



Spitzenverband



Gesetzliche Krankenversicherung - gelebte Solidarität

Geschäftsbericht 2018



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 2018.

Redaktionsschluss: 10.04.2019
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Verena Schröder (Bildredaktion),
Elke Niederhausen, Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Fotonachweis auf Seite 122

Bestellnummer 2019-001

Gesetzliche Krankenversicherung - gelebte Solidarität

Geschäftsbericht 2018

Geschäftsbericht 2018

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Tempoverschärfung in der Gesundheits- und Pflegepolitik	10

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	12
Vorstandswahl im GKV-Spitzenverband	16

Themen des Jahres

Personalsituation in der Pflege verbessern	19
Mehr Patientensicherheit durch Pflegepersonaluntergrenzen	22
Zweiter Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm vorgelegt	24
Konzertierte Aktion Pflege gestartet	25
Innovationsfonds: Die Versorgung von morgen im Blick	27
Pflegebudget: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System	32
Strukturwandel in der stationären Versorgung einleiten	33
Notfallversorgung gewährleisten	34
Qualitätsverträge: Vorfahrt für Qualität im Krankenhaus	36
Klare Vorgaben für besondere Versorgung in Zentren schaffen	37
Hygieneförderprogramm: Mehr Förderung - mehr Hygiene?	38
Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung verbessern	40
Neues Schiedsgremium schwächt Interessen der Beitragszahlenden	43
Zügige Einigung der Selbstverwaltung über ärztliche Honorare 2019	44
Neuer Rechtsrahmen: Einheitlicher Bundesmantelvertrag Zahnärzte	46
Krebsfrüherkennung auf Basis neuer Daten weiterentwickelt	47
Zukunft der Pflege sichern	49
Hochwertige Pflegeausbildung gestalten	52
Prävention in der stationären Pflege stärken	53
Bessere Qualitätsinformationen über Pflegeeinrichtungen	54
Individuelle Pflegeberatung anbieten	55
Wege zu besserer Pflege und Teilhabe	56
Gemeinsam für Menschen mit Demenz	58
Hilfsmittelversorgung auf hohem Niveau	60

Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen	62
Telematikinfrastruktur von der Selbstverwaltung auf den Weg gebracht.	64
Nutzenorientierung auch bei digitalen Versorgungsangeboten	66
Digital: neuer Weg für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	67
Gute und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung sicherstellen.	69
Nutzenbewertung und Erstattungsbeträge für Arzneimittel	71
Faire Preise durch Arzneimittel-Festbeträge	72
Mehr gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen	74
Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stärken.	75
Selbsthilfe fördern	78
Fehlverhalten in Gesundheitswesen und Pflege bekämpfen	80
GKV-Finanzen – Gute Finanzlage ermöglicht Beitragssenkungen.	83
Beitragsentlastung für GKV-Versicherte.	86
Datenschutz verbessert	89
Gesundheits- und Sozialpolitik in der Europäischen Union.	91
Gesundheitstechnologie europaweit bewerten	92
Deutsche Sozialversicherung feiert 25 Jahre Europavertretung	94
Sicherer digitaler Austausch zwischen EU-Sozialsystemen	97
Kommunikationsschwerpunkte 2018	100
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	102
Anhang	
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2018	104
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats	106
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats	108
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	112
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes	117
Organigramm	118
Publikationen	120

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

knapp ein Jahr nach der Unterzeichnung des Koalitionsvertrages liegt bereits eine Vielzahl abgeschlossener und noch laufender Gesetzgebungsverfahren vor. Auch wenn manchen das derzeitige Arbeitspensum des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) beachtlich erscheinen mag, sind die damit verbundenen Angriffe auf die Selbstverwaltung unter keinen Umständen akzeptabel. Mit den Plänen würde ein Strukturprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgehebelt. Die Folge wäre ein grundlegend verändertes Gesundheitswesen, bei dem die soziale Mitbestimmung und die Mitsprache der Beitragszahlenden keine bedeutsame Rolle mehr spielen. Das kann nicht gewollt sein.

Die Zerschlagung der Selbstverwaltung wird gleich mit mehreren Gesetzen und auf verschiedenen Ebenen betrieben. Zentral ist die geplante Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Damit werden die in Sozialwahlen gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber von wichtigen Entscheidungsprozessen zur Gestaltung einer qualitativ hochwertigen und bezahlbaren gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ausgeschlossen. Dies wäre ein wesentlicher Rückschritt mit Blick auf unsere demokratischen Grundprinzipien, nach denen Bürgerinnen und Bürger unmittelbar an gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen beteiligt werden. Zu befürchten ist, dass diese Änderung der Entscheidungsstruktur beim GKV-Spitzenverband richtungsweisend für die gesamte gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung ist. Die Sozialpartner haben sich in der Sondersitzung des Verwaltungsrats am 24. April 2019 massiv gegen die geplante Neuorganisation des Verwaltungsrats im GKV-Spitzenverband ausgesprochen.

Der Angriff wird bei der Neuorganisation der Medizinischen Dienste (MDK) fortgesetzt: Nach den geplanten Regelungen werden deren Verwaltungsräte vollständig umgestaltet. Verwaltungs-

ratsmitglieder einer Krankenkasse dürften diesen Gremien ausdrücklich nicht mehr angehören. Die Pläne bedeuteten die Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung und eine gravierende Einschränkung der Entscheidungskompetenzen der Krankenkassen. Zudem sollen künftig neben Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen auch Patientenorganisationen sowie Vertreterinnen und Vertreter der Pflegeberufe und der Ärzteschaft Mitglieder der Verwaltungsräte sein. Damit werden auch diejenigen mitentscheiden, deren Leistungserbringung geprüft werden soll. Aufgrund dieser Möglichkeit zur interessengeleiteten Einflussnahme wäre eine Unabhängigkeit des MDK nicht mehr gegeben.

Doch hier macht der Bundesgesundheitsminister noch nicht Halt. Mit weiteren Änderungen soll die Fachaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt werden. Mit der drohenden Abkehr von den Grundregeln der evidenzbasierten Methodenbewertung wird der Boden für Klientelpolitik bereitet. Bereits in Kraft getreten sind Eingriffe in die Finanz- und Personalhoheit der sozialen Selbstverwaltung durch enge gesetzgeberische Vorgaben. Zudem hat sich das BMG die Kompetenz zur Alleinentscheidung in der Gematik zur Umsetzung der Digitalisierung eingeräumt. Die Angriffe auf die Selbstverwaltung erfolgen gezielt und mit einer Regelmäßigkeit, dass die dahinterliegende Strategie deutlich wird: Es geht dem Bundesgesundheitsminister um einen Systemwechsel im Gesundheitswesen.

Mit dem grundsätzlichen Bruch mit dem Prinzip der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung werden Entscheidungen und Macht beim BMG zentralisiert. Dies geht zulasten der sozialen Selbstverwaltung und damit der Sozialpartner. Augenscheinlich geht es darum, sich unliebsamer Kritikerinnen und Kritiker zu entledigen, um „durchregieren“ zu können. Diese Art der Politik verändert nicht nur die Diskussionskultur in der GKV und unserer Gesellschaft, sie wird im Ergeb-



nis auch nicht zu einer Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung führen. Dabei ist es erst ein gutes Jahr her, dass CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag festgeschrieben haben, die Selbstverwaltung stärken zu wollen. Der gesetzgeberische Trend geht jedoch in die gegenteilige Richtung und muss dringend korrigiert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Uwe Klemens

Dr. Volker Hansen

Vorwort des Vorstandes



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

nach langen Koalitionsverhandlungen haben sich Union und SPD im letzten Jahr auf die Neuauflage der Großen Koalition geeinigt. Für die Bereiche Gesundheit und Pflege sind im Koalitionsvertrag die wichtigsten und drängendsten Handlungsfelder der nächsten Jahre benannt. Dazu zählen die Stärkung der Alten- und Krankenpflege, Maßnahmen in den Bereichen sektorenübergreifende Versorgung, Notfallversorgung, Prävention oder Digitalisierung. Darüber hinaus enthält der Koalitionsvertrag ein Bekenntnis zur Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Nach gut einem Regierungsjahr lässt sich festhalten, dass die Politik den Ankündigungen mit zahlreichen gesetzgeberischen Maßnahmen schnell hat Taten folgen lassen. Die Mitglieder der GKV wurden ab 2019 durch die paritätische Finanzierung der Zusatzbeiträge entlastet. Gleichzeitig verpflichtet der Gesetzgeber die Krankenkassen dazu, Rücklagen abzubauen. Diese Verpflichtung

stellt einen ungerechtfertigten Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen dar und wird in konjunkturell schlechten Zeiten eine Stabilisierung der Beitragssätze erschweren.

Zügig wurde auch ein Maßnahmenpaket in der Pflege verabschiedet. Damit sollen spürbare Verbesserungen der Personalsituation in der Alten- und Krankenhauspflege erreicht sowie die Finanzsituation in der Pflege stabilisiert werden. Die Querfinanzierung des dringend notwendigen zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der GKV und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der Krankenkassen sind fragwürdig. Noch schwerer wiegt die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Fallpauschalen. Der damit beschrittene Weg des Selbstkostendeckungsprinzips für alle Pflegeausgaben im Krankenhaus ist auf Dauer nicht verlässlich finanzierbar. Die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung infolge der gewünschten Leistungsverbesserungen greift aus unserer Sicht

zu kurz. Eine Verlagerung der Kosten allein auf die Solidargemeinschaft mag zwar die politisch bequeme Lösung sein, sachgerechter wäre jedoch ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss als Kompensation gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, die von der Pflegeversicherung erbracht werden.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz soll die Terminvergabe in der ambulanten Behandlung für die gesetzlich Versicherten schneller und besser organisiert werden. Im Grundsatz ist dies ebenso zu begrüßen wie die Absicht, die Digitalisierung bei der Patientenakte oder beim Rezept gesetzgeberisch zu flankieren. Allerdings schießen die mit dem Gesetz verbundenen Vergütungsregelungen weit über das Ziel hinaus. Die bloße Höhervergütung von Leistungen, die bereits heute im ärztlichen Aufgabenbereich liegen, wird nicht zu mehr Behandlungszeit für GKV-Versicherte führen. Auch die weiteren aus dem Gesetz resultierenden ärztlichen Vergütungssteigerungen nach dem Gießkannenprinzip werden lange Wartezeiten nicht nennenswert verringern. Vielmehr bedarf es gezielter Maßnahmen, wie z. B. der Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden, um das Sprechstundenangebot zu flexibilisieren und stärker an den Patientenbedürfnissen auszurichten.

Vor dem Hintergrund dieser insgesamt expansiven Ausgabenpolitik hat der GKV-Spitzenverband trotz der aktuell positiven Konjunktur wiederholt

davor gewarnt, das Geld in guten Zeiten mit vollen Händen auszugeben, ohne dabei adäquate Struktur- und Qualitätsverbesserungen in der Versorgung zu erreichen. Eine hochwertige und gleichzeitig finanzierbare Versorgung wird für den GKV-Spitzenverband bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung weiterhin handlungsleitend sein. Nur wenn dem finanziellen Input auch ein angemessener gesundheitlicher Output gegenübersteht, wird das Gesundheits- und Pflegesystem als Solidargemeinschaft die nach wie vor hohe Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung genießen.

Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht möchten wir Ihnen einen Überblick geben, wie der GKV-Spitzenverband mit seinen vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten zu einer funktionierenden Solidargemeinschaft beiträgt. Angesichts der jüngsten Gesetzgebung möchten wir an dieser Stelle deutlich betonen, dass die Interessen der Solidargemeinschaft am besten durch demokratisch legitimierte Vertreterinnen und Vertreter und deren aktive Mitbestimmung in den Selbstverwaltungsgremien wahrgenommen werden. Aus unserer Sicht nicht hinnehmbar sind deshalb die vom Bundesministerium für Gesundheit deutlich zum Ausdruck kommenden staatsdirigistischen Tendenzen, mit denen die Selbstverwaltung als tragendes Fundament der Sozialversicherung mutwillig beschädigt und auch im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes ausgeschaltet werden soll.

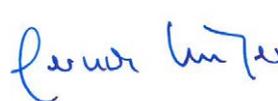
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

Tempoverschärfung in der Gesundheits- und Pflegepolitik

In der Gesundheits- und Pflegepolitik jagt ein Gesetz das andere. Versichertenentlastungs- und Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden im vergangenen Jahr bereits verabschiedet, das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kommt zu Beginn des Jahres 2019 – erweitert um eine Heilmittelreform – auf die Zielgerade des Gesetzgebungsprozesses. Und im Akut-Bearbeitungsmodus befindet sich bereits der Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung.

Mit Spannung wird auch das angekündigte E-Health-Gesetz II erwartet. Spannend ist neben den Inhalten auch das taktische Vorgehen der Bundesregierung: Es kann gemutmaßt werden, dass kein allumfassendes Gesetzeswerk auf den Weg gebracht wird, sondern die Digitalisierung des Gesundheitswesens in einem fortwährenden iterativen Prozess vorangetrieben wird. Erste

Patientinnen und Patienten sollen über mobile Endgeräte direkt auf ihre Daten zugreifen können und vollkommen autonom entscheiden, ob und wann sie diese weitergeben.

Fortschritte sind bereits bei der elektronischen Patientenakte zu verzeichnen. Aus der Umsetzung der im TSVG vorgesehenen Regelungen wird sich für Versicherte sowie Patientinnen und Patienten ein Mehrwert ergeben. Sie sollen über mobile Endgeräte direkt auf ihre Daten zugreifen können und

autonom entscheiden, ob und wann sie diese weitergeben. Dieser gesetzgeberische Schritt war längst überfällig.

Weitere Reformen wurden bereits zur Notfallversorgung, zur Apothekenvergütung und zur Psychotherapeuten-Ausbildung eingeläutet. Für die bedarfsgerechte Versorgung mit neuen Arzneimitteln wurde die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes durchaus gelungene Elektronische Arzneimittelinformations-Verordnung auf den Weg gebracht. Die von den Mitgliedskassen mit Spannung erwartete Reform des Risikostrukturausgleichs nimmt zu Beginn des Jahres 2019 ebenfalls bereits Konturen an. Neben diesen Aktivitäten gibt es eine Reihe wichtiger, aus den Koalitionsvereinbarungen resultierende Diskussionsplattformen, aus denen heraus weitere Entscheidungen des Gesetzgebers entstehen könnten. Zu nennen sind insbesondere

die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung, die Honorarkommission oder auch die Konzertierte Aktion Pflege.

Langfristige Qualitäts- und Strukturverbesserungen einleiten

Der Gesetzgeber kann seine Gesundheitspolitik auf der Basis einer komfortablen Finanzausstattung der GKV-Solidargemeinschaft vorantreiben. Verantwortlich hierfür ist die gute konjunkturelle Lage mit einer positiven Beschäftigungs- und Lohnentwicklung und, damit einhergehend, steigenden beitragspflichtigen Einnahmen. Aktuell betragen die Rücklagen bei den Krankenkassen und im Gesundheitsfonds über 30 Mrd. Euro. Was in absoluten Zahlen sehr hoch erscheint, relativiert sich mit Blick auf die Ausgabenhöhe schnell. Die Reserven bei den Krankenkassen entsprechen nämlich nur rund einer durchschnittlichen Monatsausgabe.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden darf die augenblicklich gute Finanzlage nicht dazu verleiten, vorhandene Finanzmittel mit der Gießkanne zu verteilen. Vielmehr müssten jetzt – vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen und einer potenziellen wirtschaftlichen Eintrübung – langfristige Qualitäts- und Strukturverbesserungen angegangen werden, die die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens erhöhen. Dabei gilt es, insbesondere die Patientenbedarfe in den Mittelpunkt zu stellen, damit Verbesserungen im Versorgungsalltag ankommen. Dieser Zielsetzung dienen die aktuellen gesetzlichen Aktivitäten allerdings nicht immer, zielen doch einige lediglich auf kurzfristige öffentliche Zustimmung. Gleichzeitig wird die Strategie der letzten Jahre fortgesetzt, Finanzmittel großzügig zu verteilen, um auf diese Weise das in der gesundheitspolitischen Szene ausgeprägte Konfliktniveau auf der Leistungserbringerseite zu reduzieren.

Pflegeversicherung von versicherungsfremden Aufgaben entlasten

Die jüngsten Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung, vor allem im Zusammenhang

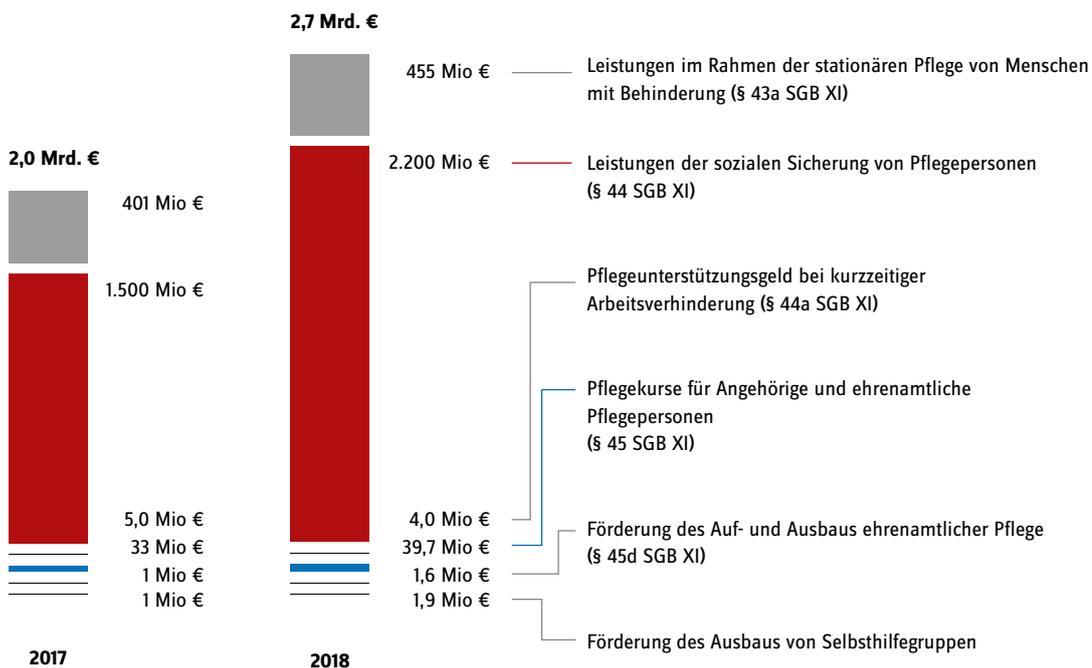
mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, machten zuletzt eine Beitragssatzanhebung um 0,5 Beitragssatzpunkte (BSP) erforderlich. Diese ist voraussichtlich geeignet, die verstärkte Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung bis zum Jahr 2022 zu finanzieren. Zur Stabilisierung der Pflegeversicherung ist die Beitragssatzsteigerung nicht als alleinige Lösung zu betrachten. Auch die Pflegeversicherung erbringt in erheblichem Umfang Leistungen, die nicht unmittelbar ihrer originären Aufgabe, der Absicherung der Versicherten für den Fall der Pflegebedürftigkeit, dienen, sondern den versicherungsfremden Aufgaben zuzuordnen sind. Ein Beispiel ist die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige, die der Alterssicherung von Pflegepersonen dienen. Bei

vorsichtiger Schätzung werden versicherungsfremde Leistungen in Höhe von rd. 2,7 Mrd. Euro pro Jahr erbracht. Dies entspricht zurzeit rd. 0,2 BSP.

Es bleibt die Hoffnung, dass es bei den noch vom Parlament zu beratenden und entscheidenden Reformen nicht nur darum geht, möglichst viel Geld zu verteilen. Stattdessen müssen Instrumente und Maßnahmen geschärft oder neu entwickelt werden, um Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit voranzutreiben. Dies übrigens auch mit einem Wettbewerbsinstrumentarium, das nicht einseitig auf einen Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen setzt.

Langfristige Qualitäts- und Strukturverbesserungen, die die Leistungsfähigkeit des GKV-Systems erhöhen, müssen jetzt angegangen werden.

Versicherungsfremde Leistungen in der Pflegeversicherung - Kostenentwicklung



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Mit Beginn des Berichtsjahres wurde die dritte Amtsperiode des Verwaltungsrats eingeleitet. In seiner konstituierenden Sitzung im Januar hatte das neue Plenum u. a. mit der Wahl seiner Vorsitzenden, Dr. Volker Hansen und Uwe Klemens, und der Wahl der Mitglieder und Vorsitzenden der Fachausschüsse die Grundlagen für die Arbeit der kommenden Jahre geschaffen. Dies wurde mit einer zentralen Weichenstellung für die künftige Gremienstruktur verbunden: Um den Fragestellungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens

Durch den Einsatz digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen soll die medizinische Versorgung insgesamt verbessert werden, mit besonderem Augenmerk auf den ländlichen Raum.

auch auf Ebene der sozialen Selbstverwaltung Raum zu geben und von hier aus gezielt Impulse für die Gestaltung aus Sicht der Patientinnen und Patienten, Versicherten und Beitragszahlenden in den Diskurs einzubringen, richtete der Verwaltungsrat einen neuen Fachausschuss „Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen“ ein. Die fachliche Vorbereitung der Beratungen und Beschlussfassungen des Verwaltungsrats wird damit von fünf Fachausschüssen verantwortet. Im Rahmen eines Workshops präziserte der Verwaltungsrat die Aufgabenfelder des neuen Ausschusses und verständigte sich auf ein Vorgehen bei etwaigen Themenüberschneidungen mit den anderen Fachausschüssen.

Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen

Der neue Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, erklärte bei Amtsantritt die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu einem seiner prioritären Anliegen. Vor diesem Hintergrund wurde die Abteilung „Digitalisierung und Innovation“ im Bundesgesundheitsministerium neu eingerichtet. Grund genug für den Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen, den Leiter der Abteilung, Dr. Gottfried Ludewig, in eine der ersten Sitzungen einzuladen, um mit ihm über die Potenziale der Digitalisierung und über Handlungsbedarfe aus Sicht der Selbstverwaltung zu diskutieren. Im Rahmen dieser angeregten Debatte waren sich beide Seiten einig, dass

durch den Einsatz digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen die medizinische Versorgung insgesamt verbessert werden soll. Dabei ist auf die Versorgung im ländlichen Raum ein besonderes Augenmerk zu richten. Es handelt sich bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens um eine Herausforderung, so die übereinstimmende Einschätzung, die nicht innerhalb einer Legislaturperiode zu bewältigen ist, sondern schrittweise über einen weitaus längeren Zeitraum vollzogen werden muss.

In einer ersten inhaltlichen Initiative erarbeitete der Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen die Erklärung „Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen“ mit Positionen zur Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte, die der Verwaltungsrat einstimmig verabschiedete. Er setzt sich mit dem Papier für eine bessere Patientenversorgung durch digitale Anwendungen sowie einen verantwortungsvollen und gesicherten Umgang mit Gesundheitsdaten ein. Der Verwaltungsrat erneuerte die Forderung, die Entscheidungsstrukturen der gematik als Betreibergesellschaft für die Telematikinfrastruktur zu straffen und die Gestaltungsverantwortung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) als alleinige Finanziers zu erweitern.

Mit dem Positionspapier „Digitale Versorgungsangebote in der Finanzierungsverantwortung der GKV“, gemeinsam erarbeitet von den drei Fachausschüssen Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen, Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie Verträge und Versorgung, formuliert der Verwaltungsrat den Gestaltungsanspruch des GKV-Spitzenverbandes für die Digitalisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Digitale und telemedizinische Anwendungen, die medizinisch sinnvoll sind und zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten beitragen, sollen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Die Bedingung: Der patientenrelevante Nutzen der Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein. Mit dem Papier werden



die Bewertungskriterien für den Zugang digitaler Anwendungen in die Versorgung beschrieben und politische Forderungen adressiert. Der unmittelbaren Gestaltungsrolle des GKV-Spitzenverbandes entsprechend beziehen sich die Positionen auf den kollektivvertraglichen Bereich.

Apothekenvergütung

Angesichts der weiterhin laufenden Diskussion zur Apothekenvergütung und zur Regulierung des Versandhandels hat sich der Verwaltungsrat auf Empfehlung seines Fachausschusses Verträge und Versorgung dazu positioniert. Er forderte die Politik auf, den Apothekenmarkt zukunftsfähig und patientenorientiert weiterzuentwickeln, damit auch künftig eine sichere, zeitnahe und wirtschaftliche Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet ist. In der Diskussion des Plenums wurde zum Ausdruck gebracht, dass es nicht Ziel sein könne, historisch gewachsene Strukturen zu bewahren. Vielmehr müsse sich die Versorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren.

Der patientenrelevante Nutzen digitaler und telemedizinischer Innovationen muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein.

Pflegepersonaluntergrenzen

Der Verwaltungsrat begrüßte die Aktivitäten der Regierung zur Verbesserung der Situation in der Alten- und Krankenpflege und verabschiedete nach intensiven Beratungen im Fachausschuss Verträge und Versorgung eine rahmensetzende Erklärung. Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen führt nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes zu einer besseren Versorgung der Versicherten und gewährleistet mehr Patientensicherheit. Grundlage der Pflegepersonaluntergrenzen muss ein am Pflegebedarf ausgerichtetes und wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument sein, das verpflichtend anzuwenden ist. Die Krankenhäuser sollten baldmöglichst verpflichtet werden, für jede Schicht und jede Station die Einhaltung der Untergrenzen nachzuweisen. Zugleich hob der Verwaltungsrat hervor, dass Pflegepersonaluntergrenzen und zusätzliche Ausgaben für Pflege nicht die einzigen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation sein dürfen. Es ist nicht allein entscheidend, dass das Geld in der Pflege ankommt, die Pflege muss auch bei den Patientinnen und Patienten ankommen.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Für den Zeitraum 2016/2017 nahm der Verwaltungsrat den Bericht des Vorstandes über Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entgegen. Dem Bericht liegt die Zielsetzung des Gesetzgebers zugrunde, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung sich einen Eindruck über das tatsächliche Ausmaß von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verschaffen können. Nach einem Beschluss des Verwaltungsrats aus dem Jahr 2012 werden ergänzend zu den gesetzlichen Regelungen von allen Mitgliedskassen vergleichbare Kennzahlen erhoben und an den GKV-Spitzenverband gemeldet. Die Kennzahlen sollen differenzierte Rückschlüsse auf die Anzahl der Hinweise und Fälle sowie die Höhe der gesicherten Forderungen nach den jeweils betroffenen Leistungsbereichen ermöglichen. Als ein wesentliches Ergebnis enthält der Bericht des GKV-Spitzenverbandes die zusammengeführten Kennzahlen zur GKV-Gesamtsicht. Der Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege hatte in seiner vorbereitenden Befassung die Bedeutung des Berichts hervorgehoben: Er weist einen hohen Informationsgehalt auf und schafft notwendige Transparenz. Auch wenn einzelne Sachverhalte in der Vergangenheit bereits bekannt waren, hat es bisher keinen Überblick über konkrete Mengen und Modalitäten gegeben.

Selbstverwaltung sucht den Konsens

Der neu zusammengesetzte Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat mit seinen Positionen im ersten Jahr der dritten Amtsperiode wichtige Impulse gesetzt. Auch bei sich ändernden Themen und Tonalitäten der verschiedenen Akteure wahrt die Selbstverwaltung ihren Kurs und bringt die Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden gegenüber der Politik zu Gehör. Sie verkörpert dabei Maß und Mitte, indem ihre Akteure die vielfach gegenläufigen Interessen kanalisieren und - motiviert durch den Willen und die Verpflichtung zum Kompromiss - Lösungen mit inhaltlicher Substanz anbieten. Gesetzliche Regelungen lassen sich besser realisieren, wenn sie auf positive Resonanz der Betroffenen stoßen. Die Politik sollte diese für die Gesellschaft so wichtigen Potenziale würdigen und ihrer in der Vergangenheit immer wieder bekundeten Absicht, die Selbstverwaltung zu stärken, Taten folgen lassen.

Es ist nicht allein entscheidend, dass das Geld in der Pflege ankommt, die Pflege muss auch bei den Patientinnen und Patienten ankommen.

Vorstandswahl im GKV-Spitzenverband

Dr. Doris Pfeiffer und Gernot Kiefer für weitere sechs Jahre im Amt bestätigt

In seiner ordentlichen Sitzung im Juni 2018 hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes Dr. Doris Pfeiffer als Vorstandsvorsitzende und Gernot Kiefer als Mitglied des Vorstandes in ihren Ämtern bestätigt. Beide Vorstände wurden für weitere sechs Jahre gewählt. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Juli 2019. Johann-Magnus v. Stackelberg, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, trat nicht mehr zur Wiederwahl an. Er wird mit dem Ende der laufenden Amtsperiode aus Altersgründen aus dem Amt ausscheiden. Die Wiederwahl von Dr. Doris Pfeiffer und Gernot Kiefer für eine dritte Amtszeit erfolgte ohne Gegenstimmen. Der Verwaltungsrat setzt damit auf Kontinuität in der Führung des Verbandes, der als maßgeblicher Akteur bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Rahmenbedingungen bei Politik, in gemeinsamer Selbstverwaltung sowie im verbandspolitischen Umfeld hoch angesehen ist. Die Wiederwahl offenbart auch den großen Rückhalt der Vorstandsmitglieder bei den Mitglieds-kassen. Zugleich honoriert der Verwaltungsrat die bisherige enge und jederzeit vertrauensvolle Zusammenarbeit der Vorstandsmitglieder mit dem Verwaltungsrat und seinen alternierenden Vorsitzenden, Uwe Klemens und Dr. Volker Hansen. So bedankten sich die Verwaltungsratsvorsitzenden nach der Wiederwahl für die geleistete Arbeit. Sie drückten ihre Freude darüber aus, dass sie Dr. Doris Pfeiffer und Gernot Kiefer für eine weitere Amtszeit gewinnen konnten und sie die gute Zusammenarbeit mit Johann-Magnus v. Stackelberg noch für ein Jahr bis Juni 2019 fortsetzen können, bevor dieser in den verdienten Ruhestand geht.

Stefanie Stoff-Ahnis tritt am 1. Juli 2019 Nachfolge von Johann-Magnus v. Stackelberg an

Die Entscheidung über die Nachfolge von Johann-Magnus v. Stackelberg wurde frühzeitig getroffen. Bereits in seiner Sitzung am 28. November 2018 wählte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes Stefanie Stoff-Ahnis einstimmig in den Vorstand des Verbandes. Sie wird am 1. Juli 2019 die Nachfolge von Johann-Magnus v. Stackelberg als Mitglied des Vorstandes antreten. Die 42-jährige Juristin Stoff-Ahnis ist seit 2006 bei der AOK Nordost tätig. Dort ist sie als Mitglied der Geschäftsleitung für das Ressort Versorgung verantwortlich. Beim GKV-Spitzenverband wird die gebürtige Brandenburgerin als Mitglied des Vorstandes von der ambulanten Versorgung über Krankenhäuser, Arznei- und Heilmittel sowie Hebammenversorgung bis hin zur zahnärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung zentrale Versorgungsbereiche verantworten. Stefanie Stoff-Ahnis erklärte, dass die gesetzliche Krankenversicherung stets gefordert sei, zusammen mit ihren Partnern in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Versorgung zukunftssicher zu machen – und zwar ausgerichtet am tatsächlichen Bedarf der Menschen. Sie freue sich sehr darauf, an entscheidender Stelle an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mitzuwirken. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats gratulierten Stefanie Stoff-Ahnis herzlich zur Wahl und wünschten ihr als künftiges Mitglied im dreiköpfigen Vorstand gemeinsam mit Dr. Doris Pfeiffer und Gernot Kiefer viel Erfolg.



„Wir sind als gesetzliche Krankenversicherung gefordert, zusammen mit unseren Partnern in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Versorgung zukunftssicher zu machen - und zwar ausgerichtet an dem tatsächlichen Bedarf der Menschen.“

Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied des Vorstandes ab 1. Juli 2019

SOLIDARITÄT IN DER GKV



ist das Sichern von guter

Versorgung

Personalsituation in der Pflege verbessern

Im Zuge der in den letzten Jahren vollzogenen Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung rückte politisch wie medial zunehmend die Frage in den Mittelpunkt, wie die pflegerische Versorgung sowohl im Krankenhaus als auch im Bereich der stationären Altenpflege vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl an pflegebedürftigen Personen gegenwärtig und in Zukunft gesichert werden kann. Im Koalitionsvertrag findet sich eine Vielzahl von Maßnahmen, die die Situation der Pflegekräfte im Krankenhaus und in der Altenpflege verbessern sollen:

- Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege und im Krankenhausbereich
- vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen
- Festlegung von Personaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen
- Fortsetzung des Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von 1 Mrd. Euro jährlich
- bessere Vergütung von Pflegepersonalkosten unabhängig von den Fallpauschalen
- Initiative „Konzertierte Aktion Pflege“ unter Beteiligung aller relevanten Akteure in der Pflege, mit dem Ziel, die Situation in der Pflege zu verbessern

Fachkräftemangel in der Kranken- und Altenpflege entgegenwirken

Die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen wurden insbesondere im Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) aufgegriffen und bereits im November 2018 vom Parlament verabschiedet. Das Gesetz trat in seinen wesentlichen Teilen zu Beginn des Jahres 2019 in Kraft.

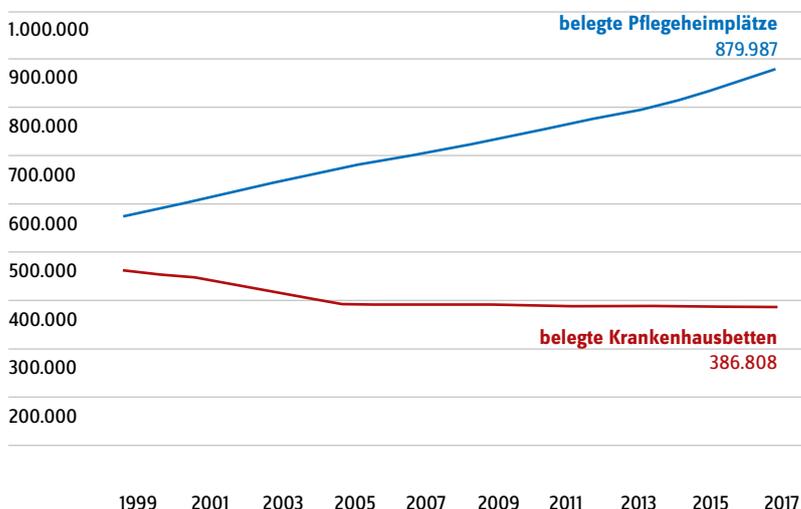
Zentrales Element sind neue Pflegepersonalstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines „Sofortprogramms“. Hier sollen insgesamt rd. 13.000 zusätzliche Pflegestellen geschaffen werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen verbunden ist. Die Einrichtungen können auf Antrag zusätzliche Pflegestel-

len durch einen Vergütungszuschlag vollständig finanziert bekommen. Je nach Einrichtungsgröße besteht Anspruch auf eine halbe bis zwei Pflegestellen. Die Vergütungszuschläge werden pauschal aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 640 Mio. Euro jährlich und durch die private Pflegepflichtversicherung in Höhe von 44 Mio. Euro jährlich finanziert und über den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt. Die Auszahlung an die einzelne Pflegeeinrichtung erfolgt jeweils zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse.

Je nach Einrichtungsgröße besteht Anspruch auf eine halbe bis zwei zusätzliche Pflegestellen.

Der GKV-Spitzenverband legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung, das Nachweisverfahren sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Für die pauschale Abgeltung der Vergütungszuschläge, die durch die Pflegekassen ausgezahlt werden, erhebt der GKV-Spitzenverband eine Umlage bei den Krankenkassen gemäß dem jeweiligen Versichertenanteil an der Gesamtzahl

Belegungszahlen von Pflegeheimen und Krankenhäusern



Quelle: Statistisches Bundesamt - Pflegestatistik und Grunddaten der Krankenhäuser
Darstellung: GKV-Spitzenverband

der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmt ebenfalls der GKV-Spitzenverband. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich und erstmals bis zum 31. Dezember 2019 über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung zu berichten.

Fehlanreize bei der Finanzierung vermeiden

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Verbesserung der Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Allerdings

widerspricht das im PpSG verankerte Modell der Vergütungszuschläge der bisherigen Systematik zur Vereinbarung und Vergütung von Personalstellen in Pflegeeinrichtungen. Die Querfinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals

aus Mitteln der GKV und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln lehnt der GKV-Spitzenverband ab.

Ebenfalls hat der GKV-Spitzenverband wiederholt darauf hingewiesen, dass die nun zahlreichen Maßnahmen im Ergebnis unerwünschte Wechselwirkungen und Fehlanreize zwischen der Kranken- und Altenpflege nach sich ziehen können und die teuren Maßnahmen letztlich ins Leere laufen lassen. Denn mit dem Gesetz wird in Zukunft auch zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern vollständig refinanziert werden. Den hier von der Politik gewählten Weg, durch die Ausgliederung der pflegebedingten Aufwendungen im Krankenhausbereich zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückzukehren, lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Damit verbunden ist die Gefahr, dass sich Krankenhäuser einen Überbietungswettbewerb um neue Pflegekräfte liefern, der im Ergebnis zulasten der geringer entlohten Beschäftigten in der Altenpflege geht. Zudem stellt

ein unbegrenzter Finanzierungsrahmen bei gleichzeitig begrenzten Personalressourcen auf Dauer ein nicht zu unterschätzendes Ausgabenerisiko für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler dar.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit den im PpSG gewählten Ansätzen die strukturelle Komponente bei der Debatte um Personalengpässe fast komplett ausgeblendet. Der GKV-Spitzenverband vertritt nach wie vor die Auffassung, dass endlich gesetzliche Voraussetzungen für bedarfsgerechte Klinikstrukturen zu schaffen sind, damit das dringend benötigte Pflegepersonal nicht durch Kliniküberkapazitäten gebunden wird.

Stationäre Altenpflege stärken

Der GKV-Spitzenverband hat den Gesetzgebungsprozess intensiv begleitet und wird im Rahmen seiner Möglichkeiten weiter an der Verbesserung der Personalsituation in der Pflege mitwirken. Grundsätzlich muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Fokus der Maßnahmen stärker auf die stationäre Altenpflege gelegt werden müsste, da in diesem Segment die Belegungszahlen (belegte Pflegeheimplätze) anders als im Krankenhausbereich stark ansteigen. Auch in Zukunft ist zu erwarten, dass beispielsweise durch kürzere Verweildauern und eine Verlagerung in die ambulante Versorgung die Belegungszahlen im Krankenhausbereich (belegte Krankenhausbetten) trotz der demografischen Entwicklung stabil bleiben oder leicht zurückgehen.

Es besteht die Gefahr, dass sich Krankenhäuser einen Überbietungswettbewerb um neue Pflegekräfte liefern, der im Ergebnis zulasten der geringer entlohten Beschäftigten in der Altenpflege geht.



Weitere finanzielle Anreize für mehr Pflege im Krankenhaus

Mit dem PpSG hat der Gesetzgeber zudem weitere finanzielle Anreize zur Stärkung des Krankenhauspflegepersonals gesetzlich verankert:

- **Zusätzliche Finanzierung von Pflegekräften**

Ab 2019 wird jede zusätzlich eingestellte Pflegekraft, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig ist, vollständig refinanziert: zunächst im Jahr 2019 über das erweiterte Pflegestellen-Förderprogramm, in den Jahren ab 2020 über die neu einzuführenden krankenspezifischen individuellen Pflegebudgets, über die separat zu den DRG-Fallpauschalen die Pflegekosten der Krankenhäuser nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert werden.

- **Tarifrefinanzierung im Bereich Pflege**

Über diese Regelung sollen statt der bislang gültigen hälftigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen ab 2018 die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig refinanziert werden. Nachweisregelungen sollen sicherstellen, dass die zusätzlichen Finanzmittel für Pflegepersonal eingesetzt wurden.

- **Ausbildungsplätze in der Pflege**

Ab 2019 werden die Auszubildenden in der (Kinder-)Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr nicht mehr über den gesetzlich festgelegten Schlüssel auf Vollkräfte angerechnet und damit vollständig refinanziert. Außerdem werden künftig die Ausbildungsvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe refinanziert, wenn eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde. Der aus den Maßnahmen resultierende Anstieg der Ausbildungsbudgets unterliegt keiner Obergrenze.

Mehr Patientensicherheit durch Pflegepersonaluntergrenzen

Die Krankenhäuser haben die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte der Personalausstattung und Patientenbelegung nachzuweisen.

Künftig soll es in deutschen Krankenhäusern Pflegepersonaluntergrenzen geben. Mit dem im Juli 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, in Krankenhäusern pflegesensitive Bereiche zu identifizieren und für diese Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren, die ab dem 1. Januar 2019 für alle Krankenhäuser verbindlich gelten. Die Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen umfassten auch den Auftrag, ein Nachweisverfahren und Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Grenzen zu vereinbaren.

Verbindliche Untergrößen je Schicht

Der Schwerpunkt der Verhandlungen im Jahr 2018 lag auf der Datenerhebung zur Ist-Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zur Patientenbelegung. Diese waren Basis für die Vereinbarung verbindlicher Pflegepersonaluntergrenzen. Durch ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) moderiertes Gespräch einigten sich die Selbstverwaltungspartner zunächst auf eine Kompromiss-

lösung. Der DKG-Vorstand lehnte diese Kompromisslösung jedoch überraschend ab. Damit griff der gesetzlich vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus einer Ersatzvornahme durch das BMG. Diese trat in Form der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) am 11. Oktober 2018 in Kraft. Die PpUGV legt verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für vier Bereiche fest, die schichtbezogen auf den Stationen der einzelnen Bereiche an jedem Krankenhausstandort einzuhalten sind:

1. Intensivmedizin
2. Geriatrie
3. Kardiologie
4. Unfallchirurgie

Im weiteren Verhandlungsprozess fanden die Selbstverwaltungspartner im November 2018 eine Lösung für die Nachweisvereinbarung. Diese legt insbesondere fest, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand monatlicher Durchschnittswerte der Personalausstattung und Patientenbelegung nachzuweisen und darüber hinaus die Anzahl der Schichten je Monat zu melden haben, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden.

Gesetzliche Aufgaben und Fristen des § 137i SGB V

Aufgabe	Frist	Konfliktlösung	Status*
1 Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen	30.06.2018	Ersatzvornahme durch das BMG (PpUGV)	✓
2 Mehrkostenvereinbarung	-	Schiedsstelle auf Antrag; TSVG sieht Streichung vor	-
3 Nachweisvereinbarung	30.06.2018	Automatische Schiedsstelle	✓
4 Sanktionen bei Nichteinhaltung	30.06.2018 31.01.2019	Automatische Schiedsstelle	
5 Vereinbarung zur Übermittlung und Nutzung von Daten nach § 21 KHEntG im Rahmen der jährlichen Fortschreibung	31.07.2018 31.12.2018	Schiedsstelle auf Antrag	✓
6 Überprüfung und Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV	31.08.2019	Automatische Schiedsstelle	
7 Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen für Neurologie und Herzchirurgie	31.08.2019	Automatische Schiedsstelle	
8 Jährliche Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in weiteren pflegesensitiven Bereichen (erstmalig für 2021)	31.08. (jährl.)	Automatische Schiedsstelle	
9 Wissenschaftliche Evaluation inkl. Bericht an BMG und BT	31.12.2022	-	

*Stand zum 31.12.2018
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben soll die Vereinbarung über Sanktionen bei Nichteinhaltung der Untergrenzen auf Bundesebene bis zum 31. Januar 2019 abgestimmt sein. So soll über Vergütungsabschlüsse und Fallzahlverringerungen verhindert werden, dass es sich lohnt, die Grenzen zu unterschreiten oder gar keine Personalangaben zu machen. Die Selbstverwaltungspartner konnten bereits eine weitgehende Einigung über Sanktionen erzielen. Uneinigkeit besteht hingegen über die Ausgestaltung der Regelungen zur Fallzahlverringerung. Da die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner bislang nicht fristgerecht erfolgt ist, ist die Entscheidung durch das gesetzlich vorgesehene automatische Schiedsstellenverfahren wahrscheinlich.

Vorrang für Patientenschutz

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen durch die PpUGV einen wichtigen ersten Schritt zur Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität im Krankenhaus dar. Damit werden erstmals verbindliche schicht- und stationsbezogene Mindestvorgaben für die Pflegepersonalausstattung festgelegt.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sieht eine Weiterentwicklung und Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf weitere pflegesensitive Bereiche ab 2019 vor. Dabei soll künftig insbesondere der unterschiedliche Pflegeaufwand der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Für eine solche Risikoadjustierung hatte sich der GKV-Spitzenverband im Verhandlungsprozess stets eingesetzt. Im weiteren Verhandlungsprozess wird der GKV-Spitzenverband für eine Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausbereiche plädieren, um Personal- und Patientenverlagerungen und frühzeitige Entlassungen zu vermeiden.

Wichtige Anreize durch Pflegepersonalquotienten

Neben den bereits bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen in einzelnen Bereichen des Krankenhauses soll gemäß den Vorgaben des PpSG künftig zur

Verbesserung der Pflegepersonalausstattung vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Pflegequotient je Krankenhaus berechnet werden, der das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses darstellt. Dieser Quotient gibt Aufschluss darüber, inwiefern das Krankenhaus viel oder wenig Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung einsetzt. Anders als bei den Pflegepersonaluntergrenzen wird im Rahmen des Pflegepersonalquotienten das Krankenhaus in Gänze betrachtet. Das BMG legt im Rahmen einer Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand fest, bei der eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Bei Unterschreitung des festgelegten Wertes vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragspartner vor Ort die Höhe und nähere Ausgestaltung der Sanktionen. Diese Maßnahme dient einerseits der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und bietet andererseits Krankenhäusern einen Anreiz, mehr Personal einzusetzen. Der GKV-Spitzenverband sieht den Pflegepersonalquotienten als sinnvolle und notwendige Ergänzung der bereits vorliegenden Regelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen.

Der Pflegequotient stellt das Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses dar.

Pflegepersonaluntergrenzen nach PpUGV

	Intensivmedizin		Geriatric		Kardiologie		Unfallchirurgie	
								
Max. Anzahl von Patienten pro Pflegekraft	2,5*	3,5*	10	20	12	24	10	20
Max. Anteil von Pflegehilfskräften	8 %	8 %	20 %	40 %	10 %	15 %	10 %	15 %

* Diese Verhältniszahlen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gelten für die Jahre 2019 und 2020. Ab dem 01.01.2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von 2 : 1 und für die Nachtschicht das Verhältnis von 3 : 1 (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 PpUGV).

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zweiter Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm vorgelegt

In den ersten beiden Förderjahren wurde bislang ein Gesamtvolumen von rd. 157 Mio. Euro vereinbart und damit etwa die Hälfte der zur Verfügung stehenden GKV-Mittel ausgeschöpft.

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

zur regulären Krankenhausvergütung bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung. Diese Mittel waren 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 rd. 1.000 Krankenhäuser von dem ersten Pflegestellen-Förderprogramm. Damals wurde ein Fördervolumen in Höhe von 1,1 Mrd. Euro verausgabt, mit dem rd. 13.600 Pflegekräfte eingestellt werden konnten.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde das Pflegestellen-Förderprogramm zudem angepasst und als Übergangslösung bis zum Inkrafttreten eines Pflegebudgets auf das Jahr 2019 ausgedehnt. Für das Jahr 2019 entfallen der Eigenanteil der Krankenhäuser und die Begrenzung auf einen förderfähigen Anteil vom Gesamtbudget, sodass zusätzlich entstehende Pflegepersonalkosten vollständig zu finanzieren sind.

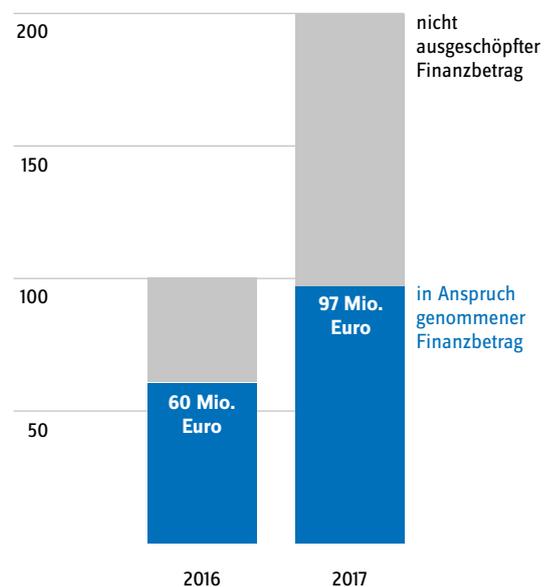
Inanspruchnahme und Personalzuwächse transparent darlegen

Jährlich wertet der GKV-Spitzenverband die Inanspruchnahme dieser Förderung auf Basis von Krankenkassendaten aus. Am 30. Juni 2018 legte er dem BMG den Bericht über die Umsetzung in den Jahren 2016 und 2017 vor. Demnach wurden im Budgetjahr 2017 insgesamt 618 Krankenhäusern rd. 97 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. In den ersten beiden Förderjahren wurde bislang ein Gesamtvolumen von rd. 157 Mio. Euro vereinbart und damit etwa die Hälfte der zur Verfügung stehenden GKV-Mittel ausgeschöpft. Vereinbart wurden etwa 2.228 zusätzliche Pflegestellen. Erste Testate aus den Jahresabschlussprüfun-

gen 2016 liegen für 38 % der in diesem Jahr an der Förderung teilnehmenden Kliniken vor und belegen einen tatsächlichen Zuwachs um etwa 1.553 Vollkraftstellen in den teilnehmenden Krankenhäusern. Der Anteil desjenigen Personals, das aus den Fördermitteln eingestellt wurde, ist aufgrund der teilweise unspezifischen Nachweisführung nicht klar abgrenzbar. Diese Daten sind jedoch zunächst vorläufiger Natur, da noch nicht von allen anspruchsberechtigten Krankenhäusern zum Zeitpunkt der Berichterstellung bekannt war, ob die Förderoptionen genutzt wurden. In den Folgeberichten werden immer auch die aktualisierten Datenbestände der Vorjahre ausgewertet, sodass erst nach Abschluss des Förderzeitraums eine verlässliche Bewertung der tatsächlichen Inanspruchnahme möglich sein wird.

Pflegestellenförderprogramm - Vereinbarte Finanzmittel in den Förderjahren 2016 und 2017

Finanzbetrag in Mio. Euro



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Konzertierte Aktion Pflege gestartet

Eines der wichtigen Ziele der Bundesregierung ist es, die Arbeit in der Pflege attraktiver zu gestalten. Es sollen mehr Menschen motiviert werden, den Pflegeberuf zu ergreifen. Mit der im Koalitionsvertrag verankerten Konzertierte Aktion Pflege (KAP) sollen der Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden unmittelbar und spürbar verbessert, die Pflegeausbildung gestärkt und umfassende weitere Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte identifiziert und umgesetzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit – gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales – hat im Juli 2018 mit allen relevanten Akteuren in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege die Konzertierte Aktion Pflege gestartet und die Grundstruktur, die Aufgaben sowie die Besetzung der Arbeitsgruppen im Dachgremium abgestimmt.

Maßnahmen gemeinsam festlegen und umsetzen

Insgesamt wurden fünf themenspezifische Arbeitsgruppen eingerichtet, alle unter aktiver Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes, der auch die

Abstimmung mit den Krankenkassen koordiniert. Die Arbeitsgruppen sollen konkrete Maßnahmen und Empfehlungen erarbeiten, die vom Dachgremium beschlossen und im Sommer 2019 präsentiert werden sollen.

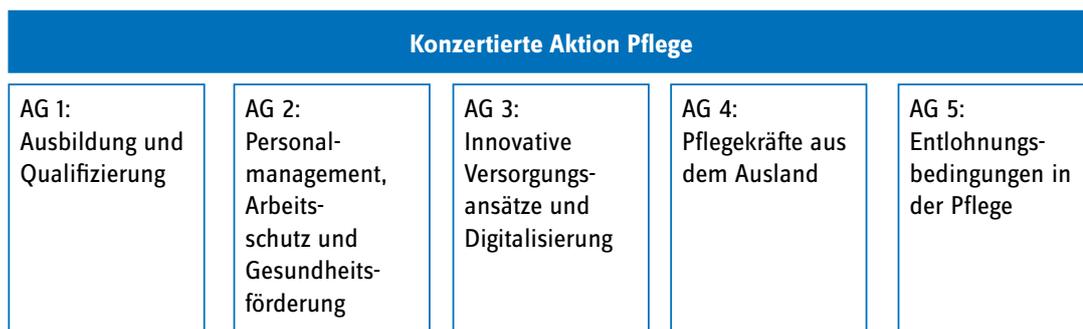
Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Konzertierte Aktion Pflege aktiv und erwartet eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden.

Weder eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte noch das Anwerben bzw. Ausbilden von Pflegekräften im Ausland sind allein ausreichend, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Vielmehr

ist es notwendig, dass sich alle beteiligten Akteure verantwortungsbewusst, verlässlich und dauerhaft einbringen und aktiv an der Verbesserung der Pflegesituation durch die Umsetzung der Vereinbarungen mitwirken. Hierzu zählt z. B., dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verstärkt ausbilden, die Länder dementsprechend für ausreichend Schulplätze sorgen und ihrer Verantwortung zur Übernahme der Investitionskosten gerecht werden.

Mit der Konzertierte Aktion Pflege sollen die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden verbessert, die Pflegeausbildung gestärkt und weitere Entlastungsmaßnahmen identifiziert und umgesetzt werden.

Arbeitsgruppen der Konzertierte Aktion Pflege



SOLIDARITÄT IN DER GKV



betritt

neue Wege

Innovationsfonds: Die Versorgung von morgen im Blick

Seit 2016 fördert der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsausschuss innovative Versorgungsmodelle und anwendungsorientierte Versorgungsforschung mit einem jährlichen Fördervolumen von bis zu 300 Mio. Euro. Auch im dritten Jahr seit Bestehen des Innovationsfonds haben Krankenkassen, Ärzteverbände, Hochschulkliniken und Allgemeinkrankenhäuser sowie Universitäten und Forschungsinstitute wieder zahlreiche Förderanträge beim Innovationsausschuss eingereicht. Wie in den Vorjahren wurden diese Projektvorschläge nach Maßgabe der in den jeweiligen Förderbekanntmachungen veröffentlichten Förderkriterien bewertet, um entscheiden zu können, welche Projektvorschläge in den Genuss einer Förderung kommen sollen. In die Entscheidungen des Innovationsausschusses gingen auch die Förderempfehlungen des Expertenbeirats ein, der seine wissenschaftliche und versorgungspraktische Expertise in den Bewertungsprozess eingebracht hat.

Erprobung neuer Versorgungsformen

Auf die im Oktober 2017 veröffentlichte Förderbekanntmachung zu „Neuen Versorgungsformen“ hin haben 93 Einzelantragsteller bzw. Antragskonsortien ihre Projektvorschläge eingereicht, um Versorgungsinnovationen unter Alltagsbedingungen zu testen und nach wissenschaftlichen Standards evaluieren zu lassen. Dass diese Zahl gegenüber den Vorjahren leicht rückläufig ist, mag damit zusammenhängen, dass der Innovationsausschuss in diesem Jahr auf die Ausschreibung einer themenoffenen Förderbekanntmachung verzichtet hat. Stattdessen wollte er mit einer Auswahl spezieller Themenschwerpunkte konkrete Akzente in seiner Förderung setzen. Unter anderem wurde das Themenfeld „sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle“ ausgeschrieben. Ziel ist es, bestehende Hürden im Versorgungsablauf, die sich aus den Zuständigkeiten der unterschiedlichen Sozialversicherungsweige ergeben, zu überwinden. Hier zwei Beispiele:

- In diesem Themenfeld konnte sich ein Förderantrag durchsetzen, der eine strukturierte Form multimodaler Schmerztherapie für Rückenschmerzpatientinnen und -patienten erprobt. Nach einem ausführlichen Assessment, das auch psychosoziale Risikofaktoren umfasst, beginnt die multimodale Therapie in einem Reha-Zentrum. An die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanzierte stationäre Versorgung soll sich friktionsfrei und ohne weitere Untersuchungstermine die von der Deutschen Rentenversicherung getragene berufliche Rehabilitation anschließen. Ziel sind kurze Entscheidungswege über die Trägergrenzen hinweg.
- Ein anderes Beispiel betrifft die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der stationären Altenpflege (SGB XI) und dem von der GKV finanzierten Rettungsdienst. Die Projektintervention besteht darin, ein sektorenübergreifendes und integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement zu entwickeln und zu evaluieren. Ziel ist es, den Pflegekräften einen Entscheidungsalgorithmus an die Hand zu geben, um in definierten Krisensituationen den Patientenwillen der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner bestmöglich berücksichtigen zu können.

Im Ergebnis konnten sich insgesamt 38 Projekte durchsetzen. Sie wurden mit 187,7 Mio. Euro gefördert. Im Jahr 2018 hat der Innovationsausschuss das verfügbare Förderbudget damit erstmals nicht vollständig abgerufen. Dies liegt darin begründet, dass die Projektauswahl streng entlang der Förderkriterien getroffen wird und keine Kompromisse zulasten der Qualität gemacht werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es sehr erfreulich, dass an allen ausgewählten Projekten erneut Krankenkassen als Konsortialführer oder Konsortialpartner beteiligt waren. In der Regel liegen den Versorgungsmodellen Selektivverträge zugrunde, sodass die jeweiligen Projekte auf einem

Das Themenfeld „sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle“ wurde mit dem Ziel ausgeschrieben, bestehende Hürden im Versorgungsablauf zu überwinden.

Der Innovationsfonds hat wichtige Impulse für die Initiierung innovativer Versorgungsansätze gesetzt und die Evaluationskultur im deutschen Gesundheitswesen gestärkt.

stabilen rechtlichen Konstrukt basieren und eine Fortsetzung der Versorgungsangebote auch nach Ablauf der Förderung grundsätzlich möglich ist.

Versorgungsforschung

Im Förderbereich „Versorgungsforschung“ wurden insgesamt 205 Projektanträge eingereicht. Zu den ausgeschriebenen Schwerpunktthemen zählten beispielsweise die „Nutzbarkeit lernender Algorithmen“, die „Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten“, „Behandlungsoptionen bei Resistenzen“ und „Patientensicherheit, Qualitätssicherung und -förderung“. Die Wahl des Innovationsausschusses fiel auf 55 Projekte – 53 davon aus dem themenspezifischen Bereich sowie zwei Projekte zur Weiterentwicklung und Evaluation der G-BA-Richtlinie zum Hautkrebsscreening. Die Projekte werden mit einem Fördervolumen von insgesamt 70,0 Mio. Euro unterstützt.

Wie weiter mit dem Innovationsfonds?

Der Innovationsfonds hat wichtige Impulse für die Initiierung innovativer Versorgungsansätze gesetzt und die Evaluationskultur im deutschen Gesundheitswesen gestärkt. Allerdings liegen aktuell noch keine Ergebnisse der geförderten Projekte vor, sodass die Wirkungen des Innovationsfonds auf die GKV-Versorgung bis Ende des Jahres 2018 noch nicht abschließend bewertet werden konnten. Die Mehrheit der Projekte aus dem Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ wird erst in den Jahren 2020 und 2021 enden. Dessen ungeachtet haben die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag vereinbart, dass der Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus mit einem auf jährlich 200 Mio. Euro reduzierten Förderbudget fortgesetzt werden soll.

Geförderte „Neue Versorgungsformen“ 2018

	Zahl	Volumen
Neue Versorgungsformen nach Themenfeldern		
Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsmodelle	9	37,5 Mio. €
Krankheitsübergreifende Versorgungsmodelle	1	6,1 Mio. €
Versorgungsmodelle für spezifische Krankheiten/Krankheitsgruppen	15	71,1 Mio. €
Versorgungsmodelle für vulnerable Gruppen	4	25,2 Mio. €
Versorgungsmodelle mit übergreifender und messbarer Ergebnis- und Prozessverantwortung	2	7,4 Mio. €
Modelle zur Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -prozessen	7	40,4 Mio. €
Gesamt 2018	38	187,7 Mio. €

Der Weg in die Regelversorgung

Neben dem Bekenntnis der Großen Koalition zur Zukunft des Innovationsfonds wird im Koalitionsvertrag auch der Anspruch formuliert, erfolgreiche Versorgungsansätze zügig in die Regelversorgung zu überführen. Denn die Überführung stellt den zentralen Erfolgsparameter des Innovationsfonds dar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte ausschließlich auf Basis gesicherter Erkenntnisse aus der Projektdurchführung entschieden werden, ob eine vom Innovationsfonds geförderte neue Versorgungsform im Sinne ihrer Zielstellung erfolgreich war und auf welchem Weg diese Innovation den Weg in die (Regel-)Versorgung finden soll. Dies ist auf Grundlage der Ergebnis- und Evaluationsberichte möglich, die die Projektnehmer bzw. die mit der wissenschaftlichen Evaluation beauftragten Institute nach Projektende erstellen müssen und die vom Förderer veröffentlicht werden.

Keinesfalls sollten die etablierten Wege zur Überführung von Innovationen in die Regelversorgung umgangen und die Prinzipien und Standards der gemeinsamen Selbstverwaltung untergraben werden. Jene Institutionen, die für die Versorgungsqualität in der GKV Verantwortung tragen, sollten entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen ein Versorgungsangebot fortgesetzt wird. Die Kompetenzen bzw. Aufgaben des Innovationsausschusses leiten sich aus seiner Funktion als Fördermittelgeber ab. Dies umfasst die Feststellung der ordnungs- und auftragsgemäßen Durchführung sowie die Prüfung und formale Abnahme der Evaluations- und Ergebnisberichte.

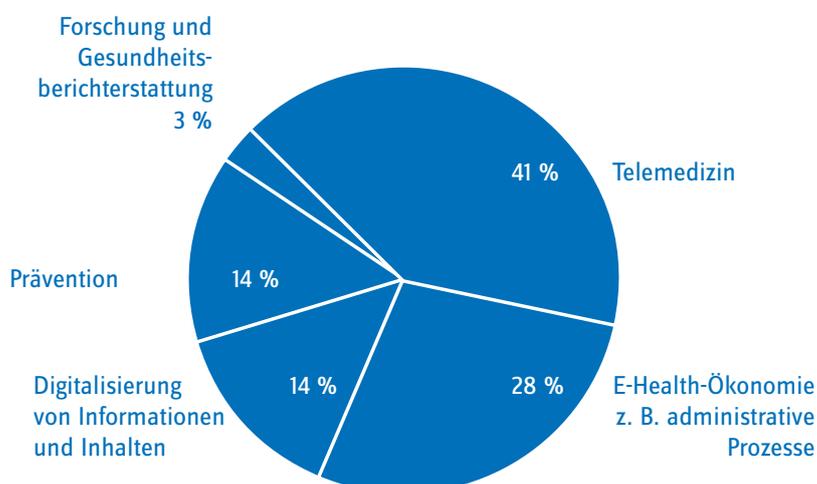
Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, Versorgungsinnovationen über das Kollektivvertragsrecht oder alternativ innerhalb selektivvertraglicher Bedingungen in die GKV-Versorgung zu überführen. Eine pauschale Empfehlung, den einen oder anderen Weg zu gehen, kann es mit Blick auf die große Heterogenität der über den Innovationsfonds geförderten Versorgungsangebote nicht geben. Die Überleitung in die GKV-Versorgung ist abhängig von den konkreten Inhalten

bzw. von der Komplexität der Versorgungsinnovation. Eine Überführung positiver Projekte über den Kollektivvertrag würde am ehesten der Verfahrensordnung des Innovationsausschusses entsprechen. Diese definiert Regelversorgung als eine „Versorgung, auf die alle Versicherten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit, ihrem Wohnort oder ihrer Zustimmung zu einem Vorhaben oder Programm Anspruch haben“. Über diesen Weg würden insbesondere Richtlinien des G-BA sowie Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angepasst oder die Bundesmantelverträge weiterentwickelt werden.

Als Alternative zum Kollektivvertrag besteht die Möglichkeit, einen neuen Versorgungsansatz im selektiven Vertragsrecht zu verankern. Der Weg über den Selektivvertrag bietet sich an, wenn die Innovation aus einem komplexen Bündel unterschiedlicher Interventionen besteht, die sektorenübergreifend oder sozialleistungsträgerübergreifend

Die Institutionen, die für die Versorgungsqualität in der GKV Verantwortung tragen, sollten entscheiden, ob und unter welchen Bedingungen ein Versorgungsangebot fortgesetzt wird.

E-Health in den Neuen Versorgungsformen prozentuale Aufteilung



Quelle: Antragstexte, eigene Auswertung; Darstellung: GKV-Spitzenverband

**Eine Überführung positiv
evaluierter Projekte über
den Kollektivvertrag
würde am ehesten der
Verfahrensordnung des
Innovationsausschusses
entsprechen.**

fernd erbracht werden, und wenn eine passgenaue Rechtsgrundlage für eine Umsetzung innerhalb des Kollektivvertragsrechts nicht besteht. Zu den Vorteilen der Selektivverträge gehört, dass die Umsetzung - anders als im Kollektivvertrag - vergleichsweise schnell erfolgen kann. Schließlich basieren viele Versorgungsprojekte, die im Innovationsfonds gefördert wurden, bereits auf § 140a-Verträgen, sodass im Zuge einer (räumlichen) Verbreiterung des Modells schlicht mehr Vertragspartner auf Leistungserbringerseite bzw. weitere Krankenkassen als Kostenträger hinzugezogen werden müssten. Die Nachteile des Selektivvertrags nach § 140a SGB V bestehen hingegen insbesondere darin, dass die „Besondere Versorgung“ nicht alle GKV-Versicherten erreicht und ein Einschreibeverfahren, eine aufwendige Budgetbereinigung sowie einen Wirtschaftlichkeitsnachweis erfordert.

Sofern sich bestimmte Versorgungsansätze nicht innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens verwirklichen lassen, ist der Gesetz- oder Verordnungsgeber gefordert.



SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist Hilfe, wo sie



nötig ist

Pflegebudget: Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System

Ab dem Jahr 2020 werden die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und separat über ein Pflegebudget finanziert. Das neue krankenhausesindividuelle Pflegebudget wird künftig neben den DRG-Fallpauschalen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit, verpflichtende Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung zu treffen. Die Grundlage muss eine schicht- und stationsgenaue Erfassung der Ist-Situation und ergänzend ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes sowie

Ursächlich für die in der Pflege bestehenden Probleme ist die Zweckentfremdung von Pflegeerlösen für die fehlende Investitionsfinanzierung und den Erhalt teils unwirtschaftlicher Strukturen.

arbeits- und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument sein. Die nun mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vollzogene Rückkehr zur Selbstkostendeckung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine Fehlentscheidung. Ursächlich für die in der Pflege bestehenden Probleme ist nicht die Art der Finanzierung der

Krankenhäuser über DRG-Fallpauschalen, sondern die Zweckentfremdung von Pflegeerlösen für die fehlende Investitionsfinanzierung und den Erhalt teils unwirtschaftlicher Strukturen.

Die nun vorgesehene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung in der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets auch nur tatsächlich belegte Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer.

Umstellung der Pflegefinanzierung

Die Umstellung der Pflegefinanzierung erfordert eine Vielzahl an Anpassungen. So haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ab dem Jahr 2020 auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Bis Ende Januar 2019 soll hierfür zunächst eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten vereinbart werden. Parallel dazu sind bis Ende Februar 2019 die Prozedurenschlüssel zu benennen, die nach Einführung des Pflegebudgets für das DRG-System nicht mehr benötigt werden. Bis zum Juli 2019 sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene die Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets auszuarbeiten.

Die Fallpauschalen und die Zusatzentgelte des DRG-Katalogs sind bis zum 30. September 2019 um die auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vermindern. Die Pflegepersonalkosten sind bis Ende September 2019 in einem Katalog mit tagesbezogenen Bewertungsrelationen abzubilden. Dieser Katalog ist ab 2020 von den Vertragsparteien vor Ort für die Abzahlung des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets anzuwenden. Abschließend haben die Vertragsparteien auf Bundesebene dem Bundesgesundheitsministerium über die Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 zu berichten. Sie haben hierzu bis August 2021 einen Zwischenbericht und bis August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.

Strukturwandel in der stationären Versorgung einleiten

Der Krankenhausstrukturfonds wurde erstmalig für die Jahre 2016 bis 2018 mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführt. Ursprünglich hat der GKV-Spitzenverband den Strukturfonds in die politische Diskussion eingebracht, um Krankenhausschließungen und Marktberichtigungen zu unterstützen. Insbesondere von den Ländern wird der Strukturfonds aber genutzt, um die stetig nachlassenden Landesinvestitionen zu kompensieren. Auswertungen zum bisherigen Strukturfonds zeigen, dass nur ein sehr geringer Anteil der Mittel in den tatsächlichen Kapazitätsabbau geflossen ist. Der Strukturfonds kann somit als Griff der Bundesländer in den Gesundheitsfonds angesehen werden.

Strukturfondsmittel zielgerichtet einsetzen

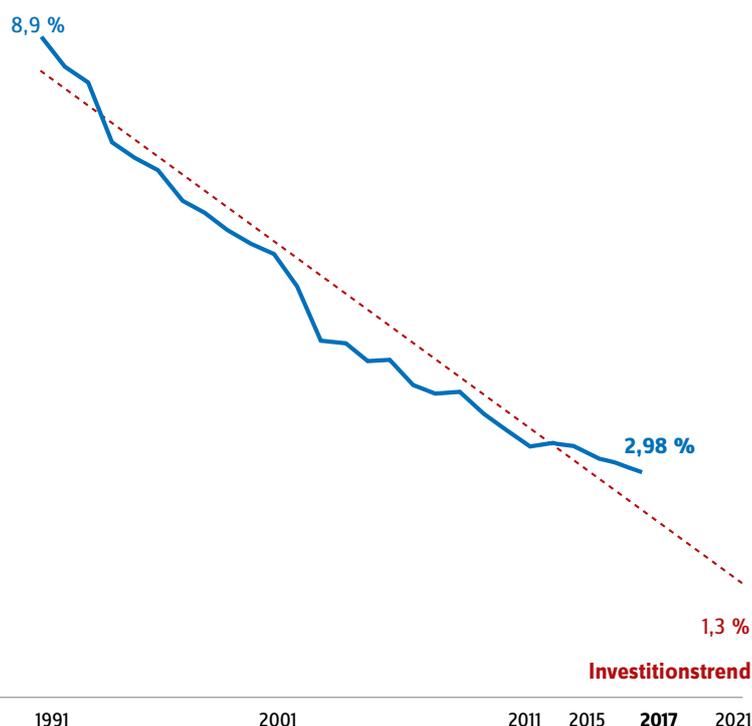
Dieser Fonds wird nun mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) für die kommenden vier Jahre mit jährlich 1 Mrd. Euro fortgeführt. Wie bisher erfolgt die Finanzierung hälftig vonseiten der gesetzlichen Krankenversicherung, die 500 Mio. Euro direkt aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung stellt. Eine verpflichtende Beteiligung der privaten Krankenversicherung ist auch in Zukunft nicht vorgesehen. Die andere Hälfte wird über eine Kofinanzierung der Länder bzw. aus Mitteln der Träger sichergestellt. Die Länder müssen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Fondsmittel in den kommenden Jahren die bisher im Krankenhausbereich vorgehaltenen Investitionsmittel weiter in gleicher Höhe bereitstellen. Die Verwendungsmöglichkeiten der Strukturfondsmittel werden mit dem PpSG ebenfalls ausgeweitet. So können nun u. a. auch Digitalisierungsmaßnahmen wie die Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit sowie die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten finanziert werden. Daneben sind 5 % der finanziellen Mittel für länderübergreifende Projekte vorgesehen.

Der Krankenhausstrukturfonds ist ein Instrument mit Potenzial und ein sinnvoller Ansatz, den notwendigen Strukturwandel im stationären Bereich zu erwirken. Mit der Ausweitung der Förderzwecke tritt der ursprüngliche Zweck des Strukturfonds, nämlich die Finanzierung des Abbaus von Überkapazitäten, weiter in den Hintergrund. Es droht damit eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, deren Finanzierung originäre Aufgabe der Länder ist.

Der ursprüngliche Zweck des Strukturfonds, die Finanzierung des Abbaus von Überkapazitäten, tritt weiter in den Hintergrund.

Rückläufige Investitionen der Bundesländer

Verhältnis der Länderinvestitionen zu Gesamtkosten der Krankenhäuser



Quelle: Statistisches Bundesamt
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Notfallversorgung gewährleisten

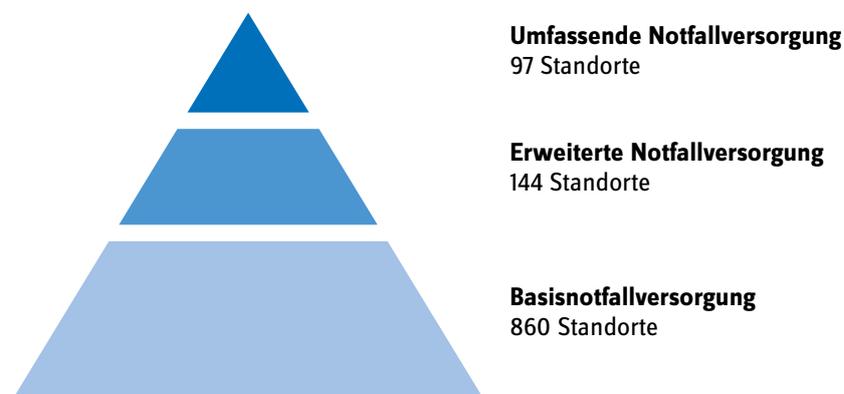
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im April 2018 ein dreistufiges System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern aus Basisnotfallversorgung, erweiterter Notfallversorgung und umfassender Notfallversorgung beschlossen. Um Krankenhäuser zukünftig gemessen am Umfang ihrer Vorhaltungen für die Notfallversorgung einer Stufe zuordnen zu können, wurden für jede Notfallstufe strukturelle Mindestanforderungen für die folgenden Kriterien definiert:

- Art und Anzahl von Fachabteilungen
- Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals
- Kapazität zur Versorgung von Intensivpatientinnen und -patienten
- medizinisch-technische Ausstattung
- Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

Auf Grundlage der Stufenzuordnung können Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Teilnahme an der Notfallversorgung erhalten. Krankenhäuser, welche die strukturellen Mindestanforderungen nicht erfüllen, müssen Abschlüsse hinnehmen. Der Beschluss trat am 19. Mai 2018 nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die Vertragsparteien auf Bundesebene wurden verpflichtet, bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschlüsse mit Hilfe des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu ermitteln. Die Vereinbarung der Notfallzu- und -abschlüsse soll auf der Ortsebene erstmals für das Budgetjahr 2019 erfolgen.

Teilnahme an der allgemeinen Notfallversorgung nach Stufen

(n = 1.101; 63 %)



- ▶ Insgesamt erfüllen 1.210 Standorte mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (69 %).
- ▶ 538 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung oder der Module (31 %).
- ▶ Die teilnehmenden Standorte haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt.

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Teilnahme an der Notfallversorgung zielgerichtet vergüten

Die mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Regelung der Notfallzu- und -abschläge sah zunächst eine für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgabenneutrale Umverteilung zwischen den Krankenhäusern vor. Dies war aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes auch sachgerecht, da der Beschluss des G-BA insgesamt keine zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser verursacht. Er ermöglicht vielmehr eine zielgerichtete Vergütung des unterschiedlich hohen bestehenden Aufwands durch die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung. Mit der Verabschiedung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes wurde jedoch eine Änderung beschlossen, welche die absenkende bzw. erhöhende Wirkung der Notfallzu- und -abschläge auf die Landesbasisfallwerte aufhebt. Sofern das Abschlagsvolumen der Nichtteilnehmer im Land für die Gegenfinanzierung der Zuschläge der Notfallteilnehmer nicht ausreicht, wird der Differenzbetrag zukünftig von den Krankenkassen ausgeglichen. Dies wird nach Schätzungen des Gesetzgebers ab dem Jahr 2019 zu Mehrausgaben der GKV in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags führen.

Im Dezember 2018 konnten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Basis der neuen Gesetzesgrundlage eine Einigung über die Höhe der Notfallzu- und -abschläge erzielen. Für einen Krankenhausstandort, der an der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) teilnimmt, liegt die jährliche Zuschlagspauschale bei 153.000 Euro. Für die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) beträgt die Pauschale 459.000 Euro. Für die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) wurde eine Pauschale in Höhe von 688.500 Euro festgelegt. Zudem wurden Regelungen zur Ermittlung der Zuschlagshöhe für die Module der speziellen Notfallversorgung, u. a. Kindernotfallversorgung und Schlaganfallversorgung, getroffen. Die Zuschlagshöhe dieser Module wird im Wesentlichen am Anteil der Patientinnen und Patienten in diesen Versorgungseinheiten an allen vollstationären Fällen des Krankenhausstandorts bemessen. Krankenhausstandorte, die nicht am gestuften System der Notfallversorgung teilnehmen, müssen zukünftig einen Abschlag in Höhe von 60 Euro je vollstationärem Behandlungsfall hinnehmen. Insgesamt soll bundesweit ein Zuschlagsvolumen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung in Höhe von 295 Mio. Euro ausgeschüttet werden. Diese Summe setzt sich zusammen aus dem Abschlagsvolumen der Nichtteilnehmer und dem zusätzlich durch die GKV zu finanzierenden niedrigen dreistelligen Millionenbetrag.

Insgesamt soll bundesweit ein Zuschlagsvolumen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung in Höhe von 295 Mio. Euro ausgeschüttet werden.

Qualitätsverträge: Vorfahrt für Qualität im Krankenhaus

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz hat der Gesetzgeber 2015 einen starken Fokus auf die Qualitätssicherung im stationären Sektor gelegt. Neben der Stärkung bestehender Instrumente, wie z. B. Mindestmengen, wurden auch neue angelegt, die

Durch den Abschluss einer Rahmenvereinbarung mit der DKG wurde die formale Voraussetzung für Qualitätsverträge durch Krankenkassen und Krankenhäuser vor Ort geschaffen.

sukzessive im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bzw. von den Vereinbarungspartnern Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband umgesetzt werden. Dazu gehören neben den Qualitätsverträgen beispielsweise auch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (erster G-BA-Beschluss im Dezember 2016) sowie die qualitätsorientierten Zu- und Abschläge (in Beratung).

Qualitätsorientierte Vergütung durchsetzen

Ziel der Qualitätsverträge ist ein Einstieg in die qualitätsorientierte Vergütung in vier Leistungsbereichen. Die Umsetzung des Auftrags erfolgt in zwei Schritten. Der G-BA definierte zunächst vier Leistungsbereiche:

- endoprothetische Gelenkversorgung (Schulter, Hüfte, Knie)
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat ein Konzept zur Evaluation der Qualitätsverträge erarbeitet, das inzwischen auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht wurde.

In einem zweiten Schritt folgte der Abschluss einer Rahmenvereinbarung mit der DKG, die fristgerecht im August 2018 in Kraft getreten ist. Damit wurde die formale Voraussetzung für die Anbahnung und den Abschluss von Qualitätsverträgen durch Krankenkassen und Krankenhäuser vor Ort geschaffen. Wirksam werden sie, sobald das IQTIG die verfahrenstechnischen Voraussetzungen für die Evaluation geschaffen hat. Dies wird für Juli 2019 erwartet. Die Abgabe von Projektplänen und die Registrierung abgeschlossener Verträge beim IQTIG ist seit Februar 2019 möglich.

Klare Vorgaben für besondere Versorgung in Zentren schaffen

Besondere Leistungen von Zentren sind Leistungen, die nicht von allen Krankenhäusern erbracht werden und entsprechend nicht über DRG-Fallpauschalen finanziert werden können. Es handelt sich insbesondere um krankenhausesübergreifende Aufgaben, wie z. B. Tumorkonferenzen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser. Mit Implementierung des DRG-Systems wurde daher eine Finanzierung über Zentrumszuschläge eingeführt. Allerdings wurde der Begriff „Zentrum“ von Ländern wie auch Krankenhäusern inflationär und beliebig benutzt. Bayern z. B. hielt die Schlaganfallversorgung für zentrumsrelevant. Baden-Württemberg setzte dagegen auf die Geriatrie und Nordrhein-Westfalen auf die Brustkrebszentren. Der Eindruck drängte sich auf, dass jede medizinische Einrichtung, die etwas auf sich hielt, sich als „Zentrum“ bezeichnete.

Daher wurden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem Krankenhausstrukturgesetz beauftragt, das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren zu vereinbaren. Da auf dem Verhandlungsweg keine Einigung erzielt werden konnte, wurde die Zentrumsvereinbarung im Dezember 2016 durch die Bundesschiedsstelle gegen die Stimmen der Kostenträger festgesetzt.

Zentrumsversorgung eindeutig und einheitlich regeln

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes schafft die festgesetzte Vereinbarung nicht die notwendige Normklarheit. Die Schiedsstelle hat offengelassen, wie sich die „besonderen Aufgaben“ von Zentren von den Standardaufgaben eines Krankenhauses abgrenzen lassen und welche Qualitätskriterien Zentren für die Übernahme besonderer Aufgaben qualifizieren. Schnell bestätigte sich, dass die Zentrumsvereinbarung von den Beteiligten unterschiedlich interpretiert wird. Die Folge war, dass im Jahr 2018 keine Zentrumszuschläge auf Basis der neuen Regelung gezahlt wurden. Der GKV-Spitzenverband hat daher den Vertrag gekündigt. Neuverhandlungen mit der DKG wurden im November 2017 aufgenommen und scheiterten nach insgesamt fünf Verhandlungsrunden im Juli 2018.

Der GKV-Spitzenverband hatte sich bereits in seinen Positionen für die 19. Legislaturperiode für bundeseinheitliche Rahmenvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Zentrumsversorgung ausgesprochen. Nachdem der G-BA in den vergangenen zwei Jahren bereits Vorgaben zu Sicherstellungszuschlägen und zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen hat - Regelungen die ebenfalls die Krankenhausplanung tangieren -, ist es folgerichtig, auch die Zentrumsversorgung durch bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zu flankieren. Dem entsprechend begrüßt der GKV-Spitzenverband ausdrücklich, dass mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz der G-BA beauftragt wird, bis Ende 2019 bundeseinheitliche Qualitätskriterien für die Zentren festzulegen. Ab dem Jahr 2020 wird es dann erstmals ein bundesweites Zentrumskonzept geben, das auf der Landes- und Ortsebene rechtsicher umgesetzt werden kann.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz der G-BA beauftragt wird, bis Ende 2019 bundeseinheitliche Qualitätskriterien für die Zentren festzulegen.

Hygieneförderprogramm: Mehr Förderung - mehr Hygiene?

Bislang wurden rd. 329 Mio. Euro für die Einstellung von Hygienepersonal, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Hygienebereich und externe Beratungsleistungen vereinbart.

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 wurden der Förderzeitraum bis maximal 2023 verlängert, das Fördervolumen auf über 460 Mio. Euro erhöht und die Förderoptionen um weitere Berufsgruppen mit einer Spezialisierung im Bereich Infektiologie ergänzt.

Zwischenbilanz

Der GKV-Spitzenverband berichtet jährlich an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) über die Inanspruchnahme dieser Förderung. Der nunmehr vierte Bericht des GKV-Spitzenverbandes wurde dem BMG im Juni 2018 übermittelt und gibt einen Überblick über die bisherige Förderung im Zeitraum 2013 bis 2017. Demnach wurden bislang

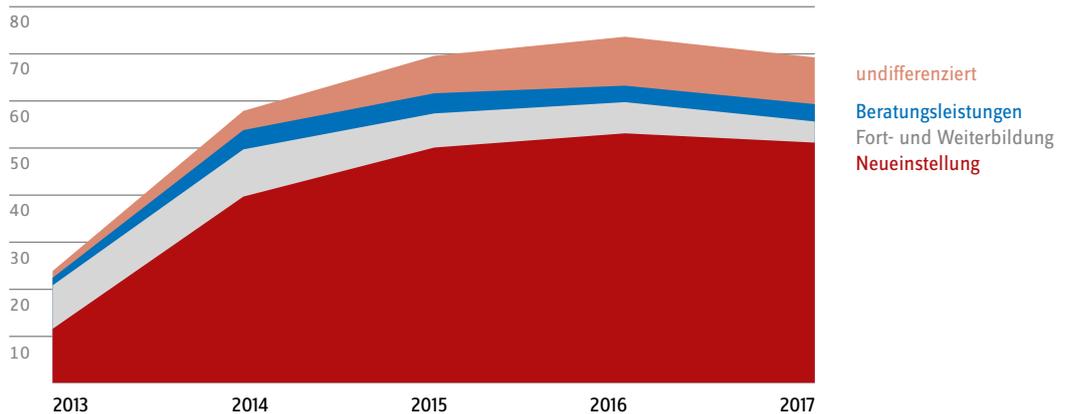
rd. 329 Mio. Euro für die Einstellung von Hygienepersonal, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Hygienebereich und externe Beratungsleistungen vereinbart. Damit liegen die bislang vereinbarten Mittel sogar oberhalb der Erwartungen zur Inanspruchnahme in den ersten Förderjahren. Ein Teil der Finanzmittel wurde allerdings undifferenziert vereinbart und lässt sich derzeit noch keiner konkreten Förderart zuordnen. Ob die Fördergelder tatsächlich richtig verwendet werden 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. 42 % der in den Jahren 2013 bis 2016 vereinbarten Geldmittel liegen bereits vor (103 Mio. Euro von 245 Mio. Euro). Weitere Bestätigungen werden in den Folgeberichten ausgewertet.

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

Hygieneförderprogramm

Förderung 2013-2017 (Stand April 2018)

Förderbetrag in Mio. Euro



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist gemeinsame

Stärke

Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung verbessern

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) soll der Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung verbessert werden. Die in einigen medizinischen Fachgebieten bestehenden langen Wartezeiten für GKV-Versicherte sind nicht hinnehmbar. Ebenso sollen die unterschiedlich langen Wartezeiten von gesetzlich und privat versicherten Patientinnen und Patienten angeglichen werden.

Der Gesetzgeber setzt dabei in erster Linie auf die Weiterentwicklung der Terminservicestellen und auf die Erweiterung des Mindestsprechstundenangebots. Das Gesetz unterscheidet

Der Gesetzgeber setzt in erster Linie auf die Weiterentwicklung der Terminservicestellen und auf die Erweiterung des Mindestsprechstundenangebots.

zwischen verschiedenen Fallkonstellationen: Handelt es sich um eine in dieser Praxis neue Patientin bzw. einen neuen Patienten? Sucht die Patientin oder der Patient die Arztpraxis eigenständig auf oder

kam der Termin durch hausärztliche Vermittlung oder die Vermittlung durch eine Terminservicestelle zustande? Besteht ein Bedarf für eine unmittelbare ärztliche Versorgung oder findet die Behandlung im Rahmen einer offenen Sprechstunde statt? Folgende Maßnahmen sind vorgesehen:

- Förderung der Aufnahme von Neupatientinnen und Neupatienten in Arztpraxen
- Erhöhung des Sprechstundenangebots für gesetzlich Versicherte
- Erweiterung des Angebots der Terminservicestellen
- Beschleunigung der Vergabe von Facharztterminen in Akutfällen

Viel Aufwand - wenig Nutzen

Die geplante Verbesserung des Versorgungszugangs gesetzlich Versicherter ist grundsätzlich zu begrüßen. Die derzeitige Ausgestaltung hält der GKV-Spitzenverband aber für nicht zielführend. Während der Dokumentationsaufwand bei den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie der Prüfaufwand seitens der Krankenkassen steigen werden, ist eine spürbar bessere Versorgung der Versicherten nicht zu erwarten. Den gesetzlichen Krankenkassen werden hohe Mehrausgaben abverlangt, obwohl mit dem Gesetz lediglich bereits bestehende ärztliche Obliegenheiten rechtlich fixiert werden, die schon heute von den Ärztinnen und Ärzten zu leisten wären.

So sieht das Gesetz in Abhängigkeit von der jeweiligen Fallkonstellation unterschiedliche Finanzierungsformen vor, die alle zusätzlich vergütet werden sollen. Die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten soll beispielsweise mit einem extrabudgetären Zuschlag von mindestens 25 % auf die Versicherten- und Grundpauschale versehen werden. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die von der Terminservicestelle oder durch Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte mit Dringlichkeit an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt vermittelt wurden, soll nachzeitigem Stand vollständig extrabudgetär, d. h. alle Leistungen umfassend, erfolgen. Hierfür ist zudem nur eine unzureichende einmalige Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen.

Erhebliche finanzielle Belastung der Beitragszahlenden

Die im Gesetz vorgesehenen Vergütungsregelungen lehnt der GKV-Spitzenverband als nicht sachgerecht ab, da diese zu erheblichen finanziellen Belastungen der Beitragszahlenden führen. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes werden allein durch die im vertragsärztlichen Bereich geplanten Regelungen Mehrkosten von mindestens 600 Mio. Euro entstehen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dieser Berechnung die aktuell sehr geringen Fallzahlen bei den Terminservicestellen zugrunde liegen. In Zukunft ist von einem deutlichen Anstieg der durch die Terminservicestellen vermittelten Termine auszugehen und damit einhergehend mit einer weiteren deutlichen Ausgabensteigerung. Darüber hinaus führen extrabudgetäre Anreize häufig zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung, die in ihrem Umfang nicht genau vorhergesagt werden kann.

Sprechstundenangebot an Patientenbedürfnissen orientieren

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für eine zielgerichtete finanzielle Förderung sinnvoller Maßnahmen für die Versorgung der Versicherten ein. Das heutige Sprechstundenangebot muss sich mehr an den Patientenbedürfnissen orientieren. Eine wirksame Reduzierung der Wartezeiten könnte durch die Flexibilisierung des Sprechstundenangebots erzielt werden, insbesondere durch eine Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden, die derzeit kaum angeboten werden. So ließe sich auch die medizinisch nicht notwendige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen oder des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes effektiv reduzieren. Darüber hinaus sollte nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt sein, dass die 25 Sprechstunden je Woche ausschließlich für GKV-Versicherte zur Verfügung stehen und eine bevorzugte Terminvergabe an Privatversicherte als ein Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten zu werten ist.

Eine wirksame Reduzierung der Wartezeiten könnte u. a. durch die Förderung von Abend- und Samstagssprechstunden erzielt werden.

Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die vom Gesetzgeber intendierten Anreize zielgenauer ausgestaltet. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen verlangt zudem weder Ärztinnen und Ärzten einen relevanten zusätzlichen Dokumentationsaufwand ab, noch werden die Krankenkassen mit einem zusätzlichen Prüfaufwand belastet.



Kernpunkte des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Förderung der Aufnahme von Neupatientinnen und Neupatienten in Arztpraxen

- gezielte finanzielle Anreize für Vertragsärztinnen und -ärzte, Patientinnen und Patienten, die mindestens vier Jahre nicht in derselben Arztpraxis behandelt wurden, Sprechstundentermine anzubieten

Erhöhung des Sprechstundenangebots für gesetzlich Versicherte

- mindestens 25 Stunden wöchentlich Sprechstunden bei Vertragsärztinnen und -ärzten
- davon mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden bei bestimmten Facharztgruppen ohne vorherige Terminvereinbarung
- finanzielle Förderung offener Sprechstunden

Erweiterung des Angebots der Terminservicestellen

- Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit unter einer bundesweit einheitlichen Rufnummer
- Ausweitung der Vermittlungstätigkeit auf fast alle fachärztlichen Gruppen
- Vermittlung eines Behandlungstermins innerhalb von einer Woche bei Vorliegen einer Überweisung (mit Ausnahme von Augen- und Frauenärztinnen und -ärzten)
- Vermittlung einer unmittelbaren Behandlungsmöglichkeit (ohne Überweisung) in Akutfällen auf Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens
- Unterstützung bei der Suche nach einer dauerhaften Haus- oder Kinderärztin bzw. einem dauerhaften Haus- oder Kinderarzt
- finanzielle Anreize für die Terminannahme

Beschleunigung der Vergabe von Facharztterminen in Akutfällen

- zusätzliche finanzielle Förderung für die Vermittlung eines Facharzttermins durch Haus- bzw. Kinderärztinnen und -ärzte
- zusätzliche finanzielle Förderung für die Annahme entsprechender Termine bei besonderer medizinischer Dringlichkeit

Neues Schiedsgremium schwächt Interessen der Beitragszahlenden

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten sieht das Sozialrecht in vielen Versorgungsbereichen den Abschluss von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vor. Kommt eine Einigung nicht zustande, können die Vertragspartner gesetzlich vorgesehene Schiedsämter und Schiedsstellen anrufen. Dieses bewährte Konfliktlösungssystem wird durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) modifiziert.

Schiedsamt für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung

Für den Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung steht mit dem Schiedsamt ein bewährter Konfliktlösungsmechanismus zur Verfügung, der auf die Vermeidung eines vertragslosen Zustands abzielt. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit dem TSVG beabsichtigte Überarbeitung der Regelungen zum Schiedsamt, soweit sie nicht in die Selbstverwaltungsautonomie eingreifen. Abgelehnt wird jedoch die Regelung, die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamts durch die Aufsichtsbehörde bestimmen zu lassen, wenn die Vertragsparteien untereinander keine Einigung über die Unparteiischen erzielen können. Auch die vorgesehene Alleinentscheidungsbefugnis der Unparteiischen für den Fall der nicht fristgerechten Beschlussfassung wird kritisch gesehen, da sie die Rechte der Selbstverwaltungspartner beschränkt.

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

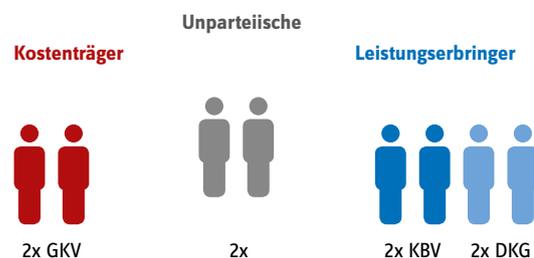
Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die geplante Einrichtung eines neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums. Dieses soll künftig in Konfliktfällen entscheiden, an denen neben Krankenkassen- und Ärzterevertreterinnen und -vertretern zusätzlich die Krankenseite beteiligt ist. Bislang bereichsspezifische Konfliktlösungsmechanismen werden so vereinheitlicht. Zusätzlich zu den bereits oben zum Schiedsamt kritisierten Aspekten sind auch die vorgesehenen Regelungen zur Stimmverteilung und zu den Mehrheitsverhältnissen abzulehnen: Während das Gesetz der Leistungserbringerseite künftig

vier Stimmen zugesteht (je zwei Stimmen der Ärzteschaft und der Krankenhäuser), erhalten die Krankenkassen nur zwei Stimmen. Hinzu kommen zwei Stimmen der unparteiischen Mitglieder, wobei Entscheidungen stets einer Mehrheit von zwei Dritteln (d. h. sechs der insgesamt acht Stimmen) bedürfen. Dies hätte zur Folge, dass selbst mit den Stimmen aller unparteiischen Mitglieder des Schiedsgremiums einem Antrag der Krankenkassen nicht stattgegeben werden könnte. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ist eine paritätische Besetzung mit Vertreterinnen und Vertretern der Leistungserbringer sowie der Kostenträger sachgerecht, wie sie auch im Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt ist. Nur so können gerade bei vergütungsrelevanten Fragestellungen die Interessen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler gewahrt werden.

Die vorgesehene Alleinentscheidungsbefugnis der Unparteiischen für den Fall der nicht fristgerechten Beschlussfassung beschränkt die Rechte der Selbstverwaltungspartner.

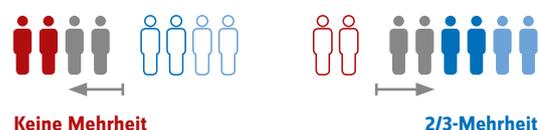
Schiedsamt

Besetzung des sektorenübergreifenden Schiedsamts



Mehrheitsfindung

erforderlich: 2/3-Mehrheit (6 von 8 Stimmen)



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zügige Einigung der Selbstverwaltung über ärztliche Honorare 2019

Die Anhebung des Orientierungswertes für das Jahr 2019 um 1,58 % wurde einstimmig beschlossen.

Im Rahmen der Verhandlungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 2019 haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband im August 2018 unter Einbeziehung der Unparteiischen auf eine Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2019 (Preiskomponente) sowie die Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Mengenkomponente) verständigt.

Der Bewertungsausschuss hat die Beschlüsse zur Mengenkomponente nach einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Dezember 2018 neu gefasst.

Forderungen zunächst weit auseinanderliegend

In den diesjährigen Verhandlungen hatte der GKV-Spitzenverband eine Steigerung des Orientierungswertes für das Jahr 2019 um 0,24 % angeboten. Mit der Erhöhung sollten die moderaten Kostensteigerungen in den Arztpraxen ausgeglichen werden. Die KBV forderte hingegen eine Anhebung des Orientierungswertes um 4,72 %. Sie begründete dies ebenfalls mit der Kostenentwicklung, wollte aber zusätzlich die gestiegenen

Arztgehälter in den Krankenhäusern berücksichtigt sehen. Zudem machte die KBV Sondertatbestände geltend, die im Verfahren zur Anpassung des Orientierungswertes keinen Eingang fänden. Dazu zählen nach Auffassung der KBV neue Bestimmungen zum Infektionsschutz und zum Datenschutz sowie ein bestehender Investitionsbedarf im Zusammenhang mit der Digitalisierung.

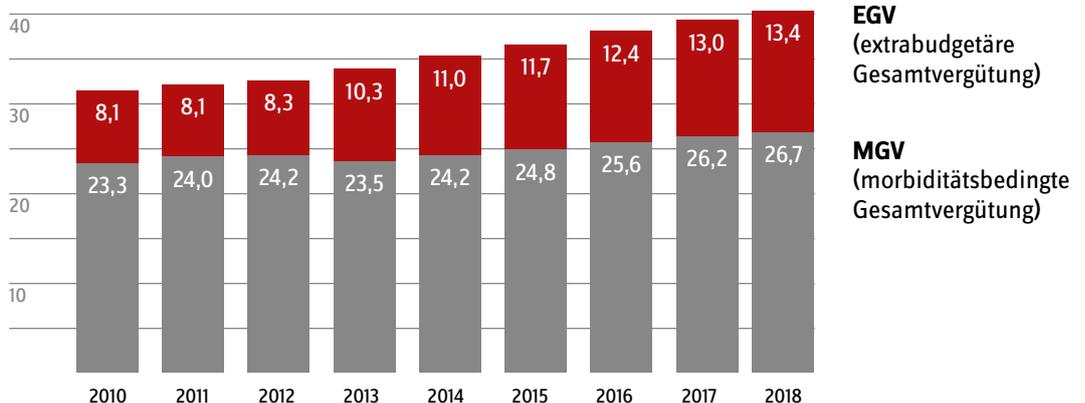
Noch im August konnte auf Vermittlung des unparteiischen Vorsitzenden im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Einigung erzielt werden. Die Anhebung des Orientierungswertes für das Jahr 2019 um 1,58 % wurde einstimmig beschlossen. Zu den von der KBV eingebrachten Sondertatbeständen soll zunächst das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) entsprechende Analysen vornehmen, deren Ergebnisse dem Bewertungsausschuss bis Ende März 2019 vorzulegen sind.

Moderate Veränderung der Morbiditätsstruktur

In der gleichen Sitzung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss auch das Klassifikationsmodell zur Berechnung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten für das Jahr 2019 einstimmig beschlossen (Mengenkompo-

Ausgabenentwicklung in der vertragsärztlichen Vergütung

Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Formblatt 3 (unbereinigte Gesamtvergütung), Hochrechnung für 2018
Darstellung: GKV-Spitzenverband

nente). Die daraus resultierenden Empfehlungen für die diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsdaten in den einzelnen KV-Bezirken verabschiedete der Bewertungsausschuss anschließend im September 2018. Das BMG hat allerdings im Oktober 2018 diese beiden Beschlüsse beanstandet. Begründet wurde dies damit, dass die Aufgabe, rein statistische Effekte bei der Vereinbarung der Veränderung der Morbiditätsstruktur angemessen zu berücksichtigen, den regionalen Gesamtvertragspartnern obliege. Der Bewertungsausschuss dürfe dies nicht bei der Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten vorwegnehmen. Sowohl die KBV als auch der GKV-Spitzenverband teilen diese Rechtsauffassung nicht und haben daher gemeinsam gegen diese Beanstandung geklagt. Da diese Klage keine aufschiebende Wirkung hat, sind die Beschlüsse zum Klassifikationsmodell und zur Empfehlung der Veränderungsdaten durch den Bewertungsausschuss im Dezember 2018 neu gefasst worden. Im Bundesdurchschnitt ergeben sich danach diagnosebezogene Veränderungsdaten von ca. 0,6 % sowie demografische Veränderungsdaten von ca. 0,0 %.

Vertragsärztliche Vergütung steigt auch im Jahr 2019

Die gemeinsamen Beschlüsse lassen auch im Jahr 2019 die Honorare der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte steigen. Insgesamt werden von den Krankenkassen voraussichtlich rd. 1,2 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt, was einem Anstieg von 2,6 % entspricht. Gleichzeitig steigen auch die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder um 2,65 %. Somit konnte die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärztinnen, Ärzten und Krankenkassen einen tragfähigen Ausgleich finden, der die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler finanziell nicht überfordert. In diesem Ausgabenanstieg noch nicht berücksichtigt sind allerdings die auf Landesebene zwischen den Gesamtvertragspartnern ggf. noch zusätzlich zu vereinbarenden Honorarsteigerungen, die Ausgaben für im Jahr 2019 neu einzuführende Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie Ausgaben, die aufgrund neuer gesetzlicher Regelungen und der steigenden Versichertenzahl entstehen.

Die Honorare der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte steigen weiter. Insgesamt werden von den Krankenkassen voraussichtlich rd. 1,2 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt.

Anstieg der ärztlichen Honorare im Jahr 2019

	Summe (Mio. Euro)
Ergebnisse der Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene 2019	
Anpassung Orientierungswert	550
Morbiditätsentwicklung (Gewichtung 50/50 vorbehaltlich der Beanstandung durch das BMG)	80
Zusätzliche Vergütung aufgrund von Mengensteigerungen	
Extrabudgetäre Leistungen (Hochrechnung)	400
Steigende Versichertenzahlen (Hochrechnung)	200
Summe	1.230

Neuer Rechtsrahmen: Einheitlicher Bundesmantelvertrag Zahnärzte

Der Bundesmantelvertrag für die vertragszahnärztliche Versorgung (BMV-Z) regelt Art und Umfang der Versorgung und enthält Vorschriften zum Ablauf von Behandlungen. Er ist zudem die Basis für die Gesamtverträge, die zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) und den Krankenkassen auf Landesebene ausgehandelt werden.

Hinsichtlich von Begutachtungen sieht eine neue Regelung die Gleichwertigkeit von MDK-Verfahren und vertraglichen Gutachterverfahren vor.

Im Juli 2018 ist der einheitliche BMV-Z in Kraft getreten. Die Zusammenführung der bisherigen Bundesmantelverträge für Primär- und Ersatzkassen ist Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, mit dem der GKV-Spitzenverband die Aufgaben und die Fortführung der vertraglichen Vereinbarungen der bisherigen Spitzenverbände der Primär- und Ersatzkassen übernommen hat.

Erfolgreiche Einigung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband

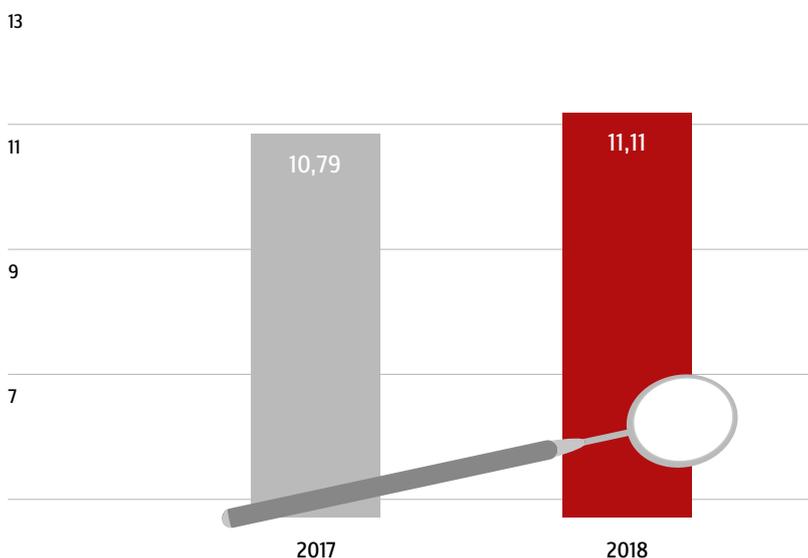
Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband konnten sich nach längeren Verhandlungen weitgehend auf dem Verhandlungsweg über die Inhalte des Bundesmantelvertrags verständigen. Die Klärung der verbliebenen strittigen Punkte, wie z. B. die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in die Begutachtung vertragszahnärztlicher Leistungen, die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags durch die KZVen, der Umgang mit Forderungen von Krankenkassen gegenüber einer KZV oder die Anstellung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), erfolgte unter der Vermittlung des Bundesschiedsamts.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes positiv zu werten ist, dass hinsichtlich von Begutachtungen eine Regelung in den neuen BMV-Z aufgenommen wurde, die eine Gleichwertigkeit von MDK-Verfahren und vertraglichen Gutachterverfahren vorsieht. Dieser Punkt war lange Zeit zwischen den Vertragspartnern strittig. Hinsichtlich des Zurückbehaltungsrechts der Krankenkassen für den Fall, dass eine KZV ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nachkommt, konnte der GKV-Spitzenverband ähnliche Regelungen wie im vertragsärztlichen Bereich durchsetzen. Weiterhin hat sich der GKV-Spitzenverband erfolgreich dafür eingesetzt, dass die Anzahl der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte in MVZ nicht unnötig beschränkt wird.

Neben den zuvor beschriebenen inhaltlichen Änderungen hat sich der GKV-Spitzenverband dafür stark gemacht, den BMV-Z klarer zu strukturieren. Mit themenbezogenen Abschnitten und dem separaten Anlagenteil ist ein umfassendes und transparentes Regelwerk entstanden, das im Zusammenspiel mit Regelungen des SGB V das gesamte Spektrum der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Bundesebene abdeckt.

Ausgaben für Zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz)

Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1, KV 45 1.-4. Quartal (für 2018); Darstellung: GKV-Spitzenverband

Krebsfrüherkennung auf Basis neuer Daten weiterentwickelt

Im Jahr 2018 wurden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) maßgebliche Beschlüsse zur Weiterentwicklung der bestehenden Früherkennungsmaßnahmen zu Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs gefasst. Gemäß den gesetzlichen Vorgaben werden diese künftig als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten. Kernpunkte sind die regelmäßige persönliche Einladung der anspruchsberechtigten Versicherten sowie das Monitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Darmkrebsfrüherkennung für Männer ab 50

Das Einladungsverfahren zum Programm zur Darmkrebsfrüherkennung startet im Juli 2019. Die Krankenkassen werden ihre Versicherten mit Erreichen eines bestimmten Alters anschreiben und ausführlich über das Programm informieren. Männern wird künftig bereits im Alter von 50 Jahren – und nicht wie bisher ab 55 Jahren – die Darmspiegelung zur Vorsorge angeboten, da wissenschaftliche Daten bei ihnen bereits ab 50 Jahren ein erhöhtes Erkrankungsrisiko belegen. Bei Frauen hingegen steigt das Erkrankungsrisiko erst ab einem Alter von 55 Jahren, sie können aber bereits ab dem Alter von 50 Jahren einen Stuhltest durchführen lassen. Ab dem Alter von 55 Jahren können auch sie zwischen Stuhltest und Darmspiegelung wählen. Bereits 2017 wurden die bisherigen Stuhltests durch immunologische Stuhltests ersetzt, da diese Darmkrebs und dessen Vorstufen zuverlässiger erkennen.

Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs mit kombiniertem Screening

Bei der Ausgestaltung des Programms zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) hat sich der GKV-Spitzenverband dafür eingesetzt, dass der Test auf Humane Papillomviren (HPV) künftig auch im Rahmen des Screenings eingesetzt werden kann. Frauen ab 35 Jahren können ab dem 1. Januar 2020 ein kombiniertes Screening aus Zellabstrich (Pap-Abstrich) und HPV-Test nutzen. Dieses kombinierte Screening wird alle drei Jahre angeboten. Es bietet für diese Altersgruppe mehr Sicherheit als ein Pap-Abstrich

allein. Frauen zwischen 20 und 34 Jahren können wie bisher jährlich einen Pap-Abstrich vornehmen lassen. Das Einladungsverfahren für das Früherkennungsprogramm beginnen die Krankenkassen im Januar 2020.

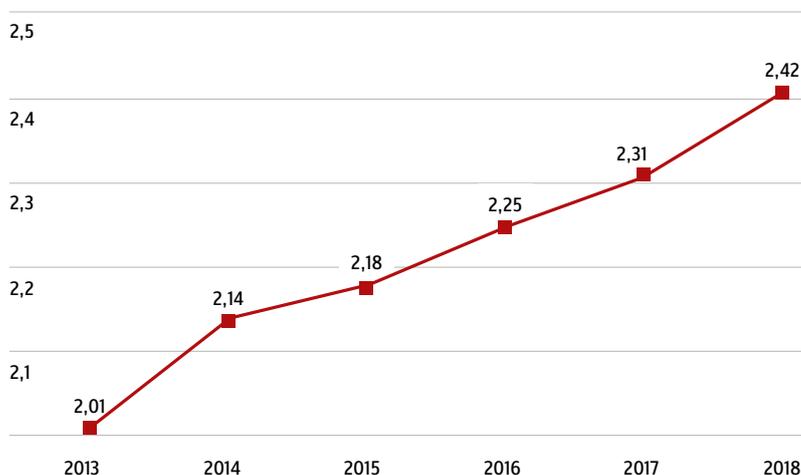
Kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung

Eine neu strukturierte Datenerhebung bildet die Grundlage für die Beurteilung und Weiterentwicklung der beiden Programme. Die Daten werden versichertenbezogen erhoben und durch eine unabhängige Vertrauensstelle pseudonymisiert. So können Daten aus verschiedenen Versorgungsbereichen zusammengeführt und im Längsschnitt ausgewertet werden. Zur Bewertung sogenannter Intervallkarzinome sowie der langfristigen Auswirkungen auf Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit ist ein Abgleich mit Krebsregisterdaten geplant.

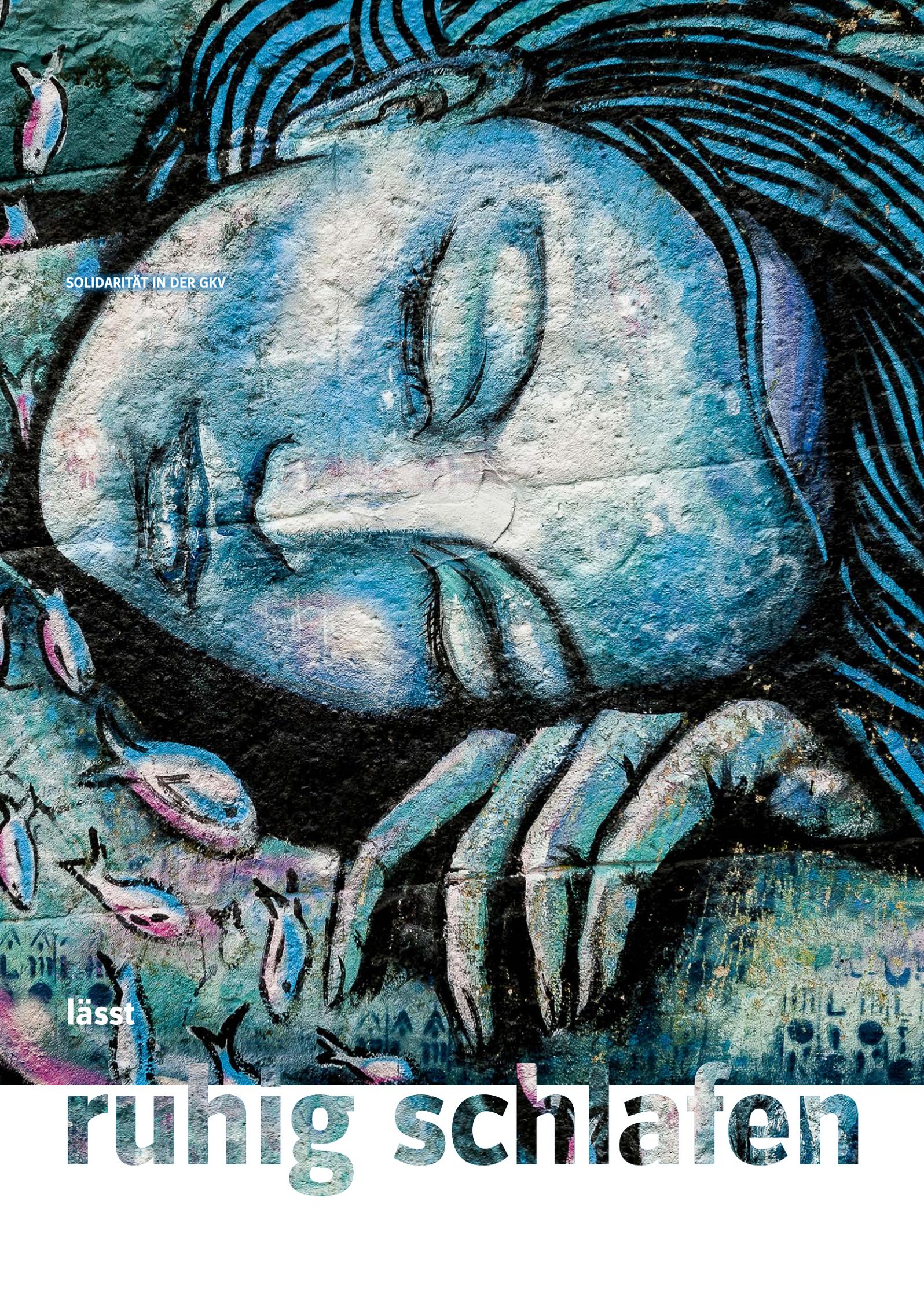
Frauen ab 35 Jahren können ab dem 1. Januar 2020 ein kombiniertes Screening aus Zellabstrich und HPV-Test nutzen.

Ausgaben der GKV für alle Früherkennungsmaßnahmen

Angaben in Mrd. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1, KV 45 1.-4. Quartal (für 2018)
Darstellung: GKV-Spitzenverband



SOLIDARITÄT IN DER GKV

lässt

ruhig schlafen

Zukunft der Pflege sichern

Im vergangenen Jahr hat der Gesetzgeber eine Vielzahl gesetzlicher Änderungen in der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht. Neben der Stärkung des Pflegepersonals werden das Versorgungsangebot erweitert und die Finanzierung der Pflegeversicherung durch die Erhöhung des Beitragssatzes sichergestellt. Bereits zum 1. Januar 2019 ist eine Vielzahl der Änderungen in Kraft getreten. Die weiteren Änderungen sollen voraussichtlich im Laufe des ersten Halbjahrs 2019 wirksam werden.

Stärkung des Pflegepersonals

Mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen erreicht werden. Neben der Schaffung von 13.000 Pflegepersonalstellen wurden weitere Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zur Erleichterung der Pflegearbeit durch digitale Anwendungen beschlossen. Der GKV-Spitzenverband hat die gesetzliche Aufgabe, das Nähere zu den jeweiligen Antrags- und Auszahlungsverfahren der Maßnahmen bis zum 31. März 2019 in Richtlinien zu beschließen.

Gesamtgesellschaftlich für bessere Pflege einstehen

Die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ist ein wesentlicher Aspekt zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs durch bessere Arbeitsbedingungen. Digitale Verfahren können Prozesse vereinfachen und beschleunigen und tragen so ihrerseits zur Entlastung von Pflegekräften bei. Der GKV-Spitzenverband hat wiederholt betont, dass die Finanzierung familiärer Betreuungsmaßnahmen und digitaler Investitionsaufwendungen keine Maßnahmen mit unmittelbarem Versorgungsbezug darstellen. Sie sind daher primär im Rahmen der Investitionsverpflichtungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Sofern eine Finanzierung über die Pflegeversicherung erfolgt, sollten diese Kosten über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss refinanziert werden.

Stabilisierung der Finanzen der Pflegeversicherung

Mit dem zum 1. Januar 2017 eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden die Leistungen der Pflegeversicherung deutlich verbessert. Mehr Menschen als ursprünglich erwartet haben diese Leistungsverbesserungen in Anspruch genommen. Zur Finanzierung der daraus resultierenden Mehrausgaben wurde der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte angehoben. Damit ergibt sich ein Beitragssatz von 3,05 % bzw. 3,3 % für Kinderlose. Der GKV-Spitzenverband hält die Beitragssatzerhöhung in dieser Größenordnung für sachgerecht. Sie ermöglicht, dass die Finanzierung der Mehrausgaben infolge der Leistungsverbesserungen in der Pflege bis zum Jahr 2022 gesichert ist. Ob bis dahin auch die weiteren im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Lohn- und Arbeitsbedingungen der professionellen Pflegekräfte und die weitere Entlastung pflegender Angehöriger finanziert werden können, bleibt abzuwarten. Die mit diesen Maßnahmen verbundenen Mehrausgaben lassen sich derzeit noch nicht belastbar abschätzen. Um die soziale Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren, bedarf es eines Bundeszuschusses aus Steuermitteln. Eine reflexhafte Anhebung des Beitragssatzes greift aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu kurz, da die Pflegeversicherung bereits heute auch gesamtgesellschaftliche Aufgaben, wie die Alterssicherung für pflegende Angehörige, leistet.

Um die soziale Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren, bedarf es eines Bundeszuschusses aus Steuermitteln.

Dauerhafte Zulassung von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer

Der GKV-Spitzenverband hat auf gesetzlicher Grundlage ein Modellprojekt zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch ambulante Betreuungsdienste durchgeführt. Infolge der Ergebnisse sollen mit Inkrafttreten des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) Betreuungsdienste dauerhaft als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung

eingeführt werden. Die gesonderte Zulassung von Betreuungsdiensten beschränkt sich auf Sachleistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Hilfen bei der Haushaltsführung. Für die Betreuungsdienste gelten die Vorschriften für Pflegedienste entsprechend, soweit keine davon abweichenden Regelungen getroffen worden sind.

Zur Sicherstellung der Qualität der ambulanten Betreuungsdienste hat der GKV-Spitzenverband

Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu erlassen. Nach Genehmigung der Richtlinien durch das Bundesministerium für Gesundheit sind die gültigen

Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der ambulanten Pflege anzupassen. Zur Anpassung der gültigen

Qualitätsprüfungs-Richtlinien in der ambulanten Pflege ist die Entwicklung von Qualitätskriterien unter Beteiligung der Wissenschaft geplant.

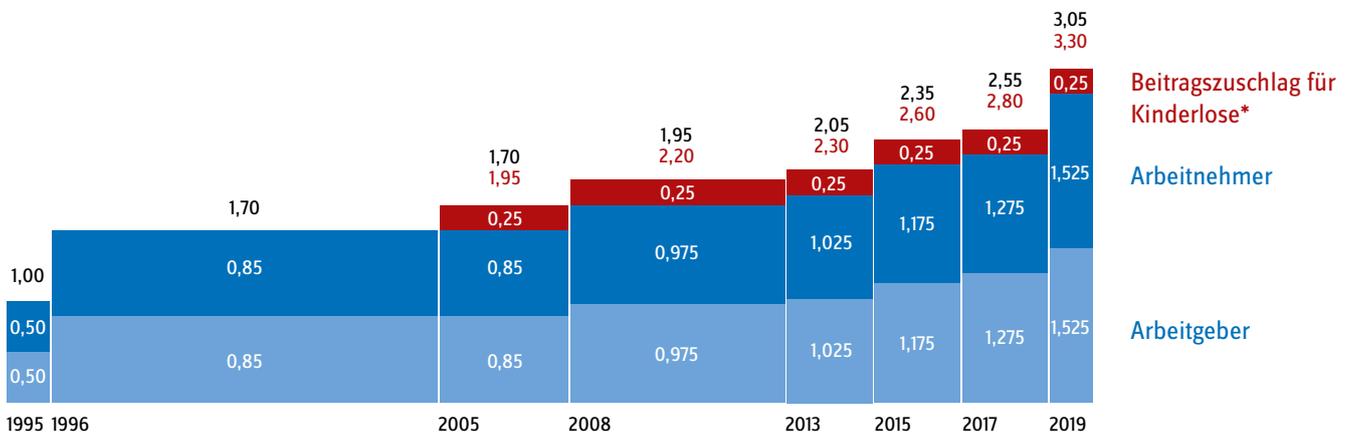
Telemedizinische Verfahren nutzen

Um die vertragsärztliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen zu verbessern, werden verpflichtende Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern vorgeschrieben. Bei der Zusammenarbeit sollen neue telemedizinische Verfahren wie videogestützte Sprechstunden oder Fallkonferenzen ermöglicht werden. Videosprechstunden sind im Zusammenhang mit der aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zu begrüßen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich die Aufnahme von Videosprechstundenleistungen in die Leistungs-

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes sollen Betreuungsdienste dauerhaft als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung eingeführt werden.

Entwicklung der Beitragssätze in der sozialen Pflegeversicherung

in Prozent, 1995 bis 2019



*inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose (§ 55 Abs. 3 SGB XI) ohne Arbeitgeberbeteiligung
Darstellung: GKV-Spitzenverband

kataloge der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Ausweitung der Anwendungsbereiche, vorausgesetzt die genannten Personengruppen waren bereits Patientinnen und Patienten.

Videosprechstunden können medizinisch sinnvoll eingesetzt werden, z. B. anstelle eines (zahn)ärztlichen Gesprächs bzw. einer Beratung im persönlichen Kontakt oder aber einer wiederholten Begutachtung eines Patientenproblems, das bereits aus einem persönlichen Kontakt bekannt und dessen Beurteilung mittels der unterstützenden visuellen Funktion im Videokontakt möglich ist. Eine Durchführung von Fallkonferenzen per Videokontakt wird ebenfalls vom GKV-Spitzenverband befürwortet.



Pflegepersonalstärkungsgesetz - Förderung besonderer Maßnahmen

Bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Mit einem jährlichen Fördervolumen von 100 Mio. Euro werden in den Jahren 2019 bis 2024 Maßnahmen von Pflegeeinrichtungen gefördert, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Pflegekräfte zu verbessern. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind (z. B. trägereigene Kindertagesstätten). Dafür kann ein Zuschuss von bis zu 50 % der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel gewährt werden, max. 7.500 Euro.

Arbeitserleichterung durch digitale Anwendungen

Zur Entlastung der Pflegekräfte werden in den Jahren 2019 bis 2021 einmalige Zuschüsse für Pflegeeinrichtungen bereitgestellt, um digitale Anwendungen zu fördern, die insbesondere der Erleichterung der Pflegedokumentation oder dem internen Qualitätsmanagement dienen. Bis zu 40 % der dafür durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel können bezuschusst werden, max. 12.000 Euro.

Hochwertige Pflegeausbildung gestalten

In den Ländern wird es in Zukunft zuständige Stellen geben, die für die Pflegeausbildung einen Ausbildungsfonds verwalten.

Die Pflegeausbildung wird ab dem Ausbildungsjahr 2020 auf eine neue Grundlage gestellt. Der in einem langwierigen und kontroversen Gesetzgebungsverfahren gefundene Kompromiss zum Pflegeberufegesetz bildet den Rahmen für die neue Ausbildung. Nach einer zweijährigen gemeinsamen generalistischen Grundausbildung kann diese zu Ende geführt oder eine Spezialisierung in den Bereichen Krankenpflege oder Altenpflege angestrebt werden. Für die zukünftigen Pflegekräfte ergeben sich damit im Beruf weitere Einsatz- und Wahlmöglichkeiten. Außerdem entfällt generell die Zahlung von Schulgeld.

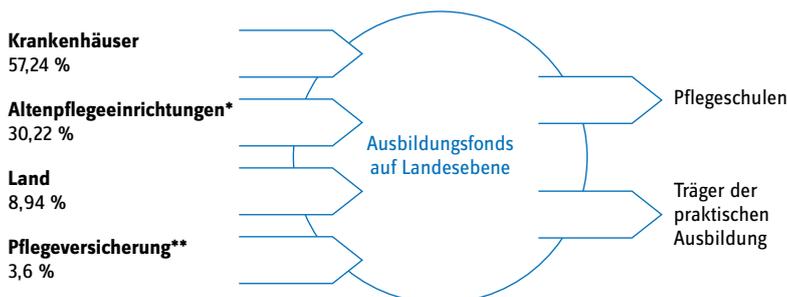
Die inhaltliche Konkretisierung des Gesetzes erfolgte mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Frühjahr 2018 sowie der Finanzierungsverordnung. Beide Verordnungen wurden vom Bundesrat im September 2018 gebilligt. Die im November 2015 angestoßene Reform fand damit nach fast drei Jahren ihren parlamentarischen Abschluss.

Ausbildungsfinanzierung einheitlich regeln

Ausgehend von den bisher getrennten Ausbildungswegen des Pflegeberufes wird entsprechend der inhaltlichen Zusammenführung der zukünftigen Pflegeausbildung auch die Finanzierung in den Bundesländern auf eine einheitliche Basis gestellt. So wird es in den Ländern in Zukunft zuständige Stellen geben, die für die Pflegeausbildung einen Ausbildungsfonds verwalten. Das von den Finanzierungsträgern eingezogene Geld wird über eine Umlage an die Ausbildungsbetriebe und Schulen ausbezahlt, um so die Ausbildungskosten zu refinanzieren.

Kritisch zu sehen ist, dass in der Finanzierungsverordnung nicht sichergestellt wurde, dass eine bundesweit einheitliche Datenbasis, eine gemeinsame Berechnungsgrundlage und eine standardisierte Plausibilitätsprüfung im Zusammenhang mit der Finanzierung geschaffen werden. Die Verordnung bleibt damit hinter den Vorschlägen zurück, die der GKV-Spitzenverband im November 2017 gemeinsam mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgelegt hat.

Finanzierungsträger der neuen Pflegeausbildung



Die Kranken- und Pflegekassen erwarten einen Schub für die Pflegeausbildung. Gleichzeitig sind weitere flankierende Maßnahmen und die Einbettung der neuen Pflegeausbildung in eine Gesamtstrategie notwendig. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Konzertierte Aktion Pflege kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten und dabei unterstützen, dass die Länder ihrer Verantwortung, z. B. hinsichtlich der Übernahme der Investitionskosten, nachkommen.

* Refinanzierung nach den Regelungen des SGB XI bzw. SGB V

**Direkteinzahlung

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Prävention in der stationären Pflege stärken

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVg) aus dem Jahr 2015 wurden die Pflegekassen verpflichtet, für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Pflegeeinrichtungen sollen in ihren gesundheitsfördernden Potenzialen gestärkt werden und Pflegekassen gemeinsam mit den stationären Pflegeeinrichtungen präventive und gesundheitsfördernde Angebote umsetzen. Dahinter steckt der Gedanke, dass pflegebedürftige Menschen trotz ihrer körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen über Gesundheitspotenziale verfügen, die gefördert werden können. Im besten Fall kann durch geeignete Maßnahmen die Pflegebedürftigkeit überwunden, gemindert oder einer weiteren Verschlechterung vorgebeugt werden.

Der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes für die Prävention in der stationären Pflege legt die Kriterien für die Leistungen der Pflegekassen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen fest. Er unterstützt die Pflegekassen dabei, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen zu entwickeln und umzusetzen. Der GKV-Spitzenverband hat den Leitfaden in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene und dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) erstellt. Wesentliche Grundlage für seine Erstellung war die gesetzlich vorgesehene Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen. Hierfür wurde im Jahr 2015 eine Expertise zu Kriterien der Prävention im stationären Setting vergeben. Die Ergebnisse sind in den 2016 vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Leitfaden eingeflossen.

Wissenschaftliche Weiterentwicklung und Dokumentation

Der Leitfaden wurde im Jahr 2018 auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere zur Evidenzlage aktualisiert. In den Handlungsfeldern „Körperliche Aktivität“ und

„Stärkung kognitiver Ressourcen“ wurden auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse außerdem Anpassungen an den Aussagen zu Umfang, Dauer und Art der präventiven Maßnahmen vorgenommen. Neben der Berücksichtigung neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde bei der Weiterentwicklung auch die praktische Umsetzbarkeit der Empfehlungen berücksichtigt.

Seit 2017 werden die Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen systematisch dokumentiert. Die Ergebnisse wurden 2018 erstmalig im Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des MDS veröffentlicht und erscheinen 2019 auch im trägerübergreifenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz.

Seit 2017 werden die Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen systematisch dokumentiert.



Präventionsziele

Leitfaden Prävention stationär

Oberziel der Prävention in der stationären Pflege:
Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Pflegeeinrichtungen

Handlungsfelder: Ernährung

Körperliche Aktivität

Kognitive Ressourcen

Psychoziale Gesundheit

Prävention von Gewalt

Bessere Qualitätsinformationen über Pflegeeinrichtungen

Eine besondere Herausforderung besteht darin, aus den unterschiedlichen Qualitätsinformationen eine für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständliche, übersichtliche und vergleichbare Qualitätsberichterstattung zu entwickeln.

Durch das zweite Pflege-Stärkungsgesetz erhielt die Pflegeselbstverwaltung auf der Bundesebene 2017 den Auftrag, Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege wissenschaftlich entwickeln zu lassen. Die Projektergebnisse zu den zukünftigen Qualitätsprüfungen und zur Qualitätsdarstellung für den ambulanten und stationären Bereich liegen seit September 2018 vor.

Der gesetzliche Auftrag sieht weiterhin vor, die entwickelten Instrumente und Verfahren im ambulanten Bereich zu pilotieren, um ihre praktische Handhabbarkeit und Anwendung zu erproben. Die Ergebnisse werden im Jahr 2019 vorliegen.

Neue Qualitätsindikatoren

Auf der Grundlage der Ergebnisse für den stationären Bereich hat die Pflegeselbstverwaltung die Maßstäbe und Grundsätze für die Pflegequalität erarbeitet. Erstmals wurden die Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren festgelegt: 15 Qualitätsindikatoren sowie Regelungen zur Datenerhebung und -übermittlung an eine Stelle, die die Daten auswertet. Anhand dieser Indikatoren, die ab Oktober 2019 von allen Pflegeeinrichtungen anzuwenden sind, soll die Ergebnisqualität, z. B. zur Frage des Erhalts und der Förderung der Mobilität von Pflegeheimbewohnenden, bewertet und verbraucherfreundlich dargestellt werden. Die Projektergebnisse beinhalten auch Vorschläge für die zukünftigen Qualitätsprüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes auf dieser Grundlage die neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien erarbeitet. Ab November 2019 werden die Qualitätsprüfungen auf der neuen Grundlage durchgeführt.

Qualitätsindikatoren

Qualitätsbereich 1:

Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit

- Erhaltene Mobilität*
- Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen*
- Erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Qualitätsbereich 2:

Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen

- Schutz vor Dekubitusentstehung*
- Schutz vor Stürzen mit gravierenden Folgen*
- Schutz vor unbeabsichtigtem Gewichtsverlust*

Qualitätsbereich 3:

Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen

- Integrationsgespräch nach dem Heimeinzug
- Anwendung von Gurten bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern
- Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnerinnen und Bewohnern
- Aktualität der Schmerzeinschätzung

Die aus Qualitätsprüfungen und Qualitätsindikatoren stammenden Ergebnisse werden zukünftig um sogenannte Einrichtungsinformationen, z. B. zur Personalausstattung, ergänzt und fließen in die Qualitätsdarstellung ein. Die neue Qualitätsdarstellung wird die bisherigen Pflegenoten ablösen. Eine besondere Herausforderung besteht darin, aus den unterschiedlichen Qualitätsinformationen eine für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständliche, übersichtliche und vergleichbare Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und damit gute und schlechte Qualität für jeden einfach erkennbar zu machen. Ziel des GKV-Spitzenverbandes ist es, hierfür eine besser als bisher nach der Pflegequalität differenzierende Berichterstattung zu erreichen.

* zwei Risikogruppen mit jeweils einer Kennzahl
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Individuelle Pflegeberatung anbieten

Die individuelle Pflegeberatung ist eine wichtige Hilfestellung für Menschen, die – meist plötzlich – mit der eigenen Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind. Sie soll den Hilfebedarf jedes Einzelnen erfassen und darüber aufklären, welche Leistungen der Pflegeversicherung zur Bedarfsdeckung notwendig und verfügbar sind. Zudem soll der Zugang zu Sozialleistungen und sozialen Hilfen erleichtert werden. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person werden Angehörige oder weitere Personen in die Beratung einbezogen. Im Prozess wird anhand eines gemeinsam erarbeiteten Versorgungsplans, für dessen Umsetzung die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater mit verantwortlich sind, die individuelle Bedarfslage der pflegebedürftigen Person ermittelt und dokumentiert. Damit die Umsetzung erfolgreich und die Pflegesituation gesichert ist, wird auch für die Vernetzung mit anderen relevanten Akteuren gesorgt.

Selbstbestimmung als Maßstab

Diese und weitere Details werden in den neuen Pflegeberatungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes verbindlich geregelt. Mit ihnen sollen die Beratungsqualität vereinheitlicht sowie der Pflegeberatungsprozess insgesamt verbessert werden. Während der Erstellung der Richtlinien und Empfehlungen waren die Selbstbestimmung und der Raum für individuelle Gegebenheiten der pflegebedürftigen Person stets das zentrale Element und der Maßstab der Regelungsinhalte.

Zeitgleich mit den Richtlinien erschienen die Empfehlungen zu Anzahl, Qualifikation und Fortbildung der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in neuer Fassung. Diese Empfehlungen richten sich zusätzlich an die Institute und Schulen, die die Weiterbildung zur Pflegeberaterin oder zum Pflegeberater anbieten, und geben beispielsweise vor, wie die Weiterbildung auf verschiedenen beruflichen Grundqualifikationen aufbauen soll.

Im Rahmen eines umfangreichen Beteiligungsverfahrens konnten zahlreiche Akteure Stellung zum Richtlinienentwurf nehmen. Dazu zählten u. a. die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft

der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängige Sachverständige und die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen. Ausgewählte Hinweise der Organisationen wurden in den Richtlinien berücksichtigt. Wenn Anmerkungen oder Wünschen nicht gefolgt werden konnte, wurde dies schriftlich begründet und im Verfahrensschritt der Richtlinien genehmigung an das Bundesministerium für Gesundheit gegeben. Durch diese sorgfältige Beteiligung wurde sichergestellt, dass die Hinweise aus der Versorgungspraxis einen angemessenen Platz in den Beratungen einer bundesweit umzusetzenden Richtlinie finden.

Mit den Pflegeberatungs-Richtlinien sollen die Beratungsqualität vereinheitlicht sowie der Pflegeberatungsprozess insgesamt verbessert werden.

Wege zu besserer Pflege und Teilhabe

Die Versorgung Pflegebedürftiger sowie die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger zu verbessern, sind zentrale Anliegen, die in den verschiedenen Modellprogrammen der Forschungsstelle Pflegeversicherung behandelt und wissenschaftlich evaluiert werden. Die folgenden Beispiele verdeutlichen dies.

Interkulturelle Brückenbauerinnen in der Pflege (IBIP)

Das abgeschlossene Modellprojekt hat den Einsatz interkultureller Brückenbauerinnen in der Pflegeberatung von Pflegestützpunkten und in der Pflegebegutachtung erprobt und evaluiert. Zehn Personen verschiedener Muttersprachen (polnisch, russisch, serbokroatisch, rumänisch, türkisch, arabisch) arbeiteten nach sechsmonatiger Qualifizierung in der Pflegeberatung von Berliner Pflegestützpunkten mit. Sie steigerten nachweislich die Nachfrage eingewanderter Menschen nach Pflegeberatung und verbesserten deren Zugang zu notwendigen Pflegeleistungen. Ihre interkulturelle Vermittlung erleichtert dem MDK die Pflegebegutachtung bei Menschen mit Migrationshintergrund. Seit September 2018 hat das Land Berlin die Zuständigkeit für die Brückenbauerinnen übernommen, es hat die Anzahl der Brückenbauerinnen deutlich erhöht und setzt sie dauerhaft an den Pflegestützpunkten ein.

Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung (SEBKam)

Das laufende Modellprojekt erprobt den Einsatz von ambulanten Betreuungskräften, die bereits in die häusliche Versorgung pflegebedürftiger Demenzkranker einbezogen sind, bei deren Betreuung im Krankenhaus. Zielgruppe sind zudem Kranke im Akutkrankenhaus, bei denen erst dort Demenz diagnostiziert wurde. Durch den sektorenübergreifenden Einsatz der ambulanten Betreuungskräfte sollen die Patientensicherheit und die Lebensqualität Demenzkranker während ihres

Aufenthalts im Akutkrankenhaus gesteigert und das Risiko von Komplikationen reduziert werden. Ziel ist es, den Umzug in die stationäre Pflegeeinrichtung zu verhindern und die demenzkranken Patientinnen und Patienten wieder in ihre Häuslichkeit entlassen zu können. Auch sollen die Kosten aufgrund einer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus, ausbleibender Drehtüreffekte und der Vermeidung von Heimunterbringung reduziert werden. SEBKam erhielt 2018 den Preis der Gesundheitsnetzwerker in der Kategorie Umsetzung.

Angehörige von Menschen mit Demenz im (Aus-)Tausch: eine überregionale Tauschbörse zur Aktivierung ungenutzten Betreuungspotentials (AniTa)

Das laufende Modellprojekt erprobt den Einsatz einer Online-Plattform im long-distance caregiving in den Regionen Hamburg und München. Angesichts zunehmender Mobilität können immer mehr fern lebende Kinder ihren hilfebedürftigen Eltern nicht beistehen. Die angebotene Vernetzung der weit entfernten Angehörigen soll ermöglichen, dass die Teilnehmenden sich dort, wo sie leben, um einen alten Menschen kümmern, während jemand anderes Unterstützung für die eigenen fern lebenden Eltern anbietet. Dabei geht es nicht um Pflege oder Haushaltsführung, sondern um Besuche, Aktivitäten und kleine, informelle Hilfestellungen im Alltag. Ziel der Vernetzung ist es, den alt gewordenen Eltern (zu Hause oder in einer stationären Pflegeeinrichtung) ein gewisses Maß an Teilhabe zu sichern und der drohenden Vereinsamung entgegenzuwirken. Die entfernt lebenden Angehörigen profitieren, indem sie eine Ansprechperson vor Ort haben, die mit einer ähnlichen Situation konfrontiert ist.

Erfolgreicher Abschluss des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Das Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f SGB XI ist Ende 2018 ausgelaufen. Die hierin aufgenommenen 53 Projekte wurden in ihrer Vielfalt entsprechend den festgelegten Eva-

Der Einsatz der interkulturellen Brückenbauerinnen führte zu einem besseren Zugang eingewanderter Menschen zu notwendigen Pflegeleistungen.

luationskriterien Nutzerorientierung, Qualität der Versorgung, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit untersucht. Neue Wohnformen kommen - so das Fazit der Prognos AG und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, die das Modellprogramm wissenschaftlich begleitet haben - den Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer nach Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und sozialer Einbindung nach. Wie es gelingt, diese Bedürfnisse auszubalancieren und umzusetzen, wurde auf der Abschlussveranstaltung zum Modellprogramm im September 2018 vorgestellt.

Insgesamt verweisen die Ergebnisse auf eine große Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit den untersuchten Wohnformen. Dies zeigt sich etwa bei der Wohnqualität und der Versorgungssicherheit. Die Chance, sein Leben auch bei Hilfe- und Pflegebedarf nach eigenen Bedürfnissen und Gewohnheiten zu gestalten, wird hoch geschätzt. Dabei kann sich die mit der gewünschten Selbstbestimmung einhergehende Übernahme von Verantwortung als Herausforderung erweisen.

Verbesserungsbedarf besteht weiterhin bei der sozialen Einbindung und den Teilhabemöglichkeiten.

Die Evaluation empfiehlt eine Verbreitung neuer Wohnformen, weil sie der Vielfalt individueller Bedarfe und dem Selbstbestimmungswunsch der Pflegebedürftigen Rechnung tragen. Als offene Fragen werden gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten genannt, aber auch die Auswirkungen neuer Versorgungskonzepte auf die Beschäftigten in Pflege und Betreuung.

Neue Wohnformen kommen den Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer nach Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und sozialer Einbindung nach.

Der Bericht der wissenschaftlichen Gesamtevaluation wird Anfang 2019 veröffentlicht. Einen Einblick in die Ergebnisse der einzelnen Projekte aus dem Modellprogramm gewährt bereits jetzt der vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Sammelband, in dem alle Projektträger ihre Konzepte und Angebote vorstellen und über ihre Erfahrungen in der Umsetzung berichten.



Gemeinsam für Menschen mit Demenz

Seit September 2014 unterstützt der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung aktiv die Allianz für Menschen mit Demenz. Im September 2018 wurden der Abschlussbericht „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ veröffentlicht und eine Bilanz der Arbeit in der Allianz gezogen.

Die Allianz für Menschen mit Demenz ist eine Initiative der Bundesregierung. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände sowie über 20 Verbände und Institutionen aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft haben sich darin zusammenschlossen, um gemeinsam für eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu sorgen.

In insgesamt 450 unterschiedlichen Projekten wurden Hilfen und Unterstützung für Betroffene verbessert und ausgebaut.

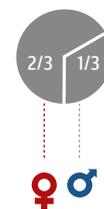
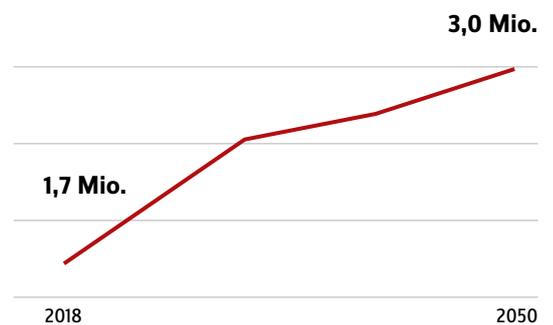
Modellprojekte zur besseren Versorgung Demenzkranker

Der Bericht gibt Auskunft über die Maßnahmen der Allianzpartner, mit denen in den letzten vier Jahren Hilfen und Unterstützung für Betroffene verbessert und ausgebaut wurden. Insgesamt wurden 450 unterschiedliche Projekte umgesetzt. Der GKV-Spitzenverband fördert mit seiner Forschungsstelle Pflegeversicherung die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen in Modellprojekten, darunter u. a. die Projekte „Technik für mehr Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit bei Demenz“, „Redezeit – Telefonische Unterstützungsgruppen für Angehörige von Menschen mit Demenz“, „Pflege@Quartier“ sowie „Sektorenübergreifender Einsatz von Betreuungskräften an der Schnittstelle von Krankenhaus und ambulanter Versorgung“. Hinzu kommen u. a. auch Modellvorhaben auf Landesebene, die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze oder die Richtlinien zur Pflegeberatung.

Die Allianz wird mit der „Nationalen Demenzstrategie“ weiterentwickelt und Anfang 2019 an den Start gehen. Der GKV-Spitzenverband wird sich auch weiterhin aktiv beteiligen.

Kennzahlen Demenz

An Demenz erkrankte Personen über 65 Jahren in Deutschland (Schätzung)



+
300.000
Neuerkrankungen
p. a.

Mögliche Risikofaktoren

- hohes Lebensalter
- Bewegungsmangel
- Bluthochdruck
- Depression
- Diabetes
- Fettleibigkeit
- geringe Bildung
- Rauchen
- Schwerhörigkeit
- soziale Isolation

Quelle: Kurzbericht der Allianz für Menschen mit Demenz, 2018
Darstellung: GKV-Spitzenverband



SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist Mitdenken bei

Demenz

Hilfsmittelversorgung auf hohem Niveau

Erstmals wurden Dienstleistungsanforderungen festgelegt, die sich an die Leistungserbringer richten und den Verträgen zugrunde zu legen sind.

Gemäß seinen gesetzlichen Aufgaben erstellt der GKV-Spitzenverband ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis und schreibt dieses regelmäßig fort. Das im April 2017 in Kraft getretene Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) sieht u. a. vor, dass der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Dezember 2018 sämtliche Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses, die seit dem 30. Mai 2015 nicht mehr grundlegend aktualisiert wurden, einer systematischen Prüfung unterzieht und sie im erforderlichen Umfang fortschreibt.

Auf diesem Weg sollen die aktuellen Versorgungsmöglichkeiten mit Hilfsmitteln umfassend abgebildet und die Anforderungen aller Produktgruppen an den anerkannten medizinisch-technischen Stand angepasst werden.

Produktgruppenübergreifende Anforderungen an eine hochwertige Hilfsmittelversorgung

Ebenfalls werden im Zuge der Überarbeitung des Hilfsmittelverzeichnisses erstmals Dienstleistungsanforderungen festgelegt, die sich an die

Leistungserbringer richten und den Verträgen zugrunde zu legen sind. Hierzu gehören z. B. Anforderungen an die Beratung der Versicherten, u. a. über mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten, Anforderungen an die Auswahl des im Einzelfall geeigneten Hilfsmittels, an die Einweisung der Versicherten in den Gebrauch des Hilfsmittels sowie an die Lieferung und Abgabe des jeweiligen Produkts.

Die im Rahmen der Fortschreibung formulierten Anforderungen an die Produkt- und Dienstleistungsqualität schaffen eine systematische und einheitliche Grundlage für entsprechende Verträge der Krankenkassen. Auf diese Weise werden Voraussetzungen für eine dem aktuellen Stand der Medizin und Technik entsprechende, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln geschaffen.

Der GKV-Spitzenverband hat sämtliche der insgesamt 41 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Frist grundlegend überarbeitet und aktualisiert.

Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses

Versorgungsgrundlage aktualisiert

- Revision des Hilfsmittelverzeichnisses
- Festlegung von Dienstleistungsanforderungen
- Regelmäßige Fortschreibungen

Mehr Qualität

- Erweiterte Gestaltungsspielräume
- Evaluation der Versorgungsverträge

Verbessertes Leistungsangebot

- Strukturierte Produktauswahl
- Mehr Information für Versicherte
- Stärkung des Sachleistungsprinzips

Bedarfsgerechte Versorgung

- Versorgung nach dem aktuellen Stand von Medizin und Technik
- Mehr Transparenz und Information
- Mehrkostenfreie Versorgungsangebote

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist ein schützendes

Da**c**h

Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen

Um das Potenzial der digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen für alle Versicherten nutzbar zu machen, müssen alle Anwendungen auf einer leistungsstarken und sicheren TI aufsetzen.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat in seiner Sitzung im August das Positionspapier „Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen“ verabschiedet. In seiner Erklärung fordert der Verwaltungsrat, die Digitalisierung des Gesundheitswesens in den Dienst einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten zu stellen und dabei einen verantwortungsvollen und gesicherten Umgang mit Gesundheitsdaten zu gewährleisten. Allein die Patientinnen und Patienten müssen die uneingeschränkte Datenhoheit haben und über Zugriffsrechte entscheiden können. Für entsprechende Rahmenbedingungen muss der Gesetzgeber sorgen. Erste Schritte zur Vereinfachung der Einwilligungsmöglichkeiten in die Nutzung medizinischer Anwendungen sind im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes getan und werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Leistungsstarke und sichere TI ausbauen

Um das Potenzial der digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen für alle Versicherten nutzbar zu machen, müssen alle Anwendungen auf einer leistungsstarken und sicheren Telematikinfrastruktur (TI) aufsetzen. Für deren Aufbau hat die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die weiteren Kernaufgaben der gematik liegen in der Zulassung, der Betriebsverantwortung und der Festlegung der notwendigen technischen Standards. Die von allen Beteiligten verbindlich zu berücksichtigenden Standards sollten sich dabei an etablierten internationalen Vorgaben orientieren, damit später grenzüberschreitende Anwendungen im Versorgungsgeschehen ermöglicht werden können. Zusätzlich muss die gematik für alle medizinischen Anwendungen Kriterien festlegen, die bei einem Anbieterwechsel für die Versicherten eine friktionsfreie Migration der vollständigen Daten und Berechtigungen ermöglichen.

Die Festlegung fachlich-medizinischer Inhalte und die Ausgestaltung von Anwendungen sind demgegenüber keine Aufgabe der gematik. Während die gematik datenschutzrechtliche und technische Vorgaben in den Bereichen Sicherheit und Interoperabilität macht, sollen die Krankenkassen sowie ihre Verbände die Anwendungsvorgaben verantworten. Zudem müssen technische Innovationen, wie neue Authentisierungsverfahren für den Zugang zur TI oder der Wechsel von Hard- auf Software-Konnektoren, kurzfristig durch die TI nutzbar gemacht werden. Dies ermöglicht den Versicherten Nutzungsmöglichkeiten auf mobilen Geräten und eröffnet Leistungserbringern flexiblere und kostengünstigere Lösungen z. B. im Bereich der Pflege.

Elektronische Patientenakte umsetzen

Der GKV-Spitzenverband erachtet die elektronische Patientenakte (ePA) als zentrales Element, um eine verbesserte Versorgung zu erreichen. Neben strukturierten Datenbeständen muss durch Schnittstellen die Möglichkeit geschaffen werden, individuelle Gesundheitsdaten der Versicherten verbraucherfreundlich zur Verfügung stellen und speichern zu können. Über diese grundlegenden Anforderungen hinaus müssen die Kassen die Möglichkeit erhalten, kassenindividuelle Funktionalitäten anzubieten und zu verantworten. Diese Gestaltungsmöglichkeiten, bei voller Wahrung der Datensouveränität der Versicherten, eröffnen den Kassen den notwendigen wettbewerblichen Spielraum für innovative digitale Anwendungen.

Darüber hinaus muss nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes die ePA als die zentrale Anwendungs- und Speicherplattform für die Versicherten und ihre Gesundheitsdaten konzipiert sein, in die durch geeignete technische Voraussetzungen weitere (Fach-)Anwendungen integriert werden können. Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, spätestens ab dem Jahr 2021 allen Versicherten eine ePA zur Verfügung zu stellen, ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die ePA ausschließlich durch Krankenkassen angeboten wird. Als Speicherplattform sollten die Daten innerhalb der ePA mit Ausnahme der Notfalldaten online abgelegt werden.

Digitalisierung in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung

Vom digitalen Wandel ist die gesamte Gesellschaft betroffen. Daher kann hier nicht allein die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziell in die Pflicht genommen werden. Vielmehr müssen alle an der TI teilnehmenden Akteure (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken usw.) ihrer eigenen Investitionsverantwortung in vollem Umfang nachkommen. Gleichzeitig sollte der Konstruktionsfehler innerhalb der gematik, in der die GKV die 100-prozentige Finanzierungsverantwortung trägt, die geteilte Entscheidungsverantwortung aber zu zeitraubenden und teuren Verzögerungen führt, korrigiert werden. Die Entscheidungsstrukturen der gematik sollten so gestrafft werden, dass die Gestaltungsverantwortung der Krankenkassen entsprechend ihrer Finanzierungsverantwortung erweitert wird.

Der Konstruktionsfehler innerhalb der gematik, in der die GKV die 100-prozentige Finanzierungsverantwortung trägt, sollte korrigiert werden.

Telematikinfrastruktur von der Selbstverwaltung auf den Weg gebracht

Für die Anbindung einer Arzt-/Zahnarztpraxis an die Telematikinfrastruktur (TI) müssen verschiedene Komponenten, u. a. ein Konnektor – eine Art sicherer Router –, in der Praxis installiert werden.

Es gilt, deutschlandweit mehr als 170.000 Arzt- und Zahnarztpraxen mit den notwendigen Komponenten auszustatten und an die Telematikinfrastruktur anzubinden.

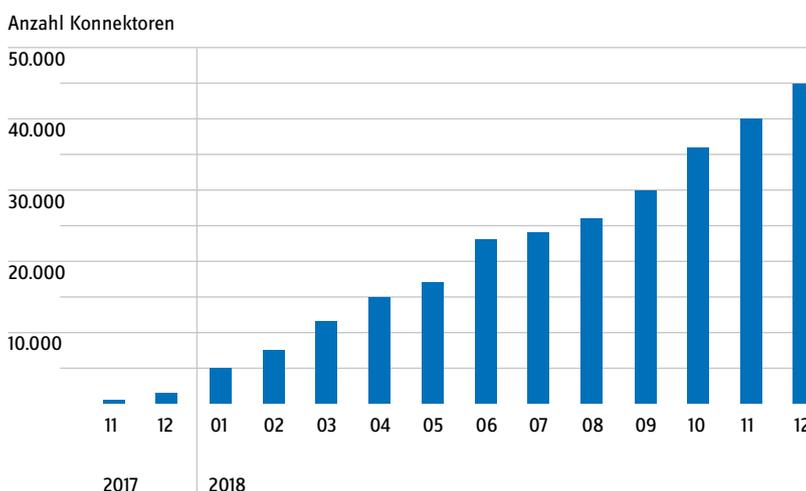
Ende 2017 startete mit der Zulassung der ersten vollständigen Produktkette des Herstellers CGM der bundesweite Rollout der TI mit dem Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als erste Online-Anwendung. Es gilt, deutschlandweit mehr als 170.000 Arzt- und Zahnarztpraxen mit den notwendigen Komponenten auszustatten und an die TI anzubinden. Ende 2017 waren die beteiligten Akteure davon ausgegangen, dass im Laufe des ersten Halbjahres 2018 bis zu drei weitere Hersteller die Zulassung für ihre Konnektoren erhalten und sich an dem Rollout beteiligen würden. Der Gesetzgeber hatte zu diesem Zeitpunkt bereits aufgrund mangelnder Verfügbarkeit der notwendigen Komponenten im Jahr 2017 die gesetzliche Sanktionsfrist auf den 31. Dezember 2018 verlängert.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, den Online-Rollout bis Ende 2018 abzuschließen, hat der GKV-Spitzenverband mit den Vertragspartnern Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) Vereinbarungen zur Finanzierung der Erstattung und der Betriebskosten geschlossen. Dafür wurden quartalsweise Abschlagszahlungen anhand der zu erwartenden Ausstattungsquoten getroffen.

Verzögerungen bei der Markteinführung

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen verzögerte sich die Markteinführung weiterer Konnektoren bis Dezember 2018. Die betroffenen Hersteller haben zunächst, wie aus Qualitätssicherungsgründen üblich, nur wenige Konnektoren im Rahmen sogenannter Feldtests ausgerollt. Demnach waren im Dezember 2018 schätzungsweise insgesamt ca. 45.000 Konnektoren installiert. Die elektronische Gesundheitskarte wurde allerdings seit Start des Online-Produktivbetriebs der TI Ende 2017 bis Ende September 2018 laut Informationen der gematik schon ca. 105 Mio. Mal gesteckt.

Ausstattung der Leistungserbringer mit Konnektoren im Zeitverlauf



Aufgrund der deutlich späteren Zulassung der Konnektoren stiegen die Installationszahlen zwar stetig an, jedoch lief der Rollout langsamer als erwartet. Da zunehmend absehbar geworden war, dass die Praxen aufgrund mangelnder Verfügbarkeit der Produkte nicht bis Jahresende 2018 ausgestattet werden könnten, reagierte der Gesetzgeber und beschloss im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes erneut eine Fristverlängerung für die sanktionsbewehrte Prüfungspflicht der Versichertenstammdaten. Demnach müssen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bis Ende März 2019 die Komponenten für den Anschluss an die TI bestellt haben, und die Praxen müssen bis Ende Juni 2019 an die TI angebunden sein.

Entsprechend der Entwicklung der tatsächlichen Ausstattungsgeschwindigkeit hatten sich die Vertragspartner Mitte 2018 in Finanzierungsverhandlungen auf eine Anpassung der Abschlags-

zahlungen verständigt. Demnach wurde die vorab in den Finanzierungsvereinbarungen festgelegte Abschlagsquote für das vierte Quartal 2018 ausgesetzt. Die Finanzierung der Erstausrüstung für den Basisrollout wird gemäß Gesetzeslage erst Ende des zweiten Quartals 2019 abgeschlossen.

Online-Rollout Stufe 2.1

Mit der Ausbaustufe 2.1 der TI werden die Online-Anwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan – als erste Stufe einer Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung – sowie die sichere Kommunikation der Leistungserbringer eingeführt. Hierzu müssen die Komponenten von der Industrie weiterentwickelt werden. Es zeichnet sich ab, dass die Industrie den ersten E-Health-Konnektor, der für diese Anwendungen erforderlich ist, erst frühestens im dritten Quartal 2019 bereitstellen kann. Die notwendigen Finanzierungsvereinbarungen, die die zusätzlichen Regelungen für die Einführung der medizinischen Anwendungen vorsehen, hat der GKV-Spitzenverband mit allen relevanten Organisationen (Organisation der Ärztinnen und Ärzte (KBV), der Zahnärztinnen und Zahnärzte (KZBV), der Krankenhäuser (DKG) und Apotheken (DAV)) abgeschlossen.

Letter of Intent elektronische Patientenakte

Auf Anregung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wurden in Gesprächen zur weiteren Abstimmung zwischen der gematik, der KBV, Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen bzw. ihrer IT-Dienstleister sowie dem GKV-Spitzenverband die derzeitigen Aktivitäten zu elektronischen Gesundheitsakten (eGA) sowie die Spezifikationsarbeiten zur ePA diskutiert. In mehreren Treffen wurden die Gemeinsamkeiten und die Unterschiede der Lösungsansätze herausgearbeitet. In einem gemeinsamen Letter of Intent ePA bekräftigen GKV-Spitzenverband, KZBV und KBV gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und der Politik, dass sie sich als gemeinsame Perspektive der ePA-Architektur auf das gematik-Modell verständigt haben. Die bisherigen Akten der Kassen sollen in diese Lö-

sung migriert werden. Das Berechtigungskonzept sieht die volle Datensouveränität der Versicherten vor und zielt auf eine zentrale Datenhaltung in der ePA der oder des jeweiligen Versicherten ab. Dazu sollen Übergangs- und Migrationsregelungen für die aktuellen Aktenlösungen entwickelt werden. Auch der Mindestumfang der ePA zum Startzeitpunkt 1. Januar 2021 soll in diesem Zusammenhang definiert werden. Hierzu wurde entsprechend der Sonder-Gesellschafterversammlung der gematik vom 15. November 2018 eine Arbeitsgruppe zwischen der gematik und den vom GKV-Spitzenverband zu benennenden Krankenkassen mit aktuellen Aktenlösungen eingerichtet.

Die elektronische Gesundheitskarte wurde seit Start des Online-Produktivbetriebs der TI Ende 2017 bis Ende September 2018 laut Informationen der gematik ca. 105 Mio. Mal gesteckt.

Differenz der aktuellen Aktenmodelle und gemeinsamer Konsens für die 219a-Akte

Konsens: Das gematik-Modell als gemeinsame Perspektive der ePA-Architektur (insbesondere beim Berechtigungskonzept). Eine Datenübermittlung erfolgt an die zentrale ePA-Umgebung des Versicherten nach dessen Zustimmung aus dem Primärsystem des Leistungserbringers (LE). Dahinter liegende dezentrale Konzepte zur Datenhaltung obliegen dem ePA-Anbieter.

Die Aktenmodelle sind heute aufgrund ihrer entscheidenden Dimensionen nicht vereinbar.		Dimension: Anbindung	
		Datenübergabe (Versicherte übergibt Daten an ePA)	Berechtigung (Versicherte gibt LE Berechtigung)
Dimension: Datenhaltung	Zentral (auf der ePA des Versicherten)	Krankenkassenmodell A	gematik
	Dezentral (in der Umgebung des LE wie auch auf der ePA des Versicherten)		Krankenkassenmodell B

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Nutzenorientierung auch bei digitalen Versorgungsangeboten

Digitale Versorgungsangebote bieten große Potenziale, die Versorgung zu verbessern und Effizienzpotenziale im Gesundheitssystem zu mobilisieren. Dabei müssen auch an digitale Versorgungsangebote grundlegende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen gestellt werden. In einem Positionspapier hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im November 2018 Kriterien beschrieben, anhand derer digitale Versorgungsangebote zu bewerten sind.

Medizinischer Nutznachweis bleibt wichtige Voraussetzung

Beschrieben werden digitale Versorgungsangebote, die von den bisher gültigen Bewertungskriterien erfasst sind. Die Eingrenzung erfolgt auf die Bereiche, bei denen der GKV-Spitzenverband an der Gestaltung der Aufnahmebedingungen in den Leistungskatalog unmittelbar beteiligt ist: Primärprävention, Hilfsmittel, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Innovative Betreu-

ungs- und Kommunikationswege in der ambulanten Versorgung wie die Videosprechstunde. Die Bewertungsinstanzen und -kriterien, die für diese Leistungsarten gelten, sind auf digitale Versorgungsange-

bote übertragbar. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den medizinischen Nutznachweis, denn zentral ist aus Sicht der GKV immer die Frage: Führt ein Versorgungsangebot zu einer messbaren Verbesserung für die Patientinnen und Patienten?

Die zentrale Frage lautet: Führt ein Versorgungsangebot zu einer messbaren Verbesserung für die Patientinnen und Patienten?

Rahmenbedingungen für eine nutzbringende und sichere Anwendung

Damit digitale Versorgungsprodukte nutzbringender im Geltungsbereich der GKV Anwendung finden, müssen weitere Schritte erfolgen:

- Umsetzung der Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung
- Integration digitaler Angebote ins bestehende System zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen
- Breitband-Ausbau als infrastrukturelle Voraussetzung für Telekonsultationen
- Abschaffung gesonderter Einverständniserklärungen der Versicherten für sichere telemedizinische Leistungserbringung
- sichere Zusammenarbeit der Geräte der Versicherten mit der Telematikinfrastruktur
- Erhaltung von Datenschutzstandards: kein unbefugter Zugriff Dritter auf medizinische Patientendaten
- verbindliche Kriterien zur Verständlichkeit von Einwilligungsdokumenten

Digital: neuer Weg für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Jährlich werden ca. 77 Mio. Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AU-Bescheinigungen) erstellt und an 109 Krankenkassen sowie ca. 3,47 Mio. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber übermittelt. Das sind mit Durchschlägen jedes Jahr mehr als 300 Mio. Formulare. Versicherten, Krankenkassen sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern entstehen aufgrund des derzeitigen papiergebundenen Verfahrens vielfältige, umfangreiche und vermeidbare administrative Belastungen. Nach heutiger Praxis sind die Versicherten in der Verantwortung, die AU-Bescheinigungen rechtzeitig an ihre Krankenkasse und die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber zu übermitteln. Die Krankenkassen scannen diese Bescheinigungen ein, verfügen aber zum Teil nicht oder nicht rechtzeitig über vollständige Datenbestände zu den AU-Zeiten, was in der Konsequenz zu vielen Rückfragen der Krankenkassen bei Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie bei Vertragsärztinnen und -ärzten führen kann.

Gemeinsames Konzept für elektronische AU-Bescheinigungen

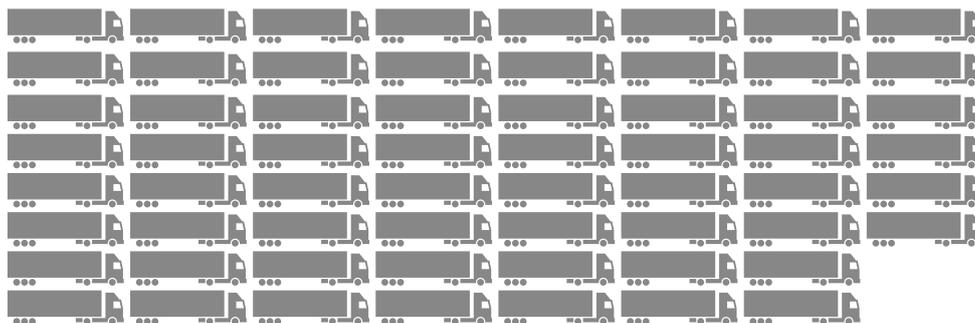
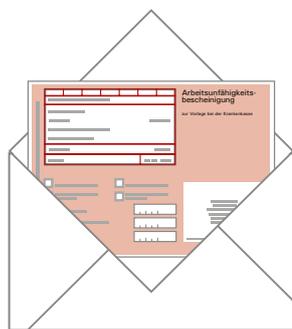
Vor diesem Hintergrund strebt die gesetzliche Krankenversicherung eine Digitalisierung der AU-Bescheinigungen an. Bereits seit einiger Zeit erproben verschiedene Krankenkassen in vielfältigen Projekten - teilweise unter Beteiligung

der Kassenärztlichen Vereinigungen - die Umsetzung einer elektronischen AU-Bescheinigung (eAU), d. h. die elektronische Übermittlung von AU-Daten durch Vertragsärztinnen und -ärzte an die Krankenkassen. In diesem Kontext hat der GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene ein Konzept zur Umsetzung einer eAU erstellt und in seinen Gremien beraten, um einen einheitlichen Rahmen zu setzen und Insellösungen zu vermeiden.

Vertragsärztinnen und -ärzte sollen künftig die vollständigen AU-Daten unter Nutzung der Telematikinfrastruktur elektronisch an die Krankenkassen übermitteln.

Das Konzept sieht vor, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte die vollständigen AU-Daten unter Nutzung der Telematikinfrastruktur elektronisch an die Krankenkassen übermitteln. Auf Anfrage würde die Krankenkasse der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber die für sie bestimmten Daten ebenfalls elektronisch zur Verfügung stellen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer blieben jedoch verpflichtet, ihre Arbeitsunfähigkeit der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber anzuzeigen. Zur Umsetzung des Konzepts hat der GKV-Spitzenverband konkrete Vorschläge in das Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingebracht.

AU-Bescheinigungen



300 Mio. analoge Formulare p. a. (entsprechen 1.500 t - oder 62 Sattelzügen)

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist verantwortlicher Umgang mit

Medikamenten

Gute und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung sicherstellen

Die Chancen von innovativen und flexibleren Ansätzen in der Arzneimittelversorgung durch Apotheken wurden bisher nicht genutzt. In Zeiten zunehmender Digitalisierung müssen neue Wege in der pharmazeutischen Versorgung erschlossen werden. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussion über die zukunftsorientierte Ausrichtung der Arzneimittelversorgung durch Apotheken hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes konkrete Positionen zur Neuordnung der Apothekenstrukturen und -vergütung erarbeitet.

Versorgungsstrukturen flexibilisieren

Der Apothekenmarkt in Deutschland zeichnet sich durch eine starke Regulierung aus, die vor allem dem Leitgedanken folgt, bestehende, historisch gewachsene Privilegien und Strukturen zu bewahren. Nicht die Patientinnen und Patienten stehen dabei im Fokus, sondern vielmehr die Vergütung der Apothekerinnen und Apotheker. Zentraler Leitgedanke einer Arzneimittelversorgung durch Apotheken sollte jedoch die Patientenorientierung sein. Strukturveränderungen im Apothekenmarkt sind entsprechend neu auszurichten, während die derzeitigen Strukturen sowohl in wirtschaftlicher Hinsicht als auch in Bezug auf die Patientenversorgung auf den Prüfstand zu stellen sind.

Um weitergehende Verbesserungen zu ermöglichen, bedarf es deutlich flexiblerer Strukturen, die sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und dabei auch wirtschaftliche Gegebenheiten berücksichtigen. So erscheinen starre Vorgaben für Öffnungszeiten in schwach besiedelten Regionen mit geringer Kundenfrequenz nicht sachgerecht. Vielmehr wäre die Ermöglichung einer verstärkten mobilen Versorgung sinnvoll. Durch die Digitalisierung ergeben sich weitere Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung vor allem in ländlichen Regionen. Ein möglicher Ansatz könnte - in Analogie zur Telemedizin - eine telepharmazeutische Sprechstunde sein. Denkbar wären auch durch Teleassistenz unterstützte Kooperationen zwischen Haupt- und Filialapotheken, um Synergieeffekte zu schaffen.

Apothekenvergütung neu ordnen

In der politischen Diskussion der letzten Jahre standen vor allem Honorarforderungen der Apothekerschaft und weniger die Verbesserung der Patientenversorgung im Vordergrund.

In Zukunft muss die Honorarstruktur wesentlich transparenter gestaltet sein als bisher. Die Vergütung muss kostendeckend und leistungsgerecht sein und Anreize setzen, sich wieder mehr auf die apothekerlichen Kerntätigkeiten zu konzentrieren. Insbesondere bei der Arzneimittelabgabe muss die Patientenberatung in den Fokus rücken.

Zentraler Leitgedanke einer Arzneimittelversorgung durch Apotheken sollte die Patientenorientierung sein.

Auf Grundlage eines vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie veröffentlichten Gutachtens liegen inzwischen erstmalig Zahlen über die Apothekenvergütung vor. Diese seit Langem notwendige Transparenz legt die bestehenden Defizite der Vergütungssystematik offen: Die Honorare der Apothekerschaft sind ungleich verteilt, es gibt erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven und in vielen Regionen besteht eine unwirtschaftliche Überversorgung.

Vor diesem Hintergrund sind die Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass innovative Versorgungslösungen zugelassen und eine leistungsgerechte Vergütung sichergestellt werden können. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Bereiche mit überdurchschnittlich hohem Einsparpotenzial zu legen. Dies gilt vor allem für die deutlich überfinanzierte Vergütung individuell hergestellter parenteraler Zubereitungen. Weitere Mehrausgaben für die Arzneimittelversorgung durch Apotheken sind aufgrund der aufgedeckten Wirtschaftlichkeitsreserven nicht länger zu rechtfertigen.

Versandhandel beibehalten und Höchstpreise einführen

Seit über einem Jahrzehnt zeigt sich, dass auch der Versandhandel eine sichere Versorgung gewährleistet. Insbesondere in Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte können mit seiner Hilfe längere Anfahrtswege vermieden werden. Dies ist

Der Versandhandel leistet einen wichtigen ergänzenden Beitrag zur flächendeckenden Arzneimittelversorgung, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität.

insbesondere für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität relevant. Der Versandhandel bietet in diesen Fällen erhebliche Vorteile und leistet damit einen wichtigen ergänzenden Beitrag zur flächendeckenden Arzneimittelversorgung. Er ist unbedingt beizubehalten. Nicht zu vernachlässigen ist darüber hinaus, dass der Wettbewerb durch den Versandhandel Anreize für eine intensivere Beratung setzt, von der die Patientinnen und Patienten profitieren.

Um nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs im Jahr 2016 einen angemessenen Wettbewerbsrahmen zwischen dem Versandhandel und niedergelassenen Apotheken zu gewährleisten, ist die Arzneimittelpreisverordnung für Versandarzneimittel auf ein Höchstpreismodell umzustellen. Eine Vergütung für Versandarzneimittel, die vom Höchstpreis abweicht, kann vertraglich zwischen Versandapotheke und Krankenkasse vereinbart werden. Dies würde den geforderten Preiswettbewerb Europarechtskonform umsetzen und mögliche Fehlanreize in der Patientenversorgung abfangen.



Nutzenbewertung und Erstattungsbeträge für Arzneimittel

Von Januar 2011 bis November 2018 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 426 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte mehr als 1.366 Beratungsverfahren durch. 27 von 70 Freistellungsverfahren endeten mit einer Freistellung des Arzneimittels von der Nutzenbewertung durch den G-BA.

Mit Stand 15. Januar 2019 laufen derzeit 32 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie ein 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.

Datengrundlage für Mischpreiskalkulation verbessern

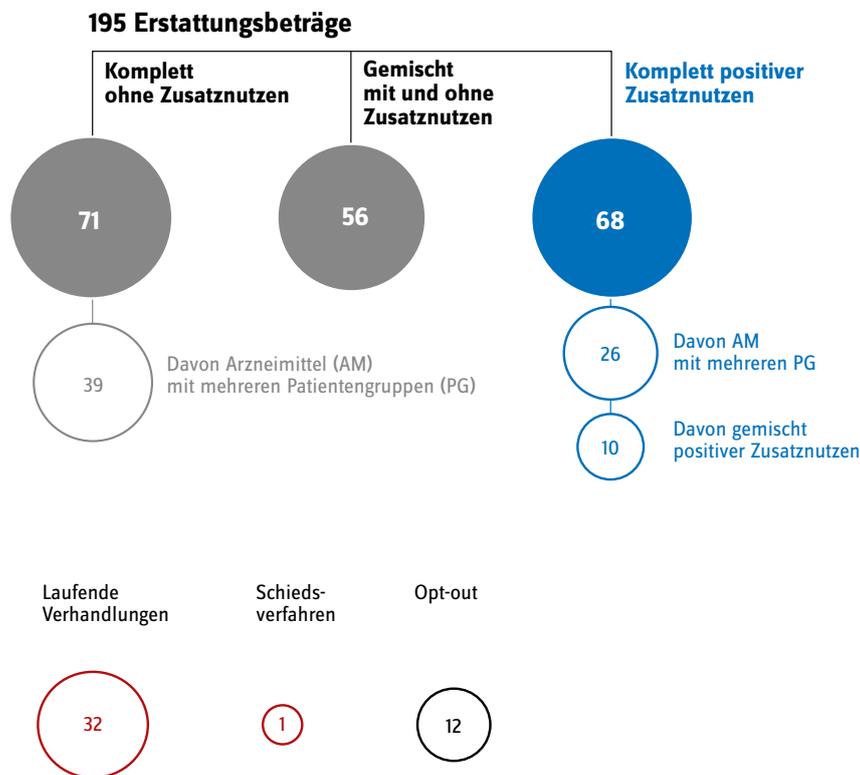
Der verhandelte Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel basiert auf einer Mischpreiskalkulation. Die je Teilindikation differenzierte Bewertung des G-BA zum Zusatznutzen findet sich im Erstattungsbetrag nicht wieder. Im Juli 2018 hatte das Bundessozialgericht (BSG) die jahrelang praktizierte Methode der Mischpreiskalkulation für Arzneimittel entgegen unterinstanzlicher Zweifel als rechtmäßig bestätigt.

Allerdings verfügen derzeit die Verhandlungspartner und die Schiedsstelle nur im Ausnahmefall über Daten zur tatsächlichen Patientenverteilung auf die Teilindikationen. Der anfängliche Erstattungsbetrag beruht daher oft auf Erwartungen an den Markt. Damit man der Wirtschaftlichkeit von Mischpreisen näherkommt, müsste in bestimmten zeitlichen Abständen ein Abgleich zwischen den angenommenen und den im klinischen Alltag tatsächlich eingetretenen Verordnungsmengen erfolgen. Eine unerwartete Marktentwicklung sollte sich im gemischten Erstattungsbetrag niederschlagen. Der Gesetzgeber muss hier die Voraussetzung für eine zeitnahe und präzise Datengrundlage auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten schaffen.

Mit Urteil vom Juli 2018 bestätigte das BSG zudem, dass Ärztinnen und Ärzte stets im Einzelfall entscheiden müssen, ob die Verordnung wirtschaftlich ist. Um eine wirtschaftliche Entscheidung im Einzelfall treffen zu können, sollten Vertragsärztinnen und -ärzte in der Praxisverwaltungssoftware im Fall eines Mischpreises über die jeweiligen Preise in den Teilindikationen informiert werden.

Der Gesetzgeber muss die Voraussetzung für eine zeitnahe und präzise Datengrundlage auf der Basis von GKV-Abrechnungsdaten schaffen.

AMNOG-Bilanz - Anzahl gültiger Erstattungsbeträge und laufender Verfahren



Stand: 15.01.2019, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Faire Preise durch Arzneimittel-Festbeträge

Das Bundessozialgericht hat die Vorgehensweise des GKV-Spitzenverbandes bei der Anpassung von Festbeträgen erneut bestätigt.

Festbeträge tragen maßgeblich zu einer dauerhaft finanzierbaren Arzneimittelversorgung bei. Bei deren Bestimmung achtet der GKV-Spitzenverband darauf, dass eine für die medizinisch notwendige Versorgung ausreichende Anzahl solcher Arzneimittel verfügbar ist, für die Versicherte keine Aufzahlung leisten müssen. In insgesamt drei Urteilen hat das Bundessozialgericht (BSG) im Mai 2018 erneut die Bedeutung von Festbeträgen für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung hervorgehoben. Zugleich hat das BSG die Vorgehensweise des GKV-Spitzenverbandes bei der Anpassung von Festbeträgen sowie bei der Berücksichtigung zuzahlungsfreigestellter Arzneimittel bei der Bestimmung der Festbetragshöhe bestätigt.

Festbetragsänderungen 2018

Der GKV-Spitzenverband überprüft den Arzneimittelmarkt regelmäßig und passt die Festbeträge bedarfsorientiert an die geänderte Marktlage an. 2018 hat er die Festbeträge für insgesamt 58 Festbetragsgruppen geändert:

- Absenkungen in 23 Gruppen
- Anhebungen in 12 Gruppen
- Aufhebungen in 11 Gruppen
- erstmalige Festsetzung in 12 Gruppen

Ergänzend kann der GKV-Spitzenverband besonders preisgünstige Arzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro freistellen, wenn dadurch höhere Einsparungen für die Solidargemeinschaft zu erwarten sind. Auch hierdurch soll der Preiswettbewerb im Festbetragsmarkt gefördert werden. Die Situation zuzahlungsfreigestellter Arzneimittel ist bei der Anpassung von Festbeträgen zu berücksichtigen. Daher wurden 2018 für zwei Gruppen mit zuzahlungsfreigestellten Arzneimitteln die Festbeträge nur moderat gesenkt, um möglichst auch nach der Anpassung eine hinreichende Versorgung mit Arzneimitteln ohne Zuzahlung zu gewährleisten. Insgesamt führen die Festbetragsfestsetzungen des Jahres 2018 zu zusätzlichen Einsparungen in Höhe von rd. 360 Mio. Euro pro Jahr.

Zahlen und Daten

Festbeträge fördern den Wettbewerb im Sinne fairer Arzneimittelpreise. Insgesamt umfasst die Regelung zum 1. Januar 2019 rd. 35.000 Fertigarzneimittel. Festbetragsarzneimittel haben einen Verordnungsanteil von 81 % und einen Umsatzanteil von 37 % am gesamten GKV-Arzneimittelmarkt.

Festbetragsmarkt zum 1. Januar 2019

Gruppierung nach § 35 SGB V	Stufe 1 Identische Wirkstoffe	Stufe 2 Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe	Stufe 3 Therapeutisch vergleichbare Wirkung	Gesamt
Festbetragsgruppen mit	319 212 Wirkstoffen	65 172 Wirkstoffen	63 173 Wirkstoffkomb.	447
Umsatz (€)	6,5 Mrd.	5,0 Mrd.	2,4 Mrd.	13,9 Mrd.
Verordnungen	237,9 Mio.	227,9 Mio.	70,8 Mio.	536,6 Mio.
Packungen	18.264	10.267	6.063	34.594



ist Engagement für

Prävention

Mehr gesundheitliche Chancengleichheit ermöglichen

Der GKV-Spitzenverband definiert mit seinem Leitfaden Prävention verbindliche Qualitätsanforderungen an Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Bereich der Präventionsleistungen gibt der Leitfaden für die Krankenkassen den verbindlichen Rahmen vor, innerhalb dessen die Kassen vor Ort selbstständig entscheiden, welche konkreten Angebote sie machen.

Die neu gefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele sollen insbesondere gesundheitsfördernde Strukturen und die gesundheitliche Chancengleichheit unterstützen.



Die 2018 veröffentlichte Neufassung wurde unter Einbeziehung unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen erarbeitet und enthält die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der Krankenkassen für die Jahre 2019 bis 2024:

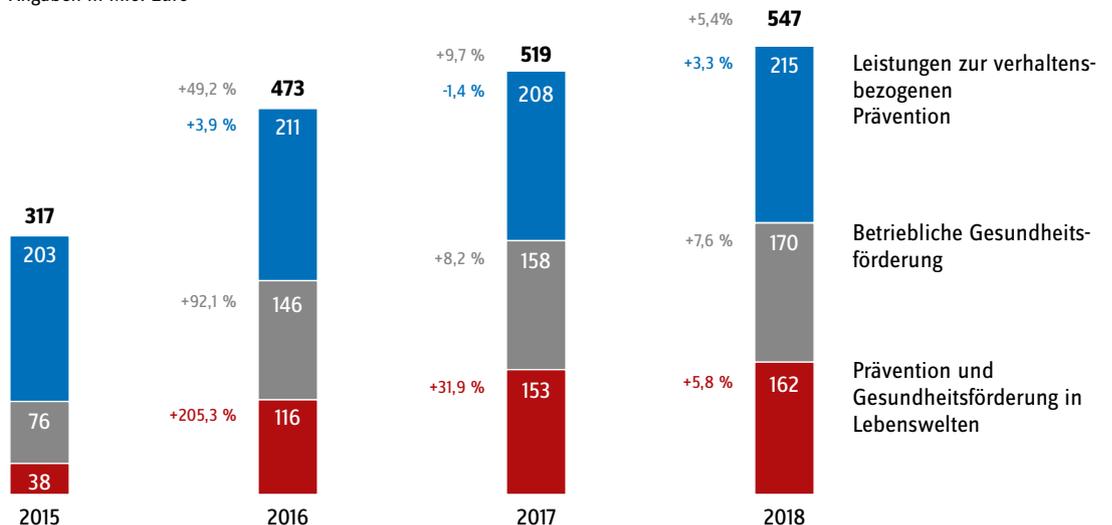
- Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen und eines systematischen Vorgehens
- Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit
- Partizipation und Empowerment
- Kooperation und Vernetzung mit weiteren Partnern
- Konzentration auf epidemiologisch besonders bedeutsame Erkrankungen und Risiken

Präventionsengagement auf allen Ebenen

Die neu gefassten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele sollen insbesondere gesundheitsfördernde Strukturen sowie die Partizipation der Zielgruppen, die gesundheitliche Chancengleichheit sowie die Kooperation und Vernetzung mit weiteren Partnern in Lebenswelten und Betrieben unterstützen. Mit der Fokussierung auf Präventionsanstrengungen gegenüber Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen stellt sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aktuellen epidemiologischen Herausforderungen. Die GKV-Ziele sind synergetisch auf die trägerübergreifenden Ziele der Nationalen Präventionskonferenz bezogen und dienen damit auch der Stärkung eines gesamtgesellschaftlichen Vorgehens in diesem wichtigen und zukunftssträchtigen Feld der Gesundheitspolitik.

Ausgaben der GKV für Primärprävention und Gesundheitsförderung 2015 bis 2017

Angaben in Mio. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1, KV 45 (für 2018); Darstellung: GKV-Spitzenverband

Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten stärken

2018 waren die Regelungen des Präventionsgesetzes nunmehr im dritten Jahr wirksam. Die Krankenkassen haben ihr Engagement in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben weiter verstärkt.

2016 hat der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die gesetzlichen Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben in der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten zu unterstützen. Einen Schwerpunkt des daraus entstandenen GKV-Bündnisses für Gesundheit stellt die Stärkung der kommunalen Gesundheitsförderung dar. Darüber hinaus sollen insbesondere vulnerable Zielgruppen, u. a. arbeitslose Menschen und Menschen mit Behinderung, von gesundheitsförderlichen Maßnahmen stärker als bisher profitieren.

Im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit wurden zahlreiche Aktivitäten bereits auf den Weg gebracht. So wurden u. a. die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in allen Bundesländern auf durchschnittlich zwei Vollzeitpersonalstellen aufgestockt. Ebenso wird bundesweit an 129 Standorten die Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen durch miteinander verzahnte Angebote der Arbeits- und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene verbessert. Eine Reihe von Literatur- und Datenbankrecherchen zu Modellen guter Praxis wurde in Auftrag gegeben, um die empirische Basis für lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken. Die Ergebnisberichte sowie Praxishilfen für Akteure und Fachkräfte sind auf der Webseite www.gkv-buendnis.de öffentlich verfügbar.

Förderprogramm für Kommunen auf den Weg gebracht

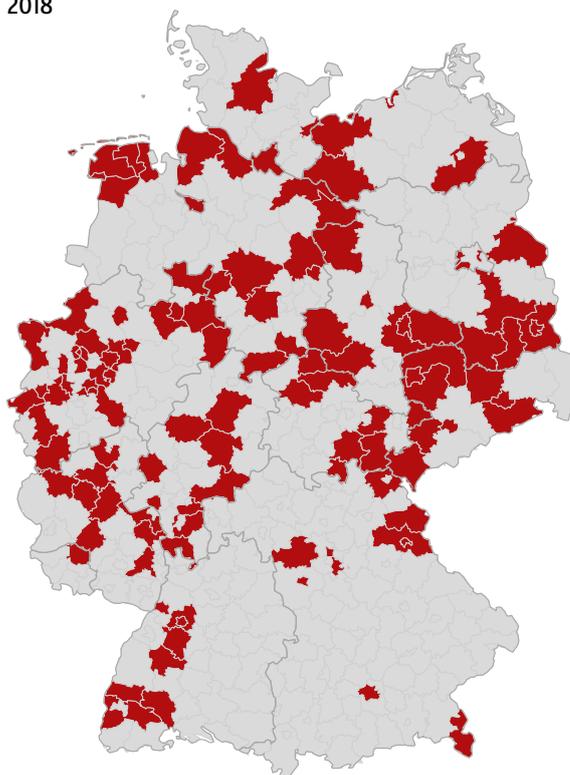
2018 brachte der GKV-Spitzenverband ein Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit auf den Weg, das die kommunale Gesundheitsförderung bundesweit stärken und einen Qualitätsentwicklungsprozess anstoßen soll. Seit Beginn

des Jahres 2019 können ausgewählte Kommunen eine drei- bis fünfjährige finanzielle Förderung in Höhe von insgesamt 210.000 bis 250.000 Euro für den Aufbau kommunaler Strukturen der Steuerung und Kooperation für Gesundheitsförderung beantragen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit schafft damit eine wesentliche Voraussetzung, um die Planung, Umsetzung und nachhaltige Etablierung gesundheitsförderlicher Angebote in der Kommune zu verbessern.

Bundesweit wird an 129 Standorten die Gesundheitsförderung von arbeitslosen Menschen durch miteinander verzahnte Angebote der Arbeits- und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene verbessert.

Standorte, an denen das Projekt zur Arbeits- und Gesundheitsförderung umgesetzt wird

2018



Quelle: www.gkv-buendnis.de
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Der inhaltliche Fokus wurde in der Arbeitswelt auf die Ziele „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit“ gerichtet.

Kommunen sollen in ihrer Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden. Gefördert werden Kommunen, die eine Einwohnerschaft aufweisen, welche unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen als sozial benachteiligt („depriviert“) gilt. Ab Mitte des Jahres 2019 wird das Angebot um die Förderung zielgruppenbezogener Gesundheitsförderungsmaßnahmen für vulnerable Zielgruppen erweitert. Das zunächst auf fünf Jahre angelegte Förderprogramm wird wissenschaftlich begleitet, um Erkenntnisse hinsichtlich der Wirksamkeit kommunaler Koordinierungsprozesse zu generieren.

Bundesrahmenempfehlungen erstmals weiterentwickelt

Die Nationale Präventionskonferenz hat 2018 erstmals eine weiterentwickelte Fassung ihrer Bundesrahmenempfehlungen (BRE) herausgegeben. Die BRE bilden die Grundlage für die inzwischen in allen Bundesländern von Sozialversicherungsträgern und Land abgeschlossenen Vereinbarungen zur Regelung der Präventionsarbeit vor Ort.

In den neuen BRE nehmen insbesondere die Ausführungen zum Ziel „Gesund leben und arbeiten“ und damit zur arbeitsweltbezogenen Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung großen Raum ein, da in diesem Bereich sowohl Kranken- als auch Renten- und Unfallversicherungsträger einen Unterstützungsauftrag haben. U. a. werden die möglichen Beiträge der Sozialversicherungsträger zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sowie zu den betrieblichen Aufgaben der Gefährdungsbeurteilung erläutert und miteinander in Bezug gesetzt. Auch die Zugangswege für Betriebe werden ausführlich beschrieben, z. B. über die neu geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der gesetzlichen Krankenversicherung, den Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung Bund oder die

regionalen Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger. Der inhaltliche Fokus wurde in der Arbeitswelt auf die Ziele „Schutz und Stärkung des Muskel-Skelett-Systems“ sowie „Schutz und Stärkung der psychischen Gesundheit“ gerichtet – und damit auf die gleichen Themen, die auch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz in der laufenden und kommenden Zielperiode fokussiert.

Insgesamt wird in den neuen BRE noch stärker betont, dass lebens- und arbeitsweltbezogene Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung nur dann erfolgreich sein können, wenn die Verantwortlichen vor Ort und auch die adressierten Zielgruppen sie zu ihrer eigenen Sache machen und ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen praktiziert wird. Zur Veranschaulichung der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und des verantwortungsvollen Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure werden zwei Anwendungsbeispiele in den BRE exemplarisch beschrieben: eines zur qualitätsgesicherten Bewegungsförderung und eines zur qualitätsgesicherten Gemeinschaftsverpflegung in Lebenswelten.

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist Hilfe zur

Selbsthilfe

Selbsthilfe fördern

Die Fördermittel sollen so eingesetzt werden, dass sie die Ressourcen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wirksam stärken.

Seit nunmehr 25 Jahren fördern die Krankenkassen und ihre Verbände die Selbsthilfe in Deutschland und sind ihr verlässlichster Partner, während sich die öffentliche Hand zunehmend aus der Förderung der Selbsthilfe zurückzieht. 2019 werden als Pauschal- und Projektförderung rd. 82 Mio. Euro (1,13 Euro je Versicherten) an Fördermitteln zur Verfügung gestellt. Die Fördervoraussetzungen sind im „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung“ des GKV-Spitzenverbandes festgelegt.

Der Leitfaden wurde 2018 gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und unter mitberatender Beteiligung der maß-

geblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe überarbeitet. Anlass für die Überarbeitung waren u. a. die durch das Präventionsgesetz 2016 erfolgte Verdopplung der GKV-Selbsthilfefördermittel wie auch die besseren Zugangsmöglichkeiten zu internetbasierten Selbsthilfeangeboten und ihre zunehmende Nutzung. Zentrales Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist es, die Fördermittel so einzusetzen, dass sie die Ressourcen der Betroffenen und ihrer Angehörigen wirksam stärken.

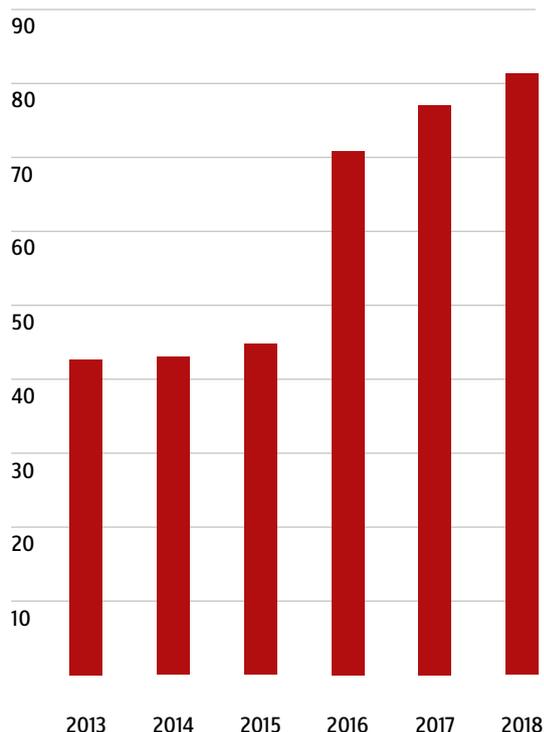
Weiterentwicklung der Selbsthilfe ermöglichen

Einige wichtige Neuregelungen des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung im Überblick:

- Selbsthilfeorganisationen, die den Austausch ihrer Mitglieder z. B. auch über das Internet ermöglichen, sind förderfähig, sofern einmal jährlich ein persönliches Zusammentreffen sichergestellt wird. Diese Regelung berücksichtigt, dass sich auch die Selbsthilfe zunehmend digitalisiert und sich im Internet zusammenfindet bzw. austauscht.
- Projekte von Dachorganisationen von Selbsthilfeorganisationen können auch aus Fördermitteln der GKV-Gemeinschaftsförderungen bezuschusst werden. Nach vorheriger Leitfadenregelung erfolgte eine Förderung ausschließlich im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung.
- Neben örtlichen Selbsthilfekontaktstellen kann pro Bundesland eine landesweite Selbsthilfekontaktstelle bezuschusst werden. Damit wird die bereits in einigen Bundesländern bestehende Förderung entsprechender Strukturen auf eine sichere Rechtsgrundlage gestellt.

Ausgaben der GKV für Selbsthilfe

absolut, in Mio. Euro



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1, KV 45 (für 2018); Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die Neufassung des Leitfadens zur Selbsthilfeförderung wurde im Sommer 2018 fertiggestellt und veröffentlicht, sodass sie den Krankenkassen und deren Verbänden sowie der Selbsthilfe rechtzeitig für die Vorbereitung des Förderverfahrens für das Jahr 2019 vorlag. Sie ist zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten und wurde veröffentlicht unter: www.gkv-spitzenverband.de/selbsthilfe.

SOLIDARITÄT IN DER GKV



appelliert auch an

Eigen- verantwortung

Fehlverhalten in Gesundheitswesen und Pflege bekämpfen

Zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der Aufbau einer „GKV-Betrugspräventions-Datenbank“ erforderlich.

Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gehen Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hindeuten – insbesondere in den Bereichen Abrechnungsbetrug und Korruption. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes informierte gemäß seiner Berichtspflicht den Verwaltungsrat am 28. November 2018 über Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der auch im Internet veröffentlichte Bericht beschreibt die Schwerpunkte im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2016/2017, führt die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte seiner Mitglieder zu einer GKV-Gesamtsicht zusammen und leitet aktuelle Positionen und Forderungen ab.

Schwerpunkte der Arbeit im Berichtszeitraum 2016/2017

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen sowie dem Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetz wurden dem GKV-Spitzenverband neue gesetzliche Aufgaben übertragen. Fristgemäß legte der GKV-Spitzenverband „Nähere Bestimmungen über Organisation, Arbeit und Ergebnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ als verbindlich fest. Der Gesetzgeber will auf diese Weise der hohen Bedeutung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen noch intensiver Rechnung tragen und sicherstellen, dass die dafür zuständigen Stellen nach vergleichbaren Maßstäben arbeiten. Die Bestimmungen sind zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten.

Im Rahmen der regelhaften Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste ist zukünftig auch die Abrechnung der erbrachten pflegerischen Leistun-

GKV-Kennzahlen Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Inhaltsbeschreibung	2014/2015	2016/2017	Entwicklung	Tendenz
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise insgesamt	25.168	33.041	+ 7.873	▲
1.1 Anzahl der externen Hinweise	16.764	25.039	+ 8.275	▲
1.2 Anzahl der internen Hinweise	8.404	8.002	- 402	▼
2. Anzahl der verfolgten Fälle	37.014	40.090	+ 3.076	▲
2.1 Anzahl der verfolgten Bestandsfälle	15.968	14.853	- 1.115	▼
2.2 Anzahl der verfolgten Neufälle	21.046	25.237	+ 4.191	▲
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	23.654	24.172	+ 518	▲
4. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	3.029	3.371	+ 342	▲
5. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	41.838.146	49.081.369	+ 7.243.223	▲

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

gen verpflichtend zu prüfen. Mit dieser Maßgabe hat der GKV-Spitzenverband seine Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) angepasst. Abrechnungsprüfungen sind heute fester Bestandteil der Qualitätsprüfungen und werden bundesweit von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt. Bei festgestellten Diskrepanzen zwischen abgerechneten und erbrachten Leistungen sollen die Pflegekassen bzw. deren Landesverbände die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen einbinden, um den Schutzinteressen der Solidargemeinschaft der Versicherten Rechnung zu tragen. Die erfolgreiche Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes spiegelt sich auch in den zusammengeführten Ergebnissen der „GKV-Gesamtsicht“ wider.

Deutlicher Anstieg der Hinweise, Fälle und gesicherten Forderungen

Im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum ist die Anzahl der bei den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eingegangenen externen Hinweise um ca. 49 % angestiegen (8.275 Hinweise). Allein die MDKs haben den Pflegekassen im Jahr 2017 im Ergebnis der neu eingeführten Abrechnungsprüfungen etwa 5.700 Prüfberichte mit Auffälligkeiten übermittelt. Damit korrespondiert ein deutlicher Anstieg der Anzahl der insoweit verfolgten Neufälle um ca. 20 % (4.191 Fälle). Im Ergebnis ist auch die Höhe der gesicherten Forderungen um ca. 17 % deutlich angestiegen (7.243.223 Euro). Mit über 49 Mio. Euro erreichen die gesicherten Forderungen den höchsten Wert seit Beginn der Berichterstattung. Die weitere Analyse der Kennzahlen belegt, dass Fehlverhalten in der Pflege, d. h. unter Berücksichtigung der Leistungen nach SGB V und SGB XI, sowohl bei der Anzahl der abgeschlossenen Fälle als auch bei der Höhe der gesicherten Forderungen inzwischen an die erste Stelle gerückt ist.

Positionen und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes

Erkenntnisse des Bundeskriminalamts über bundesweit organisierten Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege unterstreichen, dass die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen konsequent weiterentwickelt werden müssen. Zur Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist der Aufbau einer „GKV-Betrugspräventions-Datenbank“ erforderlich, mit der die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gemeinsam mit dem MDK, Gesundheitsbehörden und berufsständischen Kammern sowie den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe personenbezogene Daten übermitteln und verarbeiten dürfen. Im Zuge der angekündigten Klarstellung der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse muss deshalb auch gesetzlich geregelt werden, dass der organisationsübergreifende Austausch der personenbezogenen Daten unter Verwendung von Datenbanken unabhängig davon zulässig ist, ob die Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.

Der GKV-Spitzenverband fordert die Einrichtung spezialisierter Strafverfolgungsbehörden in allen Bundesländern.

Die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sollen unverzüglich die Staatsanwaltschaft unterrichten, wenn ein Anfangsverdacht auf Vermögensstrafaten oder Korruption im Gesundheitswesen besteht. Aber lediglich in Hessen, Thüringen, Bayern und Schleswig-Holstein gibt es bislang entsprechend spezialisierte und landesweit zuständige Staatsanwaltschaften. Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind eine absolute Spezialmaterie. Eine wirklich effektive Strafverfolgung von Vermögensstrafaten und Korruption im Gesundheitswesen wird vor allem dort gelingen, wo sich auch Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und durch Bündelung der Fachkompetenzen eine entsprechende Expertise aufbauen können. Der GKV-Spitzenverband fordert daher die Einrichtung entsprechend spezialisierter Strafverfolgungsbehörden in allen Bundesländern.

SOLIDARITÄT IN DER GKV



hält die

Balance

GKV-Financen – Gute Finanzlage ermöglicht Beitragssenkungen

GKV-Finanzentwicklung weiter positiv

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verzeichnete im Berichtsjahr 2018 eine weiterhin positive Entwicklung ihrer Finanzlage.* Der Gesundheitsfonds realisierte trotz der zusätzlichen, zeitlich befristeten Zahlungsverpflichtungen gegenüber Innovations- und Strukturfonds einen Einnahmenüberschuss von rd. 260 Mio. Euro. Die Liquiditätsreserve stieg damit auf rd. 8,9 Mrd. Euro. Die Krankenkassen können mit den noch ausstehenden Rechnungsergebnissen für das Gesamtjahr 2018 insgesamt ein positives Ergebnis in der Größenordnung von rd. 2,5 Mrd. Euro erwarten. Die große Mehrheit der Krankenkassen konnte entsprechend zum Jahreswechsel ihren Zusatzbeitragssatz senken oder zumindest stabil halten. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz wurde für 2019 von 1,0 % auf 0,9 % herabgesetzt.

Finanzentwicklung 2018

Die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) stieg im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr um 4,1 % auf 1.405,8 Mrd. Euro. Bei einem unverändert geltenden allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit Beitragseinnahmen von rd. 205,2 Mrd. Euro. Einschließlich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (rd. 3,2 Mrd. Euro) und der Bundesbeteiligung (rd. 14,4 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rd. 222,8 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 222,2 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssigen Mittel waren der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen. Unter Berücksichtigung der weiteren gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem Innovations- und dem Strukturfonds sowie des Einkommensausgleichs bei den Zusatzbeiträgen minderte sich dieses Einnahmenplus auf rd. 260 Mio. Euro. Die Liquiditätsreserve stieg damit zum Abschluss des Berichtsjahrs (Stichtag: 15. Januar 2019) auf rd. 8,9 Mrd. Euro an.

Auf der Ausgabenseite der Krankenkassen prognostizierte der Schätzerkreis einen Anstieg um 8,6 Mrd. Euro bzw. 3,8 % auf rd. 234,2 Mrd. Euro. Bei Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in Höhe von rd. 222,2 Mrd. Euro betrug die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben demnach im Jahr 2018 rd. 12,0 Mrd. Euro. Die zur Finanzierung dieser Unterdeckung im Jahr 2018 tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten bei einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Herbst 2017 festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,0 % zwischen 0,3 % und 1,8 %. Eine kleinere regionale Krankenkasse konnte im Berichtsjahr auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben betrug im Jahr 2018 rd. 12,0 Mrd. Euro.

Finanzprognose 2019

Für 2019 geht der GKV-Schätzerkreis von einem weiteren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 4,0 % auf 1.462,4 Mrd. Euro aus. Die Beitragseinnahmen inkl. der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung für das Jahr 2019 schätzt er auf rd. 216,7 Mrd. Euro. Bei dieser Prognose wurde bereits berücksichtigt, dass die Krankenversicherung Mindereinnahmen durch eine Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage (zum 1. Januar 2019) infolge des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) zu erwarten hat.

Zusammen mit der Beteiligung des Bundes in Höhe von rd. 14,4 Mrd. Euro ergibt sich ein Zuweisungsvolumen von insgesamt rd. 231,1 Mrd. Euro. Dieser Betrag wird den Krankenkassen als Einnahme für das Jahr 2019 zugesichert. Aufgrund der vom Gesundheitsfonds auch im Jahr 2019 zu tragenden Finanzierungsanteile für den Innovations- sowie den Strukturfonds wird die Liquiditätsreserve nach dieser Prognose zum Jahresende 2019 (Stichtag: 15. Januar 2020) auf rd. 8,4 Mrd. Euro sinken.

Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2019 wurden vom GKV-Schätzerkreis auf 244,4 Mrd. Euro geschätzt.

Die positive Finanzentwicklung ermöglichte es 36 Krankenkassen, ihren Zusatzbeitragssatz zum 1. Januar 2019 zu senken. Davon profitierten insgesamt 24,2 Mio. GKV-Versicherte.

Dies entspricht einem Anstieg um 4,3 % im Vergleich zum Vorjahr. Dabei wurden u. a. die bereits absehbaren Finanzwirkungen der Gesetzentwürfe für das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das Terminservice- und Versorgungsgesetz berücksichtigt. Damit ergibt sich für die Krankenkassen im Jahr 2019 eine geschätzte Unterdeckung der Ausgaben von rd. 13,3 Mrd. Euro. Bezogen auf die erwarteten beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2019 ergibt sich rechnerisch ein Zusatzbeitragssatzbedarf von 0,91 %. Das für die Festlegung zuständige BMG hat daher im Oktober 2018 den

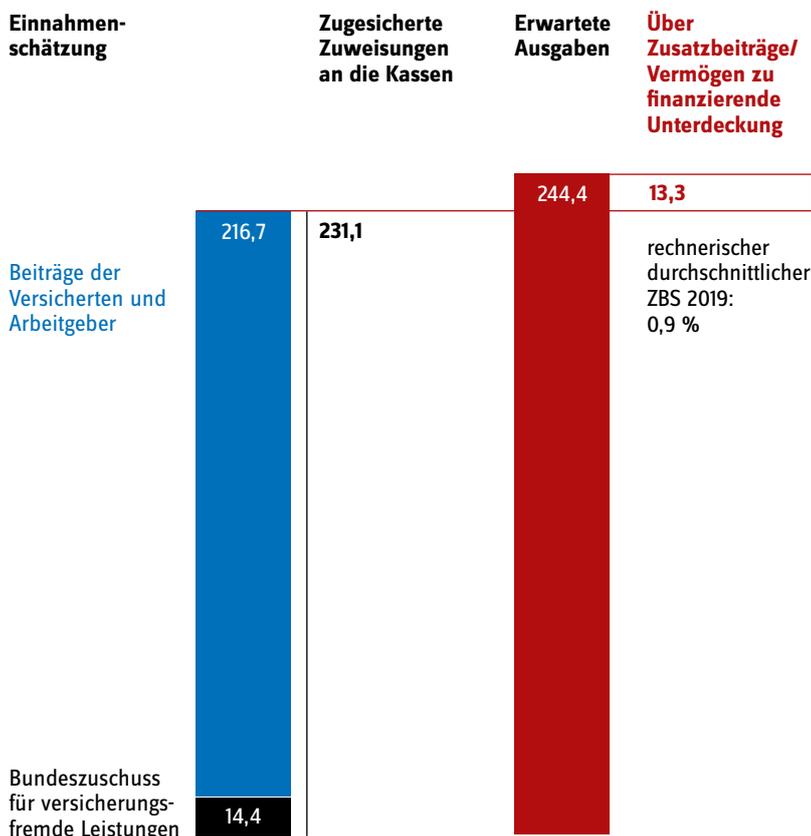
durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erwartungsgemäß von bislang 1,0 % auf 0,9 % gesenkt. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz dient zum einen als relevanter Zusatzbeitragssatz bei der Beitragsberechnung für bestimmte Mitgliedergruppen, z. B. für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, zum anderen als Benchmark für den gesetzlich erwünschten Preiswettbewerb der Krankenkassen.

Beitragsentlastungen zum Jahreswechsel

Die positive Finanzentwicklung ermöglichte es 36 Krankenkassen mit insgesamt 24,2 Mio. Versicherten, ihren Zusatzbeitragssatz zum 1. Januar 2019 zu senken. Drei weitere Krankenkassen mit zusammen 4 Mio. Versicherten haben zudem eine Beitragssatzsenkung zu einem späteren Zeitpunkt im 1. Halbjahr 2019 beschlossen. Dagegen mussten sechs kleinere Krankenkassen mit insgesamt rd. 120.000 Versicherten ihren Zusatzbeitragssatz zum Jahreswechsel anheben, während die übrigen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz konstant hielten. Die Beitragssätze variieren zum Jahresbeginn 2019 zwischen 0,2 % und 1,7 %. Keine Krankenkasse kann gegenwärtig auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Einnahmen-Ausgaben-Prognose 2019

in Mrd. Euro



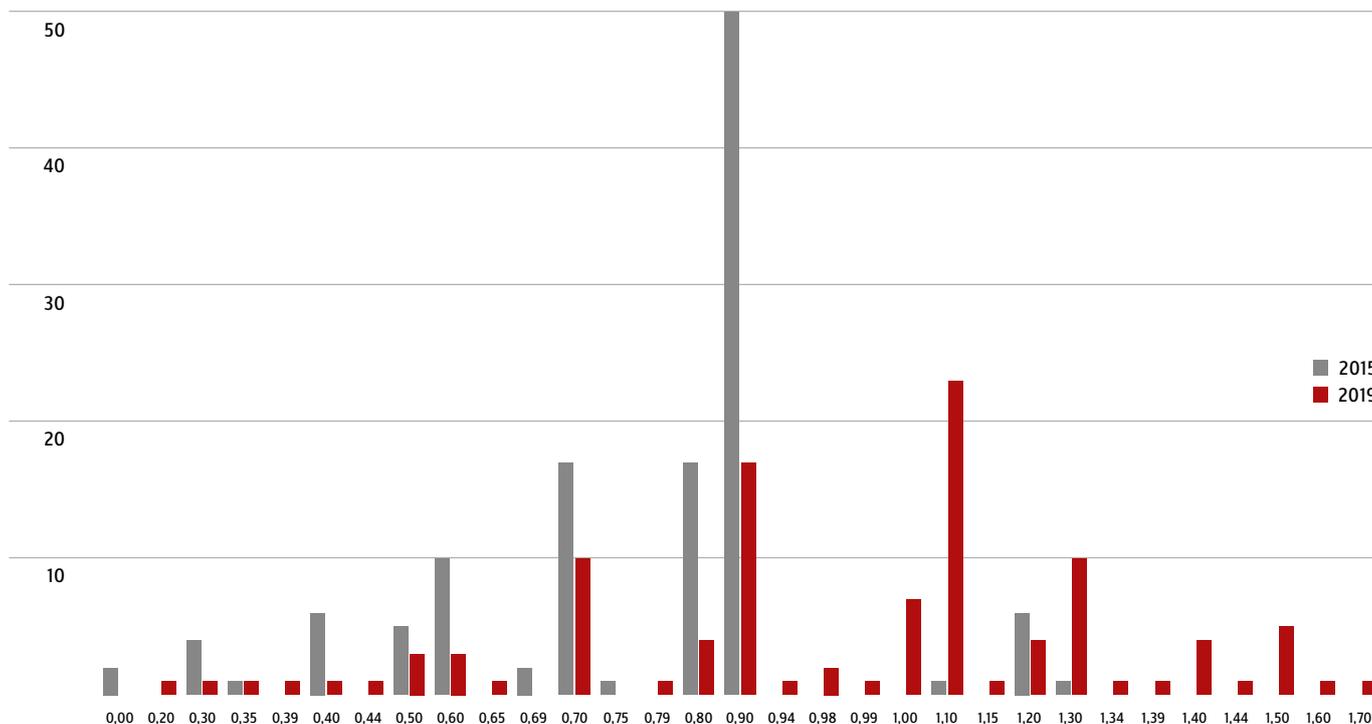
Von geringeren Beiträgen zur Krankenversicherung profitieren zusätzlich alle beschäftigten GKV-Mitglieder, alle gesetzlich versicherten Rentnerinnen und Rentner sowie ein Großteil der gesetzlich versicherten Selbstständigen mit geringem Arbeitseinkommen. Denn mit dem zum 1. Januar 2019 in Kraft getretenen GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde die paritätische Beitragstragung wieder eingeführt, sodass Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger ab 2019 neben der Hälfte des allgemeinen Beitrags auch die Hälfte des Zusatzbeitrags zu tragen haben, der bislang von den Versicherten allein aufzubringen war. Allein durch diese Maßnahme werden die GKV-Mitglieder im Jahr 2019 nach Einschätzung des Gesetzgebers um rd. 6,9 Mrd. Euro entlastet, während die Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger entsprechend belastet werden. Die gesetzlich versicherten Selbstständigen mit niedrigen Arbeitseinkommen

Berechnung und Darstellung: GKV-Spitzenverband

profitieren von der Abschaffung der bisherigen Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige. Während die Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige im Jahr 2018 bei 2.283,75 Euro lag, gilt seit dem 1. Januar 2019 für alle freiwillig Versicherten eine einheitliche Mindestbemessungsgrundlage in Höhe von 1.038,33 Euro. Die Gruppe der selbstständigen GKV-Mitglieder wird damit um geschätzte 700 bis 800 Mio. Euro entlastet.

* Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV im Berichtsjahr erfolgt aufgrund des frühen Erscheinens des Geschäftsberichts im Wesentlichen auf der Basis der Ergebnisse der Herbstprognose des Schätzerkreises (Schätztableau vom 15. Oktober 2018).

Verteilung der Krankenkassen nach Zusatzbeitragssätzen



Jeweils zum 01.01. Während im Einführungsjahr der einkommensabhängigen Zusatzbeitragssätze noch 41 % der Krankenkassen den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,9 % erhoben hatten, erheben zu Beginn des Jahres 2019 nur noch 16 % der Krankenkassen den ebenfalls bei 0,9 % liegenden durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz.

Beitragsentlastung für GKV-Versicherte

Die neue Bundesregierung nahm im April 2018 als erste gesundheitspolitische Maßnahme die Pläne der Großen Koalition zur Reform der GKV-Finanzierung in Angriff. Zur Weiterentwicklung des Beitragsrechts und der Finanzstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatten sich CDU/CSU und SPD in ihrer Koalitionsvereinbarung auf vier zentrale Festlegungen geeinigt:

1. Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der Beiträge zur GKV, die der Gesetzgeber zum 1. Juli 2005 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz aufgehoben hatte
2. schrittweise Einführung von kostendeckenden Krankenversicherungsbeiträgen für ALG-II-Beziehende aus Steuermitteln
3. Entlastung gesetzlich versicherter Selbstständiger durch die Halbierung der spezifischen Mindestbemessungsgrundlage für hauptberuflich Selbstständige
4. Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs

Mit seinem Entwurf für ein GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG), der vom Bundeskabinett im Juni 2018 beschlossen wurde, legte

das Bundesministerium für Gesundheit unter der Leitung von Bundesminister Spahn (CDU) Gesetzesvorschläge zur Umsetzung von zwei dieser vier finanzpolitischen Festlegungen der Koalition vor.

Beide Maßnahmen wurden im weiteren Verfahren vom Bundesgesetzgeber angenommen und traten zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Rückkehr zur paritätischen Finanzierung

Die Beiträge zur Krankenversicherung werden ab dem Jahr 2019 wieder in gleichem Maße von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bzw. den Rentnerinnen und Rentnern und der gesetzlichen Rentenversicherung getragen. Seit Beginn des Jahres 2019 beteiligen sich die Arbeitgeber und die

Rentenversicherungsträger daher zur Hälfte an der Aufbringung der kassenspezifischen Zusatzbeiträge, die die GKV-Mitglieder bislang noch alleine aufzubringen hatten.

Entlastung von Selbstständigen

Die hauptberuflich selbstständigen GKV-Mitglieder mit niedrigem Arbeitseinkommen wurden entlastet. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung sah vor, dass die spezifische Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige vom bisher 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung (2018: 2.283,75 Euro im Monat) zum 1. Januar 2019 auf den 80. Teil der Bezugsgröße (2018: 1.141,88 Euro) gesenkt werden sollte. Je nach Höhe ihres Arbeitseinkommens würden sich damit die Beitragslasten „kleiner Selbstständiger“ bereits um bis zu 50 % reduzieren. Im Verlauf der weiteren Beratungen hatte sich der Gesetzgeber dann aber für eine vollständige Vereinheitlichung der Mindestbemessungsgrundlagen der freiwilligen Mitglieder entschieden. Ab 2019 existiert damit nur noch eine Mindestbemessungsgrenze in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße (2019: 1.038,33 Euro monatlich). Alle freiwillig Versicherten, die nachweislich über geringere monatliche Einnahmen verfügen, haben mindestens Beiträge auf Basis dieser Mindestbemessungsgrenze zu entrichten.

Mit Blick auf die grundlegenden Unterschiede bei der Einkommensermittlung von Selbstständigen gegenüber sonstigen freiwilligen Mitgliedern hatte der GKV-Spitzenverband einen deutlicheren Abstand zwischen den Mindestbemessungsgrundlagen für hauptberuflich Selbstständige (60. Teil der monatlichen Bezugsgröße) und den sonstigen freiwilligen Mitgliedern (90. Teil der monatlichen Bezugsgröße) präferiert. Doch diese GKV-seitig gut begründete Reformoption fand angesichts der klaren Festlegung im Koalitionsvertrag („Halbierung“) kein politisches Gehör. Mit Blick auf die gesetzlich intendierte Verfahrensvereinfachung unterstützte der GKV-Spitzenverband im weiteren Verfahren den Gesetzesvorschlag. Denn die beschlossene Neuregelung führt zu einem deutlichen

Ab 2019 existiert nur noch eine Mindestbemessungsgrenze in Höhe des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung (2019: 1.038,33 Euro monatlich).

Abbau von Verwaltungsaufwänden und war somit als Fortschritt gegenüber dem ursprünglichen Gesetzesvorschlag zu bewerten.

Vorhaben des Koalitionsvertrags vollständig umsetzen

Die beiden verbleibenden finanzpolitischen Festlegungen im Koalitionsvertrag wurden dagegen noch nicht aufgegriffen. Dies gilt erstens für die angekündigte schrittweise Einführung von kostendeckenden Krankenversicherungsbeiträgen für ALG-II-Beziehende aus Steuermitteln. Hier wartet die GKV weiterhin auf eine gesetzliche Initiative, die die Beitragsbemessung für die Bezieherinnen und Bezieher von ALG II auf ein angemessenes

Niveau hebt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass die gegenwärtig vom Bund gezahlten Monatspauschalen nicht annähernd ausgabendeckend sind, den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern daher erhebliche ungerechtfertigte finanzielle Lasten aufgebürdet werden. Zweitens steht die vorgesehene Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs noch an, für die die Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats seit November 2017 bzw. Juli 2018 vorliegen. Diese Reform soll im Frühjahr 2019 auf den Weg gebracht werden.

Die gegenwärtig vom Bund gezahlten Monatspauschalen für ALG-II-Beziehende sind nicht annähernd ausgabendeckend.



GKV-Versichertenentlastungsgesetz - weitere gesetzliche Änderungen

- Neuregelung der Betriebsmittel- und Rücklagevorgaben für Krankenkassen: Die zulässige Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen beträgt nunmehr nur noch das 1,0-Fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe.
- Regelungen zum Abbau vorhandener Finanzreserven, die die neue Obergrenze für zulässige Betriebsmittel und Rücklagen übersteigen
- Verbot der Anhebung des Zusatzbeitragssatzes, wenn Betriebsmittel und Rücklagen diese Obergrenze überschreiten
- Regelungen zur Bestandsbereinigung und zum Abbau von Beitragsschulden bei ungeklärten freiwilligen Mitgliedschaften
- Erhöhung des zulässigen Aktienanteils von 10 % auf 20 % bei der Bildung des Deckungskapitals für die Altersrückstellungen der Krankenkassen
- neues Beitrittsrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung für aus dem Dienst ausscheidende Soldatinnen und Soldaten auf Zeit

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist gut

vernetzt

Datenschutz verbessert

Seit Mai 2018 ist die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in allen Mitgliedstaaten der EU anzuwenden. Daher müssen und mussten bisherige nationale Regelungen zum Datenschutz und die maßgeblichen Sozialgesetzbücher V, IX und XI an Europäisches Recht angepasst werden.

Im Juni 2018 hat der Gesetzgeber ein umfassendes Anpassungsgesetz im Hinblick auf zahlreiche spezialgesetzliche Regelungen vorgelegt: Unter Federführung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (BMI) wurde ein 153 Artikel umfassender Gesetzentwurf veröffentlicht. Darin finden sich auch die Anpassungen für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Mit dem Gesetz werden weitgehend begriffliche Anpassungen an die DSGVO sowie Streichungen in den nationalen Gesetzen infolge des Wiederholungsverbots der unmittelbar geltenden Verordnungsinhalte vorgenommen.

Datenhoheit der Patientinnen und Patienten bleibt gewahrt

In dem im September vorgelegten Entwurf wurden gegenüber der Ursprungsfassung zwei aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen kritische Regelungen gestrichen, für dessen Wegfall sich der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum ersten Entwurf eingesetzt hatte: Ursprünglich war vorgesehen, dass eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch die Krankenkassen mit Einwilligung der Versicherten nur noch dann möglich ist, wenn im SGB V eine Einwilligung explizit vorgesehen ist. Dies hätte potenziell zur Einschränkung der gesetzlichen Aufgabenwahrnehmung der Kranken- und Pflegekassen führen können und auch die Datensouveränität und Datenhoheit der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten infrage gestellt.

Der Wegfall dieser Regelung wird ebenso begrüßt wie die erfolgte Streichung der spezifischen Bußgeldregelung für das SGB V und XI. Obwohl im SGB X eine Ausnahmeregel normiert ist, wonach gegen Behörden und sonstige öffentliche Stellen Bußgelder nicht verhängt werden, sollte eben

dies für die Organisationen und Institutionen nach dem SGB V und XI ermöglicht werden. Die DSGVO sieht einen Bußgeldrahmen von bis zu 20 Mio. Euro vor. Zudem sind die Bußgeldtatbestände dort umfassender geregelt als bisher und die Rechtsbegriffe weitaus unbestimmter. Im Geltungsbereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hätte diese Regelung erhebliche Rechtsunsicherheiten sowie unkalkulierbare Finanzwirkungen für die Kranken- und Pflegekassen zur Folge.

Der GKV-Spitzenverband begleitete die praktische Umsetzung der DSGVO mit mehreren Rundschreiben, die gemeinsam mit den Verbänden der Kassenarten zu Hintergrundfragen erarbeitet wurden. Insbesondere wurde ein Muster für Verträge über Datenverarbeitung im Auftrag veröffentlicht. Eine Arbeitshilfe für die Umsetzung der Vorgaben zur „gemeinsamen Verantwortlichkeit“ wurde bis Ende 2018 abgestimmt.

Die Datensouveränität und Datenhoheit der Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten muss bei der Anpassung gewahrt bleiben.

CALLE DEL
MESÓN DE PAREDES

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist

grenzenlos

Gesundheits- und Sozialpolitik in der Europäischen Union

Die Europäische Kommission hat 2018 ihr Vorhaben fortgesetzt, die Vorschriften zur Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme in Europa weiterzuentwickeln. Nachdem sich Europäische Kommission, Rat und Parlament jeweils positioniert haben, beginnen die Trilogverhandlungen im Januar 2019. Der GKV-Spitzenverband hat hier, wie auch in den nachfolgend dargestellten Initiativen auf Europäischer Ebene, die Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung eingebracht.

Europäische Arbeitsbehörde

Die Europäische Kommission möchte eine Europäische Arbeitsbehörde schaffen, um die Rechtsvorschriften der Europäischen Union zur Arbeitskräftemobilität einfacher und wirksamer durchzusetzen. Einige Aufgaben im Bereich der Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme sollen von den Mitgliedstaaten auf die geplante Behörde übertragen werden. Hierzu gehören die Aufgaben des Rechnungsausschusses und des Schlichtungsausschusses sowie des Fachausschusses für Datenverarbeitung. Der GKV-Spitzenverband fordert hier, die Expertise der Sozialversicherungsträger zu erhalten und Zuständigkeiten der Mitgliedstaaten nicht auf die EU-Ebene zu verschieben.

Europäische Sozialversicherungsnummer

Die Europäische Kommission plant eine Europäische Sozialversicherungsnummer (ESSN) als Ergänzung zur Reform der Verordnungen über die Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme und zur Einführung eines Systems zum elektronischen Austausch von Sozialversicherungsdaten. Ziel ist die zweifelsfreie und schnelle Identifikation der Versicherten und die Feststellung ihres Versicherungsstatus in grenzüberschreitenden Zusammenhängen. Die ESSN kann den Verwaltungsaufwand bei den Sozialversicherungsträgern reduzieren und Vorteile beim elektronischen Datenaustausch bringen. Sie sollte in Deutschland flächendeckend mit der elektronischen Gesundheitskarte ausgegeben werden.

Einheitliches digitales Zugangstor

Die Sozialversicherungsträger und andere Behörden der EU-Mitgliedstaaten sollen zukünftig verpflichtet werden, Informationen über bestimmte Verwaltungsverfahren online und mehrsprachig bereitzustellen und mit einer zentralen Europäischen Plattform zu verknüpfen. Dies betrifft etwa Rechte und Pflichten der Versicherten und Arbeitgebenden im Bereich der sozialen Sicherheit, Informationen über die medizinische Behandlung, den Zugang zu Krankenversicherung und Prävention sowie den Kauf von Arzneimitteln. Eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine A1-Bescheinigung für Dienstreisen oder Entsendungen ins Ausland sollen Versicherte künftig online beantragen und erhalten können. Die Informationsangebote werden bis Ende 2020 geschaffen. Das Angebot an Online-Verwaltungsverfahren soll ab Ende 2023 zur Verfügung stehen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die geplanten onlinebasierten Beantragungswege angemessen. Angesichts der Fülle von Sach- und Geldleistungen mit sehr unterschiedlichen Antrags- oder Genehmigungsverfahren ist die Anwendung auf sämtliche Leistungen nicht sachgerecht.

Die ESSN kann den Verwaltungsaufwand bei den Sozialversicherungsträgern reduzieren und Vorteile beim elektronischen Datenaustausch bringen.

Gesundheitstechnologie europaweit bewerten

Die Europäische Kommission möchte die Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment, HTA) in Europa zentralisieren. Dazu hat sie einen Verordnungsvorschlag vorgelegt. Der GKV-Spitzenverband spricht sich in seiner Stellungnahme dafür aus, die bestehende Zusammenarbeit der nationalen Bewertungsorganisationen zu verstetigen und schrittweise auszubauen.

Die HTA-Bewertung hat sich international als ein wichtiger Pfeiler für eine qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung etabliert. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollen alle Patientinnen und Patienten in der Europäischen Union von wissenschaftlich fundierten und unabhängigen Informationen über den Nutzen von Arzneimitteln und Medizinprodukten profitieren und sich auf eine sichere und wirtschaftliche Versorgung mit diesen Produkten verlassen können.

Zusammenarbeit statt Zentralisierung

Leitendes Prinzip der Europäischen HTA-Kooperation ist die Zusammenarbeit der nationalen Bewertungsorganisationen. Dieses Prinzip, bei dem die mitgliedstaatlichen HTA-Organisationen die führende Rolle einnehmen, sollte beibehalten werden. Die Zusammenarbeit der Bewertungsorganisationen muss dabei unabhängig von Einflussnahme sein und transparent gestaltet werden, um das Vertrauen in die gemeinsamen Bewertungsprozesse und deren Ergebnisse zu stärken. Die Rolle der Europäischen Kommission sollte sich auf eine rein administrative Unterstützung der HTA-Organisationen beschränken.

Alle Patientinnen und Patienten in der Europäischen Union sollen von wissenschaftlich fundierten und unabhängigen Informationen über den Nutzen von Arzneimitteln und Medizinprodukten profitieren.

Gemeinsame Methoden entwickeln, eigene Bewertungen ermöglichen

Ein wesentlicher Schritt zur intensiveren EU-Kooperation liegt darin, einen Konsens über die prozessuale Ausgestaltung der HTA-Bewertungen und die zugrundeliegende Methodik zu erzielen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Bewertungsergebnisse von den nationalen HTA-Organisationen sinnvoll verwendet werden können. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen muss eine zukünftige EU-Verordnung auf die wissenschaftlichen Kriterien der evidenzbasierten Medizin verweisen. Zu einer schrittweisen und reibungslosen Weiterentwicklung der EU-Kooperation gehört auch, dass die nationalen HTA-Organisationen selbst entscheiden können, ob und in welchem Umfang sie die Bewertungsergebnisse von Europäischer Ebene übernehmen und welche eigenen Bewertungen oder zusätzlichen Informationen sie benötigen.

Medizinprodukte einbeziehen

Wichtig ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, Medizinprodukte nicht von der gemeinsamen Nutzenbewertung auszuschließen. Dies wird diesen Produkten und ihrer Bedeutung für die Versorgung nicht gerecht. Patientinnen und Patienten würden von einer besseren Informationslage über den Nutzen von Medizinprodukten profitieren. Die ursprünglichen Pläne der Berichterstatterin im Europäischen Parlament, die Kriterien zur Auswahl von Medizinprodukten für die Bewertung auszuweiten, wiesen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in die richtige Richtung.

Kritisch sieht der GKV-Spitzenverband den Vorschlag, die Zahl der für eine HTA-Bewertung infrage kommenden Medizinprodukte weiter einzuengen. Die Position der Bundesregierung, Medizinprodukte ganz aus der Verordnung herauszunehmen, lehnt der GKV-Spitzenverband ab.

GKV-Spitzenverband gibt Impulse

Der GKV-Spitzenverband hat mit einer umfangreichen Stellungnahme seine Anforderungen an die gemeinsame Europäische Nutzenbewertung formuliert und diese direkt mit dem EU-Kommissar für Gesundheit, Vytenis Adriukaitis, bei einem Treffen in Berlin diskutiert.

Die Vorschläge der Abgeordneten des Europäischen Parlaments, den HTA-Organisationen mehr Flexibilität bei der Übernahme von Bewertungsberichten zu geben, werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Auch sollten die Organisationen zusätzliche Bewertungen vornehmen dürfen, wenn dies im nationalen Kontext notwendig ist.

Bereits im Oktober 2018 hat das Europäische Parlament einen breiten inhaltlichen Konsens gefunden, der als Grundlage für die Verhandlungen mit dem Rat und der Europäischen Kommission dienen könnte.

Die Österreichische Ratspräsidentschaft legte in der zweiten Hälfte des Jahres 2018 einen eigenen Kompromissvorschlag für wesentliche Teile des Verordnungsvorschlags und schließlich einen Fortschrittsbericht vor. Über einige strittige Fragen, etwa zur Verbindlichkeit der gemeinsamen Bewertungen, Prozesse und Bewertungsmethoden, konnte noch keine Einigkeit erzielt werden, sodass die Verhandlungen in der Ratsarbeitsgruppe im Jahr 2019 fortgeführt werden.

Die Position der Bundesregierung, Medizinprodukte ganz aus der Verordnung herauszunehmen, lehnt der GKV-Spitzenverband ab.

Deutsche Sozialversicherung feiert 25 Jahre Europavertretung

Entscheidend ist es, die Interessen und Positionen der Kranken- und Pflegekassen in Brüssel einzubringen.

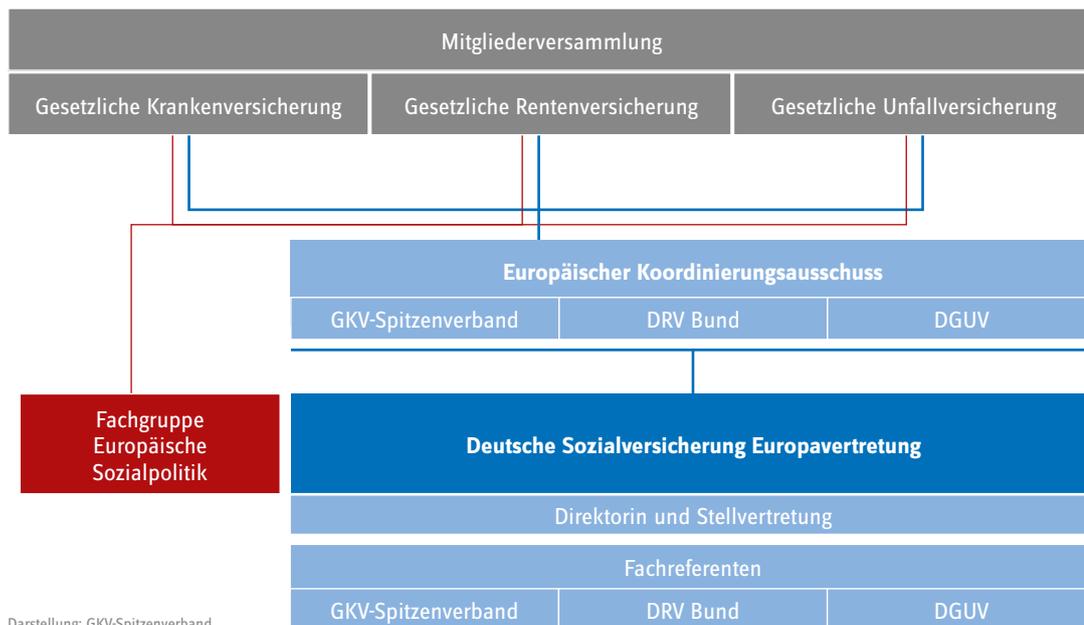
Was plant die Europäische Kommission im Bereich Arzneimittel? Welche Vorgaben zur Digitalisierung der Versicherten-Kommunikation kommen von der EU? Was bedeutet die Europäische Säule sozialer Rechte für die Kranken- und Pflegekassen? Die Liste der Aufgaben ist lang und die Themen sind breit gestreut: Sie reichen von grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung über die Europäische Sozialversicherungsnummer bis hin zum Insolvenzrecht. Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSV) beschäftigt sich mit diesen Fragen und Themen. Sie informiert die deutschen Sozialversicherungsträger über die aktuellen Entwicklungen auf EU-Ebene. Hierzu gehören Gesetzgebungsvorhaben und Konsultationen ebenso wie langfristige politische Strategien. Entscheidend ist es aber, die Interessen und Positionen der Kranken- und Pflegekassen in Brüssel einzubringen und die Europäische Kommission sowie das Europäische Parlament von den Positionen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zu überzeugen.

Anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Europavertretung veranstaltete die DSV in Brüssel eine Konferenz unter dem Titel „Von Bismarck zu Bytes: Sozialversicherung im digitalen Wandel“. Mit den bayerischen Ministerinnen für Soziales und Gesundheit sowie hochrangigen Vertreterinnen und Vertretern der Europäischen Kommission diskutierten internationale Gäste und Vertreterinnen und Vertreter der DSV über die Auswirkungen der Digitalisierung in der Arbeitswelt und im Gesundheitswesen. Neben wirksamer Präventionsarbeit und angemessener sozialer Absicherung möglichst aller Erwerbstätigen bildeten die Digitalisierungsprozesse im Gesundheitswesen einen Schwerpunkt der Konferenz. Dabei ging es um die Chancen und den Europäischen Mehrwert der Digitalisierung in Prävention und Versorgung.

Würdigung der DSV-Europavertretung

Bei einem feierlichen Abendempfang mit Abgeordneten des Europäischen Parlaments, Vertreterinnen und Vertretern der Europäischen Kommission, der Selbstverwaltung sowie der Verbände würdigte EU-Kommissar Günther Oettinger die Arbeit der Europavertretung der DSV. Er verwies auf die mit der Globalisierung, Automatisierung und Digitalisierung einhergehenden Veränderungen, die gestaltet werden müssten. Dr. Peter Rösgen, stellvertretender Ständiger Vertreter Deutschlands bei der EU, hob die Rolle der Europavertretung als Bindeglied der Sozialversicherung in Deutschland und der Europäischen Politik hervor. Vor 25 Jahren sei es weitsichtig gewesen, die Relevanz der Europapolitik für die Sozialversicherung zu erkennen und eine Europavertretung aufzubauen.

Struktur der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Politische Aufgaben

- ▶ Vertretung der Interessen der deutschen Sozialversicherung gegenüber den Organen der Europäischen Union sowie anderen Europäischen Institutionen
- ▶ Beratung der Europäischen Organe und Institutionen in Fragen der deutschen Sozialversicherung und des deutschen Sozialrechts
- ▶ Beobachtung und Analyse der Entwicklung der Europäischen Gesundheits- und Sozialpolitik, des Europäischen Wirtschafts- und Wettbewerbsrechts, des internationalen Handelsrechts sowie der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs
- ▶ Frühzeitige Bereitstellung von Informationen für die Mitglieder über sozialversicherungsrelevante Rechtsetzungsvorhaben und Aktionsprogramme der Europäischen Union einschließlich beim Europäischen Gerichtshof anhängiger Verfahren
- ▶ Förderung der Zusammenarbeit mit den Interessenvertretungen anderer Mitgliedstaaten der Europäischen Union, mit deutschen Institutionen in Brüssel sowie mit Institutionen der Europäischen Union
- ▶ Erarbeitung und Vorbereitung von gemeinsamen Stellungnahmen und Positionspapieren sowie deren zielgerichtete Verteilung auf EU-Ebene
- ▶ Vermittlung von Gesprächen zwischen Repräsentanten der deutschen Sozialversicherung und den Europäischen Institutionen
- ▶ Vorträge zu sozialversicherungsrelevanten Themen auf EU-Ebene

SOLIDARITÄT IN DER GKV

ist zuverlässige Hilfe im

Notfall

Sicherer digitaler Austausch zwischen EU-Sozialsystemen

Das EESSI-System (Electronic Exchange of Social Security Information - EESSI) verbindet die Träger der sozialen Sicherheit in den EU-Mitgliedstaaten über die EU-Binnengrenzen hinweg und ermöglicht den elektronischen Austausch von Informationen. Das System wurde von der EU-Kommission für die Mitgliedstaaten entwickelt. Es kann darüber hinaus aber auch von Nicht-EU-Ländern wie Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz genutzt werden.

Papiergebundene Verfahren bis 1. Juli 2019 ersetzt

Der Nachrichten- und Datenaustausch findet zwischen den zuständigen Trägern der sozialen Sicherheit der teilnehmenden Staaten statt. Die bisherigen papiergebundenen Verfahren werden bis 1. Juli 2019 vollständig durch standardisierte und strukturierte Nachrichten ersetzt. So entfallen ab diesem Zeitpunkt beispielsweise etwa 200 Papierformulare für Wanderarbeitnehmerinnen und Wanderarbeitnehmer. Nachrichten und Daten werden zwischen den Staaten in höherer Qualität und ohne Medienbrüche ausgetauscht. Durch die Beschleunigung und die Vereinfachung der Verfahren werden die Rechte der Bürgerinnen und Bürger in der EU gestärkt.

Die EU-Kommission hat von 2014 bis Mitte 2017 die notwendige IT-Infrastruktur und das EESSI-System implementiert und im Juli 2017 erstmals den Mitgliedstaaten für die Anbindung ihrer nationalen Strukturen und Fachanwendungssysteme zur Verfügung gestellt. Binnen einer Frist von zwei Jahren müssen die Mitgliedstaaten die Komponenten der EU-Kommission in ihre IT-Umgebungen integrieren und die einheitlich vorgegebenen grenzüberschreitenden Geschäftsprozesse in den bestehenden nationalen Fachanwendungen berücksichtigen. Neue Datenschnittstellen müssen bedient, Datenbankstrukturen angepasst und Benutzeroberflächen von Fachanwendungen überarbeitet werden, damit die Krankenkassen und die sonstigen Träger der sozialen Sicherheit Nachrichten und Daten mit den Partnerträgern im EU-Ausland austauschen können. Nachfragen zu Anspruchsbescheinigungen, Kostenerstattungsanträgen und Forderungen zum Finanzausgleich werden elektronisch übermittelt und unterwegs auf ihre formale Richtigkeit geprüft.

Durch die Beschleunigung und die Vereinfachung der Verfahren werden die Rechte der Bürgerinnen und Bürger in der EU gestärkt.

Hoher Anspruch an Datenschutz und IT-Sicherheit

Die Daten werden zwischen den Zugangsstellen, die in nationaler Verantwortlichkeit betrieben werden, verschlüsselt und digital signiert ausgetauscht. Die gesamte elektronische Kommunikation erfolgt über ein gesichertes Netz der öffentlichen Verwaltung in Europa, um den hohen Anforderungen der IT-Sicherheit und des Datenschutzes in besonderem Maße gerecht zu werden.

Im Interesse der Betroffenen werden umfangreiche und aufwendige Maßnahmen der IT-Sicherheit und des Datenschutzes implementiert.

Alle teilnehmenden Organisationen werden nach sorgfältiger Prüfung in ein zentrales Verzeichnis eingetragen. Dies ist eine Voraussetzung für die Teilnahme am grenzüberschreitenden Nachrichten- und Datenaustausch. Ebenso wird vorab die korrekte Umsetzung der fachlichen und technischen Vorgaben der EU-Kommission überprüft. Erst wenn die Konformität der anzuwendenden nationalen Datenaustauschverfahren und Fachanwendungen bestätigt ist, dürfen diese Komponenten verwendet werden. Umfangreiche und aufwendige Testverfahren der teilnehmenden Staaten garantieren den sicheren Betrieb aller beteiligten IT-Komponenten in den Rechenzentren und IT-Netzwerken.

Weitreichende Schulungsmaßnahmen zu den neuen Geschäftsprozessen und Verfahren des Nachrichten- und Datenaustauschs stellen sicher, dass die Anwenderinnen und Anwender die notwendige Unterstützung gerade in der Anfangsphase dieser neuen Ära der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit erhalten. Die einheitlichen Schnittstellen und supranationalen Standards des Informationsaustauschs in Europa sind wesentliche Bausteine der Digitalisierungsstrategie der EU-Kommission und bieten den Mitgliedstaaten eine solide Basis für Optimierungen der eigenen Organisationen der sozialen Sicherheit.

Der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) ist in die Entwicklungen zentral eingebunden und nutzt die Einführung des EESSI-Systems für eine umfassende Digitalisierung und Automatisierung der operativen Prozesse, vornehmlich in den Bereichen Kostenabrechnung international und Versicherungsdienste international.



SOLIDARITÄT IN DER GKV

lebt von den Ideen

aller

Kommunikationsschwerpunkte 2018

Acht Gesetzesinitiativen sowie zahlreiche Verordnungen sind die Bilanz von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, der erst im März 2017 sein Amt übernommen hat. Für die Kommunikation des GKV-Spitzenverbandes boten sich in diesem Zusammenhang verschiedene Anlässe, um auf die Positionen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für eine verbesserte Versichertenversorgung

Der GKV-Spitzenverband bezog zu den teils langen Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Stellung.

hinzuweisen. So bezog der Verband in den Diskussionen um die Notfallversorgung und die teils langen Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten Stellung. Das Problem fehlender Pflegekräfte in Kliniken und Altenheimen, aber auch die Finanzsituation der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung waren weitere zentrale Themen der Kommunikation. Bei der Diskussion über das künftige Qualitätssystem in der stationären Pflege war es dem GKV-Spitzenverband ein Anliegen, nicht nur auf die Defizite in den Vorschlägen der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler hinzuweisen, sondern dem eigenen Anliegen nach mehr Transparenz Nachdruck zu verleihen. Des Weiteren nutzte der GKV-Spitzenverband im Jahr 2018 verstärkt Social-Media-Kanäle und unterstützte auf diesem Wege die klassische Medienarbeit.

Von Notaufnahme bis Kassenfinanzen - GKV Live 2018

In seiner politischen Veranstaltungsreihe GKV Live widmete sich der GKV-Spitzenverband neben der Notfallversorgung auch dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz. Im Januar diskutierte der GKV-Spitzenverband mit Vertreterinnen und Vertretern aus Regierung und Ärzteschaft, wie die notwendige Reform der Notfallversorgung gelingen kann. Um die Finanzen und die Finanzierung der GKV ging es im Oktober. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes stellte sich der Diskussion mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern einiger Bundestagsfraktionen.

Weiterentwicklungen des Intranets

Das 2017 eingeführte Verbands-Intranet verfolgte in diesem Jahr speziell die Entwicklung und Umsetzung der Barrierefreiheit. Die Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung (BITV) gilt für alle Internetauftritte des GKV-Spitzenverbandes ebenso wie für alle öffentlich zugänglichen Intranet-Angebote von Behörden der Bundesverwaltung. Um das Ziel und die Qualität der Barrierefreiheit zu überprüfen, wird ein sogenannter BITV-Test durchgeführt. In dem dabei verwendeten Punktesystem erreichte das Intranet des GKV-Spitzenverbandes mit einem Wert von 90,75 von 100 möglichen Punkten die Bewertung „gut zugänglich“. Neben der Qualitätssicherung der Barrierefreiheit gingen im zweiten Halbjahr vermehrt neue Funktionen online.



SOLIDARITÄT IN DER GKV



schaftt

Überblick

Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2017

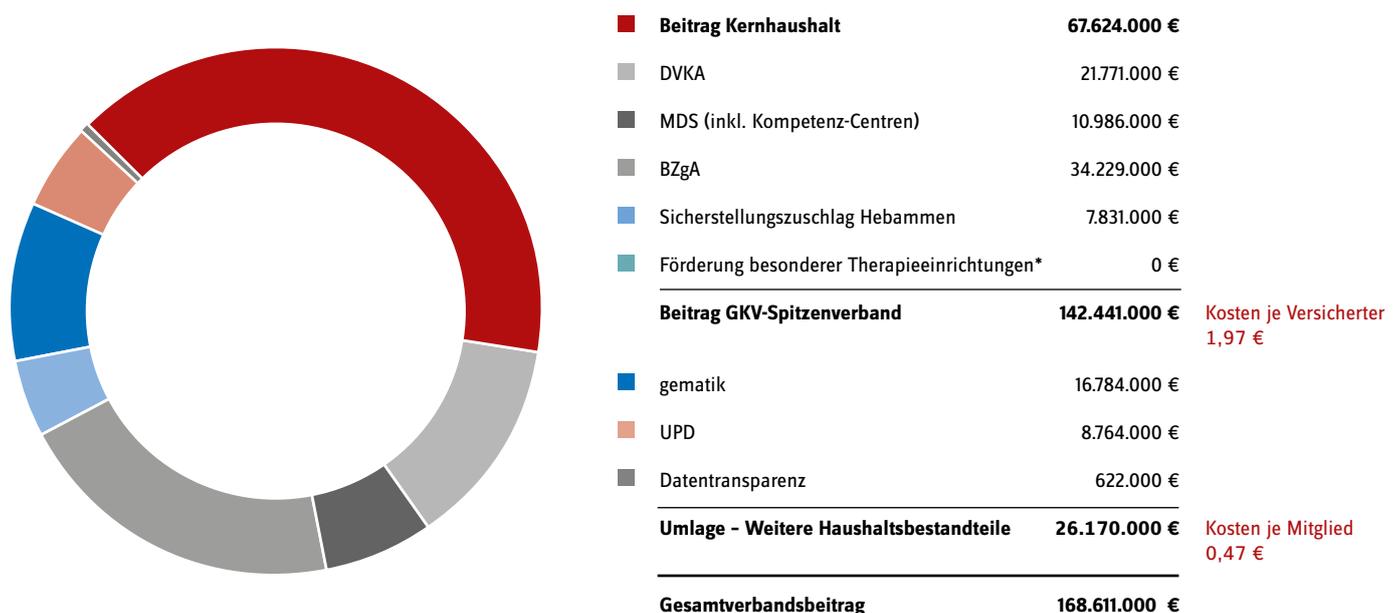
Im April 2018 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2017 aufgestellt. Die Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO. Geprüft wurden außerdem die „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich gemäß § 75a SGB V“ sowie „Schnittstellen zu anderen Organisationen als Steuerungselement: Beispiel gematik“. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Prüfungsvermerk. In seiner Sitzung vom 6. Juni 2018 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2017 ab.

Verbandsbeitrag 2018

Der Haushaltsplan 2018 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 168,6 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Haushalt des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) sowie folgende Umlagefinanzierungen:

- 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

Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2018



*Die für den Haushalt 2018 geplanten Ausgaben in Höhe von 5 Mio. Euro konnten in voller Höhe aus der im Jahr 2017 erhobenen Umlage (5 Mio. Euro) finanziert werden, da die ursprünglich geplanten Mittel 2017 nicht abgerufen wurden.
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Haushalt 2019

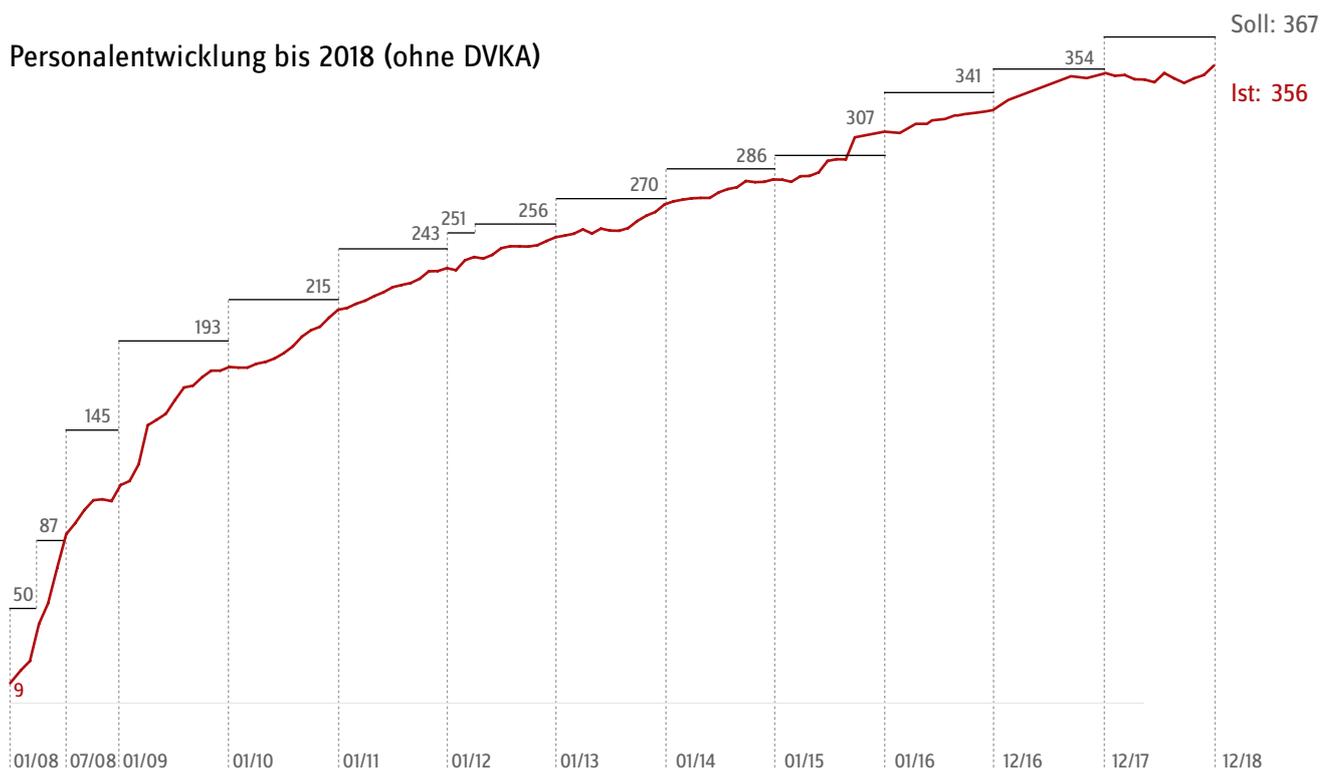
Der vom Vorstand am 1. Oktober 2018 aufgestellte Haushaltsplan 2019 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im November 2018 einstimmig beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 192,2 Mio. Euro festgesetzt. Er steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 23,6 Mio. Euro. Dies ist insbesondere auf die höhere Umlage zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zurückzuführen.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2018 insgesamt 484,72 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 366,86 Soll-Stellen und auf die DVKA 117,86 Soll-Stellen.

Am 1. Dezember 2018 waren 470,38 Stellen besetzt, davon 355,52 am Standort Berlin und 114,86 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt 97,0 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 96,9 %, bei der DVKA 97,5 %.

Personalentwicklung bis 2018 (ohne DVKA)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2018

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 Guildemeister 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. Koenig & Bauer BKK (seit 1. Juli 2018 umbenannt; ehemals 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 (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 | 99. SIEMAG BKK |
| 88. IKK Südwest | 100. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) |
| 89. Kaufmännische Krankenkasse - KKH | 101. SKD BKK |
| 90. KNAPPSCHAFT | 102. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) |
| 91. Krones BKK | 103. Südzucker BKK |
| 92. Merck BKK | 104. Techniker Krankenkasse |
| 93. mhplus Betriebskrankenkasse | 105. Thüringer Betriebskrankenkasse |
| 94. Novitas BKK | 106. TUI BKK |
| 95. pronova BKK | 107. VIACTIV Krankenkasse |
| 96. R+V Betriebskrankenkasse | 108. Wieland BKK |
| 97. Salus BKK | 109. WMF Betriebskrankenkasse |
| 98. SECURVITA BKK | |

Stichtag: 1. Januar 2019

Fusionen im Jahr 2018

Vereinigte Kasse

mhplus Betriebskrankenkasse

Fusionspartner

mhplus Betriebskrankenkasse
Metzinger Betriebskrankenkasse

Stichtag: 1. Januar 2019

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 - Die Gesundheitskasse in Hessen
Berking, Jochen	BARMER
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
Firsching, Frank	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Hamers, Ludger	VIACTIV Krankenkasse
Holz, Elke	DAK-Gesundheit
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Kloppich, Iris	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Kolsch, Dieter	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Lambertin, Knut	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
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)
Stensitzky, Annette	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Tölle, Hartmut	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Avenarius, Friedrich	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Bley, Alexander	SIEMAG BKK
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Dohm, Rolf	pronova BKK
Dombrowsky, Dr. Alexander	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Empl, Martin	SVLFG
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Heß, Johannes	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Jehring, Stephan	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Meinecke, Christoph	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Parvanov, Ivor	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Ries, Manfred	BKK ProVita
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Schrörs, Dr. Wolfgang	Handelskrankenkasse (hkk)
Thomas, Dr. Anne	Techniker Krankenkasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
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 - Die Gesundheitskasse in Hessen
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Berger, Silvia	IKK Südwest
Böntgen, Rolf-Dieter	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
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 - Die Gesundheitskasse
Lohre, Karl Werner	BARMER
Löwenstein, Katrin von	BARMER
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Mirbach, Helmut	DAK-Gesundheit
Mohr, Hans-Dieter	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Nimz, Torsten	Handelskrankenkasse (hkk)
Plaumann, Karl-Heinz	BARMER
Rahmann, Petra	Techniker Krankenkasse
Reimer, Jürgen	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Schmidt, Günther	BARMER
Schöb, Katrin	Techniker Krankenkasse
Scholz, Jendrik	IKK classic
Schorsch-Brandt, Dagmar	AOK Baden-Württemberg

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

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 - Die Gesundheitskasse
Gural, Wolfgang	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Heins, Rudolf	SVLFG
Heymer, Dr. Gunnar	BKK BPW Bergische Achsen KG
Hoffmann, Dr. Wolfgang	BKK Verkehrsbau Union (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 - Die Gesundheitskasse
Nobereit, Sven	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Reinisch, Dr. Mark	BKK VerbundPlus
Schirp, Alexander	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Söllner, Wolfgang	AOK - Bremen/Bremerhaven
Stehr, Axel	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Vahle, Torben	Techniker Krankenkasse
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse



Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Stephan Jehring/Hans-Jürgen Müller (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: Dr. Wolfgang Schrörs/Andreas Strobel (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. Annette Stensitzky (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: Dietrich von Reyher/Eckehard Linnemann (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: Martin Empl/Angelika Beier (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: Nikolaus Chudek/Jochen Berking (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)
- Robert Leitl (IKK)
- Martin Empl (SVLFG)

Versichertenvertreter

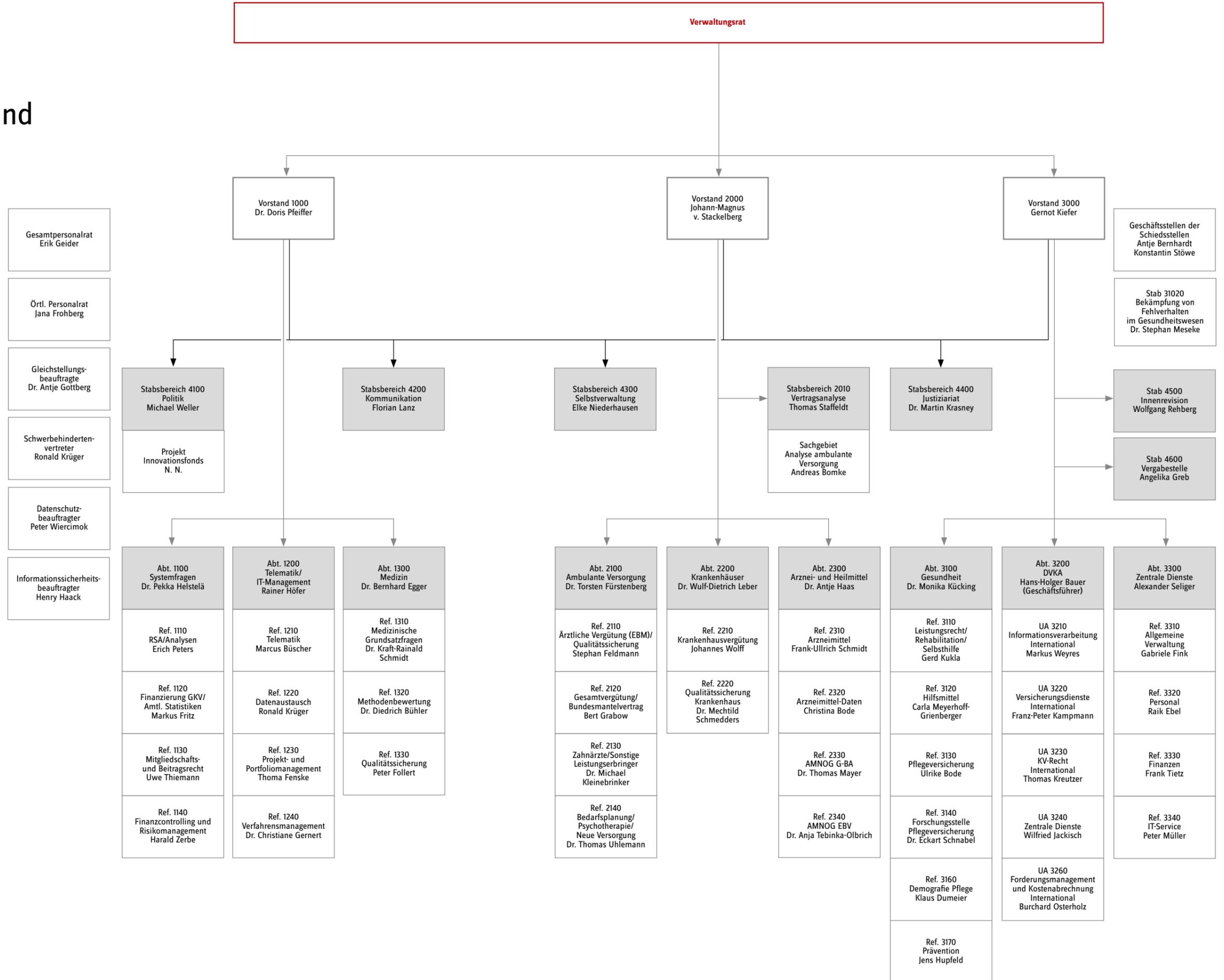
- Helmut Mirbach (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Detlef Decho (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Peter Brück (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Karin von Löwenstein (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Sebastian Roloff (EK)
5. Listenvertretung 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
Norbert Grellmann (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Eckehard Linnemann (Kn)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

Stichtag: 31. Dezember 2018

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

	Mitglieder	Stellvertretende
AOK	1. Martin Litsch 2. Dr. Christopher Hermann (seit 9. April 2018 für Dr. Helmut Platzer)	Jens Martin Hoyer Dr. Jürgen Peter
BKK	1. Franz Knieps 2. Andrea Galle	Verena Heinz Lutz Kaiser (seit 9. April 2018 für 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



Publikationen

Positionspapiere

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Neuordnung der Apothekenstrukturen und -vergütung	Juni 2018
GKV-Spitzenverband	Chancen der Digitalisierung für eine bessere Patientenversorgung nutzen	August 2018
GKV-Spitzenverband	Digitale Versorgungsangebote in der Finanzverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung	November 2018

Weitere Publikationen

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband, DKG	Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V. Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft an das Bundesministerium für Gesundheit	Januar 2018
GKV-Spitzenverband	1. Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 139 Abs. 9 Satz 3 SGB V zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses	Februar 2018
Klaus Pfeiffer, Martin Hautzinger u. a.	Problemlösen in der Pflegeberatung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 14, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband	Februar 2018
GKV-Spitzenverband	Forschungsstelle Pflegeversicherung. Bericht 2016–2017	Mai 2018
Ursula Kremer-Preiß, Tobias Hackmann	Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Konzeptionelle Grundlagen und methodische Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung, in Auftrag gegeben vom GKV-Spitzenverband	Mai 2018

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm in den Förderjahren 2016 und 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit	Juni 2018
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2017 an das Bundesministerium für Gesundheit	Juni 2018
Die Nationale Präventionskonferenz (GKV-Spitzenverband, DGUV, SVLFG, DRV Bund sowie PKV-Verband)	Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V	September 2018
GKV-Spitzenverband	Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Das Modellprogramm nach § 45f SGB XI. Die Projekte	Oktober 2018
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	Oktober 2018
GKV-Spitzenverband	Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 1. Januar 2016 bis 31. Dezember 2017	November 2018
Prognos AG	Gutachten: Stand der klinischen Krebsregistrierung. Ergebnisse der Überprüfung der Förderkriterien zum 31.12.2017	November 2018
GKV-Spitzenverband, MDS	Präventionsbericht 2018 Berichtsjahr 2017	Dezember 2018

Fotonachweis

Titel:	Wumhauer - stock.adobe.com
S. 7:	Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 8:	Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 13	Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 17	Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 18	Jan Vormann
S. 26	David Zinn/zinnart.com
S. 31	Ayla31 - stock.adobe.com
S. 39	Brad Pict - stock.adobe.com
S. 48	PicsArt - stock.adobe.com
S. 59	Borondo
S. 61	ManelKardoso - stock.adobe.com
S. 68	Maj - wikiCommons
S. 73	querbeet - iStock.com
S. 77	Phililk76 - stock.adobe.com
S. 79	SAO
S. 82	Oakoak
S. 88	Andreas Praefcke - Mainz Strickguerilla
S. 90	Alice Pasquini
S. 96	August3 - wikiCommons
S. 99	parallel_dream - stock.adobe.com
S. 100	Tom Maelsa/tommaelsa.com
S. 101	Rowan - photocase.de

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de