entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder nicht angewendet werden kann und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf einen Therapieerfolg besteht.

Die erstmalige Versorgung einer Versicherten bzw. eines Versicherten mit dieser Leistung muss von der Krankenkasse genehmigt werden. Eine Ablehnung darf nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen. Die Anspruchsvoraussetzungen werden in der Regel durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) festgestellt, das auf Angaben der Patientin oder des Patienten und der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes beruht.

Nutzen und Risiken unzureichend erforscht

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes handelt es sich bei dieser Neuregelung um einen Systembruch: Cannabis als Arzneimittel hat bisher keine Prüfung von Nutzen und Risiken durch eine Zulassungsbehörde durchlaufen. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Cannabisblüten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird damit den grundsätzlichen Vorgaben, die für eine Leistungspflicht der GKV erfüllt sein müssen, nicht gerecht. Auch die einem Therapieversuch mit Cannabis zugrundeliegende Evidenz, sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit als auch der Nebenwirkungen, ist in den meisten Anwendungsgebieten unbefriedigend. Dies steht im Widerspruch zu den durch eine breite Versorgung mit Cannabis geweckten Hoffnungen.

Bruttoausgaben der GKV in der Cannabis-Versorgung 2017



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



Pflegeversicherung reibungslos weiterentwickelt

Ziel ist es, Vorgaben für einheitliche Maßstäbe und Grundsätze insbesondere für das Verfahren und die wesentlichen Inhalte der Pflegeberatung zu formulieren.

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 erfolgte aufgrund der umfassenden Vorbereitungen aller Beteiligten reibungslos; rund drei Millionen Pflegebedürftige konnten in das neue System überführt werden.

Mit der positiven Wahrnehmung in der Öffentlichkeit haben sich erwartungsgemäß die Zahl der Anträge auf Pflegeleistungen und damit die Anzahl der Begutachtungsaufträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit seit Ende 2016 stark erhöht. Rd. 2,2 Mio. Anträge auf Pflegebedürftigkeit

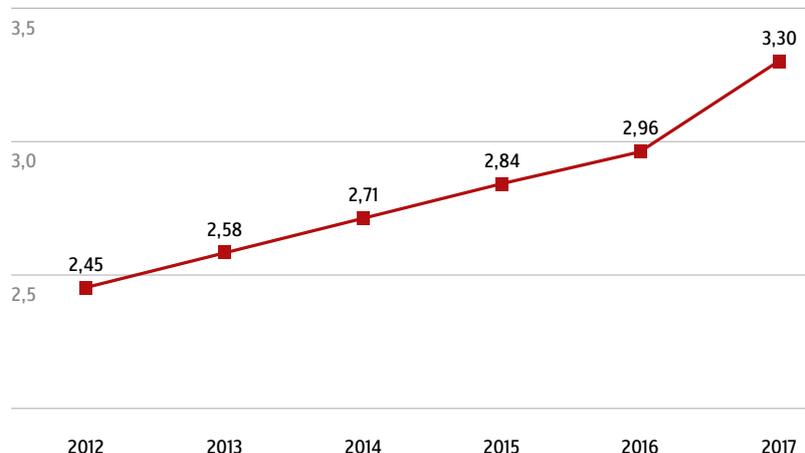
wurden im Jahr 2017 gestellt. Dies entspricht einem Zuwachs von 12,9 % im Vergleich zum Vorjahr. In der Folge hat sich auch die Anzahl der neuen Leistungsempfängerinnen und -empfänger deutlich erhöht. Im Vergleich zu 2016 war im Pflegereformjahr 2017 ein Zuwachs von rund 300.000 Personen, die erstmals Pflegeleistungen erhielten, zu verzeichnen.

Pflegeberatung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde dem GKV-Spitzenverband die Kompetenz übertragen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung zu erlassen (Pflegeberatungs-Richtlinien). Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Pflegekassen, deren Verbänden auf Bundesebene sowie mit dem MDS einen Entwurf der Pflegeberatungs-Richtlinien erarbeitet. Ziel des GKV-Spitzenverbandes ist es, Vorgaben für einheitliche Maßstäbe und Grundsätze insbesondere für das Verfahren und die wesentlichen Inhalte der Pflegeberatung sowie für eine qualitätsgesicherte Durchführung der Pflegeberatung zu formulieren. Mit den Pflegeberatungs-Richtlinien sollen der Zugang zu Leistungen der Sozialversicherung verbessert, das Selbstbestimmungsrecht von Pflegebedürftigen gestärkt sowie die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der

Leistungsempfängerinnen und -empfänger in der sozialen Pflegeversicherung insgesamt*

Angaben in Mio.



* inkl. Pflegestufe 0
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik PG 2

Durchführung der Beratungstätigkeit durch eine abgestimmte Vorgehensweise und Organisation gewährleistet werden. Gesetzlich vorgesehen ist eine breite Beteiligung der Fachkreise, die der GKV-Spitzenverband dazu angehört hat.

Der GKV-Spitzenverband hat zudem seine Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater bis zum 31. Juli 2018 zu überarbeiten. Neu ist, dass die Empfehlungen auch zur Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern abgegeben werden. Zum Entwurf der überarbeiteten Empfehlungen wurden die zu beteiligenden Parteien angehört.

Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien

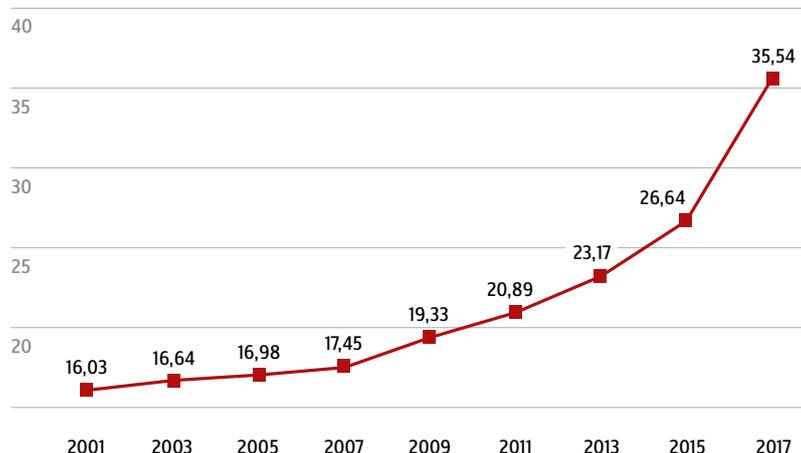
Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) bilden die Grundlage für die durch die MDK und den Prüfdienst des Verbandes

der Privaten Krankenversicherung e. V. durchzuführenden Prüfungen. Diese Richtlinien waren aufgrund der Regelungen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) entsprechend anzupassen. Die wesentlichen Änderungen bezogen sich zum einen auf eine Ausweitung der Personenstichprobe im ambulanten Bereich. Zum anderen wurden die Prüfkriterien für die intensivpflegerische Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (HKP) aufgenommen, die im Zusammenhang mit der neu eingeführten Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) des GKV-Spitzenverbandes entwickelt wurden. Der GKV-Spitzenverband verfolgt damit das Ziel, einheitliche Prüfgrundlagen für die Leistungen der HKP zu schaffen, unabhängig davon, ob ein Pflegedienst einer Regelprüfung nach SGB XI oder SGB V unterliegt. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind nach der Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium am 1. Januar 2018 in Kraft getreten.

Kommunalen Stellen soll es ermöglicht werden, Beratungsaufgaben der Pflegekassen mit eigenen Beratungsaufgaben zusammenzuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen.

Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung insgesamt

Angaben in Mrd. Euro



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

Modellkommunen

Der Gesetzgeber hat im Zuge des PSG III Regelungen getroffen, die bundesweit bis zu 60 Modellvorhaben zur kommunalen Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen vorsehen. In den Modellvorhaben ist ein ganzheitlicher und sozialräumlicher Beratungsansatz zu erproben. Insbesondere soll es kommunalen Stellen ermöglicht werden, Beratungsaufgaben der Pflegekassen mit eigenen Beratungsaufgaben zusammenzuführen und gemeinsam in eigener Zuständigkeit zu erbringen. Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und die Durchführung der Modell-

vorhaben zur kommunalen Beratung Hilfe- und Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen beschlossen. Die Empfehlungen dienen als Grundlage sowohl für die landesrechtlichen Vorschriften zur Genehmigung von Modellvorhaben

als auch für die Kooperationsvereinbarungen, die zwischen dem Träger des Modellvorhabens und den Landesverbänden der Pflegekassen zu schließen sind. Es ist nun an den Ländern, das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen an die Beratungsstellen, bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

Für Präventionsleistungen in der stationären Pflege stellen Pflegekassen jährlich ca. 21 Mio. Euro zur Verfügung.

Prävention in der stationären Pflege

Mit dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz wurden die Pflegekassen verpflichtet, in Pflegeheimen und in Einrichtungen der Tagespflege Leistungen zur Prävention zu erbringen. Für Präventionsleistungen in der stationären Pflege stellen Pflegekassen jährlich ca. 21 Mio. Euro zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband hat im August 2016 einen Leitfaden veröffentlicht, in dem die Anforderungen an Präventionsangebote festgelegt sind. Handlungsfelder sind beispielsweise gesunde Ernährung sowie Förderung körperlicher Aktivität und kognitiver Ressourcen. Der Leitfaden wird derzeit auf Grundlage einer wissenschaftlichen Expertise aktualisiert.

Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe

Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe zusammen, haben die zuständige Pflegekasse und der zuständige Träger der Eingliederungshilfe mit Zustimmung des Leistungsberechtigten Vereinbarungen abzuschließen. Mit diesen soll dem Gedanken der Leistungserbringung aus einer Hand Rechnung getragen werden, während zugleich Zuständigkeitskonflikte der Träger untereinander vermieden werden sollen. Der Träger der Eingliederungshilfe übernimmt im Verhältnis zum Pflegebedürftigen die Leistungen der Pflegeversicherung und bekommt von der Pflegekasse die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet. Zur Förderung einer bundesweiten Rechtsanwendung der Vereinbarungen hat der GKV-Spitzenverband die Aufgabe erhalten, das Nähere zu den Modalitäten der Übernahme und Durchführung der Leistungen sowie der Kostenerstattung gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe in Empfehlungen zu entwickeln.

Pflegeausbildung mit Zukunft

Im Juli 2017 wurde das Pflegeberufereformgesetz nach über einem Jahr des parlamentarischen Verfahrens im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. Nachdem viele Gesundheits- und Pflegereformen in dieser Legislaturperiode relativ zügig zum Abschluss gebracht wurden, drohte dieser Baustein der Pflegereform zwischenzeitlich sogar zu scheitern.

Besonders kontrovers wurde die im ursprünglichen Entwurf des Gesetzes vorgesehene Zusammenlegung der bisher getrennten Ausbildungen zur Alten-, Kinderkranken- und Krankenpflege zu einer einheitlichen (generalistischen) Pflegeausbildung diskutiert. Gegnerinnen und Gegner der Reform sprachen sich demgegenüber für eine Weiterentwicklung der bisherigen Ausbildungswege im Sinne eines integrativen Ansatzes mit weiterhin getrennten Abschlüssen aus.

Nach der öffentlichen Anhörung im Mai 2016 und der zuvor bereits geäußerten Kritik einer Vielzahl von Verbänden, Organisationen und Einrichtungen kam das parlamentarische Verfahren zum Erliegen. Der GKV-Spitzenverband hatte angesichts des notwendigen gesetzgeberischen Handlungsbedarfs wiederholt darauf hingewiesen, dass abseits aller politischen Schwierigkeiten das Ziel einer hochwertigen Pflege mit ausreichend Fachkräften im Blick behalten werden müsse. Um die politische Debatte voranzubringen, schlug der GKV-Spitzenverband frühzeitig vor, die zur Debatte stehenden Ausbildungsmodelle vorübergehend parallel zu implementieren.

Optionsmodell in der Pflegeausbildung

Der dann im Gesetz verankerte Kompromiss knüpft mit einem nun vorgesehenen Optionsmodell in weiten Teilen an den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes an. Die Ausbildung beginnt zunächst für alle mit einer zweijährigen Pflegeausbildung. Danach entscheiden die Auszubildenden, ob sie diese in Form einer generalistischen Ausbildung fortsetzen oder im dritten Ausbildungsjahr im Bereich der Kinderkranken- oder Altenpflege den bisherigen Abschluss

anstreben. Einen gesonderten Abschluss in der Krankenpflege wird es künftig nicht mehr geben. Die Neuregelungen sollen erstmals für die Ausbildungsjahrgänge ab 2020 gelten.

Mit der Veröffentlichung des Pflegeberufereformgesetzes hat die Neuausrichtung der Pflegeausbildung jedoch noch nicht ihren Abschluss gefunden. Das beschlossene Gesetz ist nur die Hülle, die noch mit den konkreten Ausbildungsinhalten durch Rechtsverordnungen gefüllt werden muss. Zur Frage der Finanzierung der Pflegeausbildung hat der GKV-Spitzenverband entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und den Vereinigungen der Pflegeverbände auf Bundesebene Vorschläge für die Rechtsverordnung erarbeitet.

Das Ziel einer hochwertigen Pflege mit ausreichend Fachkräften muss im Blick behalten werden.

Pflegeausbildung ab 2020

1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Berufsbezeichnung
Generalistische Grundausbildung in Theorie und Praxis		Fortsetzung der generalistischen Ausbildung	Pflegefachfrau/ Pflegefachmann
		Wahlrecht 3. Ausbildungsjahr	
		Spezialisierung Altenpflege	Altenpfleger/in
		Spezialisierung Kinderkrankenpflege	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Modellprojekte für bessere Pflege

Die Pflegeversicherung hat sich als eine wichtige Säule der Sozialversicherung bei der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bewährt. Weil auch Bewährtes stets weiterentwickelt werden

Wie und unter welchen Bedingungen die Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger zukünftig weiter verbessert werden kann, sind zentrale Fragen der verschiedenen Modellprojekte.

kann und sollte, bilden Forschung, modellhafte Erprobung und Evaluation die fachliche und wissenschaft-

liche Grundlage für Innovationen und pflegepolitische Entscheidungen. Die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes betreut die verschiedenen Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, in denen es immer darum geht, die Situation pflegebedürftiger Menschen durch die geförderten Projekte und Studien zu verbessern.

Wie und unter welchen Bedingungen die Lebensqualität Pflegebedürftiger und pflegender Ange-

höriger zukünftig weiter verbessert werden kann, sind zentrale Fragen, die in den verschiedenen Modellprojekten der Forschungsstelle Pflegeversicherung behandelt werden. Neue Forschungsansätze und Ergebnisse aus zwei Modellvorhaben, die im Jahr 2017 abgeschlossen wurden, verdeutlichen dies. In beiden Projekten wurde die jeweilige Intervention wissenschaftlich evaluiert und auf empirischer Basis bewertet.

Modellprojekt PLiP

Das Modellprojekt „Problemlösen in der Pflegeberatung (PLiP)“ hat Pflegeberaterinnen dreier Pflegekassen in der Anwendung des Problemlöse-Ansatzes geschult, der sodann in der Beratungspraxis eingesetzt wurde. Der Ansatz befähigt pflegende Angehörige, mithilfe eines Kartensets vorhandene Probleme und Ressourcen zu erkennen sowie Lösungen zu entwickeln. Die Wirksamkeit wurde auf der Ebene der teilnehmenden Pflegeberaterinnen und auf der Ebene der beratenen pflegenden Angehörigen gemessen.

Erwartungen von Nutzerinnen und Nutzern neuer Wohnformen

Hilfen zur Erhaltung der **Selbstständigkeit** und Hilfen als Lebenshilfe



Mit-/Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Wohnraum und Tagesgestaltung, bei der Personalbesetzung und Mitbewohnerschaft sowie Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen und **Verantwortungsteilung** bei der Umsetzung

Gewährleistung von **Versorgungssicherheit** möglichst rund um die Uhr, um nicht mehr umziehen zu müssen



Orte und Hilfen zur Förderung des sozialen Austauschs sowie Wohnortnähe zur Sicherung der **sozialen Einbindung**

Berücksichtigung ihrer Wünsche und **Lebensgewohnheiten** durch individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und Sicherung von Privatheit



Bezahlbarkeit der Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote

Im Ergebnis wird der Problemlöse-Ansatz von den Pflegeberaterinnen positiv bewertet, er zeigt eine signifikante Stärkung ihrer Beratungskompetenz und eine Reduktion ihrer Arbeitsbelastung. Auch in der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen zeigt der Ansatz deutliche Erfolge bei der Stressreduktion. Die Pflegekassen, die am Projekt teilnahmen, schätzen den Problemlöse-Ansatz und werden weiter mit ihm arbeiten.

Modellprojekt DeTaMAKS

Das Modellprojekt „Nicht-medikamentöse Aktivierungsmaßnahme für Menschen mit Demenz in der Tagespflege mit telefonischer Angehörigen-Kurzintervention zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (DeTaMAKS)“ hat in 34 Tagespflegeeinrichtungen mit über 450 Probandinnen und Probanden das Aktivierungsprogramm erprobt und evaluiert. Es wurde ursprünglich für die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger entwickelt, erprobt und evaluiert. MAKS enthält vier Module zur motorischen, alltagspraktischen, kognitiven Aktivierung und sozialen Einstimmung, von denen sich auch der Name der Aktivierungsmaßnahme ableitet. Für den Einsatz bei Demenzkranken in der Tagespflege wurde das MAKS-Programm zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. Es hat sich bei den Tagespflegebesucherinnen und -besuchern sowie bei deren pflegenden Angehörigen als wirksam erwiesen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe konnten die alltagspraktischen Fähigkeiten der demenzkranken Tagespflegebesucherinnen und -besucher stabilisiert und Kompetenzen erhalten werden.

Modellprogramm Neue Wohnformen

Wie neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen weiterentwickelt werden können, ist eine weitere wichtige Frage, mit der sich die Forschungsstelle Pflegeversicherung befasst. Bisher wissen wir noch immer zu wenig über die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität von neuen Wohnformen und darüber, ob diese auch die Erwartungen ihrer Nutzerinnen und Nutzer erfüllen. Ihre Perspektive steht konsequent im Fokus der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die

im Modellprogramm aufgenommenen 53 Projekte werden in ihrer Vielfalt entsprechend den folgenden festgelegten Evaluationskriterien untersucht:

- Nutzerorientierung
- Qualität der Versorgung
- Wirtschaftlichkeit
- Nachhaltigkeit
- Übertragbarkeit

Erste Ergebnisse des Modellprogramms wurden im Rahmen einer öffentlichen Zwischenbilanz im September 2017 beim GKV-Spitzenverband vorgestellt. Der Fokus lag hier auf den Zwischenergebnissen der Nutzerbefragungen. Diese erwarten u. a., dass die Hilfen in den Wohnangeboten ihre Selbstständigkeit unterstützen. Außerdem möchten über 90 % der bisher Befragten bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr umziehen.

Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit zu gewährleisten sind daher Anforderungen an die neuen Wohnformen, die im weiteren Verlauf im Modellprogramm auf Projektebene evaluiert werden. Aus den Projekterfahrungen berichtet und Lösungsansätze diskutiert werden, die dazu beitragen können, neue Wege zu beschreiten, z. B. im Rahmen der Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Besonders hervorzuheben ist an dieser Stelle ein Praxisprojekt, welches auf der IFA Berlin den Telematik-Award 2017 erhielt. In Kooperation zwischen einem Wohnungsunternehmen, einer Pflegekasse und weiteren Partnern ist es gelungen, 30 Bestandswohnungen hochaltriger und pflegebedürftiger Mieterinnen und Mieter mit altersgerechten Assistenzsystemen individuell auszustatten.

Selbstbestimmung und Versorgungssicherheit zu gewährleisten sind wichtige Anforderungen an die neuen Wohnformen.

Neue Qualitätsinstrumente in der Pflege

Der Qualitätsausschuss Pflege, in dem auch der GKV-Spitzenverband vertreten ist, hat als Verhandlungs- und Entscheidungsgremium der Pflege-Selbstverwaltung auf Bundesebene u. a. die Aufgabe, die Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflege wissenschaftlich weiterzuentwickeln. Hierzu wurden Aufträge an wissenschaftliche Institutionen vergeben.

Qualitätsprüfungen und -indikatoren

Für den stationären Bereich stellt die gesetzlich gewollte Verknüpfung von externen Qualitätsprüfungen mit Qualitätsindikatoren eine besondere Herausforderung dar. Die Qualitätsindikatoren

sollen zukünftig von allen Pflegeeinrichtungen erhoben und bundeseinheitlich ausgewertet werden. Die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen und die Qualitätsindikatoren sollen die Grundlage für die Information der Versicherten über

Die Qualitätsindikatoren sollen zukünftig von allen Pflegeeinrichtungen erhoben und bundeseinheitlich ausgewertet werden.

die Qualität der Pflegeeinrichtungen bilden und die bisherigen Pflegenoten ablösen.

Im ambulanten Bereich bilden die pflegerischen Maßnahmen einschließlich der Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege sowie die Betreuung der Pflegebedürftigen den Schwerpunkt. Erstmals wird auch für das Setting „Neue Wohnformen“ ein Konzept für eine Qualitätssicherung entwickelt, wobei die Qualitätsanforderungen der unterschiedlichen neuen Wohnformtypen berücksichtigt werden.

Qualitätssicherung von Beratungsbesuchen

Pflegegeldbeziehende haben zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden eine verpflichtende Beratung in ihrer Häuslichkeit nachzuweisen. Mit den vom Qualitätsausschuss Pflege zu beschließenden Empfehlungen werden die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Durchführung dieser Beratungsbesuche festgelegt. Die Empfehlungen dienen der Umsetzung eines bundesweit einheitlichen qualitätsgesicherten Beratungsangebots.

Kürzung der Pflegevergütungen

Der Qualitätsausschuss Pflege hat am 22. Dezember 2017 ein Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütungen von Pflegeeinrichtungen für die Fälle beschlossen, in denen Pflegeeinrichtungen ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen verletzt haben. Durch eine Gesetzesänderung, die der GKV-Spitzenverband begrüßt, kommt das Verfahren nicht nur dann zur Anwendung, wenn Qualitätsmängel festgestellt wurden, sondern auch, wenn eine Pflegeeinrichtung vorsätzlich oder über einen längeren Zeitraum die vereinbarte Personalausstattung nicht vorhält.



Aufgaben des Qualitätsausschuss Pflege

- Vergabe von Aufträgen zur Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für Qualitätsprüfung und -darstellung für die ambulante und stationäre Pflege
- Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen
- Entwicklung von ergänzenden Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität
- Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution für die Daten des indikatorengestützten Verfahrens (§ 113 Abs. 1b SGB XI)
- Vereinbarung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ambulant und stationär (§ 113 SGB XI)
- Vereinbarung zur Qualitätsdarstellung ambulant und stationär (§ 115 Abs. 1a SGB XI)
- Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards
- Vereinbarung eines Verfahrens zur Kürzung der Pflegevergütung
- Empfehlung für Beratungsbesuche



WAS IST
LEBENSQUALITÄT



LEBENSSENDE



Hospizrahmenvereinbarungen neu ausgerichtet

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland aus dem Jahr 2015 wurden die Ansprüche der GKV-Versicherten auf einen Zuschuss zu stationärer Versorgung in Hospizen erweitert. Folgende Gesetzesregelungen wurden getroffen:

- Auf Bundesebene ist eine eigenständige Rahmenvereinbarung für die Versorgung in Kinderhospizen durch den GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen stationärer Hospize maßgeblichen Spitzenorganisationen zu schließen.
- Eine einheitliche Rahmenvereinbarung soll die Hospizversorgung von Erwachsenen und Kindern in Deutschland regeln.
- In stationären Hospizen und Kinderhospizen sollen künftig bundesweit einheitliche Standards hinsichtlich Leistungsumfang und Qualität der zuschussfähigen Leistungen gelten, die durch die Rahmenvereinbarungspartner festzulegen sind.

Die neuen Rahmenvereinbarungen traten im Mai 2017 in Kraft und tragen dem gesetzlichen Auftrag der Standardsetzung sehr weitgehend Rechnung,

Ungeachtet der bundesweit einheitlichen Orientierung werden die konzeptionellen und regionalen Besonderheiten des jeweiligen Hospizes weiter berücksichtigt.

indem Regelungen zur erforderlichen Personalausstattung und zum Raumbedarf getroffen wurden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes war es dabei besonders wichtig, dass trotz der Standardisierung die notwendige Flexibilität der regionalen Vertragspartner nicht verloren geht. Die Festlegungen geben damit einerseits die geforderte bundesweit einheitliche Orientierung vor und lassen andererseits den erforderlichen Spielraum, um die konzeptionellen und regionalen Besonderheiten des jeweiligen Hospizes zu berücksichtigen.

Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015 wurde den zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die Möglichkeit eingeräumt, ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. den von ihnen betreuten und versorgten behinderten Menschen eine Beratung über die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anzubieten, um auf dieser Basis eigene Vorstellungen über die gewünschte Versorgung zu entwickeln und ggf. Festlegungen im Sinne von Patientenverfügungen zu treffen. Das Angebot wird für GKV-Versicherte durch die Krankenkassen finanziert.

Zur Umsetzung dieses neuen Leistungsanspruchs hat der GKV-Spitzenverband den gesetzlichen Auftrag, mit den Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen sowie der Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Bundesebene das Nähere über die Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung zu vereinbaren. Über diese Vereinbarung wurde Ende 2017 Einvernehmen erzielt, nachdem in einem sehr umfangreichen Stellungnahmeverfahren sämtliche zu beteiligenden Institutionen und Organisationen einbezogen worden waren. Die Vereinbarung ist zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten, sodass die Angebote im Jahr 2018 aufgebaut werden können.

WAS
BRINGT UNS DER
DIGITALE
WANDEL ?



Telematikinfrastruktur geht an den Start

Der GKV-Spitzenverband hat auch 2017 den Aufbau einer Telematikinfrastruktur durch die gematik eng begleitet. Der erste Schritt dieses komplexen IT-Großprojektes sieht die Erprobung und Einführung der Online-Anwendung Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) vor. Inhalt der Anwendung ist die Aktualitätsprüfung der Versichertendaten in Echtzeit (online) und dessen automatische Aktualisierung im Bedarfsfall sowie die Prüfung, ob ein gültiges Versichertenverhältnis besteht. Die Anwendung ist für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Einrichtungen verpflichtend.

Erprobung und Fehlerbehebung

Die Erprobung startete bereits Ende 2016 und endete im Juli 2017. Über den gesamten aktiven Erprobungszeitraum wurden 1.169.744 Onlineprüfungen durchgeführt. Begleitet wurden diese Tests von kontinuierlichen, umfangreichen Analysen und Auswertungen. Besonders betrachtet wurde im Hinblick auf signifikante Erprobungsergebnisse auch die Performance der Online-Anwendung unter Last. Diese Last ist insbesondere nach einem Quartalswechsel gegeben, da zu Beginn des Quartals die elektronischen Gesundheitskarten häufiger eingelesen werden.

Im Rahmen der Auswertung zeigte sich, dass die Vorgaben für die Bearbeitungszeiten der Onlineprüfungen weitestgehend erfüllt werden. Insbesondere die Fachdienste der Krankenkassen liefen in der Erprobung stabil. Um auftretenden Fehlern entgegenzuwirken, wurden durch die gematik Maßnahmen eingeleitet, sodass die Fehlerquote rückläufig war. Neben den technischen Analysen wurde die Erprobung in Hinblick auf Akzeptanz und Praxistauglichkeit bei den Anwendern auch wissenschaftlich evaluiert. Parallel zu den Erprobungsmaßnahmen in den Testregionen hat der GKV-Spitzenverband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) die notwendigen Finanzierungsver-

einbarungen zu den erforderlichen Erstausrüstungs- und Betriebskosten für die Roll-out-Phase getroffen.

Start des Online-Produktivbetriebs

Auf Basis der umfangreichen Erprobungsergebnisse haben die Gesellschafter der gematik Mitte des Jahres 2017 fristgerecht den Start des Online-Produktivbetriebs beschlossen und somit die aus dem E-Health-Gesetz drohenden Sanktionen verhindert. Die ursprünglich geplante zweite Erprobung in der Testregion Süd-Ost fand hingegen nicht mehr statt, weil der Losnehmer nicht in der Lage war, fristgerecht die notwendigen Komponenten bereitzustellen.

Die Industrie war nun mit dem Beschluss der Gesellschafter gefordert, auf Basis der Erkenntnisse aus der Erprobung teilweise neue Komponenten zu entwickeln. Diese mussten im Anschluss durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert, durch die gematik zugelassen und schließlich in ausreichender Menge produziert werden. Die Zertifizierungen und Zulassungen für erste Produkte lagen im November vor, sodass der tatsächliche bundesweite Roll-out im Jahr 2017 starten konnte.

Einführung weiterer Anwendungen beschleunigt

Nach der Einführung des VSDM ist als nächster Schritt die Einführung des Notfalldatenmanagements (NFDm) und des elektronischen Medikationsplans (eMP) vorgesehen. Hier drohen ebenfalls Sanktionen, sollten die im Zuge des E-Health-Gesetzes benannten Fristen nicht eingehalten werden. Zur Beschleunigung der Einführung dieser beiden Anwendungen haben die Gesellschafter der gematik Anfang September ein verändertes Vorgehen bzgl. der Erprobung beschlossen. Während das VSDM im Vergabemodell erprobt wurde, sollen diese beiden Anwendungen im Rahmen eines Marktmodells erprobt werden. Im Vergabemodell wurden noch die komplette Entwicklung und Erprobung ausgeschrieben und durch die gematik finanziert. Ende 2017 wurden

Über den gesamten aktiven Erprobungszeitraum wurden 1.169.744 Onlineprüfungen durchgeführt.

fristgerecht zum sanktionsbewehrten Termin aus dem E-Health-Gesetz die Spezifikationen und Zulassungsbedingungen für das NFDM und den eMP veröffentlicht. Die Industrie muss nun auf dieser Basis eigenständig als Investition für die Finanzierung im Wirkbetrieb die Anwendungen entwickeln. Eine Zulassungsbedingung stellt in diesem Zusammenhang ein eigeninitiativ durchgeführter Feldtest vor dem flächendeckenden Roll-out dar. Die notwendigen Ergänzungen zu den Finanzierungsvereinbarungen mit KBV und KZBV sind bereits unterschrieben. Die Finanzierungsvereinbarungen mit dem Deutschen Apotheker Verband

und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Refinanzierung der Ausstattungskosten werden derzeit verhandelt.

Zudem einigte sich die gematik im Auftrag ihrer Gesellschafter mit der beauftragten Industrie darauf, auf eine separate Entwicklung der qualifizierten Elektronischen Signatur (QES) und deren Erprobung zu verzichten. Hier ist zu erwarten, dass die nun geplante parallele Entwicklung von QES und medizinischen Anwendungen schneller erfolgen kann.

Eine Zulassungsbedingung stellt ein eigeninitiativ durchgeführter Feldtest vor dem flächendeckenden Roll-out dar.

Neue telemedizinische Leistungen: Telekonsil und Videosprechstunde

Infolge der gesetzlichen Aufträge aus dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fristgerecht zum 1. April 2017 weitere telemedizinische Leistungen für Vertragsärztinnen und -ärzte in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt:

- Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen (Telekonsil)
- Durchführung von Videosprechstunden

Für diese beiden telemedizinischen Anwendungen wurde jeweils in einem zweistufigen Verfahren zunächst eine technische Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV als Anlage zum Bundesmantelvertrag - Ärzte geschlossen. Diese beinhaltet u. a. Regelungen zum Datenschutz und zur Informationssicherheit. In einem zweiten Schritt wurden Vergütungsregelungen im EBM geschaffen.

Telekonsil

Für das Einholen einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung sowie die telekonsiliarische Befundung von Röntgen- und CT-Aufnahmen durch die Ärztin bzw. den Arzt wurden neue Leistungen

in den EBM aufgenommen, die auch die Kosten vergüten, die beim elektronischen Versand der Bilder entstehen.

Damit wird bei bestimmten medizinischen Sachverhalten ein schneller ärztlicher Austausch möglich. Ein Telekonsil kann dabei nur eingeholt werden, wenn komplexe und fachfremde Fragestellungen vorliegen. Der Austausch kann entweder zwischen Fachärztinnen und Fachärzten der gleichen Facharztgruppe oder mit Fachärztinnen und Fachärzten für Radiologie erfolgen.

Die Finanzierung der neuen Leistungen zum Telekonsil erfolgt in einem Einführungszeitraum von zwei Jahren zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), bevor eine Überführung in die MGV erfolgen kann.

Videosprechstunde

Videosprechstunden sollen eine telemedizinisch gestützte Betreuung von bekannten Bestandspatientinnen und -patienten ermöglichen, um wiederholt erforderliche persönliche Vorstellungen in der Arztpraxis zu ersetzen. Die Patientinnen und Patienten behalten dabei die uneingeschränkte Wahlmöglichkeit, ob die Konsultation in der Arztpraxis oder per Videosprechstunde durchgeführt werden soll.

Ein Telekonsil kann eingeholt werden, wenn komplexe und fachfremde Fragestellungen vorliegen.

Telekonsil

Einholender Arzt
(z. B. Orthopäde)



Elektronischer Versand der Röntgenbilder und Anforderung Zweitbefund



Erstellung und elektronischer Versand des Zweitbefundes

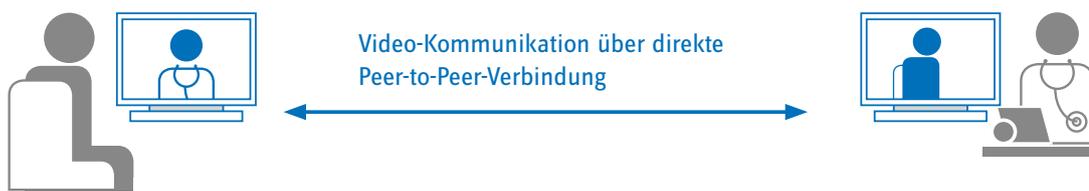
Konsiliararzt
(z. B. Radiologe)



Videosprechstunde

Patient

Arzt



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Für die Durchführung von Videosprechstunden haben der GKV-Spitzenverband und die KBV geeignete und zweckmäßige Krankheitsbilder und Indikationsbereiche definiert. Die Abbildung der ärztlichen Leistungen zur Durchführung von Videosprechstunden im EBM erfolgte dabei über bestehende EBM-Leistungen. Für die Vergütung von Kosten, die durch die Nutzung eines zertifizierten Videodienstbieters entstehen, wurde zudem ein Technik-Zuschlag in den EBM aufgenommen.

Da die ärztliche Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde die Beratung und die Verlaufskontrolle in einem persönlichen Kontakt zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten ersetzt, erfolgt die Finanzierung innerhalb der MGV. Der Technik-Zuschlag hingegen wird zunächst außerhalb der MGV finanziert.

Die Patientinnen und Patienten behalten die uneingeschränkte Wahlmöglichkeit, ob die Konsultation in der Arztpraxis oder per Videosprechstunde durchgeführt werden soll.

WIE

VIEL

SOLIDARITÄT

BRAUCHT

GESUNDHEIT

?

Finanzentwicklung weiterhin solide

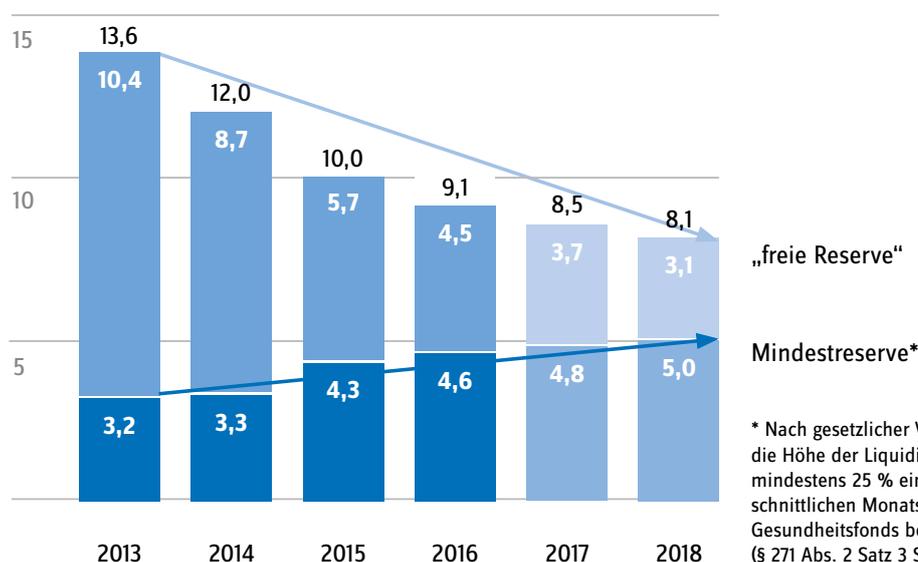
Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) konnte auch im Berichtsjahr 2017 eine solide Finanzentwicklung verzeichnen.** Zwar realisierte der Gesundheitsfonds ein Defizit von rd. 0,7 Mrd. Euro, doch fiel dieses Defizit gemessen an der gesetzlich vorgegebenen einmaligen Entnahme von 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve deutlich geringer aus, als ursprünglich eingeplant war. Das Defizit konnte problemlos aus der Liquiditätsreserve finanziert werden, ohne die gesetzliche Mindestreserve anzutasten. Die Krankenkassen können ihrerseits mit den noch ausstehenden Rechnungsergebnissen für das Gesamtjahr 2017 ein positives Ergebnis in der Größenordnung von deutlich über 2 Mrd. Euro erwarten. Die große Mehrheit der Krankenkassen konnte damit zum Jahreswechsel den jeweiligen Zusatzbeitragssatz stabil halten, 17 Krankenkassen konnten ihren Satz senken, acht Kassen mussten ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen.

Finanzentwicklung 2017

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder stiegen im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr mit 4,4 % wesentlich stärker, als dies im Herbst 2016 vom Schätzerkreis erwartet worden war (Prognose 2016: 3,9 %). Sie erreichten ein Volumen von 1.350 Mrd. Euro und verschafften dem Gesundheitsfonds bei einem unverändert geltenden allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % Beitragseinnahmen von rd. 197,1 Mrd. Euro. Einschließlich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (rd. 3,1 Mrd. Euro) und der um den Anteil der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung verminderten Bundesbeteiligung (rd. 14,4 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rd. 214,5 Mrd. Euro. Diesen Einnahmen wurden nach gesetzlicher Vorgabe einmalig für das Kalenderjahr 2017 zusätzlich 1,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve zuge-

Die Krankenkassen können mit den noch ausstehenden Rechnungsergebnissen für das Gesamtjahr 2017 ein positives Ergebnis erwarten.

Entwicklung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 2013-2018



führt. Die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds betragen damit rd. 216,0 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 214,7 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssigen Mittel in Höhe von 1,3 Mrd. Euro waren wiederum der Liquiditätsreserve gutzuschreiben. Im Ergebnis führte dies – unter Berücksichtigung der übrigen Finanzierungsverpflichtungen des Gesundheitsfonds für Innovations- und Strukturfonds sowie des Saldos aus dem Einkommensausgleich der Zusatzbeiträge – zu einem Jahresdefizit des Gesundheitsfonds von rd. 0,7 Mrd. Euro. Die Liquiditätsreserve sank damit zum Abschluss des Berichtsjahrs auf rd. 8,5 Mrd. Euro.

Die Liquiditätsreserve sank im Berichtsjahr auf rd. 8,5 Mrd. Euro.

Für die Ausgabenseite konnte sich der Schätzerkreis nicht auf eine einvernehmliche Prognose einigen. Nach der Bewertung des GKV-Spitzenverbandes stehen den Einnahmen der Krankenkassen aus Zuweisungen in Höhe von 214,7 Mrd. Euro fondsrelevante Ausgaben in Höhe von 227,2 Mrd. Euro gegenüber. Die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben beträgt demnach für 2017 rd. 12,5 Mrd. Euro. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesversicherungsamt (BVA) kommen dagegen mit einer Ausgabenprognose von 226,4 Mrd. Euro auf eine rechnerische Deckungslücke von rd. 11,6 Mrd. Euro. Die zur Finanzierung der Fondsunterdeckung im Jahr 2017 tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten zwischen 0,3 % und 1,8 %. Keine Krankenkasse konnte im Berichtsjahr auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Finanzprognose 2018

Für 2018 geht der GKV-Schätzerkreis von einem weiteren deutlichen Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 3,9 % auf 1.400 Mrd. Euro aus. Die Beitragseinnahmen inkl. der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung für das Jahr 2017 schätzt er auf rd. 207,9 Mrd. Euro. Zusammen mit der Beteiligung des Bundes in Höhe von rd. 14,4 Mrd. Euro ergibt sich ein Zuweisungsvolu-

men von insgesamt rd. 222,2 Mrd. Euro, das den Krankenkassen für das Jahr 2018 als Einnahme zugesichert wird. Aufgrund der vom Gesundheitsfonds zu tragenden Finanzierungsanteile für den Innovationsfonds (149 Mio. Euro) und den Strukturfonds (188 Mio. Euro) wird die Liquiditätsreserve zum Jahresende 2018 nach der Prognose von rd. 8,5 Mrd. Euro auf rd. 8,1 Mrd. Euro gemindert. Nach dem im Jahr 2013 erreichten Höchststand der Liquiditätsreserve von rd. 13,6 Mrd. Euro hätte der Gesundheitsfonds damit binnen fünf Jahren ein Volumen von 5,5 Mrd. Euro abgebaut.

Entsprechend den Schätzergebnissen für das Basisjahr 2017 konnte sich der Schätzerkreis auch für das Jahr 2018 nicht auf eine einvernehmliche Ausgabenprognose verständigen. Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2018 wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes auf 237,3 Mrd. Euro (+3,4 % je Versicherten), seitens BMG und BVA auf 236,2 Mrd. Euro (+3,3 % je Versicherten) geschätzt. Somit ergibt sich aus Sicht der Krankenkassen für 2018 eine Unterdeckung von 15,1 Mrd. Euro, aus Sicht von BMG und BVA von 14,0 Mrd. Euro. Während sich aus der Unterdeckung von 15,1 Mrd. Euro ein rechnerischer Zusatzbeitragsatz von 1,1 % ergibt, reicht zur Finanzierung von 14,0 Mrd. Euro ein rechnerischer Zusatzbeitragsatz von 1,0 % aus. Das für die Bestimmung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zuständige BMG ist erwartungsgemäß der Einschätzung der eigenen Finanzexpertinnen und -experten im GKV-Schätzerkreis gefolgt und hat im Oktober 2017 diesen Satz für 2018 mit 1,0 % bekanntgegeben. Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz dient zum einen als relevanter Zusatzbeitragsatz für die Beitragsberechnung bei bestimmten Mitgliedergruppen, deren Beiträge von Dritten getragen werden, z. B. für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II. Er dient zum anderen als Benchmark für den Beitragssatzwettbewerb der Krankenkassen.

Der GKV-Spitzenverband sah die Festlegung des BMG kritisch. Mit Blick auf die Ausgabenerwar-

tung der Krankenkassen und die notwendige langfristige Stabilität hatte er dafür plädiert, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz konstant bei 1,1 % zu belassen. Zwar befinde sich die Krankenversicherung in einer insgesamt guten Finanzsituation, dennoch lägen die Rücklagen der Krankenkassen insgesamt noch unter dem Niveau einer GKV-Monatsausgabe. Zudem seien die Rücklagen ungleich über die Krankenkassen verteilt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es daher richtig gewesen, den Stabilisierungsprozess der vergangenen Jahre fortzusetzen und den Zusatzbeitragssatz unverändert zu lassen.

** Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV im Berichtsjahr erfolgt aufgrund des frühen Erscheinens des Geschäftsberichts im Wesentlichen auf Basis der Ergebnisse der Herbstprognose des Schätzerkreises (Schätztableau vom 13. Oktober 2017). 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.

Aus Sicht der Krankenkassen ergibt sich für 2018 eine Unterdeckung von 15,1 Mrd. Euro, aus Sicht von BMG und BVA von 14,0 Mrd. Euro.

Vereinbarung zur Beitragseinzugskostenvergütung erzielt

Einigung nach langjährigem Ringen erzielt: Sechseinhalb Jahre nach Kündigung der Vereinbarung zur Beitragseinzugskostenvergütung wurde eine neue Vereinbarung abgeschlossen.

Die Krankenkassen haben im deutschen System der sozialen Sicherung die gesetzliche Aufgabe, den Gesamtsozialversicherungsbeitrag von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern einzuziehen. Als sogenannte Einzugsstellen nehmen sie die Beitragsnachweise über die zu zahlenden Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung an, entscheiden über Fragen der Versicherungspflicht und Beitragshöhe in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung und überwachen den Zahlungseingang. Die eingehenden Beiträge leiten sie arbeitstäglich den jeweiligen Empfängern - Gesundheitsfonds, Pflegekasse, Deutsche Rentenversicherung (DRV), Bundesagentur für Arbeit (BA) - weiter.

Auch die Renten- und die Arbeitslosenversicherung sowie die Künstlersozialkasse (KSK) übernehmen zur Sicherstellung der Einnahmen der Sozialversicherung gemeinsame Aufgaben. So obliegt z. B. der Rentenversicherung die Aufgabe der Betriebsprüfung bei den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Der Beitragseinzug für die Kranken- und Rentenversicherung der geringfügig Beschäftigten erfolgt durch die Minijob-Zentrale. Die Beteiligten erhalten nach dem Gesetz für ihre jeweilige Aufgabenerfüllung wechselseitig pauschale Vergütungen, deren Höhe und Verteilung sie in einer gemeinsamen Vereinbarung zu regeln haben. Die Krankenkassen, die die Hauptlast des Beitragsverfahrens tragen, erhalten folgerichtig auch die höchste Nettovergütung. Vereinbarungspartei für die Krankenkassen ist der GKV-Spitzenverband.

Bereits im Mai 2011 hatte die BA die Vereinbarung zur Einzugskostenvergütung gekündigt. Auf die Kündigung folgten kontroverse und langwierige Verhandlungen. Eine Nachwirkungsklausel stellte sicher, dass kein vertragloser Zustand entstand, sondern die gekündigte Vereinbarung weiter schwebend wirksam war. Erst im Mai 2015 konnte zwischen den Vereinbarungsparteien eine Interimsvereinbarung abgeschlossen werden, die die Höhe der Einzugskostenvergütung für die Jahre 2014 bis 2016 regelte und die Prozessschritte zum Abschluss einer neuen Vereinbarung definierte. Im ersten Schritt wurden im Herbst 2015 die Kosten der zu vergütenden Prozesse bei 21 freiwillig mitwirkenden Krankenkassen aus allen Kassenarten sowie bei der BA und der DRV Bund erhoben. Auf dieser Grundlage sollte im zweiten Schritt eine gemeinsame Facharbeitsgruppe bis Mitte 2016 eine neue Vergütungsvereinbarung erarbeiten und eine Empfehlung über die Höhe der Einzugskostenvergütung ab dem Jahr 2017 aussprechen.

Die Beratungsergebnisse der gemeinsamen Facharbeitsgruppe drohten in ein Schlichtungsverfahren zu gehen. Im August 2017 unterbreitete die BA einen neuen Vorschlag für eine Verhandlungslösung. Auf dieser Basis haben die Vereinbarungspartner schließlich eine Einigung erzielt. Im November 2017 konnten die BA, die DRV Bund, die KSK und der GKV-Spitzenverband die neue Vereinbarung abschließen. Die Einigungsfähigkeit der selbstverwalteten Sozialversicherung bei dieser schwierigen, von Interessengegensätzen geprägten Thematik konnte damit erfolgreich unter Beweis gestellt werden.

WIE
GUT
IST
EUROPA



FÜR
MEINE
GESUNDHEIT



Sensibler Umgang mit Gesundheitsdaten

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) wird im Mai 2018 in allen Mitgliedstaaten unmittelbar Anwendung finden. Im Jahr 2017 hat der Gesetzgeber diesem Umstand Rechnung getragen und erste gesetzgeberische Umsetzungsschritte mit dem Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz und den Änderungen im SGB I sowie SGB X eingeleitet. Auch in den übrigen Sozialgesetzbüchern müssen die weiteren bereichsspezifischen Anpassungen bis zum oben genannten Stichtag vorgenommen werden. Mit Blick auf die notwendigen spezifischen Änderungen in den für

Beim Umgang mit Sozialdaten, zu denen auch die Gesundheitsdaten zählen, legen die Kranken- und Pflegekassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben höchsten Wert auf den Datenschutz.

die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen maßgeblichen Sozialgesetzbüchern hat der GKV-Spitzenverband frühzeitig Positionen erarbeitet und diese gegenüber den politischen Entscheidungsträgern kommuniziert.

Die Kranken- und Pflegekassen erheben und verarbeiten im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben eine Reihe von Sozialdaten, deren Bestandteil auch Gesundheitsdaten sind. Es handelt sich dabei auch um Daten, die über die reine Abrechnung von Leistungen, die Feststellung der Versicherungspflicht, die Inanspruchnahme und die Finanzierung von Leistungen hinausgehen. Der Gesetzgeber verpflichtet die Kranken- und Pflegekassen ebenfalls dazu, eine qualitativ wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen und weist ihnen dabei eine Beratungs-, Steuerungs- und Lotsenfunktion zu. Beim Umgang mit Sozialdaten, zu denen auch die Gesundheitsdaten zählen, legen die Kranken- und Pflegekassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben höchsten Wert auf den Datenschutz sowie auf die notwendige Transparenz, damit Versicherte ihre Datenschutzrechte adäquat ausüben können.

Versorgungssteuerung und -forschung ermöglichen

Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Positionierung wiederholt deutlich gemacht, dass die Aufgabenerfüllung der Krankenkassen unter Anwendung der DSGVO nicht beeinträchtigt

werden darf. Darüber hinaus besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weiterer inhaltlicher Anpassungsbedarf. Die datenschutzrechtlichen Regelungen für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen müssen im Kontext der vielfältigen gesetzlich normierten Aufgabenzuweisungen, insbesondere mit Blick auf Digitalisierung und neue Versorgungsangebote für die Versicherten, adäquat angepasst werden.

Die Möglichkeit der Versorgungsforschung unter Nutzung pseudonymisierter und anonymisierter Daten muss auch in Zukunft bei Geltung der DSGVO möglich bleiben. Die hier gewonnenen Erkenntnisse liefern wichtige epidemiologische und krankheitsbezogene Hinweise. Sie können Aufschluss über die Interaktion verschiedener Krankheitsbilder und deren Risikofaktoren geben sowie Hinweise zur Ausgestaltung von Versorgungsangeboten liefern. Die etablierte Verwendung pseudonymisierter und anonymisierter Daten gewährleistet einen hohen Datenschutz für die Versicherten.

Versorgungssteuerung und -management zählen zu den Aufgaben der Krankenkassen. Mit Versorgungsmanagement-Programmen, Modellvorhaben, Disease-Management-Programmen, Case Management sowie im Bereich „Besondere Versorgung“ (Integrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgung) können Krankenkassen Versicherte unterstützen, wenn die notwendigen Erkenntnisse über die individuelle Fall- und Versorgungskonstellation vorhanden sind. Bislang erschweren die geltenden datenschutzrechtlichen Regelungen diesen Auftrag. Der GKV-Spitzenverband fordert daher, die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, um die Versorgungssteuerung als Kernkompetenz der Krankenkassen zu stärken und diese im Gesetz angelegte Rolle der Krankenkassen zum Nutzen der Versicherten zu festigen.

Soziale Sicherheit europaweit koordinieren

Die Europäische Kommission beabsichtigt, die bestehenden Vorschriften zur Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme in Europa fairer und anwendungsfreundlicher zu gestalten. Die Koordinierungsverordnungen sollen sicherstellen, dass EU-Bürgerinnen und -Bürger auch dann, wenn sie beispielsweise als Touristinnen oder Touristen, zum Studieren oder Arbeiten in ein anderes Land reisen oder dort wohnen, immer von einem System der sozialen Sicherheit erfasst sind und dort die gleichen Rechte haben wie Einheimische. Die Koordinierungsvorschriften sollen leichter durchsetzbar sein, um so Fehler oder gar Betrug zu vermeiden.

Im Dezember 2016 hatte die Europäische Kommission einen Vorschlag zur Überarbeitung der Koordinierungsverordnungen vorgelegt. Im Fokus stand u. a. die Koordinierung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs folgend werden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit bei der europäischen Koordinierung bereits heute wie Gesundheitsleistungen behandelt. Die Europäische Kommission sieht nun vor, ein eigenes Kapitel für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und eine gemeinsame Definition dieser Leistungen zu schaffen. Außerdem beabsichtigt sie, alle Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in den Mitgliedstaaten aufzulisten. Hiermit soll der spezifischen Natur der Pflegeleistungen besser Rechnung getragen werden. Gleichzeitig folgen die Regeln auch zukünftig den Prinzipien der Koordinierung der Leistungen bei Krankheit.

Leistungen gemeinsam regeln

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes tragen eine gemeinsame Definition und die Auflistung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu mehr Transparenz und einer besseren Anwendung des Koordinierungsrechts bei. Ein eigenes Kapitel für Pflege zu schaffen, würde jedoch zu Erschwernissen für EU-Bürgerinnen und -Bürger oder sogar Anspruchsverlusten führen, da viele Mitgliedstaaten kein eigenes Pflegeversicherungssystem haben.

Der GKV-Spitzenverband hat sich daher gegenüber der Bundesregierung, der Europäischen Kommission und dem Europaparlament dafür ausgesprochen, Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit gemeinsam zu regeln. Durch entsprechende Anpassung der bestehenden Regelungen kann die Pflege transparenter koordiniert werden, ohne dass es zu unerwünschten Abweichungen von der bisherigen Koordinierung und zu Nachteilen für Versicherte kommt.

Die Verhandlungen über den Verordnungsvorschlag werden im Jahr 2018 fortgeführt.

Die Koordinierungsverordnungen sollen sicherstellen, dass EU-Bürgerinnen und -Bürger, wenn sie in ein anderes Land reisen oder dort wohnen, immer von einem System der sozialen Sicherheit erfasst sind und dort die gleichen Rechte haben wie Einheimische.



Konsultationen zu gesundheitspolitischen Themen auf EU-Ebene

Zugang zu Sozialschutz

Die Europäische Säule sozialer Rechte fordert die Verbesserung des Zugangs zu sozialer Sicherung für Selbstständige und atypisch Beschäftigte. Die Europäische Kommission beabsichtigt, im Jahr 2018 eine Initiative vorzulegen. Bei Gesundheit und Pflege sieht die Europäische Kommission in einigen Ländern Sicherungslücken. Der digitale Wandel in der Arbeitswelt könnte diese Probleme weiter verschärfen.

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

- Das Prinzip „Versicherungsschutz für alle“ ist in Deutschland weitestgehend verwirklicht.
- Ein hohes Sozialschutzniveau in allen EU-Mitgliedstaaten ist die Grundlage des langfristigen wirtschaftlichen und politischen Zusammenhalts der EU.
- Der Austausch bewährter Praktiken auf europäischer Ebene kann die Mitgliedstaaten dabei unterstützen, das Ziel angemessenen Sozialschutzes umzusetzen.

Wandel in Gesundheit und Pflege im digitalen Binnenmarkt

Die Europäische Kommission beabsichtigte zu ermitteln, wie digitale Innovationen die Gesundheit der Menschen sowie die Gesundheitssysteme verbessern können. Im Fokus standen der grenzüberschreitende Zugang zu personenbezogenen Gesundheitsdaten, deren Nutzung zu Forschungszwecken und die sich ändernde Rolle der Versicherten.

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

- Bei Behandlungen im Ausland kann es sinnvoll sein, Behandlungsdaten und Informationen über die Verschreibung von Arzneimitteln grenzüberschreitend auszutauschen. Hierfür wird derzeit die sogenannte eHealth Digital Service Infrastructure aufgebaut.
- Für die Gesundheitsforschung können einzelne Versicherte auf Wunsch ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten zur Verfügung stellen. Ein darüber hinausgehender Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den Gesundheitssystemen wird als kritisch erachtet.
- Die Digitalisierung kann die Rolle der Patientinnen und Patienten stärken. Wesentlich für die Qualität der Versorgung ist jedoch deren systematische Verbesserung und Überprüfung.

Hohe Bewertungsstandards für Medikamente halten

Die Europäische Kommission hat eine Konsultation zur Stärkung der EU-weiten Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologie (Health Technology Assessment, HTA) eingeleitet. Das Spektrum ihrer Überlegungen reicht dabei von einer langfristigen, freiwilligen Kooperation in diesem Bereich bis hin zur gemeinsamen Erstellung vollständiger Nutzenbewertungen für Arzneimittel und Medizinprodukte auf EU-Ebene und einer verbindlichen Nutzung dieser Bewertungen in den Mitgliedstaaten. Im Januar 2018 hat die Europäische Kommission einen Verordnungsvorschlag hierzu vorgelegt.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt in seinem Konsultationsbeitrag die Diskussion über die Stärkung der EU-weiten HTA-Zusammenarbeit insbesondere bei Arzneimitteln und Medizinprodukten. Aus seiner Sicht sind Unterschiede in den Bewertungsverfahren der Mitgliedstaaten und deren Ergebnisse jedoch nicht problematisch. Diese spiegeln voneinander abweichende Präferenzen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Besonderheiten der Gesundheitssysteme wider. Negative Auswirkungen auf Innovation oder unternehmerische Planungssicherheit gibt es nicht.

Freiwillige Kooperationen sinnvoll

Im deutschen Gesundheitssystem sind Nutzenbewertung, Beschluss über den Zusatznutzen und Preissetzung voneinander getrennt.

Neue Arzneimittel, medizinische Verfahren und Medizinprodukte stehen schnell für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung und werden zügig bewertet. Die Bewertungsverfahren und -entscheidungen werden veröffentlicht und sind daher transparent.

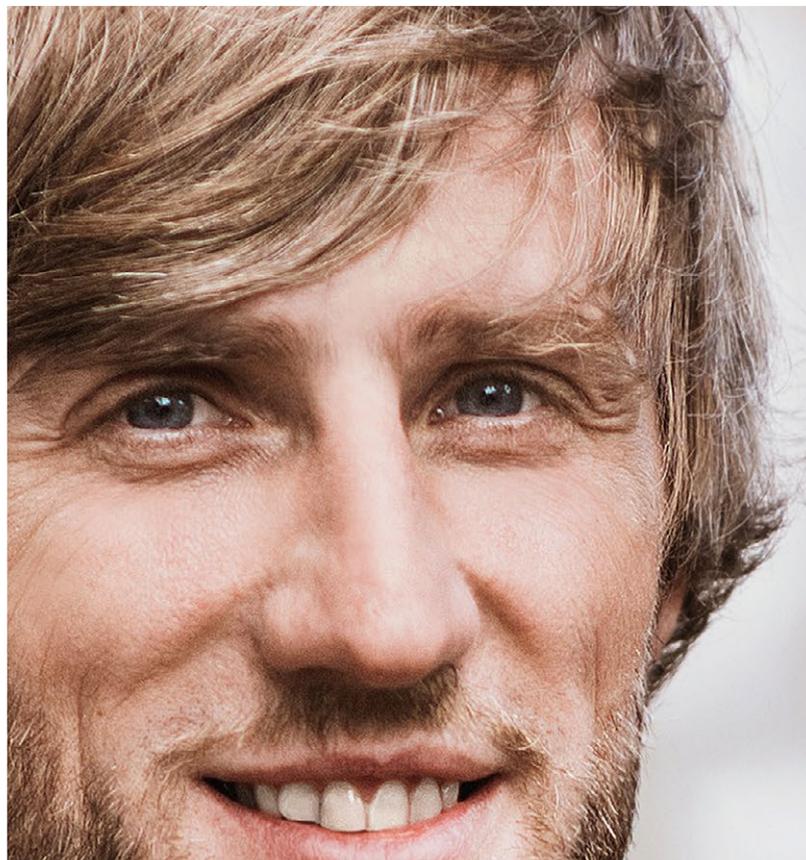
Der Austausch von Meinungen und die Diskussion methodischer Fragen in der EU können auch für nationale Verfahren wichtige Impulse geben.

Die bisherige europäische Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologie ist nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes grundsätzlich nützlich, da ein Austausch von Meinungen und die Diskussion methodischer Fragen in der EU auch für nationale Verfahren wichtige Impulse geben können. Die Ergebnisse der Zusammenarbeit auf EU-Ebene werden bislang jedoch zu spät veröffentlicht, um sie in die Bewertungsverfahren in Deutschland einzubeziehen.

Der GKV-Spitzenverband und die European Social Insurance Plattform sprechen sich dafür aus, die Kooperation bei der Bewertung von Gesundheitstechnologie auf europäischer Ebene über das Jahr 2020 hinaus fortzusetzen. Die Kooperation und die Aufnahme neuer Konzepte in einzelnen Mitgliedstaaten müssen aber weiterhin freiwillig bleiben.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die nationalen Bewertungsorganisationen bei der Steuerung und Organisation der zukünftigen Zusammenarbeit die zentrale Rolle spielen. Die Europäische Arzneimittelagentur hingegen ist nicht geeignet, die zukünftige europäische Zusammenarbeit im Bereich HTA zu steuern oder zu organisieren.

**WER
VERSORGT
MICH**



IM

AUSLAND?

Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme

Wenn ein Versicherter eines ausländischen Krankenversicherungsträgers in Deutschland behandelt wird, hat die gewählte deutsche Krankenkasse ein großes Interesse daran, für die verauslagten Kosten möglichst schnell eine Erstattung zu erhalten. Nach den heutigen Bestimmungen sollen diese Kosten innerhalb von 18 Monaten ausgeglichen werden. Dieser lang erscheinende Zeitraum liegt in der aktuell noch weit verbreiteten papiergebundenen Kommunikation begründet. Forderungen und Verpflichtungen der deutschen gesetzlichen Krankenkassen halten sich ungefähr die Waage, wobei es kassenindividuell starke Unterschiede gibt.

Beschleunigung der grenzüberschreitenden Kostenabrechnung

Ab Juli 2019 soll in der EU alle grenzüberschreitenden Nachrichtenübermittlung auf dem elektronischen Weg erfolgen. Ziel des neuen Arbeitsprozesses ist es, die Prüfung und Klärung von Forderungen deutlich zu beschleunigen. Mit einer nachhaltigen Wirkung ist Ende 2020 zu rechnen, weil bis dahin noch Papiervorgänge in signifikanter Menge zu erwarten sind.

Der GKV-Spitzenverband hat bereits jetzt eine Verkürzung der aktuell geltenden Zahlungsfristen in die Diskussionen eingebracht. Dafür ist eine Änderung der einschlägigen Bestimmungen auf europäischer Ebene notwendig. Da diese deutlich seltener angepasst werden als nationale Bestimmungen, hat sich der GKV-Spitzenverband frühzeitig gegenüber der Bundesregierung, der Europäischen Kommission und dem Europaparlament dafür ausgesprochen, die im Bereich der Kostenabrechnung geltenden Fristen zu gegebener Zeit zu verkürzen. Die gegenwärtig aufgrund langer Zahlungsfristen auftauchenden Liquiditätsprobleme können auf diese Weise reduziert werden.

Im Jahr 2018 sollen insbesondere über die Europäische Kommission die Weichen für eine Verkürzung der Zahlungsfristen gesetzt werden. Dies ist erforderlich, um in der Folge die angestrebte Änderung der gesetzlichen Bestimmungen auf europäischer Ebene erreichen zu können.

Anwendbares Sozialversicherungsrecht

Auch hinsichtlich der Regelungen, in welchem Staat eine Person sozialversichert ist, wenn sie grenzüberschreitend tätig ist, hat die Europäische Kommission Änderungen vorgeschlagen. Diese sollen vor allem sicherstellen, dass Sozialversicherungsbeiträge für eine grenzüberschreitend tätige Person tatsächlich in dem dafür zuständigen Staat abgeführt werden. Insbesondere wurde Folgendes vorgeschlagen:

- Ein konkreteres Verfahren zur Klärung von Einzelfällen, bei denen die Träger der jeweiligen Staaten unterschiedlicher Auffassung darüber sind, in welchem Staat eine Person zu versichern ist.
- Stärkung des Grundsatzes, dass Sozialversicherungsbeiträge stets in dem Staat zu leisten sind, in dem eine Tätigkeit tatsächlich ausgeübt wird.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die meisten der im Kontext des anwendbaren Rechts vorgeschlagenen Änderungen. Aus seiner Sicht ist es mit Blick auf die hohe Mobilität von Arbeitskräften innerhalb der EU erforderlich, gemeinsame Standards zu definieren und konsequent durchzusetzen.

Im Jahr 2018 sollen die Weichen für eine Verkürzung der Zahlungsfristen gestellt werden.

WAS
LEISTET
DIE
GKV?

Kommunikationsschwerpunkte 2017

Das Jahr 2017 war für den GKV-Spitzenverband in Sachen externer Kommunikation geprägt durch gemeinsame Projekte mit der scheidenden Bundesregierung. Gleich zum Jahresanfang stellte der GKV-Spitzenverband zusammen mit dem Bundessozialministerium das neue „Arbeitgeberportal Sozialversicherung“ vor. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen bekommen unter www.informationsportal.de nun Hilfe bei komplexen Fragen rund um das Melde- und Beitragsrecht in der Sozialversicherung. Wenige Monate später folgte der GKV-Spitzenverband der Einladung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und bildete zusammen mit anderen Institutionen die „Allianz für Gesundheitskompetenz“. Im Oktober präsentierte der Normenkontrollrat gemeinsam mit den Trägern der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und dem Bundesgesundheitsministerium in den Räumen des GKV-Spitzenverbandes eine Zwischenbilanz des Entbürokratisierungsprojekts „Mehr Zeit für Behandlung“. Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die kommende Legislaturperiode sowie Schwerpunkte aus den Bereichen Arzneimittel, Finanzen, ambulante Versorgung, Krankenhaus und Pflege konnte der Verband medienwirksam setzen.

Relaunch des Intranets

Einen neuen Anstrich erhielt 2017 das Intranet des GKV-Spitzenverbandes. Erstmals gibt es nun eine gemeinsame Plattform für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – egal, ob sie in Bonn oder Berlin arbeiten. Mit dem Relaunch wurden mehrere Social-Media-Elemente implementiert, die optische Oberfläche verändert und die Nutzerfreundlichkeit verbessert. Die Neuausrichtung des Intranets zielte zugleich auch auf funktionale Punkte: Alle relevanten Dokumente und Informationen sind nun an einem Ort gebündelt, interne Informationswege werden verkürzt und Inhalte können schneller von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern abgerufen werden. Auch der direkte Austausch untereinander ist nun möglich. Als Ergebnis sollen die Arbeitsabläufe transparenter und nachvollziehbarer werden und sich – im besten Fall – auch verkürzen.

In den Entwicklungsprozess wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen. Dies sorgte von Anfang an für eine breite Akzeptanz und großes Interesse. Das neue Intranet wird in den kommenden Monaten systematisch weiterentwickelt und zukünftig zum zentralen internen Kommunikationsmedium des GKV-Spitzenverbandes ausgebaut.

Erstmals gibt es nun eine gemeinsame Plattform für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – egal, ob sie in Bonn oder Berlin arbeiten.



**WAS
PASSIERT
MIT
MEINEN
BEITRÄGEN**
?



Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2016

Im März 2017 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2016 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO. Geprüft wurde außerdem die „Bearbeitung und Auszahlung des Sicherstellungszuschlags für Hebammen gemäß § 134a Abs. 1b SGB V“ sowie „Rückstellungen des GKV-Spitzenverbandes“. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk. In seiner Sitzung vom 28. Juni 2017 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2016 ab.

Verbandsbeitrag 2017

Der Haushaltsplan 2017 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 194,9 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes sowie folgende Umlagefinanzierungen:

- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA-Teilhaushalt)
- Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach § 20a SGB V
- Sicherstellungszuschlag für die Hebammen nach § 134a Abs. 1b SGB V
- Förderung besonderer Therapieeinrichtungen nach § 65d SGB V
- Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik)
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD) nach § 65b SGB V
- Datentransparenz nach §§ 303a bis 303f SGB V

Haushalt 2018

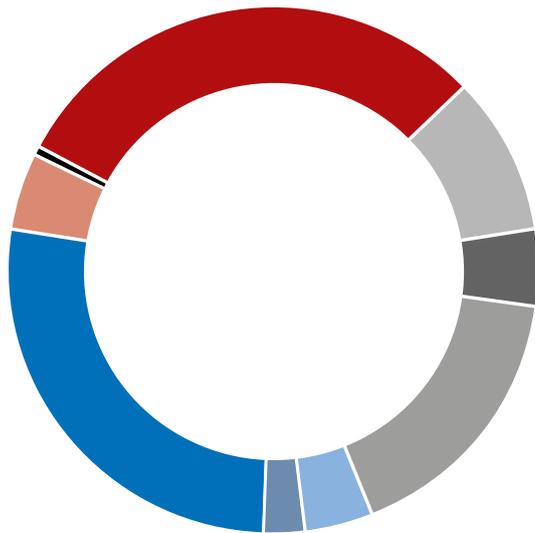
Der vom Vorstand am 13. November 2017 aufgestellte Haushaltsplan 2018 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im November 2017 einstimmig beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 168,6 Mio. Euro festgesetzt. Er sinkt damit gegenüber dem Vorjahr um 26,3 Mio. Euro. Dies ist insbesondere auf die geringere Umlage zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zurückzuführen.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasste für das Jahr 2017 insgesamt 470,72 Planstellen. Davon entfielen auf den Standort Berlin 353,86 Soll-Stellen und auf die DVKA 116,86 Soll-Stellen, wobei davon 14,36 Soll-Stellen mit einem Sperrvermerk versehen waren. In der Sitzung des Verwaltungsrats am 22. März 2017 wurde eine kurzfristige Besetzung von zunächst fünf der gesperrten Stellen beschlossen. Der Sperrvermerk für die restlichen 9,36 Stellen wurde in der Sitzung des Verwaltungsrats am 15. November 2017 aufgehoben.

Am 1. Dezember 2017 waren 455,65 Stellen besetzt, davon 353,15 am Standort Berlin und 102,5 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt 96,8 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 99,8 %, bei der DVKA 87,7 %.

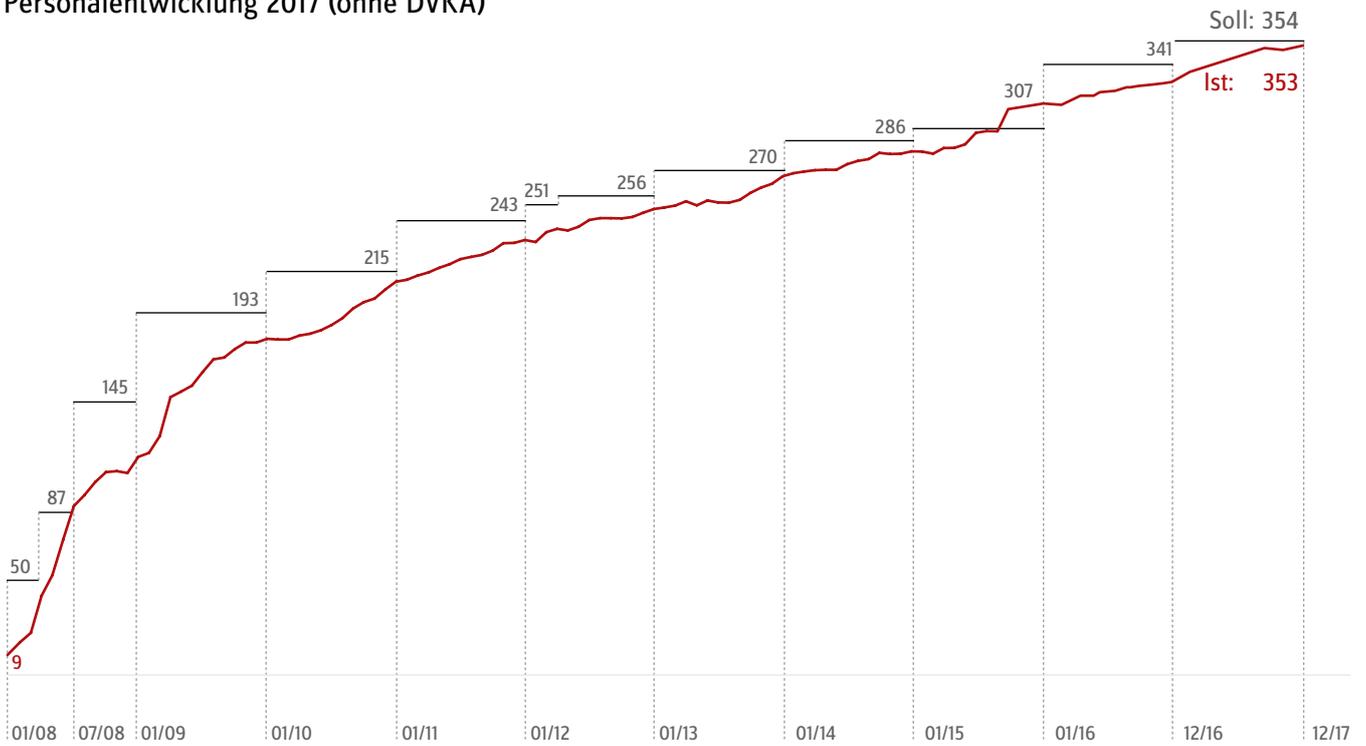
Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2017



■ Beitrag Kernhaushalt	58.788.000 €	
■ DVKA	18.685.000 €	
■ MDS	9.538.000 €	
■ BZgA	32.600.000 €	
■ Sicherstellungszuschlag Hebammen	7.744.000 €	
■ Besondere Therapieeinrichtungen	5.000.000 €	
<hr/>		
Beitrag GKV-Spitzenverband	132.355.000 €	Kosten je Versicherter 1,85 €
■ gematik	52.558.000 €	
■ UPD	9.217.000 €	
■ Datentransparenz	794.000 €	
<hr/>		
Umlage - Weitere Haushaltsbestandteile	62.569.000 €	Kosten je Mitglied 1,13 €
<hr/>		
Gesamtverbandsbeitrag	194.924.000 €	

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Personalentwicklung 2017 (ohne DVKA)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2017

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 Aesculap
23. BKK Akzo Nobel Bayern
24. BKK B. Braun Melsungen AG
25. BKK BPW Bergische Achsen KG
26. BKK Deutsche Bank AG
27. BKK Diakonie
28. BKK EUREGIO
29. BKK EVM
30. BKK EWE
31. BKK exklusiv
32. BKK Faber-Castell & Partner
33. BKK firmus
34. BKK Freudenberg
35. BKK Gildemeister Seidensticker
36. BKK GRILLO-WERKE AG
37. BKK Groz-Beckert
38. BKK HENSCHEL Plus
39. BKK Herford Minden Ravensberg
40. BKK Herkules
41. BKK KARL MAYER
42. BKK KBA
43. BKK Linde
44. BKK MAHLE
45. BKK Melitta Plus
46. BKK Miele
47. BKK MTU
48. BKK PFAFF
49. BKK Pfalz
50. BKK ProVita
51. BKK Public
52. BKK Rieker.RICOSTA.Weisser
53. BKK RWE
54. BKK Salzgitter
55. BKK Scheufelen
56. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
57. BKK STADT AUGSBURG
58. BKK Technoform
59. BKK Textilgruppe Hof
60. BKK VDN
61. BKK VerbundPlus
62. BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
63. BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE
64. BKK Werra-Meissner
65. BKK Wirtschaft & Finanzen
66. BKK Würth
67. BKK ZF & Partner
68. BKK_DürkoppAdler
69. BKK24
70. BMW BKK
71. Bosch BKK
72. Brandenburgische BKK
73. Continentale Betriebskrankenkasse
74. Daimler Betriebskrankenkasse
75. DAK-Gesundheit
76. Debeka BKK
77. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
78. Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
79. energie-Betriebskrankenkasse
80. Ernst & Young BKK
81. HEK-Hanseatische Krankenkasse
82. Heimat Krankenkasse
83. Handelskrankenkasse (hkk)
84. IKK Brandenburg und Berlin
85. IKK classic
86. IKK gesund plus
87. IKK Nord

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

Stichtag: 1. Januar 2018

Fusionen im Jahr 2017

Vereinigte Kasse

BKK24

BKK Pfalz

Metzinger Betriebskrankenkasse

BARMER

Fusionspartner

BKK24
BKK advita

BKK Pfalz
BKK Vital

BKK MEM
Metzinger Betriebskrankenkasse

BARMER GEK
Deutsche BKK

Stichtag: 1. Januar 2018

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

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

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Blum, Leo	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	Handelskrankenkasse (hkk)
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Unzeitig, Roland	Techniker Krankenkasse
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Baki, Brigitte	AOK Hessen
Becker-Müller, Christa	DAK-Gesundheit
Berger, Silvia	IKK Südwest
Bink, Klaus-Dieter	AOK NORDWEST
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
Bumb, Hans-Werner	DAK-Gesundheit
Christen, Anja	BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
Coors, Jürgen	Daimler BKK
Date, Achmed	BARMER
Decho, Detlef	Techniker Krankenkasse
Dollmann, Klaus	BARMER
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
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse
Gransee, Ulrich	AOK Niedersachsen
Hauffe, Ulrike	BARMER
Heinemann, Bernd	BARMER
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Hoppe, Klaus	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Höhm, Ralf	BARMER
Hüfner, Gert	Knappschaft
Jena, Matthias	AOK Bayern
Kaczmarek, Irina	IKK classic
Karp, Jens	IKK Nord
Kloppich, Iris	AOK PLUS
Knerler, Rainer	AOK Nordost
Knöpfle, Manfred	BKK Stadt Augsburg
Korschinsky, Ralph	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Lambert, Knut	AOK Nordost
Leitloff, Rainer	DAK-Gesundheit
Lubitz, Bernhard	HEK-Hanseatische Krankenkasse
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Salzmann, Rainer	BKK B. Braun Melsungen AG
Schmidt, Günther	BARMER
Schneider, Norbert	Techniker Krankenkasse

Name	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	Handelskrankenkasse (hkk)
Sonntag, Dr. Ute	BARMER
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Stensitzky, Annette	Techniker Krankenkasse
Vater, Birgit	BARMER
Vieweg, Johanna	Techniker Krankenkasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Beetz, Jürgen	Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
Bruns, Rainer	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer Michael	AOK Baden-Württemberg
Diehl, Mario	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Empl, Martin	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 Betriebskrankenkasse
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lang, Dr. Klaus	pronova BKK
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (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
Sölller, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Steigerwald, Claus	BKK Faber-Castell & Partner
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen
Witt, Axel	Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 3. Amtsperiode (2018-2023)

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Auerbach,Thomas	BARMER
Balsler, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beier, Angelika	AOK Hessen
Berking, Jochen	BARMER
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
Firsching, Frank	AOK Bayern
Hamers, Ludger	VIACTIV Krankenkasse
Holz, Elke	DAK-Gesundheit
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Kloppich, Iris	AOK PLUS
Kolsch, Dieter	AOK Rheinland/Hamburg
Lambertin, Knut	AOK Nordost
Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Lohre, Dr. Barbara	BARMER
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Roer, Albert	BARMER
Römer, Bert	IKK classic
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schröder, Dieter	DAK-Gesundheit
Schuder, Jürgen	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Schultze, Roland	Handelskrankenkasse (hkk)
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Bley, Alexander	SIEMAG BKK
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Dohm, Rolf	pronova BKK
Dombrowsky, Dr. Alexander	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Empl, Martin	SVLFG
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
Heß, Johannes	AOK NORDWEST
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Meinecke, Christoph	AOK Niedersachsen
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Parvanov, Ivor	AOK Bayern
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ries, Manfred	BKK ProVita
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg
Schrörs, Dr. Wolfgang	Handelskrankenkasse (hkk)
Thomas, Dr. Anne	Techniker Krankenkasse
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 3. Amtsperiode (2018-2023)

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Baki, Brigitte	AOK Hessen
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Berger, Silvia	IKK Südwest
Böntgen, Rolf-Dieter	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
Böttcher, Mario	BARMER
Brück, Peter	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Büricke, Andrea	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Coors, Jürgen	Daimler Betriebskrankenkasse
Decho, Detlef	Techniker Krankenkasse
Dorneau, Hans Jürgen	BAHN-BKK
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
Ermler Christian	BARMER
Frackmann, Udo	Techniker Krankenkasse
Fritz, Anke	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Funke, Wolfgang	BARMER
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse
Grellmann, Norbert	IKK classic
Hauffe, Ulrike	BARMER
Hindersmann, Nils	Knappschaft
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Huppertz, Claudia	BAHN-BKK
Karp, Jens	IKK Nord
Kautzmann, Beate	BARMER
Korschinsky, Ralph	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kuklenski, Mirko	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Lohre, Karl Werner	BARMER
Löwenstein, Katrin von	BARMER
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Mirbach, Helmut	DAK-Gesundheit
Mohr, Hans-Dieter	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Nimz, Torsten	Handelskrankenkasse (hkk)
Plaumann, Karl-Heinz	BARMER
Rahmann, Petra	Techniker Krankenkasse
Reimer, Jürgen	AOK NORDWEST
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Schmidt, Günther	BARMER
Schöb, Katrin	Techniker Krankenkasse
Scholz, Jendrick	IKK classic
Schorsch-Brandt, Dagmar	AOK Baden-Württemberg

Versichertenvertreterinnen und -vertreter (fortgesetzt)

Name	Krankenkasse
Schümann, Heinrich-Joachim	HEK-Hanseatische Krankenkasse
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Terzieva, Neli	Techniker Krankenkasse
Treuter, Uta	BARMER
Vieweger, Birgitt	BARMER
Wagner, Dieter	AOK Bayern
Wagner, Christine	mhplus Betriebskrankenkasse
Weber, Roman Gregor	DAK-Gesundheit
Weilbier, Thomas	AOK Rheinland/Hamburg
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Win, Thomas de	pronova BKK
Wonneberger, Klaus	HEK-Hanseatische Krankenkasse
Zierock, Carola	AOK Nordost

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Breitenbach, Thomas	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer Michael	AOK Baden-Württemberg
Fitzke, Helmut	Techniker Krankenkasse
Franke, Dr. Ralf	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Gemmer, Traudel	AOK Sachsen-Anhalt
Gural, Wolfgang	AOK Bayern
Heins, Rudolf	SVLFG
Heymer, Dr. Gunnar	BKK BPW Bergische Achsen KG
Hoffmann, Dr. Wolfgang	BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
Kastner, Helmut	IKK Nord
Kittner, Susanne	BAHN-BKK
Knappe, Mirko	Techniker Krankenkasse
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Leitl, Robert	BIG direkt gesund
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (hkk)
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Malter, Joachim	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Nobereit, Sven	AOK PLUS
Reinisch, Dr. Mark	BKK VerbundPlus
Schirp, Alexander	AOK Nordost
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg
Söller, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Vahle, Torben	Techniker Krankenkasse
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats 2017

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. N. N. (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 Söllner (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
Irina Kaczmarek (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Walter Hoof/Dieter 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. Jochen Berking (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)
- N. N. (BKK)
- Helmut Kastner (IKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

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

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Ivor Parvanov (AOK)
2. Wolfgang Ropertz (AOK)
3. Hansjürgen Schnurr (EK)
4. Dietrich von Reyher (BKK)
5. Claus Steigerwald (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)
- N. N. (BKK)
- Peter Wadenbach (IKK)
- Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Verträge und Versorgung

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

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 Hufner (Knappschaft)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats 2018

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Hans-Jürgen Müller/Stephan Jehring (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Stephan Jehring (AOK)
2. Axel Stehr (AOK)
3. Udo Nicolay (EK)
4. Martin Empl (SVLFG)
5. Rolf Dohm (BKK)
6. Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

1. Dieter F. Märtens (EK)
2. Erich Balsler (EK)
3. Thomas Auerbach (EK)
4. Roland Schultze (EK)
5. Monika Lersmacher (AOK)
6. Knut Lambertin (AOK)
7. Hans-Jürgen Müller (IKK)
8. Ludger Hamers (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Wolfgang Söller (AOK)
- Christoph Meinecke (AOK)
- Thomas Breitenbach (EK)
- Rudolf Heins (SVLFG)
- Manfred Ries (BKK)
- Robert Leitl (IKK)
- Hans Peter Wollseifer (IKK)

Versichertenvertreter

- Gerhard Hippel (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Wilhelm Breher (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ralph Korschinsky (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Heinrich J. Schümann (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Dieter Kolsch (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Roswitha Weinschenk (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Eckehard Linnemann (Kn)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Andreas Strobel (BKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jendrik Scholz (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Andreas Strobel/Dr. Wolfgang Schrörs (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dr. Wolfgang Schrörs (EK)
2. Dieter Jürgen Landrock (AOK)
3. Wolfgang Ropertz (AOK)
4. Dietrich von Reyher (BKK)
5. Manfred Ries (BKK)
6. Rainer Lunk (IKK)

Versichertenvertreter

1. Albert Roer (EK)
2. Anke Fritz (EK)
3. Rosemie Bilz (EK)
4. Georg Keppeler (AOK)
5. Frank Firsching (AOK)
6. Hartmut Tölle (AOK)
7. Detlef Baer (IKK)
8. Andreas Strobel (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Günther Lübbe (EK)
- Sven Nobereit (AOK)
- Christoph Meinecke (AOK)
- Alexander Bley (BKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)
- Hans Peter Wollseifer (IKK)

Versichertenvertreter

- Dieter Schröder (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Dr. Alexandra Balzer-Wehr (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Beate Kautzmann (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Iris Kloppich (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Monika Lersmacher (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Angelika Beier (AOK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Roland Brendel (BKK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Silvia Berger (IKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
N. N. (BKK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Eckehard Linnemann/Dietrich von Reyher (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Ivor Parvanov (AOK)
2. Wolfgang Ropertz (AOK)
3. Wolfgang Söller (AOK)
4. Dr. Anne Thomas (EK)
5. Dietrich von Reyher (BKK)
6. Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

1. Achmed Date (EK)
2. Elke Holz (EK)
3. Friedrich Gosewinkel (EK)
4. Annette Düring (AOK)
5. Dieter Kolsch (AOK)
6. Iris Kloppich (AOK)
7. Eckehard Linnemann (Kn)
8. Manfred Schoch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Sven Nobereit (AOK)
- Johannes Heß (AOK)
- Traudel Gemmer (AOK)
- Helmut Fitzke (EK)
- Dr. Ralf Franke (BKK)
- N. N. (BKK)
- Peter Wadenbach (IKK)
- Hans Peter Wollseifer (IKK)

Versichertenvertreter

- Helmut Aichberger (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Ulrike Hauffe (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Peter Brück (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Knut Lambertin (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Frank Firsching (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Susanne Wiedemeyer (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Roland Brendel (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Bert Römer (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jendrik Scholz (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Angelika Beier/Martin Empl (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Friedrich Avenarius (AOK)
2. Wolfgang Söllner (AOK)
3. Torben Vahle (EK)
4. Alexander Bley (BKK)
5. Robert Leitl (IKK)
6. Martin Empl (SVLFG)

Versichertenvertreter

1. Dr. Barbara Lohre (EK)
2. Dietmar Katzer (EK)
3. Roman G. Weber (EK)
4. Dieter Schröder (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)
- Bernd Wegner (EK)
- Dietrich von Reyher (BKK)
- Peter Wadenbach (IKK)
- Rainer Lunk (IKK)
- Rudolf Heins (SVLFG)

Versichertenvertreter

- Wilhelm Breher (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Karl-Heinz Plaumann (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Helmut Aichberger (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Torsten Nimz (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Monika Lersmacher (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Hartmut Tölle (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Nils Hindersmann (Kn)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jens Karp (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Manfred Schoch (BKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen

Vorsitzende: Jochen Berking/Nikolaus Chudek (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Bernd Wegner (EK)
2. Christoph Meinecke (AOK)
3. Wolfgang Söller (AOK)
4. Rolf Dohm (BKK)
5. Nikolaus Chudek (IKK)
6. Rudolf Heins (SVLFG)

Versichertenvertreter

1. Jochen Berking (EK)
2. Walter Hoof (EK)
3. Birgitt Vieweger (EK)
4. Iris Kloppich (AOK)
5. Knut Lambertin (AOK)
6. Ludger Hamers (BKK)
7. Helmut Krause (IKK)
8. Nils Hindersmann (Kn)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Torben Vahle (EK)
- Dieter Jürgen Landrock (AOK)
- Prof. Dr. Manfred Selke (AOK)
- Manfred Ries (BKK)
- N. N. (IKK)
- Martin Empl (SVLFG)

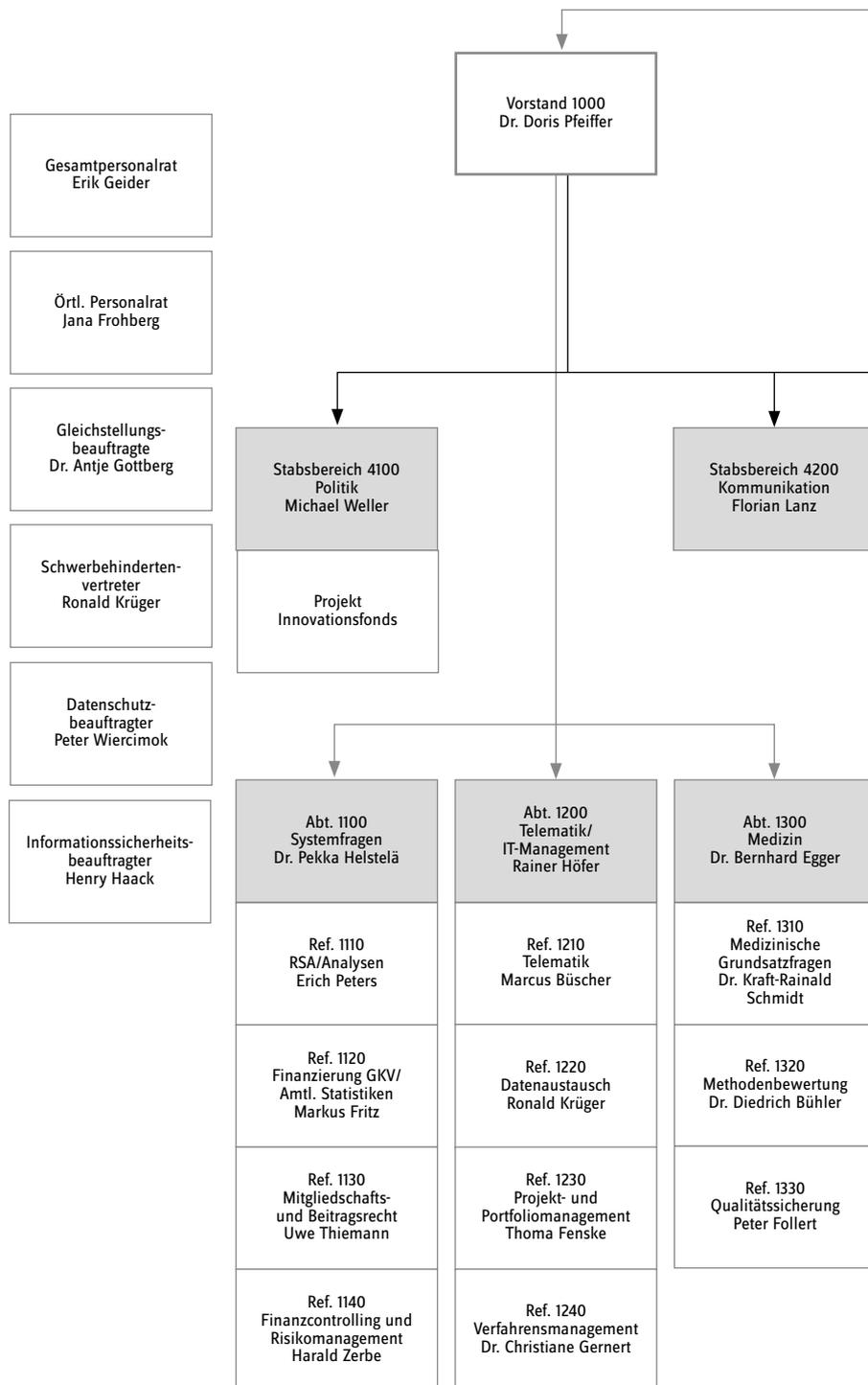
Versichertenvertreter

- Helmut Mirbach (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Detlef Decho (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Peter Brück (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Karin von Löwenstein (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Sebastian Roloff (EK)
5. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Georg Keppeler (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5
Susanne Wiedemeyer (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5
Andreas Strobel (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
N.N. (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Eckehard Linnemann (Kn)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

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

	Mitglieder	Stellvertretende
AOK	1. Martin Litsch 2. Dr. Helmut Platzer	Jens Martin Hoyer Dr. Jürgen Peter
BKK	1. Franz Knieps 2. Andrea Galle	Verena Heinz 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 Kreuz
Knappschaft	1. Bettina am Orde 2. Gerd Jockenhöfer	Dieter Castrup Jörg Neumann
Landwirtschaftliche Sozialversicherung	1. Claudia Lex 2. Gerhard Sehnert	Dirk Ender Jürgen Helfenritter

Organigramm GKV-Spitzenverband



Verwaltungsrat



Publikationen

Positionspapiere

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für eine am Nutzen für die Versicherten orientierte Einführung von Innovationen in die medizinische Versorgung	Juni 2017
GKV-Spitzenverband	Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021	Juni 2017
GKV-Spitzenverband	Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung	August 2017
GKV-Spitzenverband	Neustrukturierung der Notfallversorgung	August 2017

Weitere Publikationen

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm im Förderjahr 2016 an das Bundesministerium für Gesundheit	Juni 2017
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2016 an das Bundesministerium für Gesundheit	Juni 2017
GKV-Spitzenverband und MDS	Präventionsbericht 2017 Berichtsjahr 2016	November 2017
GKV-Spitzenverband	GKV 90 Prozent Jubiläumsausgabe: 10 Jahre GKV-Spitzenverband	Dezember 2017

Fotonachweis

Titel: vicu9/fotolia.de
S. 7: Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 9: Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 16/17: Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 22/23: Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 14: Poike
S. 24: Ridofranz
S. 34: Ridofranz
S. 37: Jacob Ammentorp Lund
S. 40: Amazigmikea
S. 49: Nadofotos
S. 54: Lenanet
S. 58: Emely
S. 61: Ridofranz
S. 69: Max Riesgo
S. 77: Katarzyna Bialasiewicz
S. 79: Nadofotos
S. 84: Nadofotos
S. 89: monkeybusinessimages
S. 94: Poike
S. 96: Shironosov
S. 97: GKV-Spitzenverband
S. 98: Theverest

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de