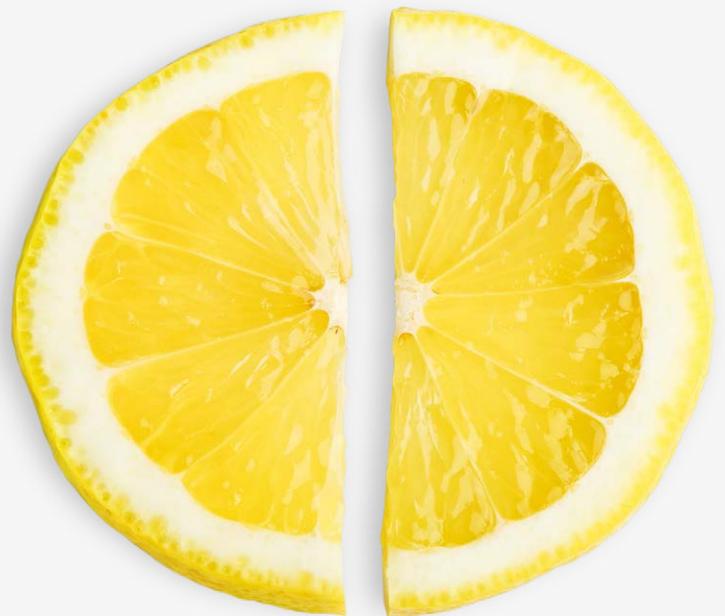




Spitzenverband

Schnittstelle_



Digitalisierungen im Gesundheitswesen

Geschäftsbericht 2019



Wer,
wenn nicht wir

selbst

soll über unsere Gesundheit entscheiden,
unsere Krankenversicherung

verwalten

und aktiv

gestalten

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

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 2019.

Redaktionsschluss: 24.02.2020
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Elke Niederhausen,
Verena Schröder (Bildredaktion), Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Fotonachweis auf Seite 149

Bestellnummer 2020-001

Geschäftsbericht 2019

Einleitender Teil

| | |
|---|----|
| Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden | 6 |
| Vorwort des Vorstandes | 8 |
| Reformrennstrecke Gesundheitswesen | 10 |

Schwerpunkt Selbstverwaltung

| | |
|--|----|
| Gesundheit braucht Selbstverwaltung | 13 |
| Die Interessen der Versicherten im Blick | 15 |
| Selbstverwaltung stärken, nicht schwächen | 16 |
| Soziale Selbstverwaltung - dafür stehen wir | 19 |
| Erfolgsmodell Selbstverwaltung - ein internationaler Vergleich | 20 |
| „Es geht um die Grundfesten unseres Gesundheitswesens“ | 22 |
| Taktgeber für die Zukunft - ein Ausblick | 24 |
| Glossar | 27 |
| Entscheidungen des Verwaltungsrats für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung | 28 |

Gremienarbeit

| | |
|--|----|
| Außerordentliche Mitgliederversammlung stärkt Selbstverwaltung | 30 |
| Bericht aus dem Verwaltungsrat | 32 |
| Wechsel im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes | 35 |

Themen des Jahres

| | |
|---|----|
| Ausbau der digitalen Infrastruktur | 38 |
| Gesundheits-Apps auf Rezept | 41 |
| Erste digitale Versorgungsangebote | 44 |
| Förderung innovativer Versorgungsformen | 47 |
| Bestandsaufnahme des digitalen Gesundheitsmarkts | 50 |
| Assistenztechnologien in der Pflege | 52 |
| Schnellere Termine und bessere Versorgung | 54 |
| Anstieg ärztlicher Honorare um fast eine Milliarde Euro | 56 |
| Hebammensuche online | 57 |
| Reform der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung | 58 |
| Qualitätssicherung in der ambulanten Intensivpflege | 59 |
| Erste Bilanz nach Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen | 61 |
| Neues Vergütungssystem für Pflegepersonal im Krankenhaus | 63 |
| Klare Regeln für Krankenhausabrechnungen | 64 |
| Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum | 65 |
| Reform der Notfallversorgung | 67 |
| Qualitätskontrollen im Krankenhaus | 69 |
| Verbindliche Personalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik | 70 |
| Bundesweites Verzeichnis von Krankenhausstandorten | 71 |
| Einheitliche Standards für klinische Zentren | 72 |
| Tiefe Eingriffe in die Organisation der Medizinischen Dienste | 74 |

| | |
|---|-----|
| Vorfahrt für Patientenschutz bei Medizinprodukten | 77 |
| Ergebnisse der Konzierten Aktion Pflege | 80 |
| Bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege | 81 |
| Neues Qualitätssystem für stationäre Pflegeheime | 82 |
| Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung | 84 |
| Nationale Demenzstrategie im Dialog. | 86 |
| Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflege. | 87 |
| Neuregelungen zur Arzneimittelversorgung. | 90 |
| AMNOG-Bilanz 2019 | 92 |
| 30 Jahre Arzneimittel-Festbeträge. | 93 |
| Nutzenbewertung und Preisverhandlung für hochpreisige Arzneimittel | 94 |
| Neuordnung des Heilmittelbereichs | 95 |
| Vereinheitlichung der Hilfsmittelversorgung | 97 |
| Transparenz über Mehrkosten bei Hilfsmitteln | 98 |
| Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz | 100 |
| Ausbau der Gesundheitsförderung in Kommunen | 102 |
| Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung | 103 |
| Stärkung pflegender Angehöriger durch Rehabilitation | 105 |
| Strukturiertes Entlassmanagement nach stationärer Reha | 106 |
| Neuregelungen für Hebammen- und Psychotherapieausbildung | 108 |
| Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen | 110 |
| GKV-Financen im Negativtrend. | 113 |
| Finanz- und Organisationsreform der Krankenversicherung | 116 |
| Plädoyer für europäische Zusammenarbeit. | 119 |
| Vorbereitungen auf den Brexit | 121 |
| Weltforum für soziale Sicherheit. | 123 |
| Europavertretung der deutschen Sozialversicherung. | 124 |
| Potenziale der Digitalisierung für die DVKA | 126 |
| Kommunikationsschwerpunkte 2019 | 128 |
| Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes | 130 |
| Anhang | |
| Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2019 | 132 |
| Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats der 3. Amtsperiode (2018-2023) | 134 |
| Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrates der 3. Amtsperiode (2018-2023) | 136 |
| Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats | 140 |
| Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats | 145 |
| Organigramm des GKV-Spitzenverbandes. | 146 |
| Publikationen | 148 |
| Fotonachweis | 149 |

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Schnellebigkeit unserer Zeit wird uns durch die Corona-Pandemie deutlich vor Augen geführt. Das Thema ist allgegenwärtig, verändert Prioritäten und stellt insbesondere die Akteure der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung vor immense Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt.

Bei aller gebotenen Achtung für die Ernsthaftigkeit der gegenwärtigen Situation werfen wir einen Blick zurück auf die zwar in den Hintergrund gerückte, aber dennoch bedeutsame Gesetzgebung des Jahres 2019. Mit den verabschiedeten Reformen werden die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung an mehreren Stellen angegriffen. Zeitweilig war sogar die komplette Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung auf Bundesebene geplant.

Dem großen Einsatz vieler Beteiligter ist es zu verdanken, dass es nicht so weit gekommen ist. In der Diskussion mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Rahmen der ersten außerordentlichen Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes am 26. September 2019 haben die Delegierten deutlich gemacht, dass die Zukunft der sozialen Mitbestimmung in der deutschen Gesundheitsversorgung nicht aufs Spiel gesetzt werden darf.

Der Alternativvorschlag des Bundesgesundheitsministers zum Kabinettsbeschluss war jedoch nicht minder problematisch. Mit der zunächst vorgesehenen Ausgestaltung hätte der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) dazu geführt, dass die Entscheidungsrechte des Verwaltungsrats im GKV-Spitzenverband beschnitten und die operative Handlungsfähigkeit des Vorstandes eingeschränkt werden. Vor der Beschlussfassung wurde die Regelung richtigerweise wesentlich entschärft: Der LKA spricht nur noch Empfehlungen aus. Die Zuständigkeit des Verwaltungsrats bleibt erhalten. Rückblickend hat es viel Überzeugungsarbeit

der Selbstverwaltung bedurft, um die geplanten massiven Einschränkungen zu verhindern. Dies ist ein fatales Signal an die ehrenamtlich engagierten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter.

Mit dem MDK-Reformgesetz sind trotz zahlreicher und erfolgreicher Interventionen einige wesentliche Einschränkungen für die soziale Selbstverwaltung beschlossen worden. Völlig neu und systemfremd sind die Regelungen zur Amtszeit- und Ämterbegrenzung in den Medizinischen Diensten. Künftig soll nicht mehr wählbar sein, wer bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehat. Immerhin wurde die Unvereinbarkeitsregelung gestrichen, sodass zumindest bei den Medizinischen Diensten die Verbindung zu den Verwaltungsräten der Mitgliedskassen aufrechterhalten bleibt. Für den Medizinischen Dienst Bund ist dies leider nicht erfolgt.

Die Reformen stellen die GKV überdies vor enorme finanzielle Herausforderungen. Das Terminservicegesetz, das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und das MDK-Reformgesetz kosten die Beitragszahlenden zusammen gleich mehrere Milliarden Euro. Sofern es sich um notwendige Investitionen in eine bessere Versorgung handelt, ist dagegen nichts einzuwenden. Gerade in der Pflege ist die Verbesserung der Personalsituation ein wichtiges Anliegen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Nicht akzeptabel ist allerdings, dass die Versichertengemeinschaft künftig fehlerhafte Rechnungen der Krankenhäuser ungeprüft hinnehmen muss.

Auch die sich absehbar eintrübende Konjunktur und die daraus resultierenden Entwicklungen am Arbeitsmarkt werden sich unweigerlich auf die derzeit noch stabile Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auswirken. In diesen Zeiten wäre der Gesetzgeber gut



beraten, sich auf die erwartbare konjunkturelle Entwicklung vorzubereiten und die Finanzreserven der GKV zu schonen. Stattdessen hat das Bundesministerium für Gesundheit auf die eigenen Gesetzgebungsvorschläge mit der Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags reagiert.

Aus Sicht der Versicherten sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber ist es wichtig, dass die Finanzierungsgrundlage für die GKV nachhaltig gesichert ist. Nur so kann die Balance zwischen einer qualitativ hochwertigen Versorgung und deren Bezahlbarkeit gewahrt bleiben. Daran sollten wir – der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung – konstruktiv arbeiten.

Mit freundlichen Grüßen

A blue ink signature of Dr. Volker Hansen, written in a cursive style.

Dr. Volker Hansen

A blue ink signature of Uwe Klemens, written in a cursive style.

Uwe Klemens

Vorwort des Vorstandes



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wenn Sie diesen Bericht in die Hand nehmen und darin lesen, werden Ihnen viele Themen vertraut vorkommen, aber angesichts der aktuellen Situation doch weit weg erscheinen. Auch wenn das in diesem Geschäftsbericht abgebildete Jahr 2019 mit seiner schnelllebigen Gesundheits- und Pflegepolitik gar nicht so lange her ist und die Akteure in vielfältiger Weise beschäftigt hat, sehen wir uns nun angesichts der Corona-Pandemie mit einer Realität konfrontiert, die viele der in dem Bericht dargestellten Themen marginalisiert, versorgungsbezogene Akzente verschoben und Prognosen als überholt erwiesen hat.

Bei aller ernstzunehmenden Skepsis können wir vorsichtig optimistisch sagen: Unser Gesundheitssystem hat sich angesichts der immensen Herausforderung durch die Pandemie als sehr flexibel und robust erwiesen. Der Ländervergleich bei schweren Verlaufsformen der Krankheit kann dafür als Indiz gewertet werden. Bei allen

Verbesserungsmöglichkeiten im Detail haben sich die Strukturen unseres Gesundheitssystems als tragfähig erwiesen, um die coronabedingten Belastungsspitzen abzufedern. Voraussetzung dafür war ein schnelles und gemeinschaftliches Handeln von Politik und Selbstverwaltung.

Die Corona-Pandemie verdeutlicht dabei in eindringlicher Weise erneut, welchen enormen Wert eine gut funktionierende Selbstverwaltung mit ausreichend Handlungsspielraum hat. Schnell und entschlossen hat die Selbstverwaltung vorbereitend und flankierend zu den Eilgesetzen zunächst das Gesundheitssystem durch Erleichterungen für Leistungsanspruchnahmen und Abrechnungsverfahren stabilisiert, Schutzmaßnahmen initiiert und später gesetzliche Vorgaben eigenverantwortlich umgesetzt. Um angesichts der veränderten Prioritätensetzung die flächendeckende medizinische Infrastruktur für die Allgemeinheit wie auch für besonders vulnerable Gruppen sicherzustellen,

hat die Selbstverwaltung mit der schnellen Umsetzung des Schutzschirms bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Heilmittelerbringern sowie Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen für die notwendige Planungssicherheit gesorgt.

Am Beispiel Digitalisierung hat sich zudem gezeigt, dass einige Entwicklungen durch die Pandemie nochmals beschleunigt wurden. So wurden z. B. die telemedizinischen Verfahren weiter gestärkt, um vor dem Hintergrund der angeordneten Kontaktbeschränkungen die Ansteckungsgefahr für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu minimieren. Gleichzeitig wird man rückblickend kritisch reflektieren müssen, wo es weitergehende Grundlagen braucht, um die Digitalisierung der medizinischen Versorgung mit dem jetzigen Erfahrungshorizont noch schneller voranzutreiben.

Die solide Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wie auch die finanzielle Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen haben sich als wesentlicher Stabilisator in der Pandemiebekämpfung sowie der Bewältigung ihrer Begleiterscheinungen erwiesen. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass sich die vormals gute finanzielle Situation der GKV innerhalb kurzer Zeit ins Gegenteil verkehrt hat und die gesetzlichen Krankenkassen nun eine hohe finanzielle Last schultern. Die ohnehin bestehende Ausgabendynamik der bisherigen Gesetze wird durch die coronabedingten Mehrausgaben drastisch verschärft, während auf der Einnahmeseite durch

den absehbaren Konjunkturunbruch erhebliche Verluste zu verzeichnen sind. Das Augenmerk muss daher dringend auf die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen gerichtet werden, damit diese nicht unverschuldet in Not geraten.

Auch wenn die gegenwärtige Pandemie und deren Bewältigung in allen Bereichen weitestgehend das Tagesgeschäft bestimmen, wird sich die Gesundheits- und Pflegepolitik nach Überwindung der Pandemie veränderten Rahmenbedingungen sowie Fragen zur künftigen inhaltlichen Ausrichtung der medizinischen und pflegerischen Versorgung stellen müssen. Wir werden diese Debatte aktiv führen und uns dafür einsetzen, dass der Selbstverwaltung als tragender Säule der GKV wieder der Stellenwert eingeräumt wird, den sie bei der Bewältigung der Krise wieder einmal eindrucksvoll unter Beweis gestellt hat.

Aktuell ist noch nicht absehbar, wie unser Gesundheitssystem aus diesem Stresstest herauskommt, wir sehen jedoch gute Gründe für eine optimistische Prognose. Wir werden gemeinsam mit dem Verwaltungsrat, dem neu gebildeten Lenkungs- und Koordinierungsausschuss und mit unseren Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung weiter alles daran setzen, mit den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einen Beitrag zur erfolgreichen Pandemiebekämpfung zu leisten und auch darüber hinaus eine medizinische Versorgung auf hohem Qualitätsniveau für die Versicherten sicherzustellen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorsitzender des
Vorstandes



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied des Vorstandes

Reformrennstrecke Gesundheitswesen

Die gesundheitspolitische Szene wurde 2019 von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in Atem gehalten. Dies wird auch im ersten Jahr des neuen Jahrzehnts der Fall sein. Über 20 Gesetzesvorhaben wurden angestoßen oder sind bereits umgesetzt. Gekennzeichnet war das Politikmanagement des Bundesgesundheitsministers im Jahr 2019 durch das konsequente Abarbeiten des Koalitionsvertrags und das Gespür für Themen, die in der Öffentlichkeit auf Resonanz treffen.

Wichtige Themen aus dem Koalitionsvertrag sind insbesondere:

- mehr Pflegepersonal im Krankenhaus und in der Altenpflege
- schnellere Arzttermine
- Digitalisierung des Gesundheitswesens
- Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung
- mehr Arzneimittelsicherheit

Inhaltlich notwendig und öffentlichkeitswirksam gut platziert waren Themen wie die Bereitschaft zur Organspende oder Schutzimpfungen gegen Masern.

Nachhaltigkeit neuer Gesetze fraglich

Abzuwarten bleibt, wie nachhaltig die Gesetze für die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wirken. Wenig sinnvoll ist der vorgesehene Zwangsmechanismus zum Abbau von Rücklagen bei den Krankenkassen, da gleichzeitig klar ist, dass die Gesetzgebungsmaschine zu erheblichen Mehrausgaben führt. Zudem mag die Absenkung von Zusatzbeiträgen populär sein, weitsichtig ist sie angesichts der Ausgabendynamik, die bereits eingesetzt hat, nicht. Der Ausgabenanstieg liegt wieder bei über 5 %, die Einnahmen steigen dagegen nur um rund 3 %. In der Tendenz, so ist zu befürchten, wird die strukturelle Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben immer größer. So wird kurzfristig ein Beitrags-Jo-Jo provoziert, das mittelfristig zu einem deutlich höheren Beitragssatzbedarf führt.

Die Absenkung von Zusatzbeiträgen mag populär sein, weitsichtig ist sie angesichts der Ausgabendynamik nicht.

Gesetzliche Fehlanreize

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wird der Marktzugang für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) erleichtert. Ziel ist es, die Chancen und Potenziale der Digitalisierung zugunsten der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten verstärkt nutzbar zu machen. Die Umsetzung dieses Ziels ist dringend notwendig und ein überfälliger Schritt. Licht und Schatten liegen bei dieser Reform allerdings nah beieinander, denn die Geschwindigkeit, mit der DiGA in die Erstattungspflicht der Krankenkassen gedrängt werden sollen, ist nicht alles. Eine schnelle Zulassung darf nicht den Grundprinzipien des Patientenschutzes und der Wirtschaftlichkeit widersprechen. Es drohen Fehlanreize mit hohen Kosten insbesondere im ersten Jahr einer vorgesehenen Erprobungsphase, da es hier weder eines Nutznachweises, noch eines Nachweises positiver Versorgungseffekte bedarf. Es ist deutlich absehbar, dass der finanziellen Belastung der Beitragszahlenden digitale Gesundheitsanwendungen mit ungeklärtem Nutzen gegenüberstehen werden.

Selbstverwaltung stärken, nicht schwächen

Charakteristikum des Politikstils des Bundesgesundheitsministers ist auch die Lust an einem öffentlich ausgetragenen konstruktiven Dialog, bei dem nicht nur keine Konflikte gescheut werden, sondern diese geradezu herausgefordert werden. Besonders ausgeprägt ist das im Verhältnis zur sozialen Selbstverwaltung. Bei der Reform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) konnte die im ersten Entwurf vorgesehene Ausschaltung der Selbstverwalter der Krankenkassen in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste (MD) verhindert werden. Schwer wiegt die systemfremde Amtszeit- und Ämterbegrenzung in den Verwaltungsräten der MD. Da der MD Bund künftig von den MD und nicht mehr vom GKV-Spitzenverband getragen wird, sind die Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr im Verwaltungsrat des MD Bund vertreten.

Mit einem weiteren Referentenentwurf wurde zudem geplant, den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes mit hauptamtlichen Kassenvorständen zu besetzen. Dies wäre ein Systembruch und darüber hinaus ein glatter Wortbruch zum Koalitionsvertrag. Union und SPD haben darin ausdrücklich und unmissverständlich eine Stärkung der Selbstverwaltung festgeschrieben.

Dieser Angriff auf die Selbstverwaltung, der gleichzeitig die gelebte Sozialpartnerschaft im GKV-Spitzenverband beenden sollte, konnte gerade noch verhindert werden. Die Gefahr war damit allerdings noch nicht gebannt. So sah der vom Bundeskabinett verabschiedete Entwurf zum Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz ersatzweise vor, dass beim GKV-Spitzenverband ein mit weitreichenden Kompetenzen ausgestatteter Lenkungs- und Koordinierungsausschuss eingesetzt wird. Die in dieses neue Organ berufenen hauptamtlichen Vorstände der Krankenkassen hätten nach dem Willen des Bundesgesundheitsministers das Recht, bei Entscheidungen des Verwaltungsrats ein Veto einzulegen. Diese nicht hinzunehmende Einschränkung der Handlungsfähigkeit des Verwaltungsrats konnte mit letzten Änderungen kurz vor der Verabschiedung des Gesetzentwurfs abgewendet werden.

Ausblick auf 2020

2020 sind weitere Reformen zu erwarten: Bereits im Verfahren sind u. a. der Gesetzentwurf zum Schutz vor Konversionsbehandlungen sowie Regelungen für Krankenkassen zur elektronischen Datenübermittlung und zu Online-Sozialwahlen.

Kurz vor der Beratung im

Parlament steht ein grundlegend überarbeiteter Entwurf für ein Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz. In der Warteschleife

ist ein Gesetzentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken. Angekündigt wurden bereits ein Digitale-Versorgung-Gesetz II sowie die Reform der Notfallversorgung. Darüber hinaus sind ein Gesamtkonzept für eine „sektorenübergreifende Versorgung“ sowie eine Fortsetzung der Krankenhausreform zu erwarten, da hier die strukturellen Herausforderungen immer noch groß sind.

Für 2020 muss nicht zuletzt angesichts der finanziellen Entwicklung in der GKV dringend wieder der Grundsatz gelten: Sorgfalt vor Tempo. Die Politik wird sich darüber hinaus auch einer weiteren Pflegereform stellen müssen, bei der es insbesondere darum geht, die Pflegebedürftigen von den steigenden Eigenanteilen in der Pflege zu entlasten. Klar muss hier sein: Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, und der Staat muss zukünftig mit Steuerzuschüssen einspringen.

Für 2020 muss nicht zuletzt angesichts der finanziellen Entwicklung in der GKV dringend wieder der Grundsatz gelten: Sorgfalt vor Tempo.

A close-up portrait of a woman with dark hair pulled back, smiling slightly. She has light-colored eyes and is wearing a dark top. The background is a plain, light grey color.

”

Jede und jeder bekommt die Versorgung, die notwendig ist, unabhängig von dem persönlichen Einkommen. Die Stärkeren stehen für die Schwächeren ein, und das unterstütze ich von ganzem Herzen. Dabei ist es eine Errungenschaft in Deutschland, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Versicherte als Beitragszahlende gemeinsam über die Verwendung der Beitragsgelder mitbestimmen.

DR. ANNE THOMAS

Gesundheit braucht Selbstverwaltung

Eine hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung ist die zentrale Zielsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die soziale Selbstverwaltung bringt dieses Ziel mit dem jeweils bestehenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung in Einklang. Sie rückt die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt.

Innerhalb eines vom Staat gesetzten Rahmens agiert die Selbstverwaltung unabhängig von politischen Erwägungen oder Konstellationen. Jede und jeder gesetzlich Versicherte erhält die Versorgung, die sie oder er braucht – bestmöglich und unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand. Als einzige Akteurin im Gesundheitswesen nimmt die soziale Selbstverwaltung dabei die gesamte Bandbreite des Versorgungsgeschehens in den Blick.

Die soziale Selbstverwaltung in Deutschland sieht sich nicht zuletzt durch die Regelungen im Fairer Kassenwettbewerb Gesetz sowie im MDK Reformgesetz massiven Angriffen seitens der Politik ausgesetzt. Das funktionale Miteinander und die Aufgabenzuweisung zwischen Selbstverwaltung und Politik werden zugunsten staatlicher Machtfülle und –konzentration zunehmend aufgekündigt. Infrage gestellt wird nicht weniger als ein Grundprinzip der Sozialversicherung in Deutschland. In letzter Konsequenz bedeutet dies auch eine zunehmende staatliche Einflussnahme bei allen Detailfragen zur Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Dem treten wir entschieden entgegen.



”

Der Brückenschlag von der konkreten Versorgung der Versicherten vor Ort zum Gesetzgeber in Berlin ist eine Stärke der Selbstverwaltung. Wir verbinden das Engagement in den Betrieben und bei den Versicherten mit unserer Tätigkeit in den Spitzengremien in der Hauptstadt. Selbstverwaltung baut Brücken, die auch der Politik helfen können.

MANFRED SCHOCH

Die Interessen der Versicherten im Blick

Die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) organisiert und gestaltet nahezu geräuschlos die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im sozialpartnerschaftlichen Konsens auf Spitzenniveau. Das Selbstverwaltungsprinzip als ein den Sozialsystemen konstitutives Element ist kein Selbstzweck. Es ist unter politischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Aspekten sinnvoll, die Gestaltung und Weiterentwicklung der Sozialsysteme in die Hände der Selbstverwaltung zu legen. Durch die Nähe zur Lebenswirklichkeit besteht bei den Akteurinnen und Akteuren nicht nur ein originäres Interesse an praxisnahen und kompetenten Entscheidungen. Die gefundenen Lösungen treffen auch auf eine breite Akzeptanz, weil durch die aktive Partizipation von Versicherten ebenso wie von Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern ein Interessenausgleich geschaffen wird. Das Ringen um bestmögliche Ergebnisse, das von politischer Seite vermehrt kritisiert wird, ist dabei immer auch notwendiger Bestandteil der diskursiven Auseinandersetzung und Kompromissfindung. Voraussetzung dafür ist eine funktionelle Arbeitsteilung zwischen staatlicher Rahmensetzung, bei der der Gesetzgeber sich auf Vorgaben und Ziele konzentriert, und einer Selbstverwaltung, die diesen Rahmen durch ausreichende autonome Entscheidungsspielräume mit Leben füllt.

Selbstbewusster Partner der Politik

Handlungsleitend für die soziale Selbstverwaltung ist ihr Engagement für die Patientinnen und Patienten sowie der Anspruch, eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Aus der Systemverantwortung und dem Gestaltungsanspruch heraus ist die Selbstverwaltung kompetent und selbstbewusst genug, um mit eigenen Forderungen und Lösungen Einfluss auf die politische Rahmensetzung zu nehmen. Dass der Weg dorthin nicht immer ohne Widerspruch war und ist, müssen die Selbstverwaltung wie auch politische Akteurinnen und Akteure aushalten können. Die Chance auf einen konstruktiven Dialog wird hierdurch erst eröffnet.

Die selbstverwalteten sozialen Sicherungssysteme haben sich - auch dank der notwendigen politischen Weichenstellungen - als sehr flexibel und anpassungsfähig erwiesen. In ihrer Geschichte wurden zahlreiche gesellschaftliche und politische Veränderungsprozesse durch das sozialpartnerschaftliche Wirken aktiv begleitet und gestaltet. Mit der seit den 1990er Jahren forcierten wettbewerblichen Orientierung der GKV nimmt die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung inzwischen auch wichtige Aufgaben bei der Gestaltung der wettbewerblichen Rahmensetzung wahr.

Selbstverwaltung stärken, nicht schwächen

Es ist bedauerlich, dass der Gesetzgeber entgegen seinen Bekenntnissen zur Stärkung der Selbstverwaltung durch sein konkretes Handeln die Selbstverwaltung sukzessiv schwächt. Die zunehmenden staatlichen Eingriffe bringen die politische Sichtweise zum Ausdruck, dass die soziale wie auch die gemeinsame Selbstverwaltung als verlängerter Arm der Politik deren Entscheidungen eins zu eins administrieren müsse. Um die Selbstverwaltung auf Linie zu bringen, wurde das politische Korsett insbesondere durch eine Reihe von Gesetzen zuletzt immer enger geschnürt, die Entscheidungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung wurden systematisch beschnitten. Die Aufgabenteilung zwischen Politik und Selbstverwaltung wurde wiederholt empfindlich gestört und der staatliche Einflussbereich durch einen dirigistischen Politikstil ausgeweitet - zulasten der sozialen Mitbestimmung.

Politikwende jetzt!

Die Bandbreite staatlicher Eingriffe, Kontroll- und Weisungsmöglichkeiten hat ein nicht mehr hinnehmbares Ausmaß erreicht und umfasst u. a. autonome Entscheidungsrechte der Krankenkassen bei Haushaltsfragen und Vorstandsdienstverträgen, aber auch Verfahrensangelegenheiten oder die Berufung der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der deutlichste politische Affront gegen die Selbstverwaltung kam im Entwurf des - damals noch unter dem Titel firmierenden - Faire Kassenwahl Gesetzes (GKV FKG) zum Ausdruck. Dieser sah vor, die ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter von Versicherten und Arbeitgebern aus dem Verwaltungsrat des GKV Spitzenverbandes zu entfernen. Auch wenn dieses Vorhaben nicht zuletzt durch den lautstarken Protest eines breiten, sozialversicherungsträgerübergreifenden Bündnisses verhindert werden konnte, ist die Gefahr nicht gebannt, solange keine Politikwende vollzogen wird. Bei den anstehenden Reformen muss es endlich darum gehen, die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbstverwaltung zu verbessern und ihre Gestaltungsrechte wiederherzustellen.



”

Der Beitrag, den die gelebte Sozialpartnerschaft für die Entwicklung eines fürsorgenden, innovativen und bezahlbaren Gesundheitswesens in Deutschland geleistet hat, ist nicht hoch genug zu schätzen. Das Handwerk übernimmt für die Gesundheit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Versicherten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Verantwortung und setzt sich auch weiterhin für das Erfolgsmodell Selbstverwaltung ein.

HANS PETER WOLLSEIFER



”

Als Versichertenvertreterin bin ich stets auch Patientenvertreterin, denn jede und jeder Versicherte ist irgendwann im Leben auch Patientin bzw. Patient. Die soziale Selbstverwaltung ist eine großartige Möglichkeit, um sozialpolitisch mitzugestalten und die Interessen der Versicherten und der Patientinnen und Patienten aktiv zu vertreten.

SUSANNE WIEDEMEYER

Soziale Selbstverwaltung – dafür stehen wir

Die deutsche Sozialversicherung zeichnet sich durch die soziale Selbstverwaltung aus

In der Sozialversicherung ist der Ausgleich zwischen Versicherten und Arbeitgeberinteressen ein bewährter Kernbestandteil der Organisation der sozialen Selbstverwaltung. Dieser wird durch Sozialwahlen gelebt. Die demokratischen Strukturen aus Arbeitnehmer und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern schaffen einen Ausgleich der Interessen. Hierdurch sind die Gremien dazu legitimiert, Entscheidungen zu treffen. Dies betrifft neben den Kranken- und Pflegekassen sowie deren Verbänden auch den GKV Spitzenverband und die 15 Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) bzw. deren Spitzenverband (MDS).

Die soziale Selbstverwaltung durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Versicherte ist konstitutiv für die Sozialversicherung und im Grunde unbestritten und anerkannt. Seit Mitte der 1990er Jahre wird dieses Prinzip jedoch durch eine immer detailliertere Gesetzgebung mit strengen Kontroll-, Weisungs-, und Aufsichtsrechten ausgehöhlt, die kaum Spielräume für eigene Gestaltung lässt.

Etablierte Verfahren und Strukturen sichern die Repräsentanz der Versicherteninteressen und damit die Legitimation der Sozialversicherung und sozialen Selbstverwaltung

Die Wahl von Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber in die Verwaltungsräte der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste stellt die Basis der sozialen Selbstverwaltung dar. Eine Veränderung dieser Strukturen hat zur Folge, dass die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht mehr angemessen repräsentiert werden. Dies widerspricht der Gründungsidee der sozialen Selbstverwaltung. Mit den geplanten strukturellen Änderungen bei den Verwaltungsräten wird deren Legitimation untergraben, und die dort getroffenen Entscheidungen werden angreifbar.

Mit dem Fairer Kassenwettbewerb Gesetz war eine Veränderung der bestehenden Strukturen auf Ebene des Verwaltungsrats wie auch beim

Vorstand des GKV Spitzenverbandes vorgesehen. Die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung beim GKV Spitzenverband konnte verhindert werden. Die nunmehr geplante stärkere Einbindung hauptamtlicher Vorstände der Krankenkassen birgt jedoch die Gefahr von (Interessen)Konflikten. Dies muss bedacht werden. Das gilt auch für die künftig einbezogenen Vorstandsmitglieder von Krankenkassen, da sie im Wettbewerb den kassenindividuellen Interessen als Handlungsmaxime folgen müssen.

Die Selbstverwaltung garantiert Unabhängigkeit von parteipolitischem Geschehen

Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass seitens der Politik Verordnungen zunehmend als Instrument genutzt werden, um ministerielle Vorstellungen zu implementieren und der Selbstverwaltung konkrete Regelungssachverhalte zu entziehen. Dies zeigte sich beispielsweise beim Implantateregistrierungsgesetz, wonach die Maßstäbe für die Bewertung von neuen Behandlungsmethoden im Gemeinsamen Bundesausschuss per ministerieller Verordnung verändert werden können. Auch wenn die Exekutive über einen hohen Legitimationsgrad verfügt, dürfen über sie nicht gesetzliche Regelungen und Verfahren ausgehebelt werden. Ein zunehmend staatlich organisiertes Gesundheitswesen begibt sich in die Abhängigkeit von politischen Personalentscheidungen und parteipolitischen Opportunitäten angesichts quasi ständiger Wahlkämpfe auf Bundes- und Landesebene. Dies gefährdet die Funktionsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und birgt die Gefahr, dass grundlegende Maßstäbe wie die evidenzbasierte Medizin politischen Interessen untergeordnet werden. Ein selbstverwaltetes Gesundheitssystem ermöglicht Entscheidungen, die unabhängig von politischen Ereignissen getroffen werden können.

Der Text basiert auf dem Redebeitrag von Prof. Dr. Peter Axer (Universität Heidelberg, Lehrstuhl für Sozialrecht in Verbindung mit dem Öffentlichen Recht), gehalten auf der außerordentlichen Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes im September 2019.

Erfolgsmodell Selbstverwaltung – ein internationaler Vergleich

Die Selbstverwaltung der gesetzlichen Kranken und Pflegeversicherung lebt von der unmittelbaren Beteiligung sowohl der Versicherten als auch der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Ein selbstverwaltetes Gesundheitssystem grenzt sich von rein staatlicher Steuerung auf der einen Seite und rein privatwirtschaftlicher Allokation auf der anderen Seite ab. Leistungsfähigkeit und Gerechtigkeit gehen Hand in Hand.

Gesundheitsversorgung jenseits politischer Opportunitäten

Gerade in staatlichen Systemen ist die Abhängigkeit vom Staatshaushalt und den jährlichen Budgetplanungen groß. Gleichzeitig macht eine solche Organisationsform ein Gesundheitssystem anfällig für politische Opportunitäten. So zeigte sich beispielsweise beim Wahlkampf um den Austritt Großbritanniens aus der EU, wie leicht sich ein solch komplexes Thema wie die Finanzierung des britischen Gesundheitssystems instrumentalisieren lässt. Eine Organisationsstruktur ähnlich der sozialen Selbstverwaltung, durch die Bürgerinnen und Bürger an Entscheidungen beteiligt werden, besteht in Großbritannien nicht, obwohl diese das System mit ihren Steuern finanzieren.

Gleiche Versorgung für alle

Wirtschaftlich ausgerichtete Gesundheitssysteme, in denen die Krankenversicherung freiwillig erfolgt, unterliegen zum einen konjunkturellen Schwankungen. Zum anderen ist der Zugang der oder des Einzelnen zu einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung deutlich erschwert. Umfang und Qualität der Versorgung werden an individuelle Leistungsfähigkeit, Einkommen und Gesundheitszustand geknüpft. Ein Beispiel sind die USA. Insbesondere während der letzten Wirtschaftskrise 2008 verlor eine Vielzahl von Bürgerinnen und Bürgern mit dem Job auch die Krankenversicherung, weil diese zu teuer oder zuvor von der Arbeitgeberin bzw. vom Arbeitgeber gestellt wurde. In einem solchen System werden Versicherteninteressen den Interessen von Kunden gleichgesetzt, ein Mitspracherecht wird verwehrt. Durch den Verlust der Versicherung müssen alle in Anspruch genommenen Leistungen aus eigener Tasche bezahlt werden. Für viele stellt dies eine finanzielle Überforderung dar.



”

Die Versorgung des ländlichen Raums liegt mir besonders am Herzen. Für mich als Vertreter eines berufsständischen Versicherungsträgers hat es einen hohen Stellenwert, mitzugestalten und unsere besonderen Sichtweisen in die Gestaltung der Kranken- und Pflegeversicherung einzubringen. So können wir im Sinne der Chancengleichheit zwischen Stadt und Land etwas für die Bevölkerung im ländlichen Raum bewegen.

MARTIN EMPL

„Es geht um die Grundfesten unseres Gesundheitswesens“

Interview mit den alternierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats des GKV Spitzenverbandes, Dr. Volker Hansen und Uwe Klemens. Das Interview führte Florian Lanz, Pressesprecher beim GKV Spitzenverband, am 17. Februar 2020.

Lanz: Sehr geehrter Herr Dr. Hansen, sehr geehrter Herr Klemens, wir schauen zurück auf ein gesundheitspolitisch ereignisreiches Jahr. Es wurde nicht nur versorgungspolitisch einiges angeschoben, sondern auch mit Blick auf die Selbstverwaltung.

Hansen: Das erscheint mir doch etwas zu nett formuliert. Wir hatten es im vergangenen Jahr mit einem fundamentalen Angriff des Gesundheitsministers auf die Selbstverwaltung zu tun, der geeignet war, unser System des sozialpartnerschaftlichen Miteinanders in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu zerstören.

Klemens: Nachdem der Minister noch im März 2019 auf unserer Verwaltungsratssitzung zu Gast war und die gute Arbeit der Selbstverwaltung betonte, sickerte wenig später ein Gesetzentwurf aus dem Gesundheitsministerium

durch, der genau gegenteilige Ziele verfolgte: Die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung bei der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene. Ich muss ehrlich sagen, dass wir Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter, egal ob Arbeitgeber oder Versichertenvertretung, davon regelrecht geschockt waren. Denn es ging dabei doch nicht um ein paar Ehrenamtliche, die ausgebootet werden sollten, wie manche suggerierten. Sondern es ging um die Grundfesten unseres Gesundheitswesens, die sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung! Und ein weiterer Gedanke war natürlich auch gleich da: Wenn es der Politik gelingen sollte, die Selbstverwaltung aus der Krankenversicherung auf Bundesebene herauszudrängen, warum sollte sie es dann nicht auch bei den anderen Sozialversicherungsträgern machen?

Hansen: Für uns als Sozialpartner ging es hier ganz klar darum, den Anfängen zu wehren! Die Zukunft der sozialen Mitbestimmung in der bundesweiten Gesundheitsversorgung, die einen Grundpfeiler der deutschen Demokratie darstellt, stand auf dem Spiel. Denn immerhin versichern und versorgen die gesetzlichen Krankenkassen 73 Mio. Menschen in diesem Land, und damit rund 90 % der Bevölkerung.

Klemens: Und am Ende haben wir es gemeinsam geschafft, den Minister von diesen Plänen abzubringen. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Versicherte haben zusammengestanden. Für die Solidarität und Unterstützung, die wir als Verwaltungsrat des GKV Spitzenverbandes weit über die Reihen der Krankenversicherung hinaus erfahren haben, sind wir sehr dankbar.

Hansen: Dem kann ich mich nur anschließen. Und dass es ein Fehler war, uns bei seinem Besuch im Verwaltungsrat im März 2019 noch keinen reinen Wein eingeschenkt zu haben, hat der Minister immerhin auf unserer Sondermitgliederversammlung selbst eingestanden.



Dies war ein wichtiger und mutiger Schritt von ihm, um verlorengegangenes Vertrauen zurückzugewinnen.

Klemens: Ja, dafür hat er auch meinen Respekt, denn das würde längst nicht jeder bringen, hier in die offene Diskussion zu gehen und auch zuzugeben, dass ein Fehler gemacht wurde. Aber die Kritik in der Sache bleibt bestehen.

Mit Blick auf die Organisation des GKV Spitzenverbandes kommt es nun aber doch zu einer wichtigen Neuerung: der Einführung des Lenkungs und Koordinierungsausschusses.

Klemens: Bereits heute tauscht sich der GKV Spitzenverband mit seinen Mitgliedern und den Kassenartenverbänden in über hundert Referentenrunden und Arbeitsgruppen intensiv aus. Und der Verwaltungsrat mit seinen fünf Fachausschüssen gibt die Richtung für den Verband vor. Nun wird es darum gehen, dieses neue Gremium in die etablierte und sinnvolle Arbeitsteilung zwischen Hauptamt und Ehrenamt so zu integrieren, dass es einen echten Mehrwert für die Arbeit des GKV Spitzenverbandes einerseits und die Krankenkassen andererseits gibt.

Herr Dr. Hansen, Sie sprachen davon, dass die Gesundheitsversorgung einen Grundpfeiler der Demokratie darstellt.

Hansen: Die Verwaltungsratsmitglieder der Krankenkassen und des Spitzenverbandes sind die legitimen Vertreterinnen und Vertreter aller gesetzlich Versicherten. Auf diesem Weg findet einerseits eine Rückkoppelung von der Versorgungsrealität vor Ort bis zum Spitzenverband in Berlin statt. Andererseits bleiben die finanziellen Auswirkungen der Entscheidungen im Blick und damit die finanzielle Stabilität des Systems, ohne die es auf Dauer nicht existieren könnte.



Klemens: Das möchte ich unterstreichen: Herr Hansen und ich vertreten die beiden Säulen, die die gesetzliche Krankenversicherung tragen. Gemeinsam sorgen die Versicherten und die Arbeitgebervertreterinnen und Vertreter im Verwaltungsrat des GKV Spitzenverbandes, aber auch in den Verwaltungsräten der 105 gesetzlichen Krankenkassen, dafür, dass die qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung im Zentrum der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bleibt – und zwar für alle Menschen!

Hansen: Wir erleben derzeit, dass auf einzelne Bevölkerungsgruppen gezeigt wird, dass Mitmenschen diskriminiert werden, weil sie scheinbar anders sind. Das ist unerträglich und mit dem Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar.

Klemens und Hansen: Lassen Sie es uns deutlich sagen: Die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheidet nicht nach Alter, Geschlecht, Geldbeutel, Hautfarbe oder Religion. Alle gemeinsam sind wir die gesetzliche Krankenversicherung. Wir sind GKV.

Taktgeber für die Zukunft – ein Ausblick

Wie andere Bereiche auch, befindet sich die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nicht nur durch die Alterung der Gesellschaft, sondern auch durch den medizinisch technologischen Fortschritt und die Digitalisierung in einer der größten Umbruchphasen der letzten Jahrzehnte. Für uns als soziale Selbstverwaltung ist klar, dass Stillstand unter diesen Rahmenbedingungen gleichzeitig Rückschritt bedeutet und dieser Veränderungsprozess aktiv angegangen werden muss. Die Gleichzeitigkeit von rasantem technologischem Fortschritt, digitalem Wandel und demografischer Entwicklung sowie der daraus resultierende dynamische Veränderungsdruck auf Wirtschaft und Arbeits- sowie Produktionswelt berühren auch die Fundamente und Grundsätze unserer Sozialsysteme. Viele der sich überlagernden und sich gegenseitig verstärkenden Entwicklungen werden die Sozialversicherungssysteme, die auf Erwerbsarbeit basieren und überwiegend beitragsfinanziert sind, vor Herausforderungen stellen. Sie eröffnen aber auch Chancen.

Chancen für die medizinisch pflegerische Versorgung

Der technologische Fortschritt, der von der Digitalisierung befeuert wird, bringt immer leistungsfähigere Systeme im Bereich von KI, Algorithmen und selbstlernenden Systemen hervor und generiert eine schnell wachsende Menge gesundheitsrelevanter Daten, die sich immer besser analysieren und verknüpfen lassen. Die hohe Dynamik in diesem Bereich durchdringt dabei alle Versorgungsbereiche gleichermaßen und ermöglicht innovative Diagnose- und Behandlungsansätze. So werden im Arzneimittelbereich fortschrittliche gen- und biotechnologische Therapien in den kommenden Jahren weiter stark an Bedeutung gewinnen. Neben immer besseren Analysemöglichkeiten großer Datenmengen wird hier der Weg einer individualisierten Medizin durch zunehmend fortschrittlichere Methoden der Genomsequenzierung und -analyse beschritten. Dies gilt es, mit dem der GKV zugrundeliegenden solidarischen Ordnungsrahmen in Einklang zu bringen.

Die beschriebenen Entwicklungen finden insbesondere auch in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung statt. Hier gilt aber bei allem Fortschritt: Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Sie muss in der medizinischen und pflegerischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Versicherten eine spürbare Verbesserung unter Qualitäts- und Effizienzgesichtspunkten zur Folge haben und gezielt zur Beseitigung von Ineffizienzen, z. B. durch starre Sektorengrenzen, eingesetzt werden. Digitale Anwendungen müssen neue Zugangswege in die Versorgung schaffen, neue Versorgungsformen ermöglichen und administrative und kommunikative Wege für alle Beteiligten vereinfachen und beschleunigen. Bis her rein analoge Verfahren sowie Diagnose- und Behandlungspfade müssen besser, schneller und vernetzter werden. Innovative patienten- und versichertenorientierte Lösungen müssen bei strikter Wahrung der Datensouveränität und Einhaltung des Datenschutzes zudem für mehr Transparenz und Gesundheitskompetenz sorgen.

Digitale Transformation gestalten

Mit der Digitalgesetzgebung im Jahr 2019 sind die ersten aus einer Reihe noch folgender gesetzlicher Grundlagen für die Digitalisierung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen worden, um die erheblichen Potenziale für die Versicherten- und Patientengemeinschaft zu heben. Die Einführung digitaler Anwendungen und die bessere Förderung von Innovationen sollen den Weg für die digitale Transformation der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ebnen.

In diesem dynamischen Umfeld trifft der Gesetzgeber die notwendigen Richtungsentscheidungen. Eine staatliche Allzuständigkeit bei der Detailgestaltung darf daraus jedoch nicht abgeleitet werden. Zentralistische Entscheidungsstrukturen im Top down Verfahren können zwangsläufig nicht zu effizienten und effektiven Entscheidungen aus Patienten- und Versichertenperspektive führen. Andererseits dürfen bei der Implementierung digitaler Versorgungsangebote nicht die



”

Soziale Selbstverwaltung ist gelebte Sozialpartnerschaft, denn Arbeitgeber und Versichertenvertreterinnen und -vertreter ziehen an einem Strang für die gute Versorgung der Menschen in diesem Land. Was wir beispielsweise gemeinsam in der Pflegeversicherung erreicht haben, sind Meilensteine in der Versorgung Pflegebedürftiger.

ECKEHARD LINNEMANN

wirtschaftlichen Interessen der Digitalwirtschaft dominieren. Im Interesse der der Patienten- und Versicherungsgemeinschaft sowie der Beitragszahlenden müssen Wirtschaftlichkeit, Bedarfsorientierung und Solidarität in Einklang mit der digitalen Transformation gebracht werden.

Die Selbstverwaltung nimmt für sich in Anspruch, diese gleichermaßen notwendigen wie ambitionierten Veränderungsprozesse in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu steuern, erfolgreich mitzugestalten und die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Es braucht dazu einen verlässlichen und flexiblen Ordnungsrahmen, der gleichermaßen die digitale Innovationsfähigkeit im Gesundheitsbereich befördert, in konstruktive und gemeinwohlorientierte Bahnen lenkt sowie auf grundlegenden Prinzipien und Maßstäben der evidenzbasierten Medizin und Wirtschaftlichkeit basiert. Der rasante technische Fortschritt, die kurzen Entwicklungs- sowie Produktzyklen digitaler Anwendungen werden vielfältige, völlig neue Wege der Gesundheitsversorgung eröffnen. Die gemeinsame und soziale Selbstverwaltung muss mit der notwendigen Agilität handeln und bisherige Verfahren eigenverantwortlich adaptieren können, um mit den rapiden Veränderungen und den neuen Playern im Gesundheitswesen Schritt halten zu können.

Einheitliche Wettbewerbsordnung für hochwertige Angebote

Absehbar ist bereits jetzt, dass mit der vielfältigen Anbieter- und Angebotsstruktur dem politisch gewollten, nicht auf die Preiskomponente fixierten Qualitätswettbewerb eine entscheidende Rolle beim Zugang innovativer Versorgungsmodelle zukommen wird. Damit der Vertragswettbewerb um die bestmöglichen und qualitativ hochwertigen digitalen Versorgungsangebote den notwendigen Schub bekommt, müssen die bisher eher begrenzten Handlungsoptionen der Kranken- und Pflegekassen und daran eng gekoppelt die Gestaltungsspielräume der sozialen Selbstverwaltung entsprechend erweitert werden. Dies betrifft Handlungsmöglichkeiten, die sowohl größere

Vertragsfreiheiten als auch Wahlmöglichkeiten für Versicherte zulassen. Voraussetzung für eine solche solidarische Wettbewerbsordnung ist eine durch die Selbstverwaltung definierte Neujustierung des Zusammenwirkens von Kollektiv- und Selektivvertrag. In diesem Zusammenhang wird es umso wichtiger sein, dass der Gesetzgeber die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltung stärkt, damit diese adäquate Lösungen für einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen definiert. Es gilt nun, die bisherigen Standards und Verfahren bei Zulassung und Qualität mit der gestiegenen Komplexität und Dynamik in Einklang zu bringen.

Qualität, Solidarität und Wirtschaftlichkeit zusammendenken

Das Gesundheitswesen befindet sich unter dem Veränderungsdruck der Digitalisierung im Spannungsfeld zwischen zunehmender staatlicher Einflussnahme und technologiegetriebenem, marktwirtschaftlichem Innovationsdruck. Doch bei aller gebotenen Eile darf das Gesundheitswesen weder zum politischen Spielball noch zum Profitfeld werden. Die soziale Selbstverwaltung ist den Prinzipien der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verpflichtet. Damit Grundwerte wie Qualität, Solidarität, Wirtschaftlichkeit auch in einer digitalisierten gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung nicht infrage gestellt werden und Patienten- und Versicherteninteressen wie Sicherheit, Datenschutz und Transparenz nicht aus dem Blick geraten, braucht es eine starke Selbstverwaltung mit eigenverantwortlichen Handlungsspielräumen mehr denn je.

Glossar

Soziale Selbstverwaltung

Im Sozialgesetzbuch IV hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Sozialversicherungsträger in Deutschland eine eigenständige, vom Staat unabhängige Verwaltung aufbauen. Darin sollen Versicherte sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber – als Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der Sozialversicherung – eigenverantwortlich bei der Erledigung öffentlicher Aufgaben mitwirken. Damit einher geht der Gedanke von politischer, menschlicher und sozialer Freiheit. Der Staat legt zwar den rechtlichen Rahmen für die Gestaltung der sozialen Sicherung fest und prüft dessen Einhaltung (Rechtsaufsicht). Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben ist jedoch der Selbstverwaltung überlassen. Ziel ist es, die gesellschaftlich relevanten Akteure direkt in die Verantwortung zu nehmen, um zu gewährleisten, dass die Gestaltung der sozialen Sicherung der Lebenswirklichkeit entspricht und sachorientierte Entscheidungen getroffen werden.

Sozialwahl

In der Sozialwahl oder Sozialversicherungswahl werden in Deutschland die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Sozialversicherungsträger von wahlberechtigten Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern selbst bestimmt. Diese wählen alle sechs Jahre ehrenamtliche Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten- und Arbeitgeberseite in die Organe aller Träger der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung. Mit mehr als 51 Mio. Wahlberechtigten ist die Sozialwahl nach der Bundestags- und der Europawahl die drittgrößte Wahl in Deutschland. Grundsätzlich wird bei der Sozialwahl zwischen Urwahl und Friedenswahl unterschieden. Eine Urwahl erfolgt mit Wahlbeteiligung (abschließend Briefwahl). Von einer Friedenswahl spricht man, wenn auf die eigentliche Wahlhandlung verzichtet wird. Dann gilt der vorliegende Wahlvorschlag von Vertreterinnen und Vertretern automatisch als angenommen. Den Krankenkassen wird im Rahmen eines Modellprojekts

bei den nächsten Sozialversicherungswahlen im Jahr 2023 erstmals die Möglichkeit eröffnet, die Stimmabgabe über das Internet per Online Wahlen zu organisieren.

Verwaltungsrat

Dieses Gremium ist das wichtigste Organ der sozialen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Darin wirken in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung die unmittelbar Betroffenen mit, d. h. die in der Sozialwahl gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten sowie der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Der Verwaltungsrat beschließt die Satzung, wählt und kontrolliert den hauptamtlichen Vorstand, trifft wichtige strategische bzw. gesundheitspolitische Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung und beschließt den Haushalt. Er ist somit an allen Entscheidungen beteiligt, die die Versicherten sowie die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler direkt betreffen.

Entscheidungen des Verwaltungsrats für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung

Ambulante Versorgung Arzneimittel(-versorgung)

Finanzbezogene Fragestellungen der Krankenkassen

Heilmittel Hilfsmittel

Hospiz- und Palliativversorgung

Patientenrechte und -schutz

Pflege

Ambulante Versorgung

- Positionspapier: Weiterentwicklung der Bedarfsplanung
- Positionspapier: Neuordnung der spezialärztlichen Versorgung
- Positionspapier: Reformvorschläge für die ambulante Psychotherapie
- Positionspapier: Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung
- Positionspapier zur Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Versorgung und zum Schutz der Versicherten vor Überforderung

Arzneimittel(versorgung)

- Positionspapier: Handlungsfelder für Qualität und Finanzierbarkeit in der Arzneimittelversorgung
- Positionspapier: Neuordnung der Apothekenstrukturen und -vergütung

Finanzbezogene Fragestellungen der Krankenkassen

- Satzungsregelung: Weiterentwicklung der Finanzhilfenordnung aufgrund gesetzlicher Neuregelung
- Positionierung zur Doppelverbeitragung von Betriebsrenten

Heilmittel

- Positionspapier: Reformbedarf in den Berufsgesetzen, Finanzierbarkeit der Heilmittelversorgung, evidenzbasierte Ausgestaltung des Heilmittelkatalogs und Bewertung telemedizinischer Therapieangebote

Hilfsmittel

- Beschluss: Verbesserung der Versorgungssituation hörgeschädigter Menschen u. a. durch die Anpassung der Festbeträge für an Taubheit grenzende Versicherte und für mittel- und hochgradig Schwerhörige

Hospiz und Palliativversorgung

- Positionspapier: Weiterentwicklungsbedarf der Hospiz- und Palliativversorgung

Patientenrechte und -schutz

- Positionspapier: Patientenrechtegesetz
- Positionspapier: Aktueller Umsetzungsstand eines Regelangebotes zur Unabhängigen Patientenberatung und zur weiteren Entwicklung
- Positionspapier: Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
- Positionspapier: Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Gesundheits- und Pflegepolitik

Prävention und Gesundheitsförderung **Qualitätssicherung**
 Stationäre Versorgung
Telematik/ Telemedizin
 Zahnmedizinische Versorgung
Weiterentwicklung der Versorgung

Pflege

- Eckpunkte zur Überarbeitung des neuen „Pflegebedürftigkeitsbegriffs“
- Positionspapier: Überarbeitung der Pflege Transparenzvereinbarungen

Politik: Gesundheit und Pflege

- Gesundheits- und pflegepolitische Positionen vor Beginn der 17., 18. und 19. Legislaturperiode
- Position zur Gesundheits- und Pflegepolitik anlässlich der Europawahl

Prävention und Gesundheitsförderung

- Eckpunkte: Verbesserung der Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung

Qualitätssicherung

- Positionspapier: Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Positionspapier: Weiterentwicklung der stationären Qualitätssicherung

Stationäre Versorgung

- Positionspapier: Reform der Krankenhausversorgung und Finanzierung
- Positionspapier: Umsetzungskonzept Medizin technische Innovationen im Krankenhaus
- Erklärung: Pflegepersonaluntergrenzen (per Rechtsverordnung eingeführt)
- Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

Telematik/Telemedizin

- Konzept: Beschleunigung des Telematikinfrastruktur Projekts
- Positionspapier: Definition von Prüfkriterien für die Bewertung von telemedizinischen Leistungen und geeigneten Anwendungsgebieten von Telemedizin sowie Perspektiven zur Nutzung und zum Ausbau der Telematikinfrastruktur
- Positionspapier: Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte
- Positionspapier: Digitale Versorgungsangebote in der Finanzierungsverantwortung der GKV

Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung

- Positionspapier: Zukunft des Innovationsfonds

Außerordentliche Mitgliederversammlung stärkt Selbstverwaltung

Bei der außerordentlichen Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes im September 2019 stand Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Vertreterinnen und Vertretern der sozialen Selbstverwaltung wie auch hauptamtlichen Kassenvorständen Rede und Antwort zu seinen Reformplänen. Hintergrund für die Einberufung der Sonder-Mitgliederversammlung waren die vorliegenden Gesetzentwürfe zum Faire-Kassenwahl-Gesetz (GKV-FKG) sowie zum Reformgesetz des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-Reformgesetz). Beide gesetzliche Vorhaben enthielten Regelungen zur Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung in maßgeblichen Institutionen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So sollte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes

**„Um den Herausforderungen des komplexen Gesundheitswesens zu begegnen, brauchen wir mehr soziale Selbstverwaltung und Mitbestimmung - nicht weniger.“
Roswitha Weinschenk**

im GKV-FKG nicht mehr aus ehrenamtlichen Verwaltungsratsmitgliedern der Mitgliedskassen bestehen, sondern aus 40 hauptamtlich tätigen Vorstandsmitgliedern der Kassen gebildet werden. Nach den Regelungen im Entwurf des MDK-Reformgesetzes sollten Verwaltungsratsmitglieder einer Krankenkasse diesen Gremien ausdrücklich nicht mehr angehören dürfen. Zudem sollen künftig neben Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen auch Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen sowie von Leistungserbringern Mitglieder der MDK-Verwaltungsräte sein.

Statements gegen Entmachtung

Bereits in der Begrüßung machte Roswitha Weinschenk, Vorsitzende der Mitgliederversammlung, klar: „Um den Herausforderungen des komplexen Gesundheitswesens zu begegnen, brauchen wir mehr soziale Selbstverwaltung und Mitbestimmung - nicht weniger.“ Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, ergänzte in ihrem Impuls-Statement: „Sozialpartnerschaftliche Mitbestimmung gehört zum gesellschaftlichen Grundkonsens. Deshalb muss das Vorhaben des Ministeriums ersatzlos aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden!“

Prof. Peter Axer von der Universität Heidelberg beleuchtete die Gesetzentwürfe aus juristischer Sicht. Sein Fazit: „Das MDK-Reformgesetz macht den Medizinischen Dienst zu einer Sachverständigen-Organisation - allerdings ohne Sachverstand der Krankenkassen.“. In einem darauffolgenden moderierten Gespräch mit den beiden Verwaltungsratsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes stellten Dr. Volker Hansen und Uwe Klemens die erfolgreiche, schnelle und effektive Arbeit der Selbstverwaltung heraus. Gleichzeitig forderten sie die Politik auf, sich klar und deutlich zur Selbstverwaltung und zur Sozialpartnerschaft zu bekennen.

Position des Bundesgesundheitsministers

Vor den rund 260 Teilnehmerinnen und Teilnehmern erklärte der Bundesgesundheitsminister anschließend, dass er bei seinem grundsätzlichen Reformvorhaben bleiben wolle, aber auch kompromissbereit sei. So könne er sich vorstellen, den ehrenamtlichen Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, welcher weiterhin aus Arbeitgeber- sowie Versichertenvertreterinnen und -vertretern bestehen soll, in verkleinerter Form beizubehalten. Zudem wolle er an der stärkeren Gleichberechtigung von Frauen und Männern im Verwaltungsrat festhalten. Ein neues ergänzendes Gremium, das sich aus hauptamtlichen Kassenvorständen mit Entscheidungskompetenzen zusammensetzt, stärke die Abstimmungskultur des GKV-Spitzenverbandes. Aus Spahns Sicht werde der Austausch mit den Selbstverwalterinnen und Selbstverwaltern durch die Einbeziehung der Kassenvorstände in sogenannten „Rückkopplungsschleifen“ gefördert. Dies ver helfe dem Verband insgesamt zu einem praxisnäheren Verständnis. Auch die MDK-Reform verteidigte Spahn. Diese führe bei gesetzlich Versicherten zu einer größeren Akzeptanz von Entscheidungen, da die Medizinischen Dienste zukünftig vollkommen frei vom Einfluss der Krankenkassen seien.

Position der anwesenden Delegierten

Die anwesenden Delegierten der Mitgliedskassen und die Verwaltungsratsmitglieder wiesen die

Aussagen Spahns vehement zurück. Die geplanten Gesetzesinitiativen seien nichts anderes als ein direkter Angriff auf eines der tragenden Prinzipien des deutschen Sozialsystems. Die soziale Selbstverwaltung sei ein Ausdruck gelebter Demokratie und habe sich in der Praxis bewährt. Zudem seien die Reformvorschläge sachlich unbegründet, da die Mitglieder des Verwaltungsrats aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zu den Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern die unterschiedlichsten Bedarfslagen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung aus erster Hand erlebten. Eine sogenannte Professionalisierung, wie sie in der Gesetzesbegründung zum GKV-FKG erwähnt wird, sei daher überflüssig. Mit einem Verwaltungsrat aus hauptamtlichen Kassenvorständen würde den Sozialpartnern auf Bundesebene zudem die Möglichkeit genommen, den Belangen von Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern gegenüber der Politik Geltung zu verschaffen. Auch das MDK-Reformgesetz sei nicht notwendig, da die Krankenkassen und deren Verwaltungsräte im MDK schon heute keinerlei Einfluss auf die Begutachtungspraxis hatten.

Abschwächung der Gesetzespläne in zentralen Punkten

Im Oktober 2019 wurde vom Bundeskabinett die neue Fassung des GKV-FKG unter dem neuen Namen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz beschlossen. Die Bundesregierung hat auf die Kritik der Sozialpartner, der Verwaltungsräte der Krankenkassen und deren -verbänden sowie des GKV-Spitzenverbandes reagiert und den Plan, einen Verwaltungsrat aus hauptamtlichen Vorständen vorzusehen, fallen gelassen.

Die geplanten Gesetzesinitiativen sind nichts anderes als ein direkter Angriff auf eines der tragenden Prinzipien des deutschen Sozialsystems.

Selbstverwaltung zeigt Geschlossenheit

Die außerordentliche Mitgliederversammlung hat gezeigt, dass die soziale Selbstverwaltung beim GKV-Spitzenverband in schwierigen Zeiten zusammensteht. Es gab lebhafte Diskussionen auf Augenhöhe und die Bereitschaft, dem Gesundheitsminister mit schlüssigen Argumenten entgegenzutreten. Die soziale Selbstverwaltung wendet sich entschieden gegen jegliche Bestrebungen, die die staatliche Unabhängigkeit ihrer Aufgaben und ihres Handelns von staatlichen Stellen gefährden.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Der Verwaltungsrat setzte sich im Schulterschluss mit den Sozialpartnern gegen den Generalangriff auf Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft zur Wehr.

Die in den letzten Jahren vorgenommenen Eingriffe in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung fanden im Berichtsjahr ihren Höhepunkt in der geplanten Abschaffung der Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband und in den Medizinischen Diensten. Anlässlich des Besuchs von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kritisierte der Verwaltungsrat in seiner Sitzung am 19. März 2019 die zunehmende Einschränkung der Handlungsrechte der gemeinsamen und sozialen Selbstverwaltung in der vergangenen und laufenden Legislaturperiode scharf. Mit Verweis auf aktuelle Beispiele - die Veränderung der Gesellschafterstruktur der gematik, der Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung durch gesetzliche Vorgaben zum Abbau von Finanzreserven bei den Krankenkassen oder der Eingriff in die Methodenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) - wurde der Bundesgesundheitsminister um Stellungnahme gebeten. Der Verwaltungsrat machte seine Erwartung deutlich, dass die Handlungsmöglichkeiten der sozialen Selbstverwaltung - wie im Koalitionsvertrag vorgesehen - gestärkt und nicht eingeschränkt werden.

Selbstverwaltung verteidigt

Wenige Tage nach dem Besuch des Bundesgesundheitsministers wurden die Pläne zur Neuorganisation des Verwaltungsrats bekannt, die der Minister mit seinem Referentenentwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung - später Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (FKG) - vorlegte. Der Verwaltungsrat wandte sich daraufhin in einer Sondersitzung gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Sozialpartner öffentlich gegen die angestrebte Bildung des Verwaltungsrats aus hauptamtlichen Vorständen und sendete damit ein deutliches Signal an die Politik. Daran schlossen sich zahlreiche Aktivitäten und Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene an, mit denen sich der Verwaltungsrat im Schulterschluss mit den Sozialpartnern gegen das Reformvorhaben zur Wehr setzte, das als Generalangriff auf Selbstverwaltung und Sozialpartnerschaft angesehen wurde.

Nach Bekanntwerden der geplanten Organisationsreform des Medizinischen Dienstes (MDK-Reformgesetz), die ebenfalls auf eine Abschaffung der Selbstverwaltung in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste und auf Bundesebene zielte, positionierte sich der Verwaltungsrat klar gegen dieses Reformvorhaben. In den öffentlichen Erklärungen wurde die Befürchtung geäußert, dass mit den Plänen ein Systemwechsel in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung angestrengt werde. Das Schlagwort der „Professionalisierung“ bzw. die angeblich größere Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste dienten lediglich als Vorwände, um die soziale Selbstverwaltung zu entmachten.

Das geschlossene Vorgehen der Verwaltungsräte der Mitgliedskassen und der Sozialpartner zeigte sich auch deutlich in einer außerordentlichen Mitgliederversammlung, in der Bundesgesundheitsminister Spahn den Delegierten der Mitgliedskassen sowie den Verwaltungsratsmitgliedern Rede und Antwort stand. Die Kritik an dem Vorhaben wurde von den Delegierten und weiteren geladenen Gästen deutlich vorgetragen. Sie forderten



die politischen Entscheidungsträger auf, bewährte Entscheidungsstrukturen nicht infrage zu stellen. Infolge des massiven Widerstands der Selbstverwaltung und der Sozialpartner konnte im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Abschaffung der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband verhindert werden.

Umfangreiche Gesetzgebung begleitet

Trotz der massiven Angriffe, die die Arbeit der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes das gesamte Jahr über maßgeblich begleiteten, wurde der Verwaltungsrat seiner Verantwortung gerecht und traf wichtige Entscheidungen zur gesundheitlichen Versorgung. Neben den geplanten Organisationsreformen im FKG und MDK-Reformgesetz waren die fünf Fachausschüsse des Verwaltungsrats durch die zahlreichen Gesetzesvorhaben von Bundesminister Spahn - wie z. B. das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das Implantateregistergesetz, das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das Onlinezugangsgesetz sowie das Diskussionspapier des BMG zur Reform der Notfallversorgung - gleichermaßen gefordert. Entgegen der vom Minister geäußerten Kritik hat die Selbstverwaltung durchaus Handlungsfähigkeit bewiesen. Sie stellte zudem unter Beweis, dass sich die bestehende Gremienstruktur und die etablierten Beratungsprozesse über die Fachebene, den Fachbeirat und die Fachausschüsse bis hin zum Verwaltungsrat bewährt haben.

Im noch laufenden Gesetzgebungsverfahren des Terminservice- und Versorgungsgesetzes hat der Verwaltungsrat politische Positionen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und finanziellen Entlastung der Versicherten eingebracht. Neben der im Gesetz vorgesehenen Festzuschuss-Erhöhung von 50 % auf 60 % wurde die Erhöhung zum 1. Januar 2020 vorgezogen. Weitere Positionen zur Kostenbegrenzung für die Versicherten richteten sich u. a. auf die dauerhafte Begrenzung der Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte, auf die



Abgrenzung von Mehrleistungen und Regelleistungen und auf die Aufnahme von vollkeramischen und vollkeramisch verblendeten Kronen und Brücken in die Regelversorgung. Diese Positionen bilden die Grundlage für ein Positionspapier, das in die kommende Gesetzgebung eingebracht wird.

Zeitgerecht hat der Verwaltungsrat entsprechend der im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode verabredeten Fortsetzung des Innovationsfonds über das Jahr 2019 hinaus ein Positionspapier zur Anpassung der gesetzlichen Regelungen verabschiedet. Die Forderungen wurden weitgehend im DVG aufgegriffen.

Handlungsfähigkeit bewies der Verwaltungsrat auch im Arzneimittelbereich. Vor dem Hintergrund des Anstiegs hochpreisiger Arzneimittel insbesondere für neuartige Therapien, die häufig ohne ausreichende Datengrundlage zugelassen werden, beschloss er politische Forderungen zur Verbesserung der Qualität und Finanzierbarkeit in diesem Versorgungssegment.

Weitblick und Initiative zeigte der Verwaltungsrat bei der im Rahmen des DVG vorgesehenen Einrichtung einer Datensammelstelle beim GKV-Spitzenverband. Auf Empfehlung der mit dem Thema befassten Fachausschüsse Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik sowie Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen befürwortete

Die Selbstverwaltung stellte unter Beweis, dass sich die bestehende Gremienstruktur und die etablierten Beratungsprozesse bewährt haben.

der Verwaltungsrat das Vorhaben. Er sprach sich darüber hinaus für eine Nutzung der über die Datensammelstelle erhobenen Daten durch

den GKV-Spitzenverband aus: für die gesetzlich wahrzunehmenden Aufgaben im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung einerseits sowie für die Versorgungsforschung andererseits. Ziel soll es sein, die für die gesetzliche Krankenver-

sicherung (GKV) relevanten Entwicklungen im Versorgungsgeschehen zu analysieren.

Positionspapier zu den Europawahlen 2019

Im Berichtsjahr stand auch die Wahl zum Europäischen Parlament und zur Neubildung der Europäischen Kommission an. Um die Interessen der GKV gegenüber der Europäischen Union (EU) zu vertreten, brachte sich der Verwaltungsrat im Vorfeld mit einem Positionspapier in die politische Debatte auf EU-Ebene ein. Im Fokus stand die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten bei wichtigen Zukunftsthemen wie etwa bei der Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, bei der Nutzung der Digitalisierung oder bei gemeinsamen Forschungsanstrengungen, um die Potenziale gemeinsam auszuschöpfen und die Gesundheitssysteme zukunftssicher zu machen.

Darüber hinaus informierte sich der Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik für seine künftige Arbeit über die gesundheitspolitischen Schwerpunkte der 9. Legislaturperiode der EU in Brüssel, um mit Blick auf die Übernahme der EU-Ratspräsidentschaft ab 1. Juli 2020 entsprechende Impulse setzen zu können.



Wechsel im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

Mitte 2019 fand der langfristig geplante Wechsel im Vorstand des GKV-Spitzenverbandes statt. Damit verließ ein ebenso versierter wie leidenschaftlicher Repräsentant der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die gesundheitspolitische Bühne: Johann-Magnus von Stackelberg, seit 2007 stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, verabschiedete sich in den Ruhestand.

Johann-Magnus von Stackelberg begann seinen Weg in der GKV 1982 beim Wissenschaftlichen Institut der AOK. Er war von 1990 bis 2007 für das Vertragswesen des AOK-Bundesverbandes verantwortlich, zuletzt als stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes. Im Juli 2007 wählte ihn der Verwaltungsrat zum Vorstandsmitglied und stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes. Als Mitglied des Gründungsvorstandes des neuen Verbandes neben Dr. Doris Pfeiffer und K.-Dieter Voß war Johann-Magnus von Stackelberg im folgenden Jahr zunächst mit dem strukturellen und personellen Aufbau der Abteilungen Ambulante Versorgung, Arznei- und Heilmittel, Krankenhäuser sowie des Stabsbereichs Vertragsanalyse befasst. Nachdem der GKV-Spitzenverband zum 1. Juli 2008 seine gesetzlichen Aufgaben übernommen hatte, steuerte und prägte Johann-Magnus von Stackelberg dessen Vertragspolitik.

Verabschiedung und Würdigung

An der Verabschiedungsfeier im Juni 2019 in der Landesvertretung Sachsen-Anhalt in Berlin-Mitte nahmen zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitswesen und Politik teil, um Johann-Magnus von Stackelberg im Beisein seiner Familie für seine Verdienste zu danken und ihm für den neuen Lebensabschnitt alles Gute zu wünschen. Der Mitarbeiterchor des GKV-Spitzenverbandes verlieh der Veranstaltung mit seinen Liedern eine heiter-besinnliche Atmosphäre, in die sich die Abschiedsworte, die Uwe Klemens, Dr. Doris Pfeiffer und Dr. Wulf-Dietrich Leber an den scheidenden Vorstand und Kollegen richteten, gut einfügten. Auch der Bundesminister für Ge-

sundheit, Jens Spahn, ließ es sich nicht nehmen, Johann-Magnus von Stackelberg beim Sommerfest des GKV-Spitzenverbandes in einer sehr persönlichen Rede zu würdigen.

Vier Jahrzehnte im Dienste der GKV

In seinem Rückblick zählte Johann-Magnus von Stackelberg die Veränderungen im Gesundheitswesen, die mit der Realisierung der Deutschen Einheit nach 1990 in der GKV zu bewältigen waren, zu den markantesten Herausforderungen. In der jüngeren Zeit sei aus seiner Sicht das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) besonders bedeutsam gewesen. Ein wegweisender und damals überfälliger Schritt, wie er befand, um das Preismonopol der Pharmaindustrie anzugehen und die steigenden Arzneimittelausgaben der Krankenkassen zu begrenzen. Die Umsetzung habe jedoch beim GKV-Spitzenverband auch eine Vielzahl organisatorischer Maßnahmen und zusätzliche personelle Ressourcen erfordert, um die neuen gesetzlichen Aufgaben rund um die Erstattungsbetragsverhandlungen sachgerecht wahrnehmen zu können.

Zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter aus Gesundheitswesen und Politik dankten Johann-Magnus von Stackelberg für seine Verdienste rund um die GKV.



Sein Handeln und seine Haltung waren ein eindrucksvolles Plädoyer für das Wesen der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Über knapp vier Jahrzehnte im Dienste der Solidargemeinschaft, davon viele Jahre an exponierter Stelle, hat Johann-Magnus von Stackelberg den Wandel des Gesundheitswesens in all seinen Facetten begleitet und verantwortlich mitgestaltet. In unzähligen Verhandlungen mit der Leistungserbringerseite trat er unbeirrbar, mit großer Klarheit und kluger Analyse für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung ein. Sein Handeln und seine Haltung waren ein eindrucksvolles Plädoyer für das Institut der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Mit seinem Abschied verliert die GKV nicht nur eine herausragende Persönlichkeit, sondern auch einen ihrer profiliertesten Experten in der Vertragspolitik.

„Ich bin mit mir im Reinen.“ Mit diesem Satz verabschiedete sich Johann-Magnus von Stackelberg von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des GKV-Spitzenverbandes. Ein wunderbarer Satz am Ende eines langen Berufslebens.

Der neue Vorstand des GKV-Spitzenverbandes

Im Zuge der Neuaufstellung des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes wählte der Verwaltungsrat im März 2019 Gernot Kiefer zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden. Er gehört der Führungsspitze des GKV-Spitzenverbandes seit rund zehn Jahren an. In seiner Zuständigkeit sind die Abteilungen Zentrale Dienste mit den Bereichen Personal und Finanzen sowie die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) angesiedelt. Sein Verantwortungsbereich umfasst außerdem die Abteilung Gesundheit, die die Themen Pflegeversicherung, Leistungsrecht, Hilfsmittel und Prävention bearbeitet. Mit den Pflegestärkungsgesetzen und der Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde die umfangreichste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung vor über 20 Jahren umgesetzt. Der GKV-Spitzenverband hat unter Führung von Gernot Kiefer hierfür tragfähige Handlungsgrundlagen geschaffen und wichtige Impulse geliefert.

Als neues Mitglied zog Stefanie Stoff-Ahnis in den Vorstand ein, die vom Verwaltungsrat bereits im November 2018 gewählt worden war. Zuvor war die Juristin als Mitglied der Geschäftsleitung bei der AOK Nordost tätig und dort für den Bereich Versorgung zuständig. Beim GKV-Spitzenverband verantwortet sie seit dem 1. Juli 2019 die Ressorts ambulante und stationäre Versorgung sowie Arznei- und Heilmittel. Ihre Ziele sind insbesondere, sich für patientenfreundliche, nachhaltige und wirtschaftliche Strukturen einzusetzen und die Versorgungsqualität - auch unter Nutzung innovativer Instrumente - zu sichern und auszubauen.



Software_

Ausbau der digitalen Infrastruktur

Anfang Dezember 2019 waren schätzungsweise erst 67 % der ambulanten Leistungserbringerinstitutionen an die TI angebunden.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens setzt die Anbindung aller Leistungserbringer an eine sichere Dateninfrastruktur, die Telematikinfrastruktur (TI), voraus. Ab dem Zeitpunkt der Anbindung an die TI können Leistungserbringer die entsprechend zugelassenen Online-Anwendungen nutzen. Als erste Anwendung steht derzeit bereits das Versichertenstammdatenmanagement zur Verfügung. Damit können die Versichertenstammdaten online auf Aktualität geprüft und bei Bedarf angepasst werden. Weitere Anwendungen sind in der Erarbeitung und Erprobung.

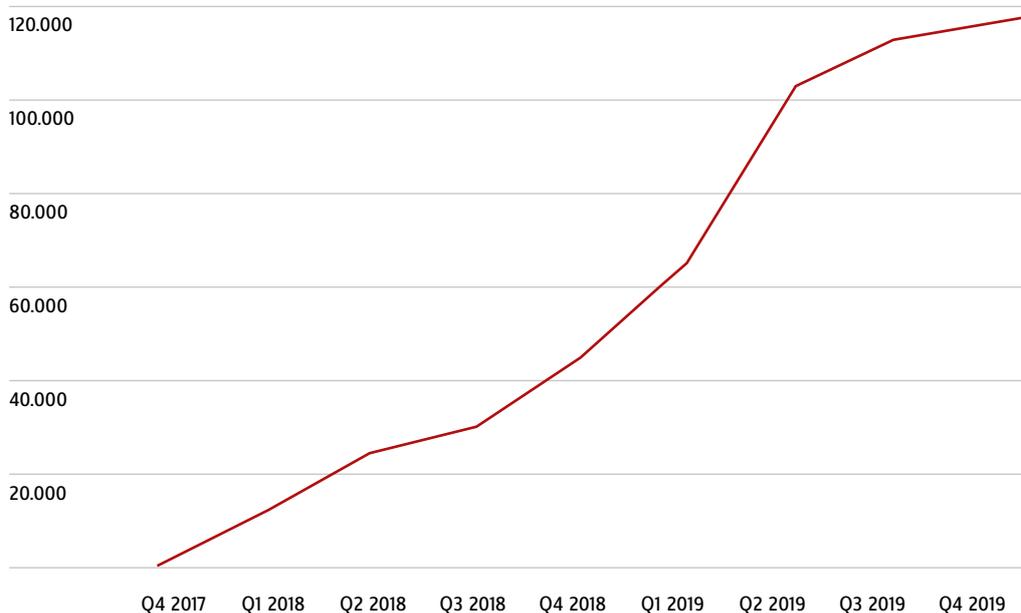
TI-Anbindung geht schleppend voran

Ziel des Gesetzgebers war es, 2019 alle Arzt- und Zahnarztpraxen an die TI anzuschließen. Mit steigender Anzahl verfügbarer Produkte

zur Praxisanbindung (Konnektoren) nahm die Anzahl angebundener Leistungserbringer Ende 2018 bereits zu. Zudem wurde vom Gesetzgeber mit dem 30. Juni 2019 eine Frist zur Anbindung vorgegeben, die bei Nichteinhaltung Vergütungskürzungen vorsieht. Trotzdem waren Anfang Dezember 2019 schätzungsweise erst 67 % der ambulanten Leistungserbringerinstitutionen an die TI angebunden.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) soll das Ziel der vollständigen Praxisanbindung an die TI weiterverfolgt werden. Dazu ist eine Kürzung der Vergütung vertragsärztlicher Leistung bei Nicht-Anbindung an die TI von zunächst 1 % auf 2,5 % ab 1. März 2020 vorgesehen. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber im DVG die Ausweitung der TI auf weitere Leistungserbringergruppen vorgegeben.

Anzahl angebundener (Zahn-)Ärzte an die Telematikinfrastruktur



Stand: Januar 2020
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan im Feldtest

Parallel entwickelt die Industrie neue Anwendungen für die TI und die Produkte zur TI-Anbindung nach den Vorgaben der gematik weiter. In der nächsten Stufe werden die adressierte Kommunikation der Leistungserbringer (kurz KOM-LE) als sicheres Übermittlungsverfahren und der für die medizinischen Anwendungen notwendige Basisdienst Qualifizierte elektronische Signatur (QES) eingeführt. Zudem hatte der erste Hersteller Mitte 2019 mitgeteilt, dass sein Konnektor Ende 2019 für die ersten medizinischen Anwendungen, Notfalldatenmanagement (NFDm) und elektronischer Medikationsplan (eMP), die Zulassungstests bei der gematik durchläuft. Nach erfolgreicher Zulassung wird der Konnektor in einem Feldtest bei ausgewählten Praxen und Apotheken sowie in einem Krankenhaus in realer Umgebung für die Anwendungen NFDm und eMP getestet. Der erste Konnektor-Feldtest wird im ersten Quartal 2020 starten. Für die Nutzung der medizinischen Anwendungen benötigen Versicherte eine PIN zu ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Der GKV-Spitzenverband hat seine Mitgliedskassen umfassend über den bevorstehenden Feldtest informiert und auf die Notwendigkeit des PIN/PUK-Versands für einen erfolgreichen Feldtest sowie zur Nutzung der Anwendungen im anschließenden Produktivbetrieb hingewiesen.

ePA und E-Rezept in Arbeit

Darüber hinaus begleitet der GKV-Spitzenverband intensiv die Entwicklung weiterer Anwendungen. Im Mai 2019 wurden die notwendigen Spezifikationen für die Entwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) veröffentlicht, auf deren Basis die Industrie diese nun entwickeln kann. Die gesetzliche, sanktionsbewehrte Frist, nach der Krankenkassen zum 1. Januar 2021 ihren Versicherten eine ePA anbieten können müssen, ist sehr ambitioniert. Die Nutzung der ePA durch die Versicherten setzt zudem einen weiterentwickelten Konnektor voraus. Ähnlich ambitioniert ist die Frist zum elektronischen Rezept (E-Rezept). Die gematik muss bis zum 30. Juni 2020 alle notwendigen Dokumente zur Entwicklung des E-Rezepts veröffentlicht haben, auf deren Basis die Industrie dieses entwickeln kann.

Grundlegende Änderungen der Gesellschafterstruktur der gematik

Durch das im Mai 2019 in Kraft getretene Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) wurde gesetzlich die Übernahme von 51 % der Gesellschafteranteile an der gematik durch die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG), geregelt. Der GKV-Spitzenverband hält entsprechend TSVG fortan 24,5 % der Anteile,

Die Finanzierungsverantwortung in der gematik liegt auch weiterhin allein bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

ebenso die Leistungserbringerorganisationen insgesamt. Die Finanzierungsverantwortung aber liegt auch weiterhin allein bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zugleich wurde ihr Einfluss im obersten Entscheidungsgremium der gematik, der Gesellschafterversammlung, deutlich beschnitten: Hier ist eine einfache Mehrheit für Beschlüsse ausreichend.

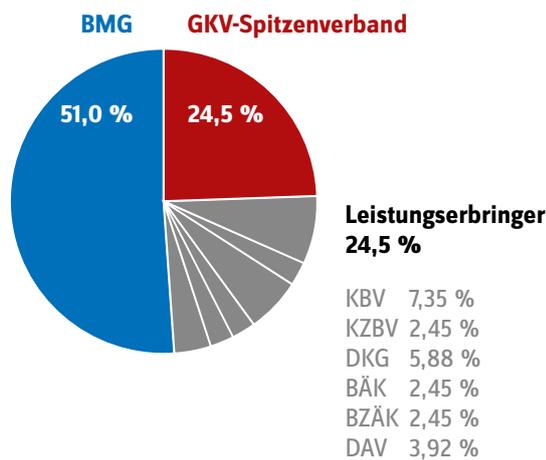
Die Rolle der GKV soll zukünftig nur unterstützend sein, bei gleichzeitiger Erweiterung der Gestaltungs-kompetenzen der gematik.

Im Zuge der Gesellschafterversammlung Mitte Mai 2019 wurde die Veränderung der Gesellschafterstruktur notariell vollzogen. Unter Vorsitz des neuen, nunmehr vom BMG gestellten Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung erfolgte der Beschluss, dass die Satzungsorgane der gematik weiter wie

bisher bestehen sollen. Die Sondergesellschafterversammlung im Juni 2019 berief dann mit der Stimme des BMG und dessen Mehrheit von 51 % Herrn Dr. Markus Leyck Dieken als neuen Geschäftsführer der gematik. In der Gesellschafterversammlung am 2. Oktober 2019 wurde der Umbau der bisherigen Gremienstruktur weiter fortgeführt. Die bisherigen Fachgremien erfuhren eine Neugestaltung durch Zusammenführung oder Auflösung. Die Bedeutung der fachlichen Zuarbeiten der Gesellschafter wurde im Zuge dessen neu bewertet und begrenzt. Ihre Rolle soll zukünftig nur fachlich unterstützend sein, bei gleichzeitiger Erweiterung der Gestaltungs-kompetenzen der gematik.

Entscheidungskompetenzen vs. Zahlungsverpflichtungen in der gematik

Gesellschafteranteile (Stimmanteile) nach TSVG



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zahlungsverpflichtungen nach TSVG (unverändert)



Gesundheits-Apps auf Rezept

Im November 2019 verabschiedete der Bundestag das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung für eine bessere gesundheitliche Versorgung zu nutzen. Versicherte erhalten erstmalig, parallel zu den im SGB V genannten Leistungsarten, einen Rechtsanspruch auf eine medizinische Versorgung unter Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA). Inwiefern diese tatsächlich positive Versorgungseffekte haben, soll das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte prüfen und nach erfolgreicher Prüfung in einem amtlichen Verzeichnis als erstattungsfähige DiGA führen. Damit überträgt der Gesetzgeber die Gestaltungsverantwortung an eine staatliche Institution statt wie bisher an die gemeinsame Selbstverwaltung.

Patientenschutz vor Schnelligkeit

In der Diskussion um die inhaltliche Ausgestaltung der Prüfkriterien und Vergütungsregelungen für DiGA machte sich der GKV-Spitzenverband dafür stark, dass auch hier die Grundprinzipien des Patientenschutzes und der Wirtschaftlichkeit im Interesse der Versicherten befolgt werden müssen. Schnelle Zulassungen dürfen kein Selbstzweck sein. Dieses Anliegen wurde in einem kurzfristigen Änderungsantrag aufgegriffen. Die Prüfkriterien müssen nun immerhin den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin entsprechen. Positive Versorgungseffekte sollen nur dann konstatiert werden, wenn entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung nachgewiesen wurden. Dies ist auch für die Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband von Bedeutung. Er wird künftig mit den Herstellern der DiGA die Vergütungsbeträge verhandeln, die ein Jahr nach Aufnahme in das amtliche Verzeichnis ihre Gültigkeit entfalten. Erbringen die Hersteller nicht die nötigen Nachweise, etwa bei einer vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis für DiGA zur Erprobung, können niedrigere Preise vereinbart werden. Der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin wurde allerdings in der nachfolgenden Rechtsverordnung nicht mehr adäquat umgesetzt.

Elektronische Patientenakte und Datenschutz

Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 eine von der gematik zugelassene elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen. Andernfalls drohen massive finanzielle Sanktionen. Die ePA wird als zentrale Austauschplattform zwischen Leistungserbringern und Versicherten etabliert. Für Versicherte ist die ePA eine freiwillige Anwendung, für deren Nutzung sie sich bewusst entscheiden müssen.

Bis Anfang 2022 gibt es eine Übergangsfrist für die Migration bestehender elektronischer Gesundheitsakten in die ePA, ab April 2022 dürfen nach dem DVG elektronische Gesundheitsakten nicht mehr durch die Kassen finanziert werden.

Die Versicherten selbst haben volle Datensouveränität. Sie können Zugriffsrechte für verschiedene Berechtigungsbereiche erteilen oder keiner weiteren Person Zugriff auf die eigene Akte gewähren. Ein diesbezüglich feingranulares Berechtigungskonzept muss ab 2022 umgesetzt sein. Bis dahin gelten im ersten Jahr der Einführung der ePA (2021) daher besondere Aufklärungs- und Informationspflichten. Die ePA sieht zunächst drei Berechtigungsbereiche vor:

1. Dokumente von Leistungserbringern
2. Dokumente von Versicherten
3. Dokumente von Krankenkassen.

Erteilen Versicherte ihrer Krankenkasse Zugriffsberechtigung auf die ePA, so können Krankenkassen ausschließlich Dokumente in den Bereich für Krankenkassen einstellen. Ein lesender oder löschender Zugriff durch die Krankenkassen ist nicht möglich. Die Akte protokolliert sämtliche Zugriffe. Diese Protokolleinträge können nicht gelöscht werden und sind ausschließlich von der Akteninhaberin bzw. dem Akteninhaber einsehbar. In späteren Ausbaustufen soll das Berechtigungskonzept noch feinteiliger gestaltet werden, beispielsweise durch separat zu erteilen-

Auch für digitale Gesundheitsanwendungen müssen die Grundprinzipien des Patientenschutzes und der Wirtschaftlichkeit im Interesse der Versicherten befolgt werden.

de Zugriffsrechte für einzelne Arztgruppen oder Dokumente und (vertrauliche) Unterordner.

Digitale Versorgungsinnovationen fördern

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, erhalten Krankenkassen die Möglichkeit, die Entwicklung digitaler Innovationen finanziell zu fördern. Das können sein: digitale Medizinprodukte, telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren, die Entwicklung von Apps oder Verfahren zur Anwendung künstlicher Intelligenz. Die Förderung kann durch Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Dritten oder durch eine Kapitalbeteiligung in Höhe von

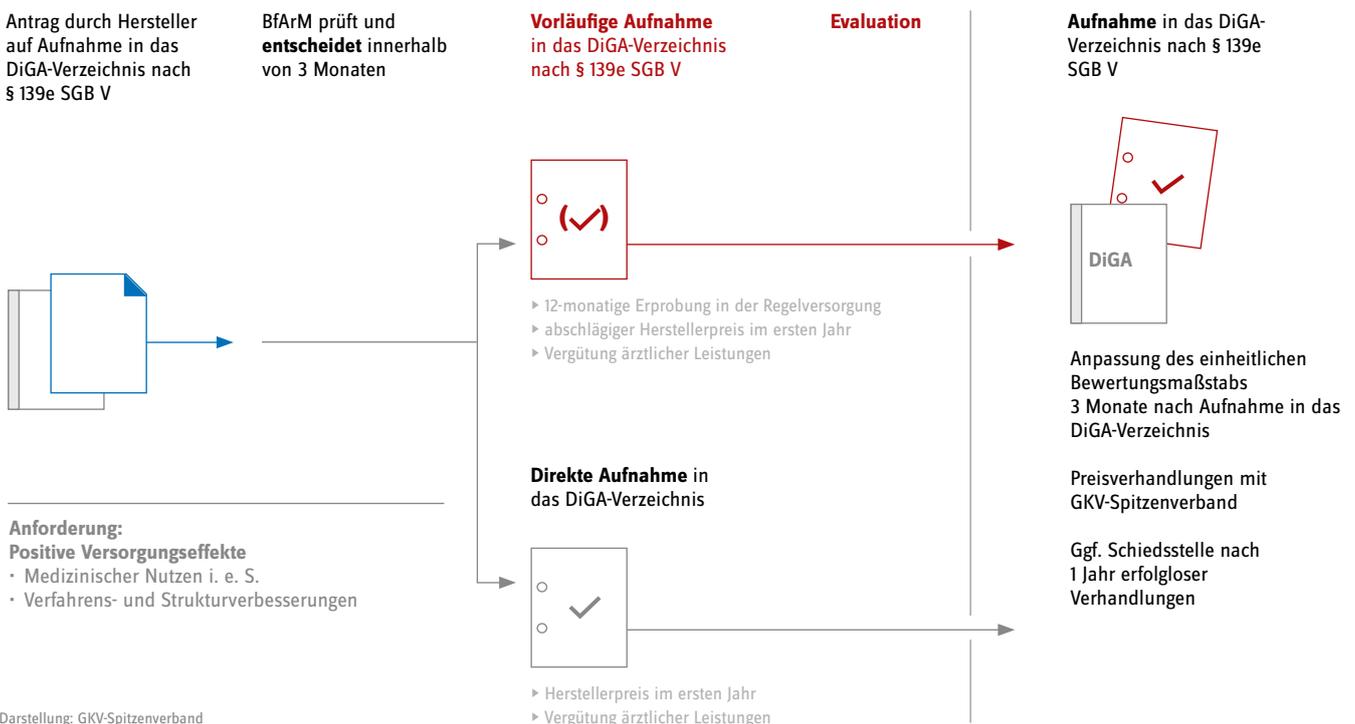
Die Versicherten selbst haben volle Datensouveränität über ihre elektronische Patientenakte.

bis zu 2 % der Finanzreserven der Kasse erfolgen. Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen in die Lage versetzt, in Zukunft noch aktiver Gesundheitsversorgung gestalten zu können.

Datentransparenz soll Versorgungsforschung stärken

Ein weiteres Ziel des DVG ist es, Daten künftig besser für Forschungszwecke nutzen zu können. Seit dem Jahr 2014 werden die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs als Teil der Abrechnungsdaten der gesetzlich Krankenversicherten für einen definierten Kreis von Nutzungsberechtigten bereitgestellt, u. a. für die Versorgungsforschung und die Krankenkassen so-

**Aufnahme in das Verzeichnis für DiGA
Vergütungsvereinbarungen zwischen GKV-Spitzenverband und Hersteller**



Darstellung: GKV-Spitzenverband

wie deren Verbände, für weitere Institutionen der Selbstverwaltung sowie für Institutionen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder. Die Nutzungsberechtigten können einen Antrag für ihre Projekte stellen. Sind die gesetzlich erlaubten Nutzungszwecke erfüllt, erhalten die Antragsteller aggregierte Ergebnismengen. Einzeldatensätze verbleiben dabei heute wie auch zukünftig unter der Kontrolle des Forschungsdatenzentrums und werden nicht weitergegeben.

Die Neuordnung der Datentransparenz sieht nun vor, über die bisherigen Daten hinaus weitere Abrechnungsdaten der gesetzlichen

Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Der GKV-Spitzenverband übernimmt gemeinsam mit den Krankenkassen die Rolle der Datensammlung. Der Schutz der Versichertendaten hat dabei höchste Priorität. Die Daten werden bereits bei der Krankenkasse pseudonymisiert und weder mit Namen noch mit Krankenversicherungsnummer weitergegeben. Mit der Übernahme der neuen Aufgabe werden die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände in die Lage versetzt, ihre Expertise für die Ausgestaltung der Neuordnung an zentraler Stelle einzubringen.

Erste digitale Versorgungsangebote

Ab 1. Januar 2021 ist ein elektronisches Verfahren zur Übermittlung der AU-Daten von den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie den Krankenhäusern an die Krankenkassen unter Nutzung der TI verbindlich vorgegeben.

Im Jahr 2019 wurde durch Selbstverwaltungspartner und Politik eine Reihe von Rahmenbedingungen für die Implementierung digitaler und telemedizinischer Anwendungen geschaffen. Ziel ist es, die digitalen Potenziale für die Versichertengemeinschaft, Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nutzbar zu machen.

E-Rezept auf dem Weg

Mit dem Gesetz zur sicheren Arzneimittelversorgung sollen gesetzlich Versicherte mithilfe der Telematikinfrastruktur (TI) in Zukunft ihre Rezepte digital verwalten und einlösen können. Hierfür sind drei Umsetzungsschritte vorgesehen:

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband sollen bis zum 31. März 2020 die notwendigen Regelungen für die Ärzteschaft zur Verwendung des E-Rezepts vereinbaren.
2. Im Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung sollen der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband alle notwendigen Regelungen für die Apothekerschaft zur Verwendung des E-Rezepts festlegen.
3. Bis zum 30. Juni 2020 hat die Gematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich

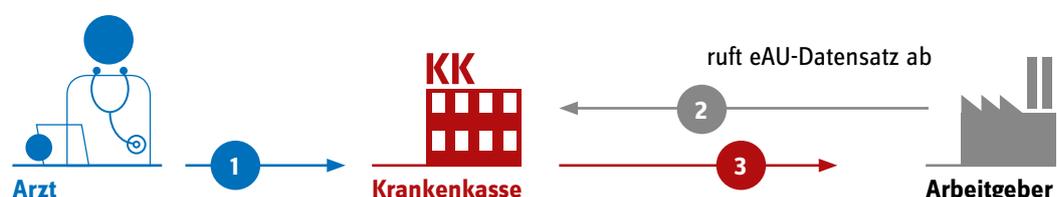
lich sind, damit ein E-Rezept über die TI übermittelt werden kann. Dieser Datenweg soll schrittweise auf weitere Verordnungen ausgeweitet werden und in Zukunft auch ohne direkten Kontakt zwischen (Zahn-)Ärztin oder (Zahn-)Arzt und Versicherten möglich sein

In Anlehnung an die drei Beteiligten eines Arzneiversorgungsprozesses - Ärztinnen und Ärzte, Versicherte und Apotheke - hat der Gesetzgeber ein direktes Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem E-Rezept zugrunde liegenden Verträgen geschaffen. Der Vertrag zwischen der Ärzteschaft und dem GKV-Spitzenverband auf der einen Seite sowie zwischen der Apothekerschaft und dem GKV-Spitzenverband auf der anderen Seite müssen explizit miteinander vereinbar sein. Beide Verträge müssen wiederum jeweils die Nutzung der TI für die Übermittlung des E-Rezepts vorsehen.

Digitaler Weg für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits 2018 ein Konzept für die Umstellung von heute rund 77 Mio. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform auf ein elektronisches Verfahren vorgestellt und aktiv in die politische Diskussion eingebracht. Die elektronische AU-Bescheinigung (eAU) wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz und - in einem zweiten Schritt - mit dem Dritten Gesetz zur Entlastung insbesondere

Digitale Übermittlung von AU-Daten



Darstellung: GKV-Spitzenverband

der mittelständischen Wirtschaft von Bürokratie weitestgehend durch den Gesetzgeber umgesetzt. Ab 1. Januar 2021 ist ein elektronisches Verfahren zur Übermittlung der AU-Daten von den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie den Krankenhäusern an die Krankenkassen unter Nutzung der TI verbindlich vorgegeben. Ab 1. Januar 2022 sollen für GKV-Versicherte auch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in das elektronische Verfahren eingebunden werden. Die Krankenkassen sind dann verpflichtet, die ihnen elektronisch zugegangenen AU-Daten zum elektronischen Abruf seitens der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bzw. bei geringfügig beschäftigten Versicherten seitens der Minijobzentrale bereitzustellen.

Der GKV-Spitzenverband hat die Gesetzgebungsverfahren aktiv begleitet und frühzeitig mit der Vorbereitung der Umsetzung des eAU-Verfahrens begonnen, sodass die erforderlichen Datensätze (u.a. Datensatzformate und -inhalte) und Verfahrensabsprachen bereits im Jahr 2019 auf den Weg gebracht werden konnten.

Ausweitung und Förderung von Videosprechstunden

Videosprechstunden sind als vertragsärztliche Leistungen seit 2017 in der Regelversorgung, wurden bislang aber nur in geringem Umfang erbracht. Ein verstärkter Einsatz von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung

birgt jedoch große Potenziale für die Erhöhung des Versorgungsangebots, die Flexibilisierung der Behandlung der GKV-Versicherten sowie die Reduzierung von Wartezeiten. Um Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren, hat der GKV-Spitzenverband mit der KBV zum 1. Oktober 2019 umfangreiche Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) beschlossen.

Die Anpassungen zielen einerseits darauf ab, bislang vorgesehene Beschränkungen zur Abrechnung von Videosprechstunden, die auf gesetzliche sowie berufsrechtliche Vorgaben zurückgingen, aufzuheben und der Videosprechstunde somit Raum für eine breite Anwendung zu geben. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere bereits im Frühjahr 2019 die ursprünglich vorgesehenen Indikationsbezüge (z. B. Videosprechstunden ausschließlich zur Wundkontrolle) aufgehoben. Zudem wurde infolge der Anpassung des Fernbehandlungsverbots durch den Deutschen Ärztetag der EBM angepasst, um Videosprechstunden zukünftig auch im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung zuvor unbekannter Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Es ist somit nicht länger Voraussetzung für die Durchführung einer Videosprechstunde, dass Patientinnen und Patienten bereits ein-

Videosprechstunden bergen große Potenziale für die Erhöhung des Versorgungsangebots, die Flexibilisierung der Behandlung der GKV-Versicherten sowie die Reduzierung von Wartezeiten.

Videosprechstunde



mal persönlich behandelt wurden. Vielmehr liegt es fortan im ärztlichen Ermessen, bei welchen (ggf. unbekannt) Patientinnen und Patienten die Durchführung einer Videosprechstunde anstelle einer persönlichen Konsultation in der Arztpraxis ausreichend und sachgerecht ist.

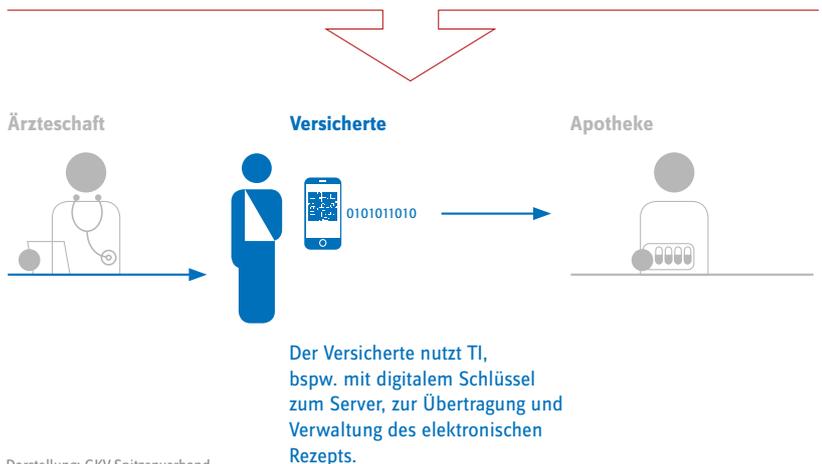
Begleitend wurden Regelungen zur Authentifizierung im Sinne einer Identitätsprüfung von Versicherten durch Arztpraxen bei ausschließlicher Fernbehandlung ohne Vorliegen der elektronischen Gesundheitskarte getroffen. Darüber hinaus wurden weitgehende Öffnungen für Videosprechstunden in der psychotherapeutischen Versorgung und in der Versorgung Pflegebedürftiger umgesetzt.

Anpassung der Vergütung als Anreiz

Damit Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vermehrt Videosprechstunden durchführen, wurden verschiedene Anpassungen zur Vergütung für Videosprechstunden auf den Weg gebracht, die gezielte Anreize setzen sollen. Zum einen wurde die bisherige Vergütung einer Videosprechstunde über eine Einzelleistung aufgehoben. An deren Stelle können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die ausschließliche Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb eines Quartals zukünftig ihre Grundpauschale als Fernbehandlungspauschale abrechnen. Zum anderen wurde auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes eine auf zwei Jahre befristete Anschubförderung für die Durchführung von Videosprechstunden auf den Weg gebracht. Diese sieht vor, dass Arztpraxen, die regelmäßig Videosprechstunden durchführen, zusätzlich zu ihrer ärztlichen Leistung und einer Vergütung für die Technik eine zusätzliche Vergütung von 10 Euro je durchgeführter Videosprechstunde bis maximal 500 Euro im Quartal erhalten. Für die Finanzierung dieser Anschubförderung stellt die gesetzliche Krankenversicherung zusätzliche Mittel (außerhalb des Budgets) zur Verfügung.

Mit den beschlossenen Maßnahmen wurden wesentliche Limitationen aufgehoben und Anreize geschaffen, um Videosprechstunden zu einem festen Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung zu machen und gezielt in der Behandlung GKV-Versicherter einzusetzen.

Elektronisches Rezept: Was wird sich für Versicherte ändern?



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Förderung innovativer Versorgungsformen

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 vierten Jahr seit Bestehen des Innovationsfonds haben Krankenkassen, Ärzteverbände, Hochschulkliniken und Allgemeinkrankenhäuser sowie Universitäten und Forschungsinstitute wieder zahlreiche Förderanträge beim Innovationsausschuss (IA) eingereicht. Die Bewertung der Projektvorschläge erfolgt nach Maßgabe der Förderkriterien, die in den jeweiligen Förderbekanntmachungen veröffentlicht werden. Ausgewählte Projekte können für eine Dauer von bis zu vier Jahren gefördert werden. In die Entscheidung des IA gehen auch die Förderempfehlungen des zehnköpfigen Expertenbeirats ein, der seine wissenschaftliche und versorgungspraktische Expertise in den Bewertungsprozess einbringt.

Erprobung neuer Versorgungsformen

Am 19. Oktober 2018 veröffentlichte der IA eine themenspezifische und eine themenoffene Förderbekanntmachung für neue Versorgungsformen. Insgesamt wurden 89 Projektanträge fristgerecht eingereicht, um Versorgungsinnovationen unter Alltagsbedingungen zu testen und nach wissenschaftlichen Standards zu evaluieren. Der IA hat im Bereich der neuen Versorgungsformen 31 innovative Projekte zur Förderung ausgewählt, die mit 167,9 Mio. Euro finanziell gefördert werden. Damit hat der IA das verfügbare Fördervolumen im Jahr 2019 nicht vollständig abgerufen. Grund dafür ist die Projektauswahl, die streng entlang der Förderkriterien getroffen wird und keine Kompromisse zulasten der Qualität zulässt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es erfreulich, dass Krankenkassen wieder bei einem Großteil (98 %) der ausgewählten Projekte beteiligt sind. Durch viele kassenartenübergreifende Bündnisse sind Mitgliedskassen aller Kassenartenverbände vertreten. In der Regel liegen den Versorgungsmodellen Selektivverträge zugrunde,

sodass die jeweiligen Projekte auf einem stabilen rechtlichen Konstrukt basieren und eine Fortsetzung der Versorgungsangebote auch nach Ablauf der Förderung grundsätzlich möglich ist.

Versorgungsforschung

Es wurden insgesamt 197 Projektanträge auf die Förderbekanntmachungen vom 19. Oktober 2018 und 23. November 2018 im Förderbereich Versorgungsforschung eingereicht. Zu den ausgeschriebenen Schwerpunktthemen zählen z. B.:

- Einfluss evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten
- Aufbereitung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten auf Populationsebene
- Barrierefreiheit und Verbesserung der Situation von Menschen mit Assistenzbedarf

Der Innovationsausschuss hat im Bereich der neuen Versorgungsformen 31 innovative Projekte zur Förderung ausgewählt, die mit 167,9 Mio. Euro finanziell gefördert werden.

Neue Versorgungsformen nach Themenfeldern 2019

| | Anzahl | Fördersumme |
|---|-----------|---------------------|
| Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der sektorenunabhängigen Versorgung | 5 | 27,6 Mio. € |
| Innovative Modelle zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung | 4 | 17,4 Mio. € |
| Telemedizinische Kooperationsnetzwerke von stationären und ambulanten Einrichtungen | 7 | 41,7 Mio. € |
| Themenoffen | 15 | 81,2 Mio. € |
| Gesamt 2019 | 31 | 167,9 Mio. € |

Durch das DVG wird der Innovationsfonds mit einem gekürzten Fördervolumen von 200 Mio. Euro bis zum Jahr 2024 verlängert und weiterentwickelt.

Der IA hat die Förderung von 59 Projekten beschlossen. Davon zählen 19 Projekte zum themenspezifischen Bereich, ein Projekt zur Weiterentwicklung und Evaluation der G-BA Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, vier Projekte zur Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA und ein Projekt zur Evaluation von Selektivverträgen. Die Projekte werden mit einem Fördervolumen von insgesamt 67,8 Mio. Euro unterstützt.

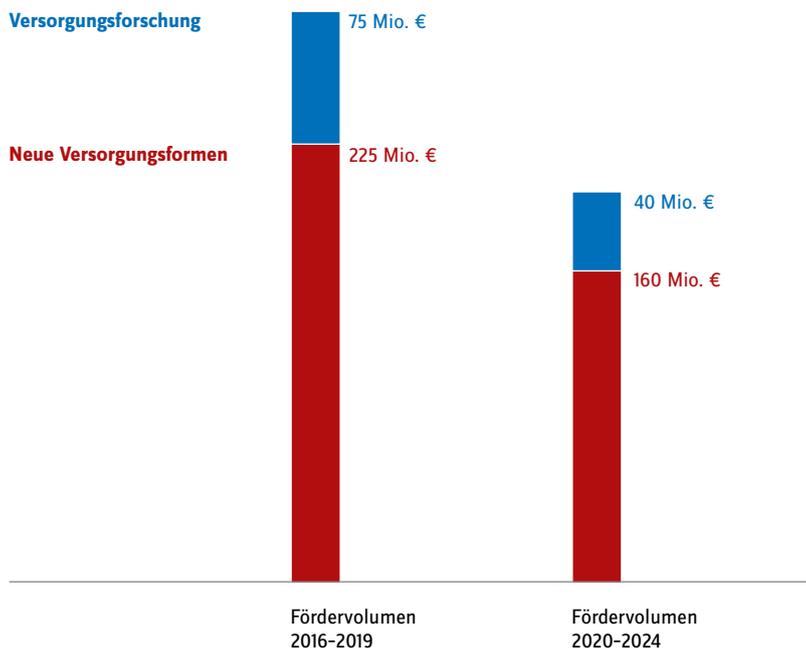
Aus Krankenkassensicht kommt der Versorgungsforschung hohe Relevanz für die

Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu. Über 60 % der zur Förderung ausgewählten Anträge weisen eine Kassenbeteiligung auf.

Fortführung und Weiterentwicklung des Innovationsfonds

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wird der Innovationsfonds mit einem gekürzten Fördervolumen von 200 Mio. Euro bis zum Jahr 2024 verlängert und weiterentwickelt. Dabei entfallen nun 80 % des Fördervolumens auf die neuen Versorgungsformen und 20 % auf Versorgungsforschung. In beiden Bereichen sollen maximal 20 % der geförderten Anträge aus der themenoffenen Förderbekanntmachung stammen. Ab dem Jahr 2020 wird die Anzahl geförderter Projekte bei den neuen Versorgungsformen auf in der Regel 20 Projekte begrenzt, und die Anträge werden generell in einem zweistufigen Verfahren bewertet. Die Ausarbeitung der Anträge kann dabei für bis zu sechs Monate aus den Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden. Im Bereich der Versorgungsforschung wird ein neuer Förderbereich ergänzt: Mit mindestens 5 Mio. Euro können Leitlinien mit besonderem Versorgungsbedarf (weiter-)entwickelt werden. Darüber hinaus wird der zehnköpfige Expertenbeirat durch einen breiter aufgestellten Expertenpool ersetzt.

Fördervolumen für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung



Der GKV-Spitzenverband begrüßt die befristete Verlängerung bis 2024 und die Weiterentwicklung des Innovationsfonds, bei der u. a. Erkenntnisse aus der Zwischenevaluation aufgegriffen wurden. Um die bewährte flexible Förderpraxis beibehalten zu können, hat er sich gegen die Einführung von zu starren Förderquoten ausgesprochen.

Sind Projekte abgeschlossen, gibt der IA gemäß DVG bei neuen Versorgungsformen innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung ab. Dabei unterbreitet er einen konkreten Überführungsvorschlag und benennt die zuständigen Organisationen der Selbstverwaltung. Bei der Versorgungsforschung kann der IA eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung aussprechen.

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



Cookie_

Bestandsaufnahme des digitalen Gesundheitsmarkts

Angesichts der immer stärkeren Verbreitung digitaler Anwendungen und Endgeräte im Gesundheitsbereich hat der GKV-Spitzenverband eine Studie in Auftrag gegeben, die die digitale Evolution des Gesundheitswesens analysieren soll. Im Fokus standen dabei neu entstehende Strukturen, Marktteilnehmer, digitale Angebote sowie Implikationen für das Gesundheitswesen und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Folgenden zentralen Fragen ging die Studie nach:

1. Wer sind die neuen Player im Gesundheitsmarkt? Entsteht eine neue Klasse von „Leistungserbringern“?
2. Welche Geschäftsmodelle verfolgen die neuen Player, beispielsweise Google und Co. sowie Start-ups?
3. Welche Veränderungsdynamik und welche Herausforderungen für die GKV ergeben sich hieraus, insbesondere in Bezug auf Nutzenbewertung und Patientenschutz sowie hinsichtlich der Optionen zur Regulierung von Datenflüssen?
4. Welche Implikationen ergeben sich im Hinblick auf die Governance-Strukturen der GKV? Sind die Instrumente der gemeinsamen Selbstverwaltung optimal hierauf ausgerichtet? Welche Implikationen ergeben sich in Bezug auf Finanzierungsfragen?

Nationale und internationale Bestandsaufnahme

Zur Bestandsaufnahme wurden relevante Entwicklungen im nationalen und internationalen Kontext sowie die dortigen Akteure analysiert. Im Ergebnis

war festzustellen, dass es sich bei digitalen Gesundheitsangeboten oftmals um Softwarebasierte mobile Applikationen, um spezielle Computerprogramme oder um Kombinationen

von Hard- und Software handelt. Sie zielen in der Regel auf konkrete Versorgungsverbesserung ab und sind durch agile Produktentwicklungszyklen geprägt.

Start-ups als neue Leistungserbringer geben wichtige Impulse bei der Entwicklung digitaler Anwendungen für das Gesundheitswesen.

Neue Player auf dem Gesundheitsmarkt

Die Anbieter digitaler Gesundheitsangebote weisen besondere Merkmale auf. Start-ups als neue Leistungserbringer geben wichtige Impulse bei der Entwicklung digitaler Anwendungen für das Gesundheitswesen. Sie sind vielfach im zweiten Gesundheitsmarkt etabliert, streben aber eine Integration in den ersten Gesundheitsmarkt an. Globale Technologieunternehmen mit entsprechend großen Finanz-, Entwicklungs- und Marketingressourcen wollen das Disruptionspotenzial der Digitalisierung für sich nutzen, um langfristig Strukturen des Gesundheitsmarkts zu verändern und Marktzugänge zu erschließen. Dabei fokussieren sie sich auf digitale Lösungen zur Datenaggregation und -verarbeitung. Etablierte Player der Medizintechnik und Pharmaindustrie ergänzen ihre traditionellen Produkte um digitale Lösungen, um so vor allem ein Add-on zu bereits existierenden Leistungen zu erreichen.

Aktive Steuerung durch die GKV erforderlich

Die im Zuge der Digitalisierung an Bedeutung gewinnenden datengenerierenden und -basierten Verfahren ermöglichen umfängliche Analyse- und Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Sie bieten durch die Datenaggregation und -zusammenfassung das Potenzial, auf Patientenebene populationsbezogene Versorgungsmodelle, personalisierte Behandlungsmethoden und prädiktive Screening-Maßnahmen zu entwickeln. Der Disruptionsdruck, mit dem die neuen Leistungserbringer in den zweiten und ersten Gesundheitsmarkt drängen, macht daher eine aktivere Steuerungsrolle der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände sowie des GKV-Spitzenverbandes erforderlich.

Medien- und Digitalkompetenz der Versicherten stärken

Digitale Medien und Gesundheitsangebote gewinnen für Versicherte sowie Patientinnen und Patienten stark an Bedeutung. Die starke Inanspruchnahme geht auf den steigenden Informationsbedarf zu Gesundheitsthemen zurück.

Durch die Vielzahl der Informationsangebote und durch den unkontrollierbaren, leichten Zugriff auf digitale Anwendungen über App-Stores besteht für Patientinnen und Patienten aber eine Unsicherheit hinsichtlich der Qualität und Vertrauenswürdigkeit der Angebote und Informationen. Für die GKV, ihre Verbände sowie für den GKV-Spitzenverband bietet sich die Möglichkeit und Notwendigkeit, einen Beitrag zur Entwicklung der Medien- und Digitalkompetenz der Versicherten zu leisten.

Zudem nutzen Versicherte digitale Angebote zunehmend zur Selbstdiagnose und -therapie. Aus der Sicht des Patientenschutzes muss daher sichergestellt sein, dass für digitale Gesundheitsangebote, die im Gesundheitsmarkt zugelassen werden, die gleichen Anforderungen an Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen erhoben werden wie für Arzneimittel- oder Medizinproduktinnovationen. Das Ziel der Nutzenbewertung, die besten und wirksamsten Versorgungsoptionen zu wirtschaftlichen Preisen zu ermöglichen, muss auch für digitale Innovationen gelten.

Gesundheitspolitische Bedeutung

Der Druck auf das Gesundheitssystem in Deutschland ist groß, die Potenziale der Digitalisierung für die GKV-Versicherten sowie die Patientinnen und Patienten nutzbar zu machen. Die Zielbild-Debatte der Digitalisierung im Gesundheitswesen wird in Deutschland von vielen unterschiedlichen Akteuren geführt. Die Krankenkassen und ihre Verbände müssen künftig eine noch besser aufeinander abgestimmte und aktivere Rolle bei der Gestaltung des Gesundheitswesens durch digitale Anwendungen einnehmen. Generell wird den Institutionen der GKV großes Vertrauen bei der Digitalisierung entgegengebracht. Digitale Lösungen müssen Bestandteil der Zielbilder der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände sowie des GKV-Spitzenverbandes sein und in die Versorgung integriert werden.

Es muss sichergestellt sein, dass für digitale Gesundheitsangebote die gleichen Anforderungen an Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen erhoben werden wie für Arzneimittel- oder Medizinproduktinnovationen.

Implikationen für die gesetzlichen Krankenkassen, ihre Verbände und den GKV-Spitzenverband



Steuerungshoheit und organisatorische Effizienz

Neue Analyse- und Steuerungsmöglichkeiten, die Strukturen und Rollenverteilungen im Gesundheitswesen verändern können



Patientenschutz und Versorgungseffizienz

Nutzung von digitalen Angeboten durch Versicherte; dies erfordert Sicherstellung von Qualität, Nutzen und Versorgungseffizienz



Gesundheitspolitische Bedeutung

Eine Vielzahl an Interessengruppen, die Digitalisierung in ihrem Sinne interpretieren und eine Deutungshoheit für sich beanspruchen

Assistenztechnologien in der Pflege



Welchen Nutzen haben Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen? Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes nahm das Institut für Innovation und Technik (iit) eine Bestandsaufnahme von Assistenztechnologien für die Pflege vor, die einen Überblick über Entwicklungsstand, Nutzen und Potenziale für pflegebedürftige Menschen gibt. Daraus lassen sich entsprechende Handlungsbedarfe für die Entwicklung und Umsetzung digitaler Lösungen ableiten.

Systematische Bedarfsanalyse

Erstmals wurde damit der Nutzen von Assistenztechnologien systematisch und umfassend erhoben. Grundlage waren Literatur- und Dokumentenrecherchen, Gespräche und Workshops mit Expertinnen und Experten sowie Fallstudien. Im Mittelpunkt der Betrachtung standen weniger die Technologien selbst, als vielmehr die Bedarfe pflegebedürftiger Menschen im Hinblick auf den Erhalt oder die Wiedergewinnung ihrer Selbstständigkeit in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens.

Modell zur Nutzenbetrachtung

Zur Klassifizierung des Nutzens von Assistenztechnologien wurde ein Modell entwickelt, das sowohl die Bedarfe pflegebedürftiger sowie der an der Versorgung beteiligten Menschen in den Blick nimmt als auch Aspekte der Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation. Daraus ergeben sich potenzielle Kriterien einer Nutzenbetrachtung im jeweiligen Pflegekontext.

Erfolgversprechende Assistenztechnologien, deren Entwicklung bereits fortgeschritten ist und für die es Hinweise auf einen Nutzen gibt, sind insbesondere für die Bereiche Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie soziale Kontakte vorhanden. Dahinter stehen z. B. spielebasierte Assistenztechnologien, Anwendungen aus dem Bereich Robotik oder app-basierte Therapieangebote. Jedoch sind weitergehende Untersuchungen nötig, um belastbare Aussagen zu Wirksamkeit und Nutzen zu treffen.

Weiterhin stehen die Erprobung und die Markteinführung bei einem Großteil der Assistenztechnologien aus den untersuchten Fallstudien noch aus. Fragen, wie Assistenztechnologien in bestehende Pflegeprozesse und Versorgungsstrukturen integriert werden können, welche Geschäfts- und Finanzierungsmodelle geeignet sind, um die Technologien auf dem Markt zu etablieren, aber auch, welche Risiken vor allem mit Blick auf pflegebedürftige Menschen möglicherweise bestehen, müssen noch beantwortet werden.

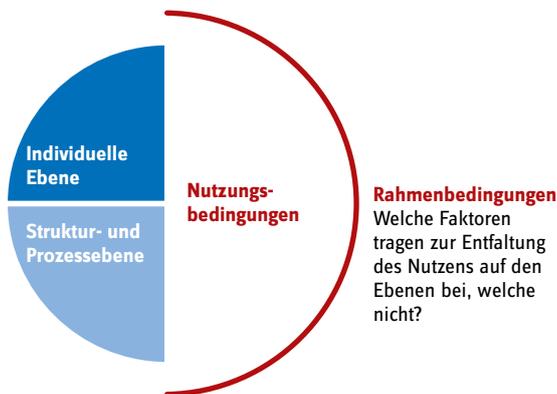
Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen (NAAM)

Ziele & Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen

Welchen Nutzen hat der Einsatz von Assistenztechnologie für eine pflegebedürftige Person?

Ziele der Gestaltung der pflegerischen Versorgung

Welche Wirkung hat die Assistenztechnologie auf das unmittelbare Umfeld (Personen und Strukturen) pflegebedürftiger Menschen?



Rahmenbedingungen
Welche Faktoren tragen zur Entfaltung des Nutzens auf den Ebenen bei, welche nicht?



Tablet_

Schnellere Termine und bessere Versorgung

Das TSVG sieht eine Vielzahl von Vergütungsanreizen vor, um Ärztinnen und Ärzte zu einer effizienteren Terminvergabe zu motivieren.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist im Mai 2019 in Kraft getreten. Ziel ist es, für alle gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die damit im Zusammenhang stehende Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert werden. Darüber hinaus zielt das Gesetz darauf ab, die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erweitert werden.

Terminservicestellen rund um die Uhr erreichbar

Zur Erreichung dieser Ziele wurden der gemeinsamen Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber umfangreiche Aufgaben übertragen. So wurden die KVen verpflichtet, Terminservicestellen (TSS) bis spätestens Anfang 2020 einzurichten. Diese müssen 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen

Telefonnummer erreichbar sein. Zu ihren Serviceleistungen für Versicherte zählen:

- Vermittlung zeitnaher Behandlungstermine
- Unterstützung bei der Hausarztsuche
- Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (Umsetzung bis spätestens Anfang 2020)

Für die Umsetzung waren Anpassungen sowohl am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als auch am Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) erforderlich, für die bis Ende August 2019 entsprechende Regelungen getroffen wurden.

Extrabudgetäre Vergütung

Um allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, sieht das TSVG eine Vielzahl von Vergütungsanreizen vor, um Ärztinnen und Ärzte zu einer effizienteren Terminvergabe zu motivieren. Mit Wirkung zum September 2019 wurden durch Beschluss des GKV-Spitzenverbandes und der KBV im Bewertungsausschuss folgende extrabudgetäre Zuschläge in den EBM aufgenommen:

- prozentuale Zuschläge für die Behandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb eines bestimmten Zeitraums, die durch die TSS vermittelt wurden
- Zuschlag für die zeitnahe Behandlung eines Akutfalles, d. h. Behandlung spätestens am Folgetag nach Kontaktaufnahme des Versicherten über die TSS
- Zuschläge für Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte, sofern in medizinisch dringlichen Fällen eine erfolgreiche Terminvermittlung in fachärztliche Weiterbehandlung zustande gekommen ist, d. h. spätestens vier Kalendertage nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch Haus- oder Kinderärztin bzw. -arzt.

Zusätzliche Förderungen und mehr Service für eine verbesserte ambulante Versorgung

| | |
|--|---|
|  <p>Terminservice- und Versorgungsgesetz</p> | Einrichtung von Terminservicestellen im 24/7-Betrieb |
| | Förderung von Terminvermittlungen durch den Hausarzt für fachärztliche Weiterbehandlung |
| | Förderung der Behandlung von Neupatienten |
| | Förderung der Behandlung von Akutpatienten |
| | Einrichtung und Förderung von offenen Sprechstunden |
| | Erweiterung des vertragsärztlichen Sprechstundenangebots |
| | Förderung kurzfristiger Termine zur haus- und fachärztlichen Behandlung |
| | Unterstützung bei der Hausarztsuche |

Fachärztinnen und Fachärzte der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung müssen laut TSVG mindestens fünf Stunden pro Woche als

offene Sprechstunde anbieten. Für die extrabudgetäre Vergütung dieser Leistung verständigten sich die Partner des BMV-Ä auf ausgewählte Arztgruppen. Zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV wurde vereinbart, dass bei diesen ausgewählten Arztgruppen höchstens 17,5 % der Fälle einer Arztpraxis extrabudgetär zu vergüten sind. Darüber hinaus erfolgten Detailänderungen im BMV-Ä zur Anhebung der Sprechstundenzeiten von wöchentlich 20 auf 25 Sprechstunden unter Anrechnung der Besuchszeiten.

Fristgerecht erfolgte des Weiteren eine Festlegung durch den Bewertungsausschuss auf Arztgruppen, welche eine extrabudgetäre Vergütung für solche Patientinnen und Patienten erhalten, die erstmals - oder mindestens zwei Jahre nicht - in der aufgesuchten Arztpraxis behandelt wurden (Neupatientinnen und -patienten).

Vorgaben zur Bereinigung

Das TSVG sieht zudem vor, dass die morbiditätsbedingten Budgets, die bislang für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen an die KVen gezahlt wurden, für die gesetzlich vorgesehene Dauer von einem Jahr um die neuen extrabudgetären Vergütungen zu bereinigen sind. Die neu geförderten Leistungen waren bisher schon in einer Größenordnung von rund 5 Mrd. Euro im Budget enthalten und entsprachen etwa einem Fünftel des gesamten bisherigen Budgets. Künftig muss dieser Teil der Vergütung extrabudgetär von den Krankenkassen bezahlt werden. Selbst bei unveränderter Leistungsmenge ergeben sich hieraus Mehrkosten von jährlich etwa 500 Mio. Euro, zukünftige Leistungsausweitungen sind zusätzlich unmittelbar zu bezahlen.

Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben die Bereinigungsvorgaben durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses konkretisiert. Dabei besteht ein weiteres Problem darin, dass der Beginn der extrabudgetären Vergütungsregelungen nicht auf eine Quartalsgrenze fällt und zur Gewährleistung einer Bereinigungsdauer von einem Jahr insgesamt fünf Quartalsabrechnungen bereinigt wer-

den müssen, die erste und letzte davon anteilig. Für Vertragsärztinnen und -ärzte besteht dadurch ein Anreiz, die geförderten Leistungen verzögert oder zu Beginn der Jahresfrist nur in geringem Umfang extrabudgetär abzurechnen. Aufseiten der Krankenkassen ist mit Zusatzkosten in Höhe von mindestens 300 Mio. Euro pro Jahr zu rechnen, sofern der Gesetzgeber die Begrenzung des Bereinigungszeitraums nicht öffnet. In jedem Fall ergibt sich ab dem zweiten Jahr eine nicht sachgerechte Doppelfinanzierung sämtlicher geförderter Leistungen, die erstmals extrabudgetär abgerechnet und zuvor innerhalb des Budgets vergütet worden waren. Da diese dann nicht mehr bereinigt werden können, verbleiben hierfür Vergütungsbestandteile im Budget, denen keine zusätzlichen Leistungen gegenüberstehen.

Selbst bei unveränderter Leistungsmenge ergeben sich Mehrkosten von jährlich etwa 500 Mio. Euro.



Weitere Regelungen des TSVG

- Erweiterung des GKV-Leistungskatalogs um Leistungen der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe für eine spätere künstliche Befruchtung
- Erweiterung des GKV-Leistungskatalogs um Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe
- Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz (mit Wirkung ab 1. Oktober 2020) sowie versichertenfreundliche Bonusregelung
- Erweiterung der Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung und Rehabilitation um Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Haushaltshilfe sowie Kurzzeitpflege
- Verpflichtung von Vertragsärztinnen und -ärzten zur Prüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab einer Dauer von sechs Wochen
- Anpassung der Selbsthilfeförderung auf mindestens 70 % im Rahmen der kassenartenübergreifenden Pauschalförderung

Anstieg ärztlicher Honorare um fast eine Milliarde Euro

Die Verhandlungen über die Honorare der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für das Jahr 2020 konnten zu einem einvernehmlichen Abschluss gebracht werden: Insgesamt stellen die gesetzlichen Krankenkassen rund 995 Mio. Euro zusätzlich für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung. Gleichzeitig verständigten sich die Verhandlungspartner auf eine Förderung der Videosprechstunde.

Schwierige Verhandlungen, gütliche Einigung

Die Vorstellungen von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) lagen anfangs weit auseinander: Während der GKV-Spitzenverband die allgemeine Kostenentwicklung in den Arztpraxen mit einer Erhöhung des Orientierungswertes um 0,24 % (ca. 85 Mio. Euro) ausgleichen wollte, forderte die KBV eine Erhöhung um 2,67 % (ca. 950 Mio. Euro). Die KBV wollte insbesondere erreichen, dass die Gehaltsabschlüsse der Krankenhäuser auch für die freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich gelten. Dies lehnte der GKV-Spitzenverband angesichts der steigenden Überschüsse in den Arztpraxen ab.

Letztlich konnte eine Einigung auf dem Verhandlungsweg erneut erzielt werden. GKV-Spitzenverband und KBV verständigten sich auf eine Steigerung des Orientierungswertes um 1,52 %. Das entspricht einem Plus von 565 Mio. Euro. Da die Krankheitslast der GKV-Versicherten leicht rückläufig ist, kann hingegen der Behandlungsbedarf für 2020 bundesweit voraussichtlich um 0,2 % (ca. 40 Mio. Euro) abgesenkt werden.

In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rund 995 Mio. Euro zusätzlich im Jahr 2020.

Steigende GKV-Ausgaben für extrabudgetäre Leistungen

Die Menge der außerhalb des Budgets geförderten Leistungen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen, wächst hingegen aufgrund großer Nachfrage der Versicherten stetig. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Anstieg auch im Jahr 2020 mit rund 3,0 % fortsetzt, weshalb die Honorare voraussichtlich um weitere 470 Mio. Euro steigen werden. In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte somit rund 995 Mio. Euro zusätzlich im Jahr 2020.

Des Weiteren hat der Bewertungsausschuss beschlossen, „ärztliche Beurteilungs- und Beratungsleistungen“ im Bereich Humangenetik ab 2020 - zunächst befristet auf drei Jahre - extrabudgetär zu vergüten. Zusätzlich wurde die bereits bestehende extrabudgetäre Vergütung von Leistungen der Tumorgenetik um drei Jahre verlängert.

Zusätzliche Einnahmen der Ärztinnen und Ärzte durch TSVG

Neben den Honorarverhandlungen werden die Vertragsärztinnen und -ärzte auch vom Anfang 2019 verabschiedeten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) finanziell profitieren. Das Gesetz wird im Jahr 2020 seine volle Wirkung entfalten. Ärztinnen und Ärzte können in der ambulanten Versorgung zusätzliche Einnahmen erzielen, wenn sie z. B. Patientinnen und Patienten in offenen Sprechstunden ohne Terminvergabe oder auf Vermittlung einer Terminservicestelle behandeln. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund dieses Gesetzes allein im Jahr 2020 zusätzliche Honorare in Höhe von mindestens 500 Mio. Euro bereitstellen müssen.

Hebammensuche online

Bisher existierten für Schwangere und junge Mütter keine systematischen Informationsangebote über im näheren Umkreis freiberuflich tätige Hebammen und deren Leistungen, da viele Hebammen ihre Kontaktdaten und ihr Tätigkeitsprofil nicht im Internet oder anderen Medien veröffentlicht hatten. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde nunmehr die Grundlage für ein der Öffentlichkeit zugängliches Register gelegt. Der GKV-Spitzenverband wurde mit der Erstellung und Veröffentlichung einer Hebammenliste im Internet beauftragt, in der sich Schwangere und junge Mütter über das Leistungsangebot von allen in Deutschland freiberuflichen Hebammen in einem zuvor gewählten Umkreis informieren können.

Register listet über 18.000 Hebammen

Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Verpflichtung konnte der GKV-Spitzenverband auf eine ihm schon seit vielen Jahren vorliegende, monatlich aktualisierte Vertragspartnerliste mit Hebammen-daten zurückgreifen. Diese dient den Krankenkassen bis dato zur Überprüfung der Abrechnungsbefugnis von Hebammen. Alle freiberuflich tätigen Hebammen, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen wollen, sind seit vielen Jahren gesetzlich dazu verpflichtet, dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe beizutreten. Dies ist entweder über den jeweiligen Mitgliedsverband möglich, den Deutschen Hebammenverband e. V. oder den Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e. V., oder für nicht verbandsorganisierte Hebammen direkt über den GKV-Spitzenverband. Über 18.000 Hebammen sind aktuell in der Vertragspartnerliste mit ihrem Leistungsangebot gelistet. Diese Leistungen umfassen u. a.:

- Schwangeren- und Wochenbettbetreuung
- Geburts- und Rückbildungskurse
- Geburten im häuslichen Umfeld
- Beleggeburten in Kliniken
- Geburten in Geburtshäusern

Auf Basis der Vertragspartnerliste Hebammen konnte innerhalb weniger Wochen nach Inkrafttreten der Gesetzesregelung die Hebammensuche

in die Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes integriert werden. Wer eine Hebamme sucht, erhält nun eine Übersicht der freiberuflich tätigen Hebammen im gewählten Umkreis. Neben den Kontaktdaten wird das komplette Leistungsspektrum jeder aufgeführten Hebamme angezeigt. Ein FAQ erleichtert die Nutzung. Zusätzlich erhalten Versicherte Hintergrundinformationen zu den Hebammenleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wer eine Hebamme auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes sucht, erhält eine Übersicht der freiberuflich tätigen Hebammen im gewählten Umkreis.

📍
§§
i

Hebammenleistungen der GKV

Jede Versicherte hat einen Anspruch auf Hebammenleistungen während der Schwangerschaft, der Geburt sowie nach der Geburt. Diese Leistungen umfassen:

- individuelle Beratung und Aufklärungsgespräche
- Geburtsvorbereitungskurse für die Versicherte
- Vorsorgeuntersuchungen (wie z. B. Blutdruckmessung, Urinkontrolle, notwendige Laboruntersuchungen)
- Unterstützungsleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen
- Geburtsbegleitung im Krankenhaus, im Geburtshaus und zu Hause
- Wochenbettbetreuung bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt (Hebammenhilfe)

Sofern das Kind nach der Entbindung nicht von der Versicherten versorgt werden kann, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen.

Reform der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung

Mit der Bedarfsplanungsrichtlinie wird über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der bundesweit einheitliche Planungsrahmen für die ambulante Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. Auf dieser Grundlage werden Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den jeweiligen Bundesländern bedarfsorientiert ermittelt. Im Juni 2019 trat eine Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft.

Im Ergebnis werden ca. 3.500 Sitze zusätzlich ausgeschrieben. Dabei entstehen ca. 1.500 neue Arztsitze für Hausärztinnen und Hausärzte, 800 für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, 400 für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, 480 für Nervenärztinnen und -ärzte, 150 für Augenärztinnen und -ärzte und 100 für Rheumatologinnen und Rheumatologen.

Anpassung der Verhältniszahlen und Quoten

Bei Kinderärztinnen und -ärzten erfolgte eine Anpassung der Planungsstruktur und des Versorgungsniveaus. Künftig gilt für alle Regionen ein einheitliches Verhältnis von Kinderärztinnen und -ärzten je Einwohnerinnen und Einwohner unter 18 Jahren (Verhältniszahl). Lediglich für Kernstädte wird ein höheres Versorgungsniveau vorgesehen,

um der spezialisierten kinderärztlichen Versorgung Rechnung zu tragen.

Bei den Nervenärztinnen und -ärzten und den Psychotherapeutinnen und

therapeuten wurde das Verhältnis je Einwohnerinnen und Einwohner in den verschiedenen Regionen einander angeglichen. Bei den Internistinnen und Internisten erfolgte eine Anpassung des Versorgungsniveaus, wodurch die sehr hohen Überversorgungsgrade abnehmen. Zusätzlich nutzt der G-BA die neue Kompetenz zur Definition von Quoten bei Nervenärztinnen und -ärzten sowie Internistinnen und Internisten, um eine bessere Steuerung des Versorgungsmix innerhalb der Arztgruppen zu erreichen. Für Rheumatologinnen und Rheumatologen wurde innerhalb der

Arztgruppe der Internistinnen und Internisten eine Mindestquote von 8 % vorgesehen.

Morbiditätsfaktor

Die Bedarfsplanung wird sich künftig noch stärker an der Entwicklung der Bevölkerung orientieren. Der bisherige Demografiefaktor wurde zu einem Morbiditätsfaktor weiterentwickelt. Im ersten Schritt erfolgt alle zwei Jahre eine Weiterentwicklung der allgemeinen Verhältniszahlen auf Grundlage der bundesweiten demografischen Entwicklung. Dafür wird die Bevölkerung in insgesamt acht Alters- und Geschlechtsgruppen eingeteilt. Eine Veränderung der Bevölkerungsstruktur im Zeitverlauf führt zu einer Anpassung der allgemeinen Verhältniszahlen in der Richtlinie. In einem zweiten Schritt werden ebenfalls alle zwei Jahre regionale Unterschiede in der Morbiditätsstruktur ausgeglichen. Dabei werden die Patientinnen und Patienten zusätzlich nach dem Morbiditätsgrad eingeteilt. Weicht die regionale Morbidität vom Bundesdurchschnitt ab, werden auch die regionalen Verhältniszahlen angepasst.

3.500 neue Arztsitze werden zusätzlich ausgeschrieben.

Qualitätssicherung in der ambulanten Intensivpflege

Versicherte, die aufgrund eines besonders hohen Bedarfs an häuslicher Krankenpflege oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion rund um die Uhr ambulante Pflege benötigen, sollen sich auf eine qualitativ hochwertige Versorgung verlassen können. Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen haben sich auf bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für die behandlungspflegerische Versorgung von Menschen mit intensivem Pflegebedarf verständigt.

Pflegedienste, die außerklinische ambulante Intensivpflege erbringen, müssen bundesweit vergleichbaren Anforderungen gerecht werden. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf spezifische Qualifikationsvoraussetzungen der eingesetzten Pflegefachkräfte gelegt. Damit wurden auch einheitliche Grundlagen für die vertraglichen Regelungen zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene geschaffen. Die Rahmenempfehlungen traten zum 1. Dezember 2019 in Kraft. Die Vertragspartner auf regionaler Ebene haben nun die Aufgabe, die Inhalte der Versorgungsverträge an die neuen Rahmenempfehlungen anzupassen.

Übergreifende strukturelle Probleme im Blick

Der GKV-Spitzenverband wies zudem auf notwendige gesetzliche Änderungen zur Beseitigung grundlegender struktureller Probleme im Bereich der außerklinischen Intensivpflege hin. Dies betrifft sowohl die Krankenhausversorgung und strukturierte Entlassung insbesondere von beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten als auch die fachgerechte Prüfung des Potenzials der Beatmungsentwöhnung während der qualifizierten pflegerischen Versorgung der Versicherten im ambulanten und stationären Bereich. Vor dem Hintergrund aufgezeigter (Fehl-)Anreize, wie z. B. fehlende Anreize zur Beatmungsentwöhnung und hohe finanzielle Eigenbeteiligungen der Versicherten, hat sich der GKV-Spitzenverband für grundlegende Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen und erweiterte Leistungsansprüche für GKV-

Versicherte bei stationärer pflegerischer Versorgung ausgesprochen. Dadurch sollen Nachteile bei der stationären Versorgung beseitigt werden, die durch hohe Eigenbeteiligungen der Versicherten entstehen. Der Fokus des GKV-Spitzenverbandes liegt dabei auf der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit intensivem Pflegebedarf in jedem Setting und der Beseitigung von Fehlsteuerungen sowie Fehlanreizen im Versorgungsprozess.

Pflegedienste, die außerklinische ambulante Intensivpflege erbringen, müssen bundesweit vergleichbaren Anforderungen gerecht werden.

Die politische Diskussion hat mit dem noch im zweiten Halbjahr 2019 vorgelegten Entwurf eines Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetzes Fahrt aufgenommen.

Anteil Intensivpflege

| Leistungsbereich | | 2018 in Euro | 2019 in Euro |
|-------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Häusliche Krankenpflege | | 6.436.813.216 | 6.872.475.450 |
| davon | stationäre Intensivpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V | 62.405.546 | 67.295.500 |
| davon | ambulante Intensivpflege nach § 37 SGB V | 1.854.557.874 | 2.003.305.429 |

Quellen: 2018: KJ 1; 2019: KV 45, 1.-4. Quartal
Darstellung: GKV-Spitzenverband



Hardware_

Erste Bilanz nach Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen

Im Interesse einer qualitativ guten und sicheren Patientenversorgung gelten seit dem 1. Januar 2019 Personaluntergrenzen für die Pflege in Kliniken. Die Pflegepersonaluntergrenzen schreiben eine bestimmte Anzahl von Pflegekräften vor, die einer bestimmten Anzahl von Patientinnen und Patienten gegenüberstehen müssen. Diese gelten verbindlich für die pflegesensitiven Bereiche Geriatrie, Intensivmedizin, Kardiologie und Unfallchirurgie. Wird im Monatsdurchschnitt weniger Pflegepersonal als vorgeschrieben eingesetzt, muss das Krankenhaus Vergütungsabschlüsse hinnehmen oder die zu versorgende Patientenzahl reduzieren.

Erstmalig Daten über Pflegepersonalbesetzung

Seit Festlegung der Untergrößen werden erstmals Daten über die Pflegepersonalbesetzung in Krankenhäusern erhoben. Erste Nachweise von rund 800 Krankenhäusern belegen Verstöße gegen die verbindlichen Untergrößen, zeigen aber auch eine signifikante Verbesserung bei der Einhaltung. Während im ersten Quartal 2019 die Nichteinhaltung im Monatsdurchschnitt bei 12 % lag, so reduzierte sich diese im vierten Quartal 2019 auf

lediglich 3 % von rund 21.000 schicht- und stationsbezogenen Meldungen zu Patientenbelegung und Pflegepersonalbesetzung der Krankenhäuser. Bei Betrachtung der einzelnen Schichten wird allerdings deutlich, dass noch 11 % (66.000 Schichten) der rund 600.000 Tag- und Nachtschichten im vierten Quartal 2019 unterbesetzt waren.

Ob die Daten auch tatsächlich eine verbesserte Patientenversorgung belegen, lässt sich nicht verlässlich ableiten. Ein Grund für die häufigere Einhaltung der Pflegepersonaluntergrößen in den pflegesensitiven Bereichen kann die tatsächliche Aufstockung des Pflegepersonals sein. Aber auch die Zusammenlegung von Stationen oder die Verschiebung von Patientinnen und Patienten sowie von Pflegepersonal zulasten anderer Bereiche im Krankenhaus können ursächlich sein. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind das Wissen über die Pflegepersonalbesetzung und die Einhaltung von Minimalvorgaben nur erste wichtige Schritte für den Patientenschutz.

Das Wissen über die Pflegepersonalbesetzung und die Einhaltung von Minimalvorgaben sind nur erste wichtige Schritte für den Patientenschutz.

Pflegepersonaluntergrößen nach PpUGV vom 28.10.2019

| | Intensivmedizin | | Geriatrie | | Unfallchirurgie | | Kardiologie | | Neurologie | | Schlaganfall-einheit | | Neurologische Frühreha | | Herzchirurgie | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Max. Anzahl von Patienten pro Pflegekraft | 2,5* | 3,5* | 10 | 20 | 10 | 20 | 10 | 20 | 10 | 20 | 3 | 5 | 5 | 12 | 7 | 15 |
| Max. Anzahl von Pflegehilfskräften | 8 % | 0 % | 15 % | 20 % | 10 % | 15 % | 10 % | 10 % | 10 % | 8 % | 0 % | 0 % | 10 % | 8 % | 5 % | 0 % |

* Diese Verhältniszahlen für den pflegesensitiven Bereich Intensivmedizin gelten für das Jahr 2020. Ab 2021 gilt für die Tagschicht das Verhältnis von 2:1 und für die Nachtschicht das Verhältnis von 3:1 Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft.

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erweist sich beim Thema Pflegepersonalbesetzung als schwieriger Verhandlungspartner. Bereits über die Einführung erster Pflegepersonaluntergrenzen zum Jahr 2019 konnte keine Einigung erzielt werden. Stattdessen legte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) per Verordnung Untergrenzen fest. Für deren

Weiterentwicklung sind laut Pflegepersonal-Stärkungsgesetz die Selbstverwaltungspartner zuständig. GKV-Spitzenverband und DKG sollten bis 31. August 2019 Untergrenzen für die Bereiche Neurologie und

Herzchirurgie erstmalig vereinbaren. Diese wurden in den Verhandlungen auf Basis von Auswertungsergebnissen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Diese Ergebnisse zeigten eine erforderliche Differenzierung von Untergrenzen für die

Bisher wird die durchschnittliche Patientenbelegung einer Station über die Mitternachtsstatistik erhoben. Dabei werden Stundenfälle nicht erfasst.

Neurologie, die Neurologische Schlaganfallereinheit und Neurologische Frührehabilitation auf. Die DKG erklärte jedoch erneut das Scheitern der Verhandlungen. Die Untergrenzen wurden daraufhin seitens des BMG über die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 28. Oktober 2019 fortgeschrieben.

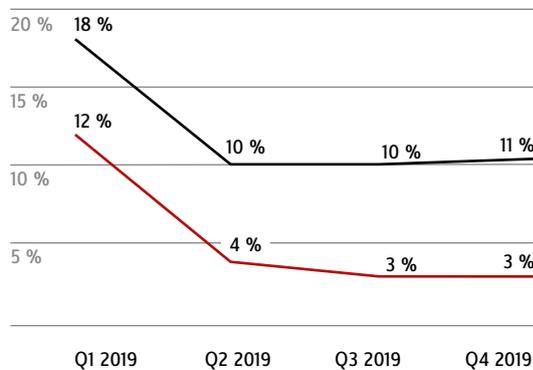
Kontinuierliche Ausweitung auf das ganze Krankenhaus

Jährlich zum 1. Januar sind weitere pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus festzulegen sowie Untergrenzen zum Folgejahr zu vereinbaren. Der GKV-Spitzenverband setzte sich dafür ein, Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie festzulegen sowie für rein pädiatrische Bereiche. Da sich die DKG erneut einer Einigung verweigerte, war das BMG abermals gefordert und wies das InEK entsprechend an.

Genaue Erfassung der Patientenbelegung

Wie die Krankenhäuser ihren Pflegepersonaleinsatz nachzuweisen haben, ist seit November 2018 in der Vereinbarung über den Nachweis zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen geregelt. Jährlich müssen GKV-Spitzenverband und DKG die Vereinbarung fortschreiben, erstmalig zum November 2019. Hauptanliegen des GKV-Spitzenverbandes war eine genauere Erfassung der Patientenbelegung. Bisher wird die durchschnittliche Patientenbelegung einer Station über die Mitternachtsstatistik erhoben. Dabei werden Stundenfälle nicht erfasst. Der GKV-Spitzenverband plädiert für die Berücksichtigung aller Patientinnen und Patienten bei der Berechnung zur Einhaltung der Untergrenze – im Sinne des Patientenschutzes.

Nichteinhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen



— Anteil von Meldungen nicht eingehaltener Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt an rund 21.000 Meldungen je Quartal gesamt

— Anteil von unterbesetzten Schichten an rund 600.000 Schichten je Quartal gesamt

Quelle: Auswertung der Nachweise der Krankenhäuser auf Basis der Quartalsmeldungen 2019; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Neues Vergütungssystem für Pflegepersonal im Krankenhaus

Mit dem Anfang 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde eine fundamentale Veränderung des Vergütungssystems für Krankenhäuser beschlossen. Die Pflegepersonalkosten werden ab 2020 aus den DRG-Fallpauschalen herausgelöst und von ihnen unabhängig in Form eines Pflegebudgets vergütet. Bislang wurden die Pflegepersonalkosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen vergütet.

Im Rahmen der Umstellung des Vergütungssystems wird rund ein Fünftel der Krankenhauskosten aus den im Fallpauschalenkatalog aufgelisteten DRGs ausgegliedert. Bei Ausgaben in Höhe von ca. 75 Mrd. Euro entspricht dies einer Größenordnung von 15 Mrd. Euro.

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Die Finanzierung des künftigen Pflegebudgets erfolgt nach dem Selbstkostendeckungsprinzip und berücksichtigt somit krankenhausspezifisch die Aufwendungen der Krankenhäuser für die unmittelbare Pflege der Patientinnen und Patienten am Bett. Die nun vorgeschlagene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets nur tatsächlich entstandene Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer. Ein System, das keinen Bedarfsrahmen setzt, kann keine Dauerlösung sein. Es ist zu befürchten, dass der Fokus der Kliniken auf einer Maximierung der Einnahmen liegt und nicht auf der Verbesserung der Pflege.

Weichen stellen für das neue Vergütungssystem

Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungsrahmens erforderte umfangreiche Abstimmungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene unter Einbeziehung des Deutschen Pflegerats, des Bundesgesundheitsministeriums und des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus. Eine Vielzahl an Vereinbarungen zur Ausgliederung der Pflege war 2019 zu schließen.

Zunächst waren Anfang 2019 die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten zu ermitteln und aus dem DRG-System auszugliedern. Für diese Ausgliederung war von den Vertragspartnern auf Bundesebene eine bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten zu treffen, die künftig auch für die Vereinbarung der Pflegebudgets vor Ort verbindlich ist. Im Rahmen einer Grundlagenvereinbarung wurden weitere, für die Ausgestaltung der künftigen Fallpauschalen- und Pflegefinanzierung offene Fragen der Systementwicklung geklärt. Auf Basis dieser Vereinbarung konnte das InEK die DRG-Version 2020 berechnen.

Es ist zu befürchten, dass der Fokus der Kliniken auf einer Maximierung der Einnahmen liegt und nicht auf der Verbesserung der Pflege.

Trotz schwieriger Verhandlungen haben sich die DKG und der GKV-Spitzenverband auf den im kommenden Jahr geltenden Katalog (DRG-Katalog 2020 und Pflegeerlöskatalog) verständigt. Damit wurden die notwendigen Voraussetzungen für die Vereinbarung der krankenhausspezifischen Pflegebudgets 2020 geschaffen.

Pflegepersonal im Krankenhaus - Personalkosten

| Thema | Frist | | | | erledigt |
|---|------------|----------|------------|------------|----------|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 20XX | |
| Bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Personalkosten | 31.01.2019 | | | | ✓ |
| Streichung von Prozedurenschlüsseln für Pflege | 28.02.2019 | | | | ✓ |
| Grundlagenvereinbarung | Mai 2019 | | | | ✓ |
| Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG | 31.07.2019 | | | | ✓ |
| Fallpauschalenvereinbarung - vermindert um Pflege | 30.09.2019 | jährlich | jährlich | jährlich | ✓ |
| Pflegeerlöskatalog | 30.09.2019 | jährlich | jährlich | jährlich | ✓ |
| Abrechnungsbestimmungen für die Anwendung des Pflegeerlöskatalogs | 30.09.2019 | jährlich | jährlich | jährlich | ✓ |
| Zwischenbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung | | | 31.08.2021 | | |
| Endbericht über Auswirkungen der Pflegeausgliederung | | | | 31.08.2025 | |

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Klare Regeln für Krankenhausabrechnungen

Fehlerhafte Abrechnungen von Krankenhäusern und Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen sind ein Dauerthema, das wiederholt auch den Bundesrechnungshof (BRH) beschäftigte. Der GKV-Spitzenverband hat mit einem Argumentationspapier Vorschläge unterbreitet.

Empfehlungen des Bundesrechnungshofs

Die vom BRH veröffentlichten Empfehlungen weisen vielfach Übereinstimmung mit den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes auf und beinhalten u. a.:

- Anreize für korrektes Abrechnungsverhalten
- rechtsverbindliche Prüfung von Strukturmerkmalen.

Beide Aspekte wurden zwischenzeitlich mit dem MDK-Reformgesetz aufgegriffen, das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist.

Neuregelungen durch das MDK-Reformgesetz

Die gesetzlichen Neuregelungen für die Krankenhausabrechnungsprüfung sind deutlich weitreichender und konsequenter als in der Vergangenheit:

- Die Rechnungslegung der Krankenhäuser soll verbindlich erfolgen.
- Bei fehlerhaftem Abrechnen werden neben der Rückzahlung zu viel erlöster Beträge Aufschläge fällig, die an die Krankenkasse zu zahlen sind.
- Die Anzahl der Prüfungen wird künftig von der Abrechnungsgüte der Krankenhäuser abhängen. Je häufiger geprüfte Rechnungen eines Krankenhauses unbeanstandet bleiben, umso seltener wird das Krankenhaus ab dem Jahr 2021 durch die Krankenkassen geprüft. Auch die Frage, ob und in welcher Höhe Aufschläge auf die Rückzahlung zu viel erlöster Beträge an die Krankenkasse zu zahlen sind, bestimmt sich nach der Abrechnungsgüte des Krankenhauses.
- Statistische Auswertungen, die der GKV-Spitzenverband veröffentlicht, sorgen für Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen.

Kritisch sieht der GKV-Spitzenverband die Einführung einer maximal zulässigen Prüfquote. In der Praxis könnte dies dazu führen, dass Krankenkassen nach Erreichen dieser Quote fehlerhafte Rechnungen ohne Prüfung bezahlen müssen.

Ein Teil der Abrechnungsprüfungen wird künftig entfallen, weil die Voraussetzungen für die Erbringung besonderer Komplexleistungen vor der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser nachgewiesen werden müssen. Die Abrechnung der an spezifische Leistungen geknüpften Komplexkodes ist Krankenhäusern ab dem Jahr 2021 nur noch möglich, wenn sie eine Bestätigung der vorgegebenen Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst (MD) nachweisen können. Der Schlichtungsausschuss Bund wird zu Kodierproblemen innerhalb vorgegebener Fristen eine Vielzahl von Entscheidungen treffen. Der durch die Vertragspartner auf Bundesebene zu vereinbarende erweiterte Katalog ambulanter Leistungen wird aus Sicht des Gesetzgebers dazu beitragen, Prüfungen auf primäre Fehlbelegung zu reduzieren. Eine zeitgemäße Weiterentwicklung des Prüfverfahrens wird perspektivisch auch den elektronischen Datenaustausch zwischen MD und Krankenhäusern umfassen. Da für alle Neuregelungen zur Abrechnungsprüfung enge Fristen gesetzt sind, hat der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen vorbereitende Maßnahmen eingeleitet.



Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum

Ab dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Dieser Jahresbetrag wird als Zuschlag je voll- und teilstationärer Fall gezahlt. Zur Identifizierung der zuschlagsberechtigten Krankenhäuser wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beauftragt, jährlich bis zum 30. Juni eine Liste der Krankenhäuser zu vereinbaren, welche die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Kriterien zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen erfüllen. Der G-BA hat definiert,

- wann eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung besteht,
- wann ein geringer Versorgungsbedarf vorliegt,
- für welche Leistungen notwendige Vorhalten sicherzustellen sind.

Die Förderung für Krankenhäuser im ländlichen Raum erhalten sowohl bedarfsnotwendige Krankenhäuser der Grundversorgung, die jeweils eine Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie vorhalten, als auch Krankenhäuser, die eine geburtshilfliche Fachabteilung vorhalten. Die Vertragsparteien veröffentlichen die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser auf ihrer jeweiligen Internetseite, sodass diese für jeden einsehbar ist.

Insgesamt haben die Vertragsparteien 120 Standorte in die Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser aufgenommen.

48 Mio. Euro Förderung für Krankenhäuser auf dem Land

Die Vertragsparteien haben sich darauf verständigt, dass der Zuschlag je Krankenhausstandort zu zahlen ist, da auch die G-BA-Kriterien auf die Standortdefinition abstellen. Allerdings kann ein Standort, der sowohl die Kriterien als Grundver-

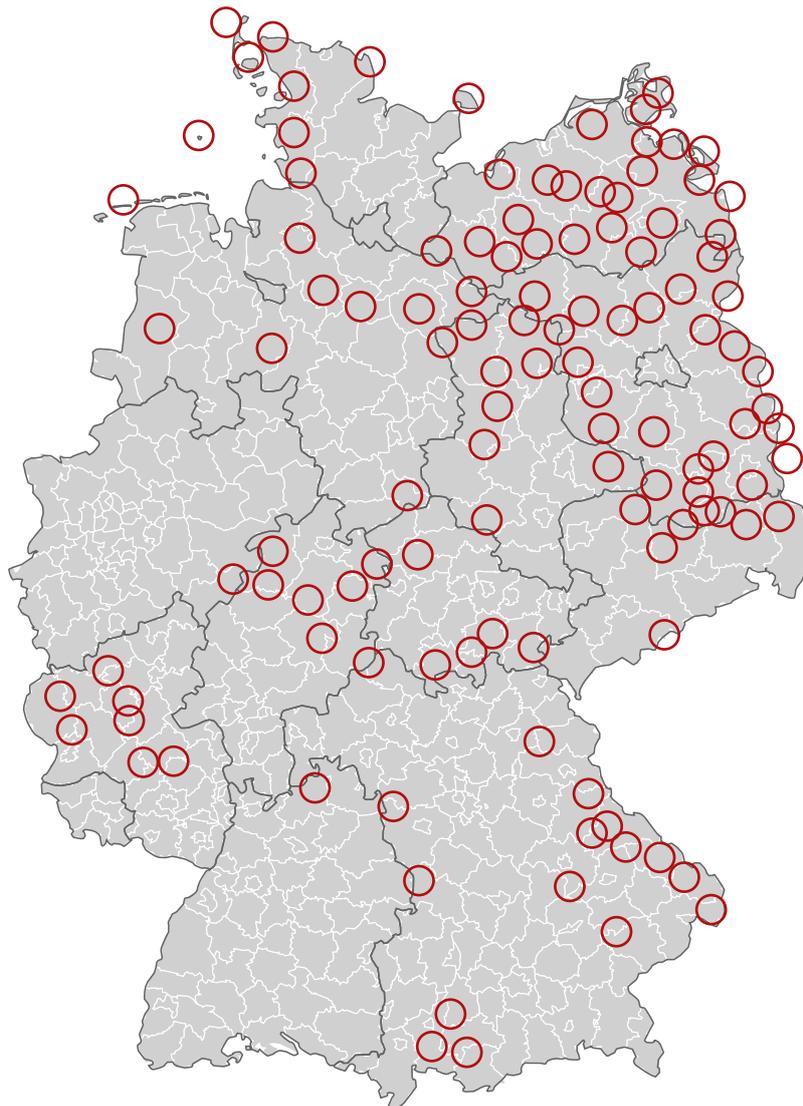
Bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser

| Kriterium | Krankenhäuser der Grundversorgung | Geburtshilfliche Krankenhäuser |
|---|--|---|
| Geringer Versorgungsbedarf | Einwohnerdichte geringer als 100 Einwohner je km ² | Einwohnerdichte geringer als 20 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren je km ² |
| Notwendige Vorhaltungen | Fachabteilung für Innere Medizin und chirurgische Fachabteilung, die zur Versorgung von Notfällen der Grund- und Regelversorgung geeignet sind | Fachabteilung für Geburtshilfe oder für Gynäkologie und Geburtshilfe |
| Gefährdung der flächendeckenden Versorgung | Bei Schließung des Krankenhauses müssten zusätzlich mindestens 5.000 Einwohner mehr als 30 Pkw-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger fahren. | Bei Schließung des Krankenhauses müssten zusätzlich mindestens 950 Frauen im Alter zwischen 15 und 49 Jahren mehr als 40 Pkw-Fahrzeitminuten zur nächsten Geburtsklinik fahren. |

sorger als auch die Kriterien für die Geburtshilfe erfüllt, nur einmal den Zuschlag in Höhe von 400.000 Euro geltend machen. Insgesamt haben die Vertragsparteien 120 Standorte in die Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser aufgenommen. Dies entspricht einem Zuschlagsvolumen von 48 Mio. Euro für das Jahr 2020. Der

Zuschlag wird auch dann ausgezahlt, wenn die entsprechenden Krankenhäuser kein finanzielles Defizit haben. Einen zusätzlichen Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag haben allerdings nur jene Krankenhäuser, die auch nach Berücksichtigung der Förderung in Höhe von 400.000 Euro noch ein Defizit in der Bilanz belegen können.

Bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die im Jahr 2020 einen Zuschlag erhalten



Quelle: Vereinbarung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntG
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Reform der Notfallversorgung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hatte im Juli 2019 zunächst einen Diskussionsentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt, im Januar 2020 folgte dann ein in einigen Punkten überarbeiteter Referentenentwurf. Hintergrund ist, dass in Deutschland viele Menschen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser für eine reguläre ambulante Versorgung aufsuchen. Zum einen ist der ambulante Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eher unbekannt, zum anderen gehen zu viele Hilfesuchende selbst mit leichten Problemen direkt in die Notfallambulanzen der Krankenhäuser, sogar an Wochentagen.

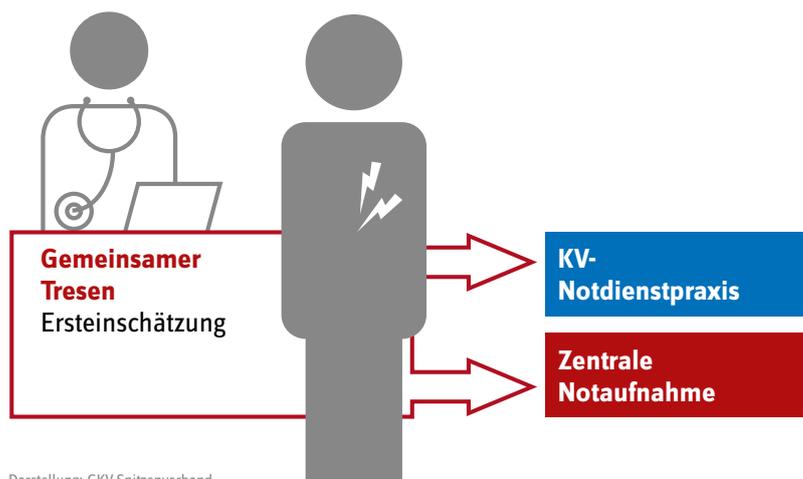
Der Referentenentwurf des BMG umfasst im Wesentlichen folgende Reformvorhaben:

1. Es soll ein gemeinsames Notfallsystem (GNL) eingerichtet werden, das über die Rufnummern 112 und 116 117 erreichbar ist. Das GNL soll Patientinnen und Patienten auf der Grundlage einer standardisierten Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsebene lotsen.
2. An ausgewählten Krankenhäusern sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eingerichtet werden. Diese sollen zu einer zentralen Anlaufstelle für alle Notfallpatientinnen und -patienten am Krankenhaus werden.
3. Der Rettungsdienst soll ein eigenständiger medizinischer Leistungsbereich im SGB V werden. Die Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrt in ein Krankenhaus werden als voneinander unabhängige Leistungen der medizinischen Notfallrettung geregelt. Die verfügbaren Notfallressourcen der Krankenhäuser sollen für die GNL und den Rettungsdienst digital in Echtzeit abrufbar sein.

Bewertung des Reformvorhabens aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat bereits 2017 Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Mehrere zentrale Forderungen des GKV-Spitzenverbandes finden sich in dem Re-

Gemeinsamer Treshen als gemeinsame Anlaufstelle



ferentenentwurf des BMG wieder. Ausdrücklich begrüßt wird, dass zukünftig eine zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatientinnen und -patienten geschaffen wird und der G-BA ergänzend zu dem bereits etablierten stationären Notfallstufenkonzept den Auftrag erhält, bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung sowie zum Leistungsumfang der ambulanten Notfallversorgung festzulegen. Dadurch wird erstmals definiert, welche ambulanten Notfallstrukturen vorgehalten werden müssen, um dem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden und zu gewährleisten, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser von sogenannten Bagatellfällen entlastet werden. Die Standortauswahl der INZ soll durch die erweiterten Landesausschüsse auf Basis bundeseinheitlicher Planungsvorgaben des G-BA erfolgen. Dies entspricht den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes und ist ausdrücklich zu begrüßen. Positiv zu bewerten ist zudem, dass der Rettungsdienst in das Gesundheitswesen integriert werden soll.

Der G-BA erhält den Auftrag, bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung sowie zum Leistungsumfang der ambulanten Notfallversorgung festzulegen.

Einrichtung eines gemeinsamen Notfalleitsystems

Eine echte Steuerungsfunktion soll künftig das GNL bekommen, das mit allen an der Notfallversorgung beteiligten Leistungserbringern digital vernetzt ist und in Echtzeit Zugriff auf die verfügbaren Kapazitäten hat (Rettungsmittel, Krankenhäuser und INZ). Patientendaten sollen vorab ans Krankenhaus übertragen werden, bevor der Rettungswagen dort eintrifft. Zudem sollen ein aufsuchender und ein telemedizinischer Bereitschaftsdienst in das GNL integriert werden. Diese Digitalisierungsoffensive ist ausdrücklich zu begrüßen.

Gerade bei schwer verletzten oder lebensbedrohlich erkrankten Patientinnen und Patienten ist es wichtig, sie genau dorthin zu bringen, wo sie für ihr Problem die richtige medizinische Hilfe erhalten. Daher ist die Notwendigkeit zu unterstreichen, dass für die sogenannten Tracer-Diagnosen der Notfallmedizin (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) vom G-BA festgelegt wird, welches spezialisierte Krankenhaus anstelle des möglicherweise ungeeigneten nächstgelegenen Krankenhauses anzufahren ist.

Gerade bei schwer verletzten oder lebensbedrohlich erkrankten Patientinnen und Patienten ist es wichtig, sie genau dorthin zu bringen, wo sie für ihr Problem die richtige medizinische Hilfe erhalten.

Etablierung des Rettungsdienstes als medizinischer Leistungsbereich im SGB V

Für den Rettungsdienst wird unter dem Begriff der medizinischen Notfallrettung im SGB V ein neuer Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt. Damit wird der Entwicklung Rechnung getragen, dass sich die Notfallrettung zu einer präklinischen medizinischen Versorgung entwickelt hat. Gleichzeitig wird ermöglicht, dass Versicherte Anspruch auf medizinische Notfallrettung haben, ohne andere Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen. Medizinisch unbegründete Anfahrten von Krankenhäusern durch den Rettungsdienst oder Krankenhauseinweisungen können so künftig vermieden werden.

Einrichtung eines gemeinsamen Tresens als zentrale Anlaufstelle

Die Idee einer zentralen Anlaufstelle für alle Notfallpatientinnen und -patienten wird positiv bewertet. Ebenfalls begrüßt wird, dass dabei auf die im Diskussionsentwurf angelegte Schaffung eines „dritten Sektors“ verzichtet wird und stattdessen eine enge Kooperation zwischen KV und Krankenhaus im Vordergrund steht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte an jedem ausgewählten Standort eines INZ ein gemeinsamer, durch KV und Krankenhaus getragener Tresen eingerichtet werden. Medizinisches Fachpersonal aus beiden Versorgungsbereichen entscheidet über die weitere Versorgung: Entweder werden Patientinnen und Patienten dann ambulant im KV-geleiteten INZ am Krankenhausstandort (KV-Notdienstpraxis) versorgt oder bei medizinisch dringenden Problemen in die zentrale Notaufnahme der Klinik überstellt.

Qualitätskontrollen im Krankenhaus

Ein wesentliches Instrument der Qualitätssicherung im Krankenhaus ist die regelmäßige Überprüfung, ob gesetzliche Vorgaben und Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingehalten werden. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden hierzu die Grundlagen geschaffen und der G-BA beauftragt, eine Richtlinie zu erlassen, in der Art, Umfang und Verfahren von Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geregelt werden.

Aufgrund des breiten Anwendungsbereichs der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL) werden die allgemeinen Vorgaben zu den Anhaltspunkten für Kontrollen, den beauftragenden Stellen sowie Art, Umfang und Verfahren sowie zum Umgang mit den Prüfergebnissen in einem Allgemeinen Teil A geregelt. Dieser ist bereits seit Dezember 2018 in Kraft. Für die weiteren vom Gesetzgeber vorgegebenen Kontrollgegenstände werden sukzessive im Besonderen Teil B der Richtlinie die jeweiligen Details der Verfahren in einzelnen Abschnitten definiert.

Prüfung der Dokumentationsqualität

Auf dieser Basis können die Qualitätssicherungsgremien auf Bundes- und Landesebene sowie die gesetzlichen Krankenkassen den MDK beauftragen zu kontrollieren, ob ein Krankenhaus seine Qualitätssicherungsdaten korrekt dokumentiert hat. Die entsprechend erweiterte Richtlinie ist seit Juni 2019 in Kraft.

Prüfung von Anforderungen an die Strukturqualität

Mit diesem Abschnitt der MDK-QK-RL werden die Bedingungen zur Prüfung der in G-BA-Richtlinien festgelegten Mindestanforderungen an die Strukturqualität definiert. Damit können die Krankenkassen dann die Umsetzung der Anforderungen aus den unterschiedlichen Strukturrichtlinien überprüfen lassen, wie z. B.:

- Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchorten-Aneurysma
- Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen

Die Kontrollen erfolgen jährlich im Rahmen eines Stichprobenverfahrens, können aber auch auf Basis von konkreten Anhaltspunkten beauftragt werden. Darüber hinaus wird es die Möglichkeit geben, Krankenhäuser, die richtlinienrelevante Leistungen erstmalig erbringen, ebenfalls regelhaft zu überprüfen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Voraussetzungen zur Leistungserbringung bereits im Voraus nachgewiesen werden.

Die Kontrollen erfolgen jährlich im Rahmen eines Stichprobenverfahrens, können aber auch auf Basis von konkreten Anhaltspunkten beauftragt werden.

Ausblick

Auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes soll zur Stärkung der Patientensicherheit die Umsetzung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beraten werden.

Verbindliche Personalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik

Im September 2019 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Zustimmung der Patienten- und Ländervertreterinnen und -vertreter die Erstfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) beschlossen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorgelegt. Die PPP-Richtlinie trat Anfang 2020 in Kraft.

Verbindliche Personalvorgaben ab 2020

Mit der Einführung der Richtlinie wird geregelt, dass mit Beginn des Jahres 2020 alle psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Krankenhäuser und Abteilungen

erstmalig verbindliche personelle Mindestvorgaben einhalten müssen. Dies gilt für das gesamte therapeutisch tätige Personal:

Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte,

Psychologinnen und Psychologen, Spezial- und Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Die Mindestvorgaben gelten pro Berufsgruppe. Sie sind quartalsweise auf Einrichtungsebene einzuhalten und den Landesverbänden der Krankenkassen nachzuweisen. Bei einer Nichterfüllung der Mindestanforderung an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Die Berechnung der konkreten Höhe des

Mit der neuen Richtlinie werden die Krankenhäuser ihr Personal deutlich aufstocken müssen.

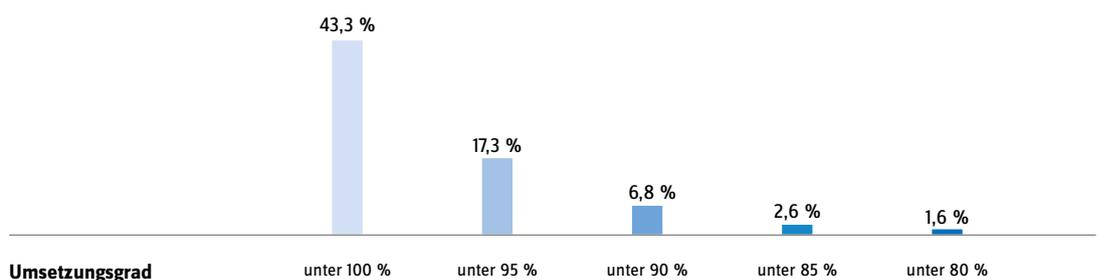
Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird bis Juni 2020 durch den G-BA beschlossen.

Der GKV-Spitzenverband hat sich dafür eingesetzt, dass die Personelnachweise der Einrichtungen auch stations- und monatsbezogen zu führen sind. Damit soll Transparenz über den Einsatz des Personals hergestellt werden, um prüfen zu können, ob besonders sensible Versorgungsbereiche wie Demenz- oder Akutstationen bedarfsgerecht personell ausgestattet sind. Diese stationsbezogenen Nachweise werden künftig durch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen ausgewertet.

Aufstockung des Personals

Mit der neuen Richtlinie werden außerdem die Personalvorgaben der bisher geltenden Psychiatrie-Personalverordnung an die heutigen fachlichen Anforderungen angepasst. Es wurden 5 % mehr Personal festgelegt. Das zusätzliche Personal ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig, um die Psychotherapie im Krankenhaus zu stärken und die menschenwürdige Betreuung Akutkranker zu garantieren. Im Datenjahr 2018 erfüllten 43 % der Einrichtungen die bisherigen Personalvorgaben nicht. Mit der neuen Richtlinie werden die Krankenhäuser ihr Personal also deutlich aufstocken müssen – dafür ist eine Übergangszeit von vier Jahren vorgesehen.

Umsetzungsgrad der tatsächlichen Personalausstattung in den psychiatrischen Krankenhäusern



Umsetzungsgrad = tatsächliche Personalausstattung/notwendige Personalausstattung

Quelle: Psych-PV-Nachweise, Auswertung des InEK, Datenjahr 2018, Stand September 2019. Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bundesweites Verzeichnis von Krankenhausstandorten

Für die Abrechnung mit Kostenträgern, die Krankenhausplanung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung müssen Krankenhäuser und ihre Standorte eindeutig identifizierbar sein. Dies war in der Vergangenheit aufgrund vielfältiger Regelungs- und Steuerungsebenen nicht möglich. In der Praxis wurden deshalb unterschiedliche Abgrenzungen gewählt. Seit Januar 2019 werden Krankenhausstandorte und -ambulanzen mit einem Kennzeichen in einem Standortverzeichnis erfasst.

Mehr Klarheit über Krankenhausstandorte

Der Gesetzgeber hatte bereits in der vergangenen Legislaturperiode die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband damit beauftragt, für Klarheit hinsichtlich des Standortbegriffs zu sorgen und ein bundesweites Verzeichnis der Standorte und Ambulanzen aller Krankenhäuser aufzubauen sowie kontinuierlich weiterzuentwickeln. 2018 wurde planmäßig mit dem Aufbau des Verzeichnisses begonnen. Den Auftrag für die technische Umsetzung und den organisatorischen Betrieb erhielt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

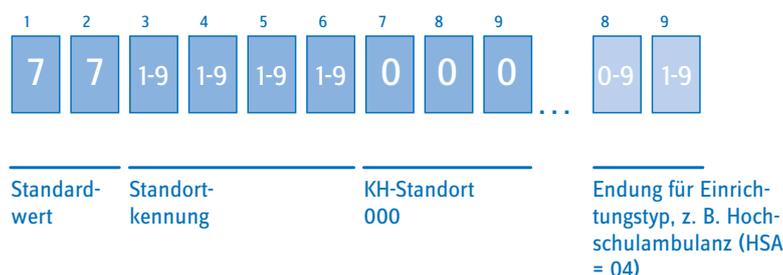
Seit Januar 2019 können Krankenhäuser ihre Standorte und Ambulanzen über die Webseite <https://krankenhausstandorte.de/> anmelden. Sie erhalten jeweils eindeutige Standort- bzw.

Ambulanzkennzeichen. Dieses Kennzeichen ist seit dem 1. Januar 2020 verbindlich im Rahmen der Abrechnung anzugeben. Perspektivisch soll das Kennzeichen in weiteren Anwendungsbereichen verwendet werden, z. B. in der Qualitätssicherung oder im Rahmen der Ermittlung von Zuschlägen beispielsweise für Notfallstufen oder Zentren.

Das Standortkennzeichen ist seit dem 1. Januar 2020 verbindlich im Rahmen der Abrechnung anzugeben.

Bis Mitte Dezember 2019 hatten rund 1.600 Krankenhäuser ihre Standorte und Ambulanzen gemeldet und entsprechende Kennzeichen erhalten. Damit ist das Verzeichnis nahezu vollständig. 2020 wird es darum gehen, die Qualität der Daten zu erhöhen und kontinuierlich Veränderungen wie z. B. Fusionen oder Schließungen von Krankenhäusern bzw. ihren Standorten nachzuvollziehen.

Aufbau des 9-stelligen Standortkennzeichens



Einheitliche Standards für klinische Zentren

Zentren sind Krankenhäuser mit besonderer Bedeutung für die Versorgung, da diese z. B. Aufgaben für andere Krankenhäuser übernehmen. Das können u. a. Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser sein oder interdisziplinäre Fallkonferenzen für onkologische Patientinnen und Patienten. Bei einem Zentrum im entgeltrechtlichen Sinne handelt es sich um eine Einrichtung, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich aufgrund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Das Zentrum muss sich durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.

Besondere Aufgaben und Qualitätsanforderungen

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis Ende 2019 die besonderen Aufgaben von Zentren zu definieren sowie erstmals bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen an die Aufgabewahrnehmung festzulegen. Diese können insbesondere Vorgaben zu Art und Anzahl von Fachabteilungen, Mindestfallzahlen und Kooperationen mit anderen Leistungserbringern umfassen. Hintergrund der G-BA-Beauftragung war

Das Zentrum muss sich durch die Wahrnehmung besonderer Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.

eine frühere Entscheidung der Bundesschiedsstelle, die sich als nicht umsetzbar erwiesen hatte. Demnach war allein die Ausweisung als Zentrum im Landeskrankenhausplan ausreichend für eine Finanzierung besonderer Aufgaben. Ein Flickenteppich in der Umsetzung und Streit über die Auswahlkriterien je Bundesland waren die Folge.

Besondere Aufgaben eines Zentrums können sich ergeben aus

- einer überörtlichen und krankenhäuserübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
- der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen,
- der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Die besonderen Aufgaben sind über Zentrumszuschläge zu finanzieren, da es sich um Leistungen für Patientinnen und Patienten anderer Krankenhäuser handelt oder um übergreifende Aufgaben (z. B. Registerführung und -auswertung), die der stationären Patientenversorgung zugutekommen. Folglich können diese Leistungen nicht über das DRG-Fallpauschalensystem finanziert werden.

Auswahl der Fachbereiche und Beschlussfassung

Im G-BA konnten 2019 die Beratungen zu folgenden Bereichen abgeschlossen werden:

- Zentren für Seltene Erkrankungen
- onkologische Zentren
- Traumazentren
- rheumatologische Zentren
- Herzzentren

Die Regelungen sollen 2020 um weitere versorgungsrelevante Zentren ergänzt werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass mit den Zentrumsregelungen des G-BA erstmals bundeseinheitlich definiert wird, wann eine herausragende Expertise und Ausstattung im Vergleich zu anderen Leistungserbringern der Spitzenmedizin vorliegt, welche Krankenhäuser qualifiziert, besondere Zentrumsaufgaben zu übernehmen.



Virenschutz_

Tiefe Eingriffe in die Organisation der Medizinischen Dienste

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2019 mit dem MDK-Reformgesetz eine umfassende und tiefgreifende Organisationsreform des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen.

Neue Zusammensetzung der Verwaltungsräte

Nach den vorgesehenen Regelungen werden die Verwaltungsräte der einzelnen MDK in den Bundesländern und auf Bundesebene vollständig umgestaltet. Demnach sollen sich die Verwaltungsräte aus insgesamt 23 Mitgliedern zusammensetzen. Davon wählen die Krankenkassen 16 Vertreterinnen und Vertreter mit Stimmrecht. Fünf Vertreterinnen und Vertreter mit Stimmrecht werden künftig auf Vorschlag der Patientenorganisationen durch die Länder benannt. Zusätzlich benennen die Länder zwei Vertreterinnen und Vertreter der Landespflegekammern und Landesärztekammern ohne Stimmrecht.

Im Gesetzentwurf war zunächst vorgesehen, die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat einer Krankenkasse als unvereinbar mit der Wahl in den Verwaltungsrat eines MDK festzuschreiben. Aus

Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre das der faktischen Ausschaltung der sozialen Selbstverwaltung im MDK gleichgekommen. Er positionierte sich daher deutlich gegen dieses Vorhaben. Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch in Zukunft in den Verwaltungsräten des MDK unmittelbar vertreten sein.

Der Gesetzgeber begründete die Reform der Medizinischen Dienste und deren bisher eigenverantwortlich von den Krankenkassen besetzten Verwaltungsräten mit einer Stärkung der Unabhängigkeit des MDK. Hierzu besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kein Anlass. Bereits heute ist ausgeschlossen, dass die Verwaltungsräte des MDK Einfluss auf die originären Aufgaben der Begutachtung und Beratung nehmen.

Unvereinbarkeitsregelung für die soziale Selbstverwaltung abgewendet

Auf der Zielgeraden des Gesetzgebungsverfahrens wurde diese Regelung angesichts der großen Kritik gestrichen. Die soziale Selbstverwaltung bleibt auch weiterhin in den Verwaltungsräten des MDK vertreten. Schwer wiegt allerdings der zwischen den Regierungsfractionen gefundene Kompromiss:

Als konstitutives Element der gesetzlichen Krankenversicherung muss die soziale Selbstverwaltung auch in Zukunft in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste unmittelbar vertreten sein.

Übergangsprozess zu den neuen Körperschaften MD und MD Bund

2020

- Bis 31.12. Wahl und Benennung der Mitglieder der neuen VR der MD

2021

- Bis 31.03. Delegiertenversammlung zur Wahl der Mitglieder des neuen VR des MD Bund
- Bis 30.06. Entscheidung der Landesbehörden über neue Satzung der MD
- Errichtung der MD nach Veröffentlichung der Satzung abgeschlossen
- Bis 31.12. Entscheidung des BMG über neue Satzung des MD Bund

2022

- MD Bund nimmt Arbeit auf

Wer bereits in einem MDK oder in mehr als einem Selbstverwaltungsorgan bzw. einem Verband eines Versicherungsträgers ehrenamtlich tätig ist, darf sich nicht in einem anderen MDK-Verwaltungsrat engagieren. Zusätzlich wird die Tätigkeit auf zwei Amtszeiten begrenzt – Vorgaben, die bisher für Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht existierten. Für den MDK werden Sonderregelungen geschaffen, die systemfremd und nicht begründbar sind.

Potenzial für Interessenkonflikte durch die weitere Besetzung der Verwaltungsräte

Durch die neue Besetzung der Verwaltungsräte werden Leistungserbringer – wenn auch ohne Stimmrecht – in eine Gestaltungsverantwortung im MDK gebracht. Dies birgt Potenzial für Interessenkonflikte. Schließlich entscheiden die Verwaltungsräte u. a. auch über Richtlinien, auf deren Grundlage die Leistungserbringung geprüft wird. Die vom Gesetzgeber angestrebte Sicherstellung der Unabhängigkeit des MDK wird durch die Einbeziehung der Leistungserbringer konterkariert. Der GKV-Spitzenverband setzte sich deshalb dafür ein, dass die Berufsgruppen in Beiräten, nicht aber im Verwaltungsrat beteiligt werden.

Funktionsfähigkeit des MDK in Gefahr

Den bisherigen Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) löst künftig der neue MD Bund ab. Er soll die Richtlinien für die gutachterliche Prüfung eigenständig beschließen. Damit wird die funktionierende Zusammenarbeit zwischen GKV-Spitzenverband und dem MDS bei der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Positionen und bei ihrer Vertretung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zerschlagen. Da der MD Bund künftig von den Medizinischen Diensten und nicht mehr vom GKV-Spitzenverband getragen wird, sind die Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes nicht mehr im Verwaltungsrat des MD Bund vertreten. Darüber hinaus wird durch die Begrenzung auf maximal zwei Mitgliedschaften in Verwaltungsräten der Krankenkassen und des MDK der

Wissenstransfer auf Verwaltungsratsebene zwischen Krankenkassen, MDK und MD Bund gekappt.

Neben medizinischen Aspekten spielen bei einer relevanten Anzahl von Richtlinien auch leistungsrechtliche Erwägungen bei gutachterlichen Entscheidungen eine wichtige Rolle. Sowohl für die MDK als auch für die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen des MDK mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen. Die Richtlinien schaffen sowohl für den MDK als auch die Krankenkassen eine unverzichtbare Grundlage des gemeinsamen Handelns. Der Sachverstand der Krankenkassen muss dringend weiterhin unmittelbar einbezogen werden. Der GKV-Spitzenverband hat deshalb eine Einvernehmensregelung gefordert.

Sowohl für die Medizinischen Dienste als auch für die Krankenkassen ist es von elementarer Bedeutung, dass die Grundlagen der Begutachtungen mit der Rechtsauslegung der Krankenkassen übereinstimmen.



Mouse_

Vorfahrt für Patientenschutz bei Medizinprodukten

Um die Patientensicherheit bei der Versorgung mit Medizinprodukten zu verbessern, hat der Gesetzgeber zwei Vorhaben auf den Weg gebracht: Das Implantateregister-Gesetz und das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz. Erfüllen die beiden Gesetze ihr Ziel?

Implantateregister-Gesetz bringt Fortschritte

Zentrales Ziel des sogenannten Implantateregister-Errichtungsgesetzes (EIRD) ist es, Sicherheit und Qualität von Implantationen zu erhöhen. Das Gesetz schafft erstmals deutschlandweit die Rechtsgrundlage dafür, dass bei bestimmten Produktklassen alle Implantationen und alle nachfolgenden Eingriffe im Zusammenhang mit dem Implantat an das Register gemeldet werden müssen. Dies dient der Patientensicherheit, denn dadurch können Produktfehler früher als bisher auffallen. Dazu müssen die Daten jedoch valide sein. Das Implantateregister basiert ausschließlich auf Informationen, die von Krankenhäusern, Arztpraxen und Industrie bereitgestellt werden. Die Krankenkassen sollen den sogenannten Vitalstatus ihrer Versicherten an das Register melden. Die Beschränkung auf diesen Einzelparameter der Krankenkassen greift jedoch zu kurz. Die Einbeziehung weiterer Kassendaten könnte den Patientenschutz wirksam erhöhen.

Abrechnungsdaten der Kassen nutzen

Krankenkassen verfügen über geprüfte Abrechnungsdaten. Mithilfe dieser Daten könnten die Implantationsdaten der Krankenhäuser kontrolliert werden. Da Krankenhausabrechnungen fehleranfällig und häufig inkorrekt sind, würde eine Verifizierung durch die Kassen die Registerqualität maßgeblich erhöhen.

Schneller Kontakt zu Versicherten durch korrekte Kontaktdaten

Wenn Patientinnen und Patienten wegen eines Problems mit Implantaten kontaktiert werden müssen, sollte es schnell gehen. Sinnvoll wäre es also, wenn die Krankenkassen die Informationen weiterleiten, da sie jederzeit über die aktuellen

Kontaktdaten ihrer Versicherten verfügen. Leider sieht das Gesetz jedoch die Zuständigkeit der Krankenhäuser vor. Jeder Patientenumzug führt somit zu Verzögerungen, die wiederum die Patientensicherheit gefährden.

Register sorgt nicht überall für Wissenszuwachs

Obwohl die Registerdaten erhoben werden, erfahren Krankenkassen nicht, mit welchen Implantaten ihre Versicherten versorgt wurden. Somit können die Krankenkassen ihre Versicherten bei eingetretenen Schadensereignissen nicht ausreichend unterstützen, weil ihnen dazu die Daten fehlen.

Anpassung Medizinproduktegesetz an EU-Verordnung

Ab dem 26. Mai 2020 gilt die neue EU-Verordnung für Medizinprodukte. Dies macht Änderungen im deutschen Medizinprodukte-Durchführungsgesetz erforderlich. Der entsprechende Entwurf eines Medizinprodukte-Durchführungsgesetzes der Bundesregierung wurde im zweiten Halbjahr 2019 vorgelegt. Neben der Anpassung an das EU-Recht beinhaltet der Gesetzentwurf problematische Regelungen.

Das Gesetz sieht eine deutliche Erweiterung sogenannter Sonderzulassungen von Medizinprodukten vor. Demnach können Medizinprodukte, für die kein Europäisches Konformitätsbewertungsverfahren abgeschlossen wurde, unter bestimmten Bedingungen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Deutschland zugelassen werden. Die Formulierungen in der Gesetzesbegründung legen nahe, dass damit zu rechnen ist, dass künftig deutlich mehr Medizinprodukte als bisher über diesen nationalen Sonderweg zugelassen werden können. Welche Maßstäbe dafür gelten sollen, bleibt jedoch offen, denn das Nähere soll eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) regeln.

Das Gesetz schafft erstmals deutschlandweit die Rechtsgrundlage dafür, dass Implantationen und nachfolgende Eingriffe an das Register gemeldet werden müssen.

Die Ausweitung von Sonderzulassungen wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen, denn damit können Schutzbestimmungen der EU-Verordnung gezielt umgangen werden.

Nationale Alleingänge vermeiden

Diese Ausweitung von Sonderzulassungen wird vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen, denn damit können Schutzbestimmungen der EU-Verordnung gezielt umgangen werden. Sonderzulassungen im nationalen Alleingang sollten vermieden werden. Wenn alle EU-Mitgliedstaaten jeweils weitreichende Ausnahmeregelungen für nationale „Sonderzulassungen“ einführt, würde dadurch das eigentliche Schutzziel der EU-Verordnung unterlaufen. Es muss stattdessen nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes rechtlich klargestellt werden, dass „Sonderzulassungen“ außerhalb von Pandemien oder anderen Katastrophenfällen grundsätzlich Ausnahmen darstellen. Sie sollten lediglich befristet erteilt und die Zulassungsentscheidungen mit allen relevanten Informationen veröffentlicht werden.

Änderungen für die Methodenbewertung im G-BA

Weitere Änderungen des Gesetzes betreffen das Verfahren zur Methodenbewertung neuer Untersu-

chungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Hierbei weicht der Gesetzgeber an mehreren Stellen von der anerkannten wissenschaftlichen Praxis ab. So wurde die maximale Verfahrenslaufzeit von drei auf zwei Jahre verkürzt, ohne eine Anpassung bei den umfangreichen Anhörungsverfahren vorzunehmen. Eine Durchführung der Erprobung in diesem Zeitraum widerspricht den Grundprinzipien einer wissenschaftlichen Studienplanung und wird den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vor große Herausforderungen stellen. Gleichmaßen ist nicht ersichtlich, weshalb eine NUB künftig im Krankenhaus angewendet werden darf, wenn lediglich das Potenzial für diese vorliegt, aber keine gesicherten Aussagen zum Nutzen-Schaden-Potenzial. Dies ist ein Rückschritt in der evidenzbasierten Medizin. Ebenso ist die Verordnungsermächtigung zur Überarbeitung des Verfahrens zu kritisieren. Durch diese wird das BMG ermächtigt, künftig dem G-BA die Verfahrensregeln bei der Methodenbewertung vorzuschreiben. Es ist zu befürchten, dass die Bewertungsstandards, die bisher primär die Patientensicherheit im Blick hatten, aufgeweicht werden sollen.

Beteiligte am Implantateregister



Darstellung: GKV-Spitzenverband



Server_

Ergebnisse der Konzertierte Aktion Pflege

Ein von Gewerkschaften und Arbeitgebern ausgehandelter Tarifvertrag für den Pflegebereich kann von der Bundesregierung für allgemeinverbindlich erklärt werden.

Anfang Juni 2019 wurden die Ergebnisse der Konzertierte Aktion Pflege (KAP) öffentlich vorgestellt. Voraus ging ein Jahr intensiver Beratungen in fünf Arbeitsgruppen, in denen der GKV-Spitzenverband als zentraler Akteur seine Positionen verankern konnte. Mit den vereinbarten Maßnahmen sollen die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar verbessert, die Pflegeausbildung gestärkt und weitere Entlastungsmaßnahmen für Pflegenden umgesetzt werden. Bundesministerien, Länder und die an der KAP beteiligten Organisationen haben sich verpflichtet, dieses umfangreiche Maßnahmenpaket zu realisieren.

Entlohnung verbessern

Zur besseren Entlohnung von Pflegenden wurde das Gesetz für bessere Löhne in der Pflege verabschiedet. Er sieht vor, dass ein von Gewerkschaften und Arbeitgebern ausgehandelter Tarifvertrag für den Pflegebereich von der Bundesregierung für allgemeinverbindlich erklärt werden kann. Wenn dies nicht gelingt, soll die von der Regierung eingesetzte Pflegekommission Mindestentgelte auch für Fachkräfte vorschlagen.

Entscheidungsbefugnisse für Pflegenden stärken

Ziel ist es auch, die Entscheidungskompetenzen von Pflegefachkräften zu verbessern. Dabei geht es insbesondere um die Optimierung von Delegationsverfahren zwischen dem medizinischen und dem Pflegepersonal sowie um die Substitution ärztlicher Leistungen auf Pflegefachkräfte im Sinne der Heilkundeübertragung.

Mehr Pflegefachkräfte aus dem Ausland

Um die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland zu erleichtern, soll mit dem im Jahr 2019 verabschiedeten Fachkräfteeinwanderungsgesetz der rechtliche Rahmen erweitert werden. Insbesondere Bund und Länder stehen in der Verantwortung für den Aufbau einer zentralen Servicestelle für die Anerkennung ausländischer Pflegeausbildungen. Zudem soll ein Gütesiegel

erarbeitet werden, dass zum einen private Vermittler ausländischer Pflegefachkräfte zertifiziert und zum anderen einheitliche Standards für die Fach- und Sprachausbildung ausländischer Pflegefachkräfte festlegt.

Finanzieller und organisatorischer Kraftakt

Die beschlossenen Maßnahmen werden nach der bestehenden Kostenverteilung zu höheren Zuzahlungen aufseiten der Pflegebedürftigen, insbesondere der Heimbewohnerinnen und -bewohner, führen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss die Bundesregierung zügig ein schlüssiges Gesamt-Finanzierungskonzept erarbeiten. Es ist zu verhindern, dass weiterhin die Investitionskosten und die infolge der KAP zusätzlich anfallenden Kosten auf die Schultern der Pflegebedürftigen abgewälzt werden.

| | | |
|---|---|---|
|  |  |  |
| <h3>Zentrale Maßnahmen der Konzertierte Aktion Pflege</h3> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwerben von 10 % mehr Auszubildenden und ausbildenden Einrichtungen ▪ Ausbau von Fortbildungen und Umschulungen zur Pflege ▪ Gewinnung von Fachkräften aus dem Ausland ▪ Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften ▪ Ausweitung der Entscheidungsbefugnisse für Pflegekräfte ▪ Erleichterungen durch Digitalisierung | | |

Bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege

Mit dem 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen erreicht werden. Das PpSG sieht vor, dass vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Zahlung von Vergütungszuschlägen haben, mit denen insgesamt 13.000 zusätzliche Pflegestellen finanziert werden sollen. In den Jahren 2019 bis 2024 werden zudem jährlich bis zu 100 Mio. Euro bereitgestellt, um in Pflegeeinrichtungen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu fördern. Darüber hinaus soll die Digitalisierung in der Pflege vorangebracht werden. Hierzu fördert die Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2021 die Anschaffung der entsprechenden digitalen und technischen Ausrüstung für Pflegeeinrichtungen mit einem einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro je Einrichtung.

Der GKV-Spitzenverband hat das Nähere zu den Voraussetzungen, Inhalten und zur Durchführung der Finanzierungs- und Fördervorhaben in Richtlinien und Festlegungen beschlossen. Diese gelten verbindlich für die Pflegeeinrichtungen und die antragsbearbeitenden Pflegekassen und gewährleisten bundesweit einheitliche Förderverfahren. Zur Vereinfachung der Antragstellung hat der GKV-Spitzenverband für die jeweiligen Fördermaßnahmen ein Antragsmuster zur Verfügung gestellt. Um die Verfahren der Antragsbearbeitung und Bewilligung effizient zu gestalten, haben sich die Pflegekassen auf zentrale Zuständigkeiten geeinigt.

Inanspruchnahme der Förderung

Das Pflegestellenförderprogramm wird seitens der vollstationären Pflegeeinrichtungen zurückhaltend in Anspruch genommen. Bis Ende 2019 hatten von insgesamt 13.000 Einrichtungen rd. 3.800 einen Antrag auf Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen gestellt, ca. 40 % dieser Anträge waren unvollständig und wurden lediglich fristwahrend eingereicht. Bis Ende 2019 haben die Pflegekassen

2.223 Anträge und damit insgesamt 2.260 Pflegestellen (Vollzeitäquivalente) bewilligt. Hiervon entfielen 2.242 Stellen auf Pflegefachkräfte und 18 Stellen auf Pflegehilfskräfte.

Nur 1,3 % der förderfähigen Pflegeeinrichtungen haben bis Ende Dezember die Möglichkeit der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf genutzt. Von den insgesamt 356 Anträgen konnten 201 Anträge bis Ende Dezember 2019 beschieden werden.

Etwa 4 % der förderfähigen Pflegeeinrichtungen haben einen Antrag auf Förderung von Maßnahmen zur Digitalisierung gestellt. Von gestellten 3.487 Anträgen wurden bis Ende Dezember 2019 insgesamt 1.940 beschieden. Mit 1.735 bewilligten Anträgen beträgt die Bewilligungsquote 89,43 %. Abgelehnt wurden Anträge beispielsweise aufgrund fehlender Entlastung der Pflegekräfte als Hauptzweck der Maßnahme. Innerhalb des ersten Förderjahres 2019 konnten 1.547 Anträge insbesondere wegen fehlender oder unklarer Angaben noch nicht abschließend bearbeitet werden.

In den Jahren 2019 bis 2024 werden jährlich bis zu 100 Mio. Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu fördern.

Neues Qualitätssystem für stationäre Pflegeheime

Die Ergebnisse spiegeln die Pflegequalität einer Einrichtung entlang der Qualitätsindikatoren wider, z. B. zu den Themen Mobilitätserhalt, Häufigkeit von Druckgeschwüren oder Anwendung von Gurten.

Gut zehn Jahre nach der Einführung der Pflegenoten ging im Oktober 2019 ein von Grund auf reformiertes Qualitätssystem für Einrichtungen der stationären Langzeitpflege an den Start, das die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt stellt. Grundlage hierfür war ein vom Qualitätsausschuss Pflege vergebener wissenschaftlicher Auftrag an das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld und das aQua-Institut in Göttingen. Der im September 2018 vor-

gelegte Abschlussbericht enthält Empfehlungen für 15 Qualitätsindikatoren, die bei den externen Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Prüfdienste der privaten Krankenversicherung zur Anwendung kommen sollen und die zukünftige Qualitätsdarstellung betreffen.

Seit Oktober 2019 müssen vollstationäre Einrichtungen alle sechs Monate bei ihren Bewohnerinnen und Bewohnern festgelegte Qualitätsdaten erheben und an die Datenauswertungsstelle Pflege (DAS) übermitteln. Die DAS prüft die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität. Die Auswertung erfolgt fall- und einrichtungsbezogen auf Basis pseudonymisierter Daten. Die Ergebnisse spiegeln die Pflegequalität einer Einrichtung entlang der Qualitätsindikatoren wider, z. B. zu den Themen Mobilitätserhalt, Häufigkeit von Druckgeschwüren oder Anwendung von Gurten. Sie bilden eine wichtige Grundlage für das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen und fließen in die öffentliche Qualitätsdarstellung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ein.

Beispielhafte Qualitätsdarstellung

Qualitätsinformationen über die Pflegeeinrichtung

Mustereinrichtung Vollstationäre Pflege

Datum der externen Qualitätsprüfung: 11.12.2019
Prüfungsart: Regelprüfung

■■■■

Keine oder geringe
Qualitätsdefizite

■■■□

Moderate
Qualitätsdefizite

■■□□

Erhebliche
Qualitätsdefizite

■□□□

Schwerwiegende
Qualitätsdefizite

X

Konnte nicht geprüft
werden

1.2 Unterstützung beim Essen und Trinken

Pflegebedürftige Menschen sind oft nicht in der Lage, selbstständig zu essen oder zu trinken. Andere verspüren keinen Drang, regelmäßig zu essen oder zu trinken. Die pflegerische Unterstützung bei der Ernährung ist deshalb von großer Bedeutung für die Gesundheit von Pflegebedürftigen. In der Qualitätsprüfung wird beurteilt, ob pflegebedürftige Menschen beim Essen und Trinken angemessen unterstützt werden.

Ergebnis der externen Qualitätsprüfung: ■■■■

| Bewertung | Anzahl |
|---|--------|
| A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite | 8 |
| B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negative Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner erwarten lassen | 1 |
| C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner | 0 |
| D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die Bewohnerinnen und Bewohner | 0 |

Bewertung: Keine oder geringe Qualitätsdefizite

In die Prüfung einbezogen waren bei diesem Thema 9 Bewohner bzw. Bewohnerinnen.

Ergebnisse früherer Qualitätsprüfungen: liegen nicht vor

Neue Qualitätsdarstellung

Im März 2019 wurde im erweiterten Qualitätsausschuss Pflege die Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die vollstationäre Pflege (QDVS) beschlossen. Die QDVS löst die Pflege-Transparenzvereinbarung (Pflegenoten, Pflege-TÜV) ab und legt fest, in welcher Form die erhobenen Daten für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aufbereitet und veröffentlicht werden. Mit Beginn des Jahres 2020 stehen damit Informationen auf den Internetportalen der Pflegekassen zur Verfügung, die besser als zuvor nach Qualitätsunterschieden differenzieren. Die Qualitätsdarstellung umfasst neben den Ergebnissen aus Qualitätsindikatoren und unabhängigen Qualitätsprüfungen auch Einrichtungsinformationen zu einer Vielzahl von Ausstattungsmerkmalen, u. a. zur Personalausstattung.

Qualitätsprüfung in der ambulanten Pflege

Parallel wurde 2017 auch für die ambulante Pflege ein neues Qualitätssicherungsverfahren auf den Weg gebracht. Die Ergebnisse der bei der Hochschule Osnabrück und dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld beauftragten Studie liegen seit Herbst 2018 vor. Bevor die entwickelten Instrumente und Verfahren zur Qualitätsprüfung und -darstellung in den Regelbetrieb übernommen werden, erfolgt die Pilotierung in 80 allgemeinen und spezialisierten Pflegediensten. Überprüft werden die messtheoretischen Gütekriterien und die Praktikabilität des Instruments für die Qualitätsprüfung. Des Weiteren werden die

Eignung der Qualitätsdarstellung sowie die Praktikabilität der Bewertungssystematik erprobt. Die Ergebnisse liegen im Januar 2020 vor.

Ambulante Betreuungsdienste

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat der Gesetzgeber die Zulassung von ambulanten Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung vorgesehen. Sie sollen die Kapazitäten zur Erbringung von Leistungen der pflegerischen Betreuung und Hilfen bei der

Haushaltsführung für Pflegebedürftige erweitern. Der GKV-Spitzenverband hat entsprechend dem gesetzlichen Auftrag Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste beschlossen. Die Richtlinien regeln den Maßstab für den Inhalt und Umfang des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung der Betreuungsdienste. Auf dieser Grundlage hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes Qualitätsprüfungs-Richtlinien für ambulante Betreuungsdienste erarbeitet, die Anfang 2020 in Kraft getreten sind.

Der GKV-Spitzenverband hat Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste beschlossen.



Indikatoren zur Qualitätsbewertung

1. Allgemeine Informationen über die Einrichtung
2. Ausstattung
3. Spezialisierung/Versorgungsschwerpunkte
4. Möglichkeiten des Kennenlernens der Einrichtung
5. Gruppenangebote
6. Religiöse Angebote
7. Einbeziehung von Angehörigen
8. Kontakte der Einrichtung zum sozialen Umfeld/Quartier
9. Personelle Ausstattung (im Bereich Pflege und Betreuung)
10. Kooperationsvereinbarungen
11. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase
12. Zusätzliche kostenpflichtige Dienstleistungsangebote

Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung

Zahlreiche Reformen haben die soziale Pflegeversicherung (SPV) seit ihrer Einführung im Jahr 1995 weiterentwickelt und den Kreis der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger erweitert. In den letzten

Insbesondere im vollstationären Bereich sind Pflegebedürftige mit steigenden Pflegesätzen und damit zunehmenden Eigenanteilen belastet.

zehn Jahren stieg deren Anzahl um rund 70 %, von 2,2 Mio. auf über 3,9 Mio. im Juli 2019. Aber auch die Leistungen der Pflege-

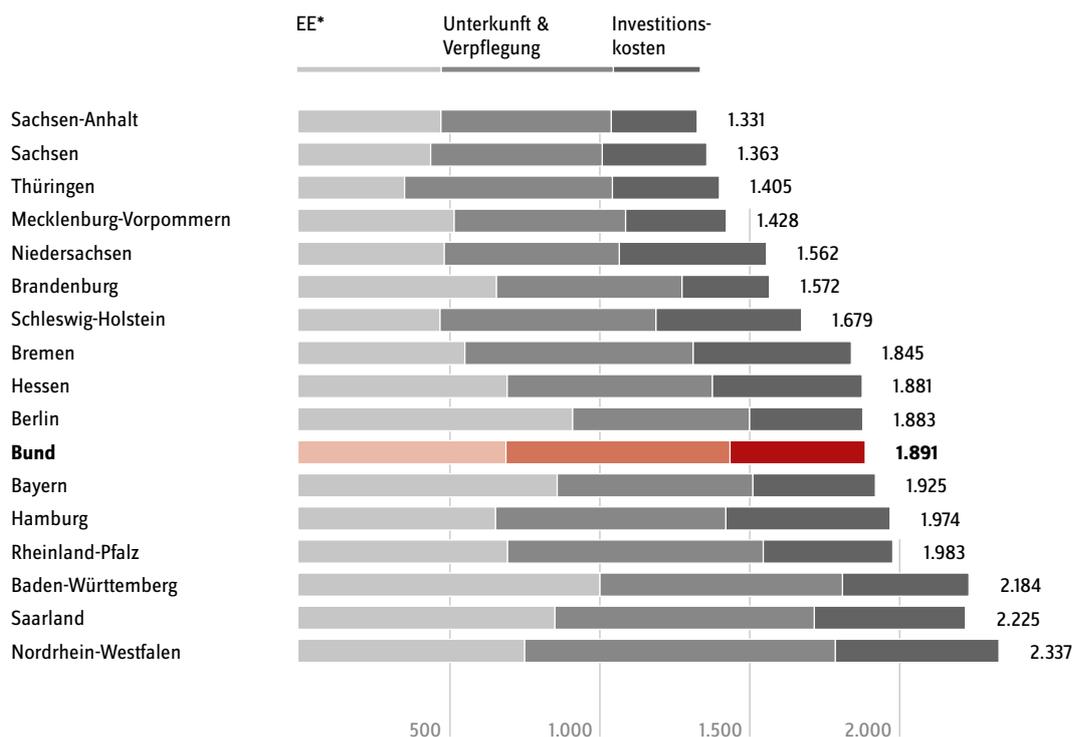
versicherung, insbesondere im ambulanten Bereich, wurden erheblich ausgeweitet. In einem Zeitraum von zehn Jahren sind die Leistungsausgaben von 19,3 Mrd. Euro im Jahr 2009 auf rund 40,7 Mrd. Euro Ende 2019 gestiegen. Zur Sicherung des Mittelbestands in der SPV erfolgten

seit Einführung der Pflegeversicherung mehrere Beitragssatzanpassungen. Zuletzt wurde der Beitragssatz 2019 um 0,5 Beitragssatzpunkte auf 3,05 % des Bruttolohns – 3,3 % für Kinderlose – angehoben.

Steigende Kosten für Pflegeleistungen

Angeichts der demografischen Entwicklung und der im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege sind weitere Kostensteigerungen zu erwarten. Allein die geplante bundesweite Anhebung der Löhne von Pflegekräften, die mit dem Pflegelöhneverbesserungsgesetz beschlossen wurde, wird entsprechend einer vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag

Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat



* Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für Pflegegrade 2 bis 5

Quelle: vdek. Darstellung: GKV-Spitzenverband

gegebenen Studie zu Mehrausgaben in Höhe von rd. 1,4 bis 5,2 Mrd. Euro führen. Außerdem sind Kostensteigerungen in Milliardenhöhe bei Umsetzung der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Einführung eines jährlichen, flexibel einsetzbaren „Entlastungsbudgets“ (Zusammenfassung des Anspruchs von Tages- und Nachtpflege, Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege) zu erwarten. Mit weiteren Mehrausgaben für eine bessere Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen ist aufgrund eines bis 2020 zu entwickelnden Personalbemessungsverfahrens zu rechnen.

Eigenbelastung der Pflegebedürftigen steigt

Die steigenden Kosten für Pflegeleistungen betreffen nicht nur die Beitragszahlenden, sondern auch Pflegebedürftige und Angehörige. Die Pflegeversicherung ist nach dem Prinzip der Teilkostendeckung konzipiert. Insbesondere im vollstationären Bereich sind Pflegebedürftige mit steigenden Pflegesätzen und damit zunehmenden Eigenanteilen belastet. Die durchschnittliche Eigenbelastung bei vollstationärer Pflege lag im Januar 2020 bei über 1.940 Euro monatlich. Hiervon entfielen durchschnittlich ca. 730 Euro auf den pflegebedingten Eigenanteil, über 450 Euro auf Investitionsaufwendungen und rund 760 Euro auf Unterkunft und Verpflegung. Rund ein Drittel der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen erhält Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

Reformbedarf

Eine langfristig solide Finanzierung der SPV zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist unabdingbar. Um Pflegebedürftige und ihre Familien unmittelbar finanziell zu entlasten und damit Eigenanteile zu begrenzen, müssen die Länder stärker ihrer Finanzierungsverantwortung gerecht werden. Es ist bereits gesetzlich vorgesehen, dass die Einsparungen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Förderung der Investitionskosten in den Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden sollen. Dies ist von den

Ländern in deutlich größerem Umfang als bisher umzusetzen.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb ist neben den Pflegebedürftigen, der Solidargemeinschaft und den Ländern auch der Bund verstärkt in die Finanzierungsverantwortung zu nehmen. Zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der SPV ist es erforderlich, dass mindestens die versicherungsfremden Leistungen, die von der Pflegeversicherung getragen werden, über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss getragen werden.

Eine langfristig solide Finanzierung der SPV zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist unabdingbar.

Nationale Demenzstrategie im Dialog

Zahlen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft gehen aktuell von 1,7 Mio. Menschen mit Demenz aus. Bis zum Jahr 2050 könnten ca. 3 Mio. Menschen betroffen sein. Damit sind erhebliche Herausforderungen in der Therapie sowie Pflege und Betreuung verbunden. Erschwert wird diese Situation durch die demografische Entwicklung, insbesondere die Sicherstellung von ausreichend qualifizierten Pflegekräften und das Wegbrechen von pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus zeichnet sich der erhoffte Durchbruch in der Therapie des Krankheitsbildes noch nicht ab.

Lebensqualität von Betroffenen verbessern

In den Jahren 2014 bis 2018 hat der GKV-Spitzenverband die „Allianz für Menschen mit Demenz“ aktiv unterstützt, z. B. mit einer Vielzahl von Maßnahmen und Projekten, die unmittelbar die Lebensqualität und die Bedingungen der Pflege von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen verbessern.

Diese Allianz wird seit Anfang 2019 im Zuge der Nationalen Demenzstrategie fortgeführt und weiterentwickelt. Auch hier bringt sich der GKV-Spitzenverband als ein zentraler Akteur

Angebote müssen auf die speziellen Bedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet und aufeinander abgestimmt sein.

ein. Unter gemeinsamer Federführung des Familien- und Gesundheitsministeriums und mit Beteiligung der Bundesländer, Kommunen und weiterer Akteure, wie der Deutschen

Alzheimer Gesellschaft, wird bis Anfang 2020 eine Strategie entwickelt. Über die zentralen Themen wird in folgenden Arbeitsgruppen beraten:

- Stärkung von Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz
- Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen
- Förderung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit Demenz
- Exzellente Grundlagen- und Anwendungsforschung zu Demenz fördern.

Versorgung bedarfsgerecht gestalten

Für die Kranken- und Pflegekassen ist die medizinische und pflegerische Versorgung unmittelbar von Bedeutung. Die meisten Menschen möchten in ihrem Zuhause leben und dort betreut und gepflegt werden. Das geht häufig nicht ohne professionelle Angebote der Therapie, Betreuung und Pflege. Diese Angebote müssen auf die speziellen Bedarfe von Menschen mit Demenz ausgerichtet und aufeinander abgestimmt sein. In der vollstationären Pflege soll die Pflege „demenzsensibel“ ausgerichtet werden. In der Krankenhausversorgung sind die Anpassung der Umgebung und die Arbeitsprozesse für Menschen mit Demenz entscheidend. Außerdem stellt sich die Frage, ob und in welchem Rahmen für Erkrankte Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht kommen.

Die Nationale Demenzstrategie ist als Dialog konzipiert, der aus der Perspektive der Betroffenen geführt wird und die Verantwortung der beteiligten Akteure einfordert. Im Mai 2020 sollen die Ergebnisse des Dialogs der Bundesregierung vorgelegt werden.

Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Pflege

Wie und unter welchen Bedingungen die Versorgung Pflegebedürftiger sowie die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger zukünftig weiter verbessert werden können, sind zentrale Fragen, die in der Forschungsstelle Pflegeversicherung behandelt werden. Im Berichtsjahr wurden zahlreiche Projekte und Studien gefördert.

Prävention und Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege

In der 2019 abgeschlossenen Studie „Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen in der ambulanten Pflege“ sollten aus der Gruppe der pflegebedürftigen Menschen jene identifiziert werden, die ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung ihrer funktionalen Gesundheit haben. Für diese Personengruppe sollten gezielt Präventionsmaßnahmen ausgebaut werden. Außerdem sollte die Wirksamkeit zielgruppenspezifischer Interventionsmaßnahmen bewertet werden. Die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche und der Auswertung von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zeigen, dass keine eindeutigen Risikogruppen abzugrenzen sind. Ressourcen und Bedarfe für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sind vielmehr individuell und unter Berücksichtigung persönlicher Merkmale und Lebensumstände zu ermitteln. Die gängige Praxis der Bedarfsermittlung im Rahmen der Pflegebegutachtung nach SGB XI weist diesbezüglich Verbesserungspotenziale auf. Ferner bedarf es weiterer Forschung im Hinblick auf die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.

Schmerzmanagement in der häuslichen Versorgung (ACHE)

Die ebenfalls 2019 abgeschlossene Studie „Modellentwicklung zum Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung (ACHE)“ gibt einen Einblick in das Schmerzgeschehen und das pflegerische und ärztliche Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen, die in der eigenen Häuslichkeit versorgt

werden. Auf Basis von Interviews und Testungen mit 355 älteren Pflegebedürftigen, Befragungen von Angehörigen und Dokumentenanalysen wurde herausgearbeitet, dass die untersuchte Personengruppe unter erheblichen Schmerzen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen leidet. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass das pflegerische und ärztliche Schmerzmanagement Verbesserungspotenziale aufweist, z. B. im Hinblick auf die Schmerzerfassung, die Dokumentation des pflegerischen Schmerzmanagements sowie die medikamentöse Schmerztherapie.

Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege

Die Studie „Psychopharmaka in der stationären und ambulanten Pflege. Herausforderungen im Umgang und Voraussetzungen für die Implementierung von Handlungsalternativen (PhasaP)“ fokussiert auf die Anwendung von Psychopharmaka in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen und untersucht den Umgang mit Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen. Ziel der Studie ist es, Pflegekräfte in Umsetzung und Monitoring der Psychopharmaka-Gabe zu unterstützen. Dafür werden Voraussetzungen und Barrieren für die Verbreitung und Implementierung vorhandener Konzepte analysiert und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für Pflegekräfte sowie ein Implementierungskonzept entwickelt. In der Minderung unerwünschter Nebenwirkungen wird ein Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und Lebensqualität von Pflegebedürftigen gesehen.

Ressourcen und Bedarfe für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sind individuell und unter Berücksichtigung persönlicher Merkmale und Lebensumstände zu ermitteln.

Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Das Diakonische Werk evangelischer Kirchen in Niedersachsen e. V. erarbeitete im Rahmen seines Projekts „Implementierung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Altenpflegeeinrichtungen (ImPAkt)“ ein Konzept für die

inhaltliche, organisatorische und strukturelle Aufstellung palliativer Versorgung und setzte dies seit 2013 in einer Vielzahl von Einrichtungen um. Darauf aufbauend sollen die Einrichtungen

Ein allgemeines Konzept für die inhaltliche, organisationale und strukturelle Aufstellung palliativer Versorgung in der stationären Pflege soll entwickelt werden.

eigene, individualisierte Ansätze zur Ausprägung der eigenen Hospizkultur erarbeiten und nachhaltig etablieren.

Im Rahmen einer Prozess- und Ergebnisevaluation des Projekts werden die Faktoren zur Verbesserung der palliativen Versorgung in der stationären Altenhilfe analysiert. Hierdurch sollen Veränderungserfordernisse und Bedingungen zur Umsetzung einer Hospizkultur herausgearbeitet werden, auf deren Basis ein allgemeines Konzept für die inhaltliche, organisationale und strukturelle Aufstellung palliativer Versorgung in der stationären Pflege entwickelt wird.

Steigerung der Lebensqualität Demenzkranker

Das Modellprojekt „Individuelle Musik für Menschen mit Demenz“ wird in sechs Thüringer Pflegeheimen im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie durchgeführt. Die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe hören über Kopfhörer regelmäßig individuell ausgewählte Musik. Es soll nachgewiesen werden, dass der Genuss von individuell bevorzugter Musik – als nichtmedikamentöse Intervention – bei Demenzkranken zur Erhöhung ihres Wohlbefindens, ihrer Lebensqualität und der sozialen Partizipation beiträgt.

Eine weitere nichtmedikamentöse Intervention erprobt das Projekt „Menschen mit schwerer Demenz in der stationären Pflege: randomisiert-kontrollierte Studie zum Nachweis der Wirksamkeit der multimodalen psychosozialen Intervention MAKS-s“. Hier wird analysiert, ob die Intervention psychische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten bei schwer Demenzkranken signifikant reduzieren und somit die Lebensqualität in der Zielgruppe erhöhen kann. Weiter wird untersucht, ob sich erstens die alltagspraktischen Fähigkeiten der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe signifikant verbessern und ob zweitens hierdurch das Belastungserleben von Pflege- und Betreuungskräften signifikant vermindert werden kann, was sich drittens in einer relevanten Reduzierung von Krankheitstagen niederschlagen sollte.



Keyboard_

Neuregelungen zur Arzneimittelversorgung

Im Berichtsjahr wurden im Arzneimittelbereich mehrere Gesetze auf den Weg gebracht. Ausgangspunkt einer Gesetzgebung waren schwere Mängel bei der Arzneimittelversorgung. Zuvor war bekannt geworden, dass mehrere blutdrucksenkende Arzneimittel mit potenziell krebserregenden Stoffen verunreinigt waren. Weitere Verfehlungen betrafen den Vertrieb und die Herstellung von onkologischen Arzneimitteln. In einem Fall

Mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung zieht der Gesetzgeber wichtige Konsequenzen aus den jüngsten Arzneimittelskandalen.

erfolgte in Deutschland die Weitergabe von zuvor im Ausland gestohlenen Krebsarzneimitteln. In einem anderen Fall wurden die von einem Apotheker hergestellten Zytostatika falsch deklariert und mit einem zu geringem Wirkstoffgehalt produziert. Angesichts der gehäuft auftretenden Arzneimittelskandale sah sich der Gesetzgeber zum Handeln gezwungen. Ein weiteres Gesetzgebungsverfahren zielte darauf ab, nationales Recht an die EU-Rechtsprechung anzupassen sowie Apothekenstrukturen und -vergütung zu reformieren. Es kam im parlamentarischen Verfahren aber ins Stocken.

Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung

Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung ist im August 2019 in Kraft getreten. Der Gesetzgeber zieht damit wichtige Konsequenzen aus den jüngsten Arzneimittelskandalen. Insbesondere werden Regelungen getroffen, wer bei Arzneimitteln mit Sachmängeln haftet. Darüber hinaus sollen künftig in Apotheken unangemeldete Kontrollen erfolgen, z. B. bei Verdacht auf Fälschung oder Hinweisen auf schwerwiegende Mängel bei Arzneimitteln und Wirkstoffen.

Mit dem Gesetz wird auch der bisher bestehende Sondervertriebsweg für Hämophilie-Arzneimittel abgeschafft. Bislang wurden diese nicht regulär über Apotheken vertrieben, sondern direkt an Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungen abgegeben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Abschaffung dieser Sonderregelung sachgerecht. Der umfangreiche Neuregelungskomplex

gewährleistet durch einen zweijährigen Preisneubestimmungsprozess, dass die Überführung der Produkte in die Apothekenversorgung annähernd kostenneutral erfolgt. Neue Versorgungsverträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern stellen die Finanzierung der besonderen Versorgungsformen in der Hämophilie für die Patientinnen und Patienten sicher. Eine weitere Neuregelung gewährleistet zudem eine Begrenzung der Zuzahlungslast von Patientinnen und Patienten.

Zusammensetzung der Apothekenvergütung auf Basis eines fiktiven Beispiels

| | |
|---|----------------|
| Abgabepreis des pharm. Unternehmers (ApU) | 39,52 € |
| + Großhandelszuschlag (3,15 % auf ApU zzgl. 0,70 € – maximal 38,50 €) | + 1,94 € |
| Apothekeneinkaufspreis (AEP) exkl. USt. | 41,46 € |
| + Apothekenzuschläge (3 % auf AEP zzgl. 8,35 €) | + 9,59 € |
| + Zuschlag für Nacht- und Notdienstfonds (0,16 €)* | + 0,16 € |
| + Umsatzsteuer auf AEP und Zuschläge | + 9,73 € |
| Apothekenverkaufspreis | 60,95 € |

* Zum 01.01.2020 erfolgte eine Erhöhung auf 0,21 €.

Quelle: Berechnung auf Basis einer rechnerisch durchschnittlichen Verordnung gemäß GAmSi-Bundesbericht für das 4. Quartal 2019, siehe https://www.gkv-gamsi.de/media/dokumente/quarteralsberichte/2019/q4_21/Bundesbericht_GAmSi_201912_konsolidiert.pdf
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken verfolgt der Gesetzgeber zwei Ziele. Einerseits sollte auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom Oktober 2016 reagiert werden, wonach Abweichungen von der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) in Form von Boni an Patientinnen und Patienten durch ausländische Versandapotheken als zulässig anzusehen sind. Andererseits soll der Apothekensektor in Bezug auf seine Strukturen sowie die Vergütung weiterentwickelt werden. Entgegen der bisherigen Zeitplanung wurde die Beratung zunächst aufgeschoben. Der Grund hierfür liegt darin, dass im Rahmen der Beratungen des Gesetzes eine Stellungnahme der Europäischen Kommission berücksichtigt werden soll. Aufgrund des langwierigen Konstituierungsprozesses der neuen Europäischen Kommission verzögerte sich die Stellungnahme.

Der GKV-Spitzenverband hatte wiederholt seine Zweifel an der Vereinbarkeit der Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit dem Europarecht vorgebracht. Die geplante Neuregelung hält faktisch an der Festschreibung der einheitlichen Apothekenabgabepreise fest. Damit ist sie unter Europarechtlichen Gesichtspunkten vergleichbar mit der Regelung, die der EuGH in seiner Entscheidung im Oktober 2016 als Eingriff in die Warenverkehrsfreiheit des Artikels 34 AEUV gesehen hat. Nunmehr soll aber ein Verstoß gegen das neue Verbot zur Gewährung von Rabatten oder Boni mit Vertragsstrafen belegt werden. Dies ist kaum erfüllbar.

Darüber hinaus sieht der Gesetzentwurf eine zusätzliche Honorierung für neue, bislang nicht näher definierte pharmazeutische Dienstleistungen vor. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind Mehrausgaben grundsätzlich nur zu rechtfertigen, wenn sich daraus ein zusätzlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten ableitet. Hinzu kommt, dass ein Gutachten des Bundeswirtschaftsministeriums zu dem Ergebnis gekommen ist, dass

die gesetzlichen Krankenkassen schon heute für Leistungen der Apothekerinnen und Apotheker insgesamt rund 1 Mrd. Euro mehr bezahlen, als bei einer kostendeckenden Vergütung eigentlich notwendig wäre. Hier wäre dringend für Effizienz zu sorgen.

Aus dem Gesetzentwurf „Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“ wurden Teile im laufenden Verfahren herausgelöst und zwischenzeitlich im Masernschutzgesetz geregelt. Dies betrifft u. a. die Modellvorhaben für Grippeimpfungen durch Apothekerinnen und Apotheker sowie die Mehrfachverordnungen von Arzneimitteln, bei denen auf der Basis einer Verordnung mehrmals Arzneimittel abgegeben werden können.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind Mehrausgaben grundsätzlich nur zu rechtfertigen, wenn sich daraus ein zusätzlicher Nutzen für Patientinnen und Patienten ableitet.

AMNOG-Bilanz 2019

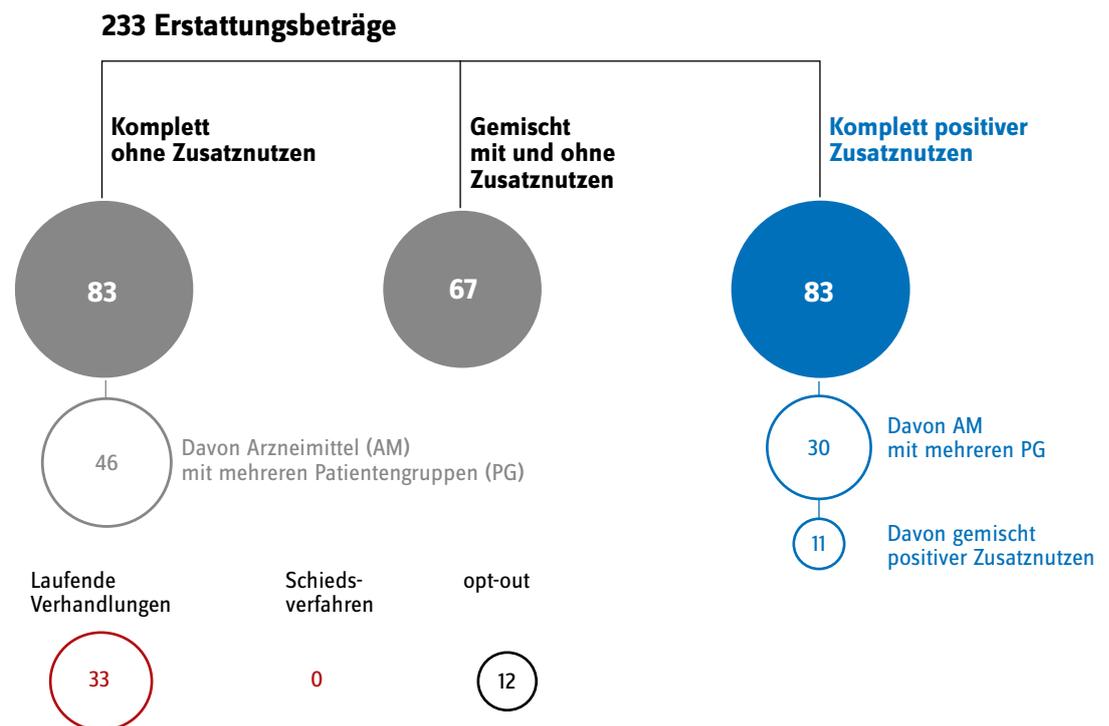
Erstmals wurde ein Erstattungsbetrag für einen Wirkstoff vereinbart, der zunächst aufgrund geringer Umsätze von der Nutzenbewertung freigestellt war.

Von Januar 2011 bis Januar 2020 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 547 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte mehr als 1.625 Beratungsverfahren durch. 27 von 78 Freistellungsverfahren endeten mit einer Freistellung des Arzneimittels von der Nutzenbewertung durch den G-BA. Zu insgesamt 233 Wirkstoffen existieren Erstattungsbeträge. Davon wurden 209 durch Einigung der Vertragsparteien erzielt, 24 Verfahren wurden mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen. Vier Wirkstoffe wurden bislang direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet. Im September 2017 wurde erstmals ein Festbetrag für einen erstattungsbetragsregulierten Wirkstoff wirksam, ein

zweiter folgte im August, ein dritter Festbetrag im Oktober 2019. Zum 15. November 2019 wurde ein vierter Festbetrag wirksam.

Zum Stichtag 1. Januar 2020 laufen 33 Erstattungsbetragsverhandlungen und kein Schiedsverfahren. Bei 16 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelte es sich um Neuverhandlungen, die aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden waren. Erstmals wurde 2019 ein Erstattungsbetrag für einen Wirkstoff vereinbart, der zunächst aufgrund geringer Umsätze von der Nutzenbewertung freigestellt war. Infolge einer Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze, die bei 1 Mio. Euro Umsatz innerhalb von zwölf Monaten liegt, wurde dieser Wirkstoff dossierpflichtig.

AMNOG-Bilanz



Stand: 01.01.2020, Darstellung: GKV-Spitzenverband

30 Jahre Arzneimittel-Festbeträge

Seit 30 Jahren tragen Festbeträge erfolgreich zu einer guten und bezahlbaren Arzneimittelversorgung bei. Als marktnahes Steuerungsinstrument entfalten sie ihre Wirkung dadurch, dass im Wettbewerb stehende Arzneimittel mit identischen oder vergleichbaren Wirkstoffen in Gruppen zusammengefasst werden. Für diese werden auf Grundlage der bestehenden Preise Festbeträge als Erstattungshöchstgrenzen bestimmt. Ergänzend kann der GKV-Spitzenverband besonders preisgünstige Festbetragsarzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung, die mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro beträgt, freistellen.

Festbeträge und Preise

Pharmazeutische Unternehmen orientieren sich bei der Preisbildung an den Festbeträgen. Häufig richten sie ihre Preise nicht nur genau an der Festbetragsgrenze aus, sondern unterbieten diese noch. Dies veranschaulicht, dass auch unterhalb des fixierten Erstattungsniveaus weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale bestehen. Bei rund 65 % aller zum Festbetrag vertriebenen Arzneimittel liegen die Preise noch darunter, bei etwa 35 %

entsprechen sie exakt dem Festbetragsniveau. Das gilt unabhängig davon, ob der GKV-Spitzenverband Regelungen zur Zuzahlungsfreistellung getroffen hat oder nicht.

Maßgebliche Rechtsprechung

Seit ihrer Einführung wurden Festbeträge immer wieder von pharmazeutischen Unternehmen beklagt. Inzwischen haben jedoch alle zuständigen obersten Gerichte, sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene, die seit 30 Jahren gut funktionierende Festbetragsregelung verfassungs-, kartell- und sozialrechtlich bestätigt.

Was macht den Erfolg aus?

Gesetzlich ist klar vorgegeben, wie die Festbetragshöhe zu ermitteln ist. Wesentlich ist, dass mindestens 20 % der Verordnungen und 20 % der Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein müssen. Hierauf basierend ermittelt der GKV-Spitzenverband mittels eines transparenten mathematischen Verfahrens die exakten Festbeträge, aktuell für 451 Festbetragsgruppen.

Meilensteine der Rechtsprechung zu Arzneimittel-Festbeträgen



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Nutzenbewertung und Preisverhandlung für hochpreisige Arzneimittel

Hauptursache der weiterhin zunehmenden Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel sind die stetig steigenden Preise neuer patentgeschützter Arzneimittel. Darunter stellen Advanced Therapy Medicinal Products (ATMP), also Arzneimittel für neuartige Therapien, sowie Orphan Drugs, Arzneimittel für seltene Erkrankungen, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vor besondere

Die Herausforderung ist, trotz unreifer Evidenz eine qualitativ hochwertige Behandlung und eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Versorgung sicherzustellen.

Herausforderungen. Diese Arzneimittel gelangen nach beschleunigten Zulassungsverfahren häufig für kleine Patientengruppen auf den Markt. Damit stehen die GKV wie auch die Solidargemeinschaft insgesamt vor der Herausforderung, trotz unreifer Evidenz eine qualitativ hochwertige Behandlung und eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Versorgung sicherzustellen.

Neuartige Therapien – komplexe neue Fragestellungen

Der GKV-Spitzenverband beschäftigte sich 2019 im Austausch mit seinen Mitglieds-kassen intensiv und differenziert mit den komplexen Fragestellungen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit im Kontext dieser Therapien und hat folgende Forderungen in Form eines Positionspapiers politisch eingebracht:

- ATMP werden häufig individuell für nur eine Patientin bzw. einen Patienten erstellt. Für die Sicherstellung der Qualität und Sicherheit der Behandlung bedarf es bundeseinheitlicher Qualitätsstandards an die Leistungserbringer.
- Die unreife Datenlage zu Orphan Drugs und ATMP wirft Fragen nach dem Patientennutzen bei ungewissen Risiken auf. Notwendig sind aus Patientensicht aussagekräftige Studien im Vergleich zum Therapiestandard.
- Die Behandlung mit ATMP erfolgt teils ambulant, teils stationär. Hier bedarf es der sektorenübergreifenden Koordination.
- Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit gilt, dass auch bei teuren Arzneimitteln Kosten und Nutzen in einem adäquaten Verhältnis zueinander stehen müssen. In den Preisen muss sich der unsichere Erkenntnisstand zu Wirksamkeit und Risiken angemessen abbilden. Mit der Einführung anwendungsbegleitender Datenerhebungen u. a. für Orphan Drugs sowie der Vorgabe von Qualitätsanforderungen für eine sachgerechte Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien sind Schritte in die richtige Richtung getan.



Forderungen für eine gute und nachhaltige Versorgung mit ATMP und Orphan Drugs

- Sektorenübergreifende Versorgungsketten sichern die koordinierte Vor- und Nachbehandlung von Patientinnen und Patienten.
- Die Evidenzlage nach Zulassung – gerade auch zu Langzeiteffekten – wird schnellstmöglich durch versorgungsnaher Daten verbessert.
- Zentrenübergreifende Dokumentationsdatenbanken dienen der Generierung vergleichender Evidenz nach einheitlichen, verbindlichen Vorgaben zu patientenrelevanten Endpunkten.
- Die Höhe des Erstattungsbetrags wird rückwirkend an die tatsächlich belegte Dauer und das Ausmaß des Zusatznutzens sowie an die Generierung weiterer Evidenz gekoppelt.
- Für ATMP oder andere einmalig einzusetzende Therapien gilt der Erstattungsbetrag rückwirkend ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens.

Neuordnung des Heilmittelbereichs

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wird die Vertragslandschaft im Heilmittelbereich grundlegend neu geordnet. In diesem Zusammenhang hat der GKV-Spitzenverband zahlreiche neue Aufgaben erhalten:

- Neubestimmung der bundesweit geltenden Preise für Heilmittel mit Gültigkeit ab 1. Juli 2019
- Einrichtung einer gemeinsamen Zulassungsstelle für Heilmittelerbringer je Bundesland zum 1. September 2019
- Vereinbarung der Verträge und Preise für Heilmittel auf Bundesebene mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer bis Juni 2020 und Einsetzen einer Schiedsstelle bis November 2019
- Ausgestaltung der Blankoversorgung bis November 2020

Einheitliche Bundespreise festgelegt

Der GKV-Spitzenverband hat sich mit den maßgeblichen Heilmittelverbänden auf einheitliche Bundespreise für Heilmittel verständigt. Zugrunde gelegt wurde dabei der höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition in einer Region des Bundesgebiets vereinbart worden war. Die Preise wurden fristgerecht und gemäß der gesetzlichen Pflicht auf www.gkv-heilmittel.de veröffentlicht und ersetzen seit 1. Juli 2019 die bisher auf Kassenebene vereinbarten Heilmittelpreise.

Neuordnung des Zulassungsverfahrens bei Heilmitteln

Die je Bundesland neu zu bildenden Arbeitsgemeinschaften zur Zulassung von Heilmittelpraxen konnten fristgerecht zum 1. September 2019 ihre Arbeit aufnehmen. Heilmittelerbringer müssen ihren Zulassungsantrag seitdem nur noch an eine Stelle richten. Der GKV-Spitzenverband hat als Arbeitsgrundlage für die Arbeitsgemeinschaften ein technisches Verfahren zur Erfassung, Annahme und Weiterleitung von Zulassungsdaten termingerecht bereitgestellt.

Besetzung der Schiedsstelle

Entstehen bei Vertragsverhandlungen Uneinigkeiten, sollen diese durch eine Schiedsstelle beigelegt werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der Heilmittelverbände und der GKV-Spitzenverband haben sich einvernehmlich auf die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle verständigt.

Preis- und Vertragsverhandlungen

Der GKV-Spitzenverband erhielt den gesetzlichen Auftrag, zukünftig die Verträge zur Heilmittelversorgung einschließlich der Heilmittelpreise mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene zu vereinbaren. Die Preise sollen eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen und auf einer betriebswirtschaftlichen Basis kalkuliert sein. Insbesondere die Entwicklung der Personalkosten und der Sachkosten für die

Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb einer Heilmittelpraxis sollen berücksichtigt werden. Nachdem die maßgeblichen Heilmittelverbände durch den GKV-Spitzenverband festgestellt und umfassende Vorarbeiten zu einem einheitlichen Vertragsentwurf sowie zur Preisbildung durch die Kassen geleistet wurden, konnten die Vertragsverhandlungen in den fünf Heilmittelbereichen im vierten Quartal 2019 aufgenommen werden. Sie sollen bis 30. Juni 2020 abgeschlossen sein.

Der GKV-Spitzenverband hat sich mit den maßgeblichen Heilmittelverbänden auf einheitliche Bundespreise für Heilmittel verständigt.



Laufwerk_

Vereinheitlichung der Hilfsmittelversorgung

Der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene geben gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln ab.

Zu verschiedenen Inhalten dieser Rahmenvereinbarung konnte Einigkeit erzielt werden:

- Datenschutz
- Vereinheitlichung von Erhebungsbögen
- Dokumentation der Beratung der Versicherten durch die Leistungserbringer
- Bildung eines Vertragsausschusses für Auslegungsfragen.

Strittig blieben bis zum Schluss die Punkte zum elektronischen Kostenvoranschlag sowie zur Dokumentation der von den Versicherten erhobenen Eigenanteile. Ende 2019 wurden die Verhandlungen darüber durch einen Schiedsspruch beendet. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Verbesserung des elektronischen Kostenvoranschlagsverfahrens wurde vollumfänglich aufgegriffen. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes zur Dokumentation der angebotenen mehrkostenfreien Hilfsmittel fand hingegen keinen Eingang in die Rahmenempfehlung.

Verfahrensordnung zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses

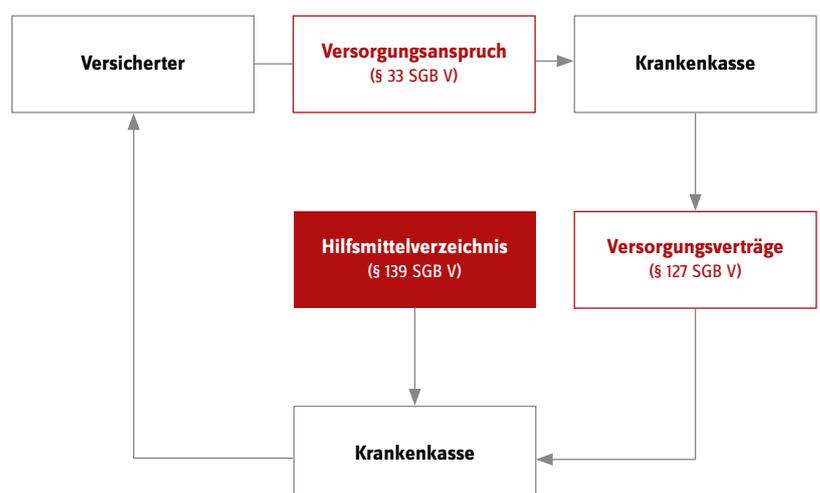
Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Verfahrensordnung des GKV-Spitzenverbandes zur Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses genehmigt. Damit wurden die Rahmenbedingungen für transparente, strukturierte und nachvollziehbare Verfahren und Entscheidungen geschaffen. So wird das Hilfsmittelverzeichnis regelmäßig an den allgemein anerkannten Stand der medizinischen und technischen Erkenntnisse angepasst, und die Produkte können Eingang in die Versorgung finden. Dies trägt dem dynamischen Hilfsmittelmarkt Rechnung und stellt den hohen Versorgungsstandard in Deutschland sicher.

Fortschreibung der Eignungsanforderungen an Leistungserbringer

Der GKV-Spitzenverband hat die Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Anforderungen an eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel zweimal weiter fortgeschrieben. Diese stellen die Grundlage für die Eignungsprüfungen der Hilfsmittelleistungserbringer durch die Präqualifizierungsstellen bzw. im Einzelfall durch die Krankenkassen dar. Die Empfehlungen wurden insbesondere an das komplett überarbeitete Hilfsmittelverzeichnis angepasst. Darüber hinaus wurden erstmalig im Bereich der Stoma-Versorgung Weiterbildungen für die fachlichen Leiterinnen und Leiter sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betriebe definiert. Damit werden die Grundlagen für eine weitere Qualitätsverbesserung in der Hilfsmittelversorgung geschaffen.

Es wurden Rahmenempfehlungen zur Vereinheitlichung administrativer Verfahren bei der Versorgung mit Hilfsmitteln festgelegt.

Wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen in der Hilfsmittelversorgung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Transparenz über Mehrkosten bei Hilfsmitteln

Zum Jahresende 2018 wurde die durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vorgesehene Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses erfolgreich abgeschlossen. Die damit einhergehenden zahlreichen Neuregelungen stellen sicher, dass GKV-Versicherte Hilfsmittel in höherer Produktqualität erhalten, Zugang zu Produktinnovationen haben und ihre individuellen Versorgungsbelange Berücksichtigung finden. Bei der Fortschreibung der insgesamt 41 Pro-

duktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses standen insbesondere die Stärkung der Versichertenrechte und des Sachleistungsprinzips im Vordergrund. So wurde

Die Auswertung der Daten zeigt, dass die Höhe der Mehrkosten nicht mit der Höhe der Versorgungszufriedenheit korreliert.

in den neu formulierten Dienstleistungsanforderungen eine umfassende Beratung durch die Leistungserbringer über bedarfsgerechte und mehrkostenfreie Versorgungsmöglichkeiten festgeschrieben. Über die Ergebnisse und die Einzelheiten des Fortschreibungsprojekts informierte der GKV-Spitzenverband im Februar 2019 in einem Pressegespräch anlässlich der Veröffentlichung des zweiten Fortschreibungsberichts. Darüber hinaus wurden gemäß der Verfahrensordnung zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses die turnusmäßige bzw. anlassbezogene Fortschreibung von neun Produktgruppen – darunter Inkontinenzhilfen, Hörhilfen und Einlagen – auf den Weg gebracht.

Mehrkostenbericht vorgelegt

Der im Juli 2019 veröffentlichte erste Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes liefert einen

umfassenden, nach den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses differenzierten Überblick über die durchschnittlich gezahlten Mehrkosten der Versicherten bei Hilfsmitteln. Insgesamt zeigt sich, dass 82 % der GKV-Versicherten ihre Hilfsmittel mehrkostenfrei erhalten. Bei 18 % der untersuchten Versorgungsmöglichkeiten wurden Mehrkosten dokumentiert, wobei zwei Drittel der hierbei entstandenen Kosten auf Hörhilfenversorgungen entfielen.

Versichertenbefragung zur Hörhilfenversorgung

Die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen bei Hörhilfenversorgungen wurden in einer repräsentativen Versichertenbefragung durch den GKV-Spitzenverband näher untersucht. Insgesamt nahmen 3.457 erwachsene GKV-Versicherte an der bislang größten Versichertenbefragung hierzu teil. Dabei gaben 70 % der Befragten an, Mehrkosten für ihre Versorgung geleistet zu haben. Die Auswertung der Daten zeigt, dass die Höhe der Mehrkosten nicht mit der Höhe der Versorgungszufriedenheit korreliert: Sowohl bei den mehrkostenfreien als auch bei den Versorgungsmöglichkeiten mit Mehrkosten war die Zufriedenheit mit dem Hörgerät mit 81 % nahezu gleich hoch. Die Befragung ergab des Weiteren, dass Mehrkostenvereinbarungen im Wesentlichen auf das sehr breite und technisch diversifizierte Angebot an Hörgeräten zurückzuführen sind. Es zeigte sich aber auch, dass die Höhe der Mehrkosten sowohl von der Beratung und den Versorgungsangeboten der Hörakustiker als auch durch das Nachfrageverhalten der Versicherten beeinflusst wird.



Zip_

Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz

Von den insgesamt 302,8 Mio. Euro, die 2016 und 2017 zusätzlich für Gesundheitsförderung und Primärprävention mobilisiert wurden, erbrachte die GKV 201,5 Mio. Euro.

Im Juni 2019 hat die Nationale Präventionskonferenz (NPK) dem Bundesministerium für Gesundheit ihren ersten Präventionsbericht übermittelt. Damit liegt erstmals eine Bestandsaufnahme zur Umsetzung der von der NPK entwickelten nationalen Präventionsstrategie sowie weiterer Maßnahmen vor, die auf Basis des 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes initiiert wurden.

Deutlicher Ausbau des GKV-Engagements

Die Ergebnisse des Berichts zeigen, dass insbesondere die Krankenkassen ihr Engagement stark ausgebaut haben: Von den insgesamt 302,8 Mio. Euro, die seitens der Sozialversicherungsträger und der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in den Jahren 2016 und 2017 zusätzlich für Gesundheitsförderung und Primärprävention mobilisiert wurden, entfielen 201,5 Mio. Euro (67 %) auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

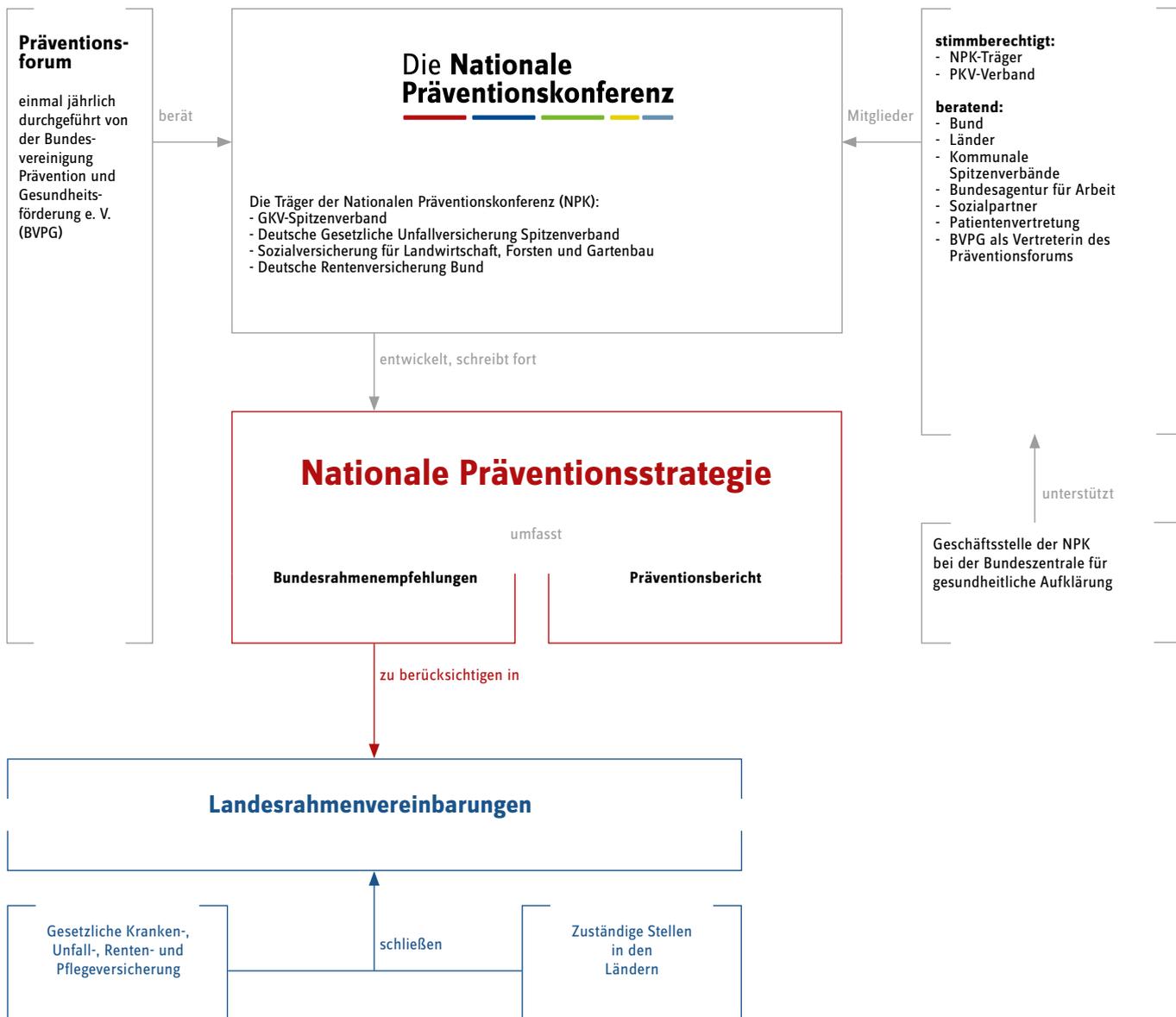
Bei Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche zeigt sich, dass der Anstieg der GKV-Ausgaben auf jene Leistungen entfällt, für die seit dem Jahr 2015 Mindestausgabenwerte gelten. So stiegen die Ausgaben für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (§ 20a SGB V) im Jahr 2016 um 78,1 Mio. Euro (+205 %) sowie für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbeding-

ter Gesundheitsgefahren (§§ 20b und 20c SGB V) um 70,7 Mio. Euro (+93 %). Im Jahr 2017 wurden gegenüber dem Vorjahr nochmals mehr Mittel zur Verfügung gestellt: Die Mehraufwendungen betragen 37,1 Mio. Euro (+32 % für Leistungen nach § 20a SGB V) bzw. 11,2 Mio. Euro (+10 % für Leistungen nach § 20a und § 20b SGB V). Die Ausgabenentwicklung für Leistungen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (§ 20 Abs. 5 SGB V) fällt mit einem Zuwachs von 7,6 Mio. Euro (+3,8 %) im Jahr 2016 deutlich schwächer und für 2017 sogar rückläufig aus (-3,2 Mio. Euro). Dies geht auf die Verschiebung des Engagements der GKV zugunsten von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, einschließlich der Lebenswelt Betrieb, zurück.

Weichenstellung für gesamtgesellschaftliches Vorgehen notwendig

Wenngleich das Präventionsgesetz stark auf die Sozialversicherungsträger - und insbesondere auf die GKV - fokussiert, liegen wesentliche Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, jenseits ihres Einflussbereichs. Dies gilt z. B. für Wohnbedingungen, wirtschaftliche Faktoren, Bildungsangebote, soziale Netzwerke und die natürliche Umwelt. Ziel sollte es daher sein, im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie Absprachen zu treffen, die dazu beitragen, einem gesamtgesellschaftlichen und politikfeldübergreifenden Vorgehen näherzukommen.

Übersicht über die nationale Präventionsstrategie gemäß § 20d SGB V



Ausbau der Gesundheitsförderung in Kommunen

Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert auf der Basis wissenschaftlicher und praxisorientierter Erkenntnisse vielfältige Aktivitäten, von denen insbesondere vulnerable, also verletzte Zielgruppen in Kommunen profitieren sollen. Für dieses Engagement stellt das GKV-Bündnis insgesamt 90 Mio. Euro zur Verfügung.

Kommunales Förderprogramm

Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat im Jahr 2019 zwei Förderprogramme für Kommunen aufgelegt. Bei Erfüllung der formalen Voraussetzungen und der in den Förderbekanntmachungen aufgeführten Kriterien können Kommunen eine mehrjährige Förderung erhalten.

Strukturen aufbauen

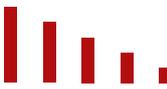
Das Angebot zum „Aufbau gesundheitsfördernder Steuerungsstrukturen“ zielt darauf ab, Kommunen bei der Wahrnehmung eigener Gestaltungskompetenzen für Gesundheitsförderung und Prävention zu unterstützen. Vor allem Kommunen in

sozioökonomisch benachteiligten Gebieten fehlen oft die finanziellen Ressourcen, um verbindliche Strukturen für Prävention und Gesundheitsförderung, wie z. B. Gesundheitskonferenzen, aufzubauen. Solche Strukturen sind aber notwendig, damit Maßnahmen bedarfsgerecht geplant und umgesetzt werden können.

Angebote unterbreiten

Während dieses Angebot nur von ausgewählten sozial benachteiligten Kommunen in Anspruch genommen werden kann, steht die Förderung „zielgruppenspezifischer Interventionen“ allen Kommunen offen. Hierdurch sollen Personengruppen, die als besonders vulnerabel in Bezug auf ihre gesundheitliche und soziale Lage gelten, stärker als bisher von gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren. Zu diesen Personengruppen zählen u. a. Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche aus suchtselasteten Familien oder Menschen mit Migrationshintergrund. Hierbei können Kommunen mit lokalen Kooperationspartnern wie Sportvereinen, Beratungsstellen, Nachbarschaftseinrichtungen oder Wohlfahrtsverbänden kooperieren.

Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit

| | Förderprogramm zum kommunalen Strukturaufbau | Projektförderung für vulnerable Zielgruppen |
|-------------------|--|---|
| Antragsberechtigt |  <p>Kommunale Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte¹, deren Sozialstruktur sozioökonomisch niedrigere Werte² aufweist.</p> <p>Antragstellung durch die oberste Amts- bzw. Verwaltungsleitung.</p> |  <p>Kommunale Gebietskörperschaften auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte¹ unabhängig von deren Sozialstruktur.</p> <p>Antragstellung durch die oberste Amts- bzw. Verwaltungsleitung.</p> |
| Fördersumme | max. 210.000 € bzw. 250.000 € | max. 110.000 € |
| Förderzeitraum | <p>5 Jahre degressive Förderung zur Nachhaltigkeitssicherung</p>  <p>1 2 3 4 5 Jahr</p> | <p>4 Jahre degressiv im 4. Jahr zur Nachhaltigkeitssicherung</p>  <p>1 2 3 4 Jahr</p> |

Darstellung: GKV-Spitzenverband

¹ In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg sowie in der Stadt Bremen erfolgt eine Förderung auf der Bezirksebene.
² Grundlage für die Auswahl der Kommunen ist der German Index of Socioeconomic Deprivation des Robert Koch-Instituts.

Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung

Im Fokus der bundesweiten Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit stehen Menschen in belastenden Lebenslagen mit besonderem Bedarf. Zu den Zielgruppen gehören z. B. arbeitslose Menschen, Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen. Im Rahmen der bundesweiten Projekte können diese Zielgruppen mit niedrigschwelligen gesundheitsfördernden Angeboten erreicht werden.

Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung

Was 2014 als kleines, auf sechs Standorte begrenztes Modellprojekt der Krankenkassengemeinschaft und der Bundesagentur für Arbeit begann, erfuhr im Jahr 2019 eine deutliche Ausweitung: die systematische Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung. Mittlerweile findet an mehr als 200 Standorten eine breit angelegte Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Bündnis für Gesundheit und den arbeitsmarktseitigen Partnern Bundesagentur für Arbeit, Deutscher Landkreistag und Deutscher Städtetag statt. An jedem Standort ermittelt eine Steuerungsgruppe die gesundheitsbezogenen Bedarfe der arbeitslosen Menschen, plant entsprechende Angebote für die Zielgruppe und setzt diese um. Die Aufgabenteilung der Partner folgt den jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten: Die Fachkräfte der Jobcenter und der Agenturen für Arbeit sensibilisieren in gesundheitsorientierten Beratungsgesprächen für das Thema Gesundheit. Das GKV-Bündnis für Gesundheit bietet spezielle Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für arbeitslose Menschen an, die diese freiwillig nutzen können.

Bewegungsangebot für Menschen mit Behinderungen

Im Rahmen des Projekts „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken“, das mit Special Olympics Deutschland durchgeführt wird, werden niedrigschwellige Bewegungs- und Gesundheitsförderungsangebote für geistig behinderte Menschen entwickelt und an ausgewählten Standorten in Berlin, Brandenburg, Bremen, Sachsen-Anhalt,

Schleswig-Holstein und Thüringen erprobt. Menschen mit Behinderungen werden für die Umsetzung als Expertinnen und Experten in eigener Sache gewonnen.

Aktiv alt werden

Das Projekt „Im Alter Aktiv und Fit Leben in der Kommune“ will dazu beitragen, bewegungsförderliche Rahmenbedingungen in der Kommune zu schaffen und die körperliche Aktivität älterer Menschen zu erhöhen. Der Deutsche Turnerbund setzt das Projekt gemeinsam mit dem Rhein Hessischen Turnerbund, dem Sächsischen Turn-Verband und dem Landesturnverband Sachsen-Anhalt um.

Fachkräfte der Jobcenter und der Agenturen für Arbeit sensibilisieren in gesundheitsorientierten Beratungsgesprächen für das Thema Gesundheit.

Mehr Bewegung im Alltag

Die 2016 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelten „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ sind die wissenschaftliche Grundlage für das Projekt „Kommunale Bewegungsförderung zur Implementierung der Nationalen Empfehlungen“. Im Rahmen des Projekts sollen in ausgewählten Kommunen Strukturen für die Bewegungsförderung aufgebaut werden, die sich am Bedarf orientieren und praxisnah sind.

Ausführliche Informationen zu diesen und weiteren Projekten finden Sie unter:
<https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/bundesweite-aktivitaeten/>



Hotspot_

Stärkung pflegender Angehöriger durch Rehabilitation

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde auch der Anspruch pflegender Angehöriger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestärkt. Dabei wird den besonderen Belangen von pflegenden Angehörigen Rechnung getragen. Diese können aufgrund der familiären Pflegesituation häufig keine ambulante Rehabilitationsleistung in Anspruch nehmen.

Die Neuregelung lässt pflegenden Angehörigen deshalb die Wahl zwischen stationärer und ambulanter Reha. Zusätzlich kann die pflegebedürftige Person mit aufgenommen werden. Die Kosten der Versorgung übernimmt die Krankenkasse der oder des pflegenden Angehörigen. Wird die pflegebedürftige Person in der Zeit der Reha in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) betreut, koordinieren Kranken- und Pflegekasse auf Wunsch gemeinsam die Versorgung.

Voraussetzungen geschaffen

Mit dem Ziel der Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene den Krankenkassen Umsetzungsempfehlungen zum PpSG hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gegeben. Des Weiteren hat der GKV-Spitzenverband zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Voraussetzungen für die Anpassung des Verordnungsmusters geschaffen, damit dieses zeitnah im Nachgang zur erforderlichen Änderung der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft gesetzt wird. Für den Bereich der Anschlussrehabilitation hat der GKV-Spitzenverband mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die besonderen Belange der pflegenden Angehörigen in das notwendige Antragsverfahren eingebunden.

Informationsangebot

Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene haben darüber hinaus mit den „Gemeinsamen Informationen der Kranken- und Pflegekassen nach § 12 SGB IX zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung“ ein Informationsangebot geschaffen.

Dieses umfasst neben allgemeinen Hintergrundinformationen zur medizinischen Rehabilitation spezifische Hinweise zur Rehabilitation für pflegende Angehörige.

Pflegenden Angehörigen wird die Inanspruchnahme von stationärer und ambulanter Reha erleichtert.



Rehabilitation für pflegende Angehörige

Für pflegende Angehörige ist es vor dem Hintergrund der Pflegesituation meist schwierig, notwendige Reha-Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig sind sie oft besonders belastet. Daher wurden für diesen Personenkreis besondere Rahmenbedingungen geschaffen, die die Inanspruchnahme der medizinischen Rehabilitation erleichtern sollen:

- Pflegende Angehörige können auswählen, ob sie die Rehabilitation ambulant oder stationär durchführen.
- Pflegebedürftige können in der Reha-Einrichtung mitversorgt werden. Die Kosten werden durch die Krankenkasse der oder des pflegenden Angehörigen übernommen.
- Während der Rehabilitationsmaßnahme können Pflegebedürftige auch in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung am Wohnort oder in der Nähe der Reha-Einrichtung untergebracht werden. Hierfür können Leistungen der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden. Mit Zustimmung der Pflegebedürftigen koordiniert die Krankenkasse mit der Pflegekasse die Versorgung.

Strukturiertes Entlassmanagement nach stationärer Reha

Mit der Neuregelung soll ein strukturiertes Entlassmanagement zur Regel werden.

Das Entlassmanagement aus der stationären Rehabilitation und aus der Krankenhausbehandlung wurde durch das Versorgungsstärkungsgesetz grundlegend neu geregelt. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Verbände der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene erhielten den Auftrag, den entsprechenden Rahmenvertrag über ein strukturiertes Entlassmanagement zu schließen. Nach intensiven Beratungen konnte im Januar 2019 ein Konsens erzielt werden. Der Rahmenvertrag wurde zum Februar 2019 in Kraft gesetzt und entfaltete nach Ablauf von Übergangsfristen seine volle Wirkung ab August 2019.

Mit der Implementierung der Inhalte des Entlassmanagements wurde ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Anschlussversorgung aus der

stationären Rehabilitation geleistet. Der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene werden die Umsetzung des Entlassmanagements weiter eng begleiten und, wo notwendig, Anpassungen unter Einbindung der Vertragspartner vornehmen.

Stärkung der Anschlussrehabilitation

Um darüber hinaus den Zugang zur medizinischen Rehabilitation aus der stationären Krankenhausbehandlung zu stärken, haben der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einen einheitlichen Vordrucksatz „Antrag auf Anschlussrehabilitation“ vereinbart. Dieser ist eine Anlage zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung und ist ab dem Jahr 2020 in den Krankenhäusern anzuwenden.



Bestandteile des Entlassmanagements

- Feststellung und Dokumentation des medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfs, der im Anschluss an die Rehabilitation besteht
- Einleitung der medizinischen und/oder pflegerischen Anschlussversorgung des Rehabilitanden, ggf. frühzeitige Kontaktaufnahme zum weiterbehandelnden Arzt oder Leistungserbringer
- Verordnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen
- Hilfestellung und Beratung bei der Beantragung von Leistungen der Kranken- und/oder Pflegekasse
- Hilfestellungen bei der Kontakthanbahnung zur Selbsthilfe
- Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- Aushändigung eines Reha-Entlassungsberichts bzw. eines vorläufigen Reha-Entlassungsberichts zur Sicherung des Informationsflusses

Des Weiteren können Bestandteile des Entlassmanagements sein:

- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben
- Hilfestellungen bei der Beantragung von erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft



Netzbasier_t_

Neuregelungen für Hebammen- und Psychotherapieausbildung

Die Ausbildungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wie auch für Hebammen wurden vom Gesetzgeber 2019 neu geregelt. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Modernisierung der Berufsausbildungen. Kritisch sieht er allerdings die Qualitätssicherung und Finanzierung.

Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes vorgenommen. Zwei wesentliche Probleme sollten durch die Reform gelöst werden:

1. Die bisherigen Regelungen zu Ausbildungs- und Qualifizierungswegen wurden im Interesse internationaler Vergleichbarkeit entsprechend dem Bologna-Prozess angepasst.
2. Die finanzielle Situation der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung wird durch die Erlangung einer Approbation unmittelbar nach Beendigung des Studiums und die Möglichkeit der Heilbehandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung verbessert.

Die frühzeitige Erlangung der Approbation führt dazu, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Heilberechtigung erhalten, obwohl sie kaum praktische Fertigkeiten im Studium ausbilden konnten. Zudem wird das Tätigkeitsfeld über die Heilkunde hinaus auf Beratung, Prävention und Rehabilitation ausgedehnt. Es ist deshalb zu befürchten, dass es schwer psychisch erkrankten

Versicherten zusätzlich erschwert wird, einen Behandlungsplatz zu erhalten.

Die frühzeitige Erlangung der Approbation führt dazu, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Heilberechtigung erhalten, obwohl sie kaum praktische Fertigkeiten im Studium ausbilden konnten.

Reform der Hebammenausbildung

Mit dem Hebammenreformgesetz wurde der Weg zu einer vollständigen Akademisierung des Hebammenberufs geebnet. Das Gesetz wird die Bundesländer hinsichtlich des Aufbaus ausreichender Studienplätze vor große Herausforderungen stellen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Akademisierung. Sicherzustellen ist jedoch, dass Hebammen auch künftig Aufgaben wie Wiegen und Messen des Kindes nachkommen, also die Versorgung im Wochenbett gewährleisten. Das Tätigkeitsspektrum der akademisch ausgebildeten Hebammen darf sich nicht ausschließlich auf Leitungs- und Forschungsaufgaben sowie Geburtenbetreuungen reduzieren. In diesem Kontext wird sich die Frage stellen, wie heutige berufsschulisch und zukünftig akademisch ausgebildete Hebammen mit ihren unterschiedlichen Qualifikationsniveaus die Zusammenarbeit gestalten.

Aus Versorgungssicht muss mit einer Verknappung der Hebammen gerechnet werden. Einem großen Teil derjenigen, die diesen Beruf bisher ohne Hochschulqualifikation erlernen konnten, wird künftig der Zugang versperrt bleiben. Zur Finanzierung des dualen Studiums werden zudem teilweise Versichertengelder der GKV herangezogen, obwohl Bildung eine hoheitliche Aufgabe der Bundesländer ist. Der GKV-Spitzenverband kritisiert diese Finanzierung versicherungsfremder Leistungen.



Sicherungskopie_

Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen

Die Bekämpfung von Fehlverhalten und Korruption im Gesundheitswesen ist ein nationales wie internationales Thema. Vor dem Hintergrund der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung braucht es zunehmend einen Erfahrungsaustausch sowie eine Vernetzung mit anderen Ländern. Ziel ist neben einer besseren Koordination von Maßnahmen auch die jeweilige Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine effektivere Strafbekämpfung. Um diese Prozesse aktiv zu fördern und voranzubringen, führte der GKV-Spitzenverband 2019 zwei Veranstaltungen durch.

Organisationsübergreifender Erfahrungsaustausch in Deutschland

Der GKV-Spitzenverband veranstaltete im Mai 2019 einen organisationsübergreifenden Erfahrungsaustausch der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen wurde eine Zwischenbilanz gezogen. Dabei wurde auch über die Wirkung und Wirksamkeit der neuen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen diskutiert.

Bereits im Eröffnungsvortrag von Prof. Michael Kubiciel, Universität Augsburg, wurde unter Heranziehung des vom Bundeskriminalamt herausgegebenen Bundeslagebildes Korruption die vielleicht wichtigste Erkenntnis deutlich: Mit bundesweit erst ungefähr 200 registrierten „Korruptionsstraftaten“ haben sich die neuen Straftatbestände der Korruption im Gesundheitswesen bislang noch nicht als eine effektive Grundlage

der Strafverfolgung erwiesen. Der eigentliche Praxistest mit den strafgerichtlichen Haupt- und Revisionsverfahren steht noch bevor. Dennoch sind die neuen Straftatbestände keine zahnlosen Tiger geblieben, da das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen eine korruptionspräventive Wirkung entfaltet.

Die nachfolgenden Beiträge machten deutlich, dass die verstärkte Beratung durch die Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen einen Beitrag zur Aufklärung und notwendigen Sensibilisierung der Ärzteschaft geleistet und bei der systematischen Entwicklung neuer Compliance-Konzepte geholfen hat. Dazu trägt die Akzessorietät der Straftatbestände folgendermaßen bei: Kooperationen, die nach dem geltenden Berufsrecht und Sozialrecht zulässig sind, fallen nicht in den Anwendungsbereich der neuen Straftatbestände. Verstöße gegen bereits bestehende berufsrechtliche und sozialgesetzliche Verbote bergen demgegenüber stets ein hohes Strafbarkeitsrisiko.

Die daran anknüpfenden Erkenntnisse aus der Praxis der Strafverfolgungsbehörden wurden von den ca. 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern schließlich mit besonderer Spannung erwartet. Dazu konnten mehrere ausgewiesene Experten der Schwerpunktstaatsanwaltschaft München I, der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, der Generalstaatsanwaltschaft Celle und der Staatsanwaltschaft Braunschweig begrüßt werden. Die genannten Strafverfolgungsbehörden sind auf die Bekämpfung von Vermögensstraftaten bzw. Korruption im Gesundheitswesen bereits besonders spezialisiert. Auf Grundlage erster Ermittlungsverfahren wurde die Anwendung der neuen Straftatbestände auf wiederkehrende Fallkonstellationen detailliert beschrieben. Die Veranstaltung konnte damit auch für den bundesländerübergreifenden Erfahrungsaustausch der Strafverfolgungsbehörden untereinander einen wesentlichen Beitrag leisten.

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Betrug und Korruption

Das Europäische Netzwerk gegen Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (EHFCN) veranstaltete im November 2019 zum 13. Mal eine zweitägige internationale Konferenz, in diesem Jahr erstmals in Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband. Rund 160 Expertinnen und Ex-

Die verstärkte Beratung durch die Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen hat einen Beitrag zur Aufklärung und notwendigen Sensibilisierung der Ärzteschaft geleistet.

perten aus 24 Ländern, mehrheitlich aus der Europäischen Union (EU), waren der Einladung zum Thema „Bytes without borders: preventing and countering healthcare fraud and corruption in the digital age“ gefolgt.

Angesichts eines offenen Binnenmarkts und grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung erscheinen nationale Alleingänge im Kampf gegen Betrug und Korruption als nicht zielführend. Um sich der Herausforderung erfolgreich stellen zu können, braucht es im Verfahren zum europaweiten elektronischen Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern, entsprechend den Regelungen der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, eine enge grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Betrug und Fehlern.

Im Zeitalter der Digitalisierung des Gesundheitswesens wurden Informations- und Datenanalysen von den Konferenzteilnehmerinnen und -teil-

nehmern als Schlüsselwerkzeuge beschrieben. Mit deren Hilfe ließen sich innovative Methoden entwickeln, um Abrechnungsbetrug aufzudecken. Ein Schwerpunkt der Konferenz lag deshalb auf der Durchführung interaktiver Praxisworkshops in denen sowohl bereits erfolgreich im Einsatz befindliche Lösungen präsentiert als auch laufende Praxisprojekte vorgestellt wurden.

„E-Health, Big Data oder künstliche Intelligenz sind bereits Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung in der EU. Innovative Ansätze brauchen wir jedoch nicht nur in der Patientenversorgung, sondern auch im Kampf gegen Missbrauch und Korruption. Nur wenn wir mit anderen EU-Staaten Erfahrungen und Wissen teilen, wenn wir also vernetzt agieren, können wir erfolgreich sein“, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Mit Hilfe von Informations- und Datenanalysen ließen sich innovative Methoden entwickeln, um Abrechnungsbetrug aufzudecken.



**Anonymisierung_
Pseudonymisierung_**

GKV-Finanzen im Negativtrend

Erstmals nach drei Jahren mit positiven Finanzergebnissen in Milliardenhöhe werden die gesetzlichen Krankenkassen das Berichtsjahr 2019 mit einem Defizit abschließen.* Das erwartete Defizit wird über 1,5 Mrd. Euro betragen und das absehbare Einnahmenplus des Gesundheitsfonds in Höhe von voraussichtlich rd. 0,7 Mrd. Euro übersteigen. Folglich wird das Finanzergebnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) des Jahres 2019 insgesamt negativ sein. Für das Jahr 2020 wird eine defizitäre Entwicklung sowohl für den Gesundheitsfonds als auch für die Krankenkassen erwartet. Und dies, obwohl die anhaltend gute Beschäftigungs- und Lohnentwicklung zu einem weiteren deutlichen Anstieg beitragspflichtiger Einnahmen führte. Die Defizitentwicklung ist daher umso beunruhigender.

Gleichwohl konnte aufgrund der erfreulichen Rücklagesituation die große Mehrheit der Krankenkassen zum Jahreswechsel ihren Zusatzbeitragssatz (ZBS) stabil halten. Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichte durchschnittliche ZBS, der rechnerisch ausgabendeckend sein muss, wurde für 2020 aufgrund der über der Einnahmeprogno liegenden Ausgaben-erwartung von 0,9 % auf 1,1 % angehoben.

Finanzentwicklung 2019

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) stiegen im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr um 4,3 % auf 1.467,6 Mrd. Euro. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit Beitragseinnahmen von rd. 214,3 Mrd. Euro. Einschließlich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (3,2 Mrd. Euro) und der um den Anteil der Landwirtschaftlichen Krankenkasse verminderten Bundesbeteiligung (rd. 14,4 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rd. 231,9 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen für 2019 zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 231,1 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssigen Mittel werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Unter

Berücksichtigung seiner weiteren gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem Innovations- und dem Strukturfonds sowie unter Berücksichtigung des Einkommensausgleichs bei den Zusatzbeiträgen wird sich beim Gesundheitsfonds ein Einnahmenplus von rd. 0,7 Mrd. Euro ergeben. Die Fondsreserve wird damit zum 31. Dezember 2019 rd. 9,9 Mrd. Euro betragen.

Hinsichtlich der erwarteten Ausgaben der Krankenkassen konnte der GKV-Schätzerkreis keine geeinigte Schätzung vorlegen. Während das BMG und das Bundesversicherungsamt (BVA) einen Anstieg der Ausgaben um 11,3 Mrd. Euro auf rd. 245,7 Mrd. Euro (+ 4,8 %)

prognostizierten, schätzten die Finanzexpertinnen und -experten des GKV-Spitzenverbandes einen Ausgabenanstieg von 11,6 Mrd. Euro auf rd. 246,0 Mrd. Euro (+ 4,9 %). Bei

Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in Höhe von rd. 231,1 Mrd. Euro betrug die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben demnach im Jahr 2019 rd. 14,6 Mrd. Euro nach Schätzung von BMG und BVA bzw. 14,9 Mrd. Euro nach Schätzung des GKV-Spitzenverbandes. Die zur Finanzierung dieser Unterdeckung im Jahr 2019 tatsächlich erhobenen ZBS variierten - bei einem vom BMG ex ante festgelegten rechnerischen durchschnittlichen ZBS von 0,9 % - zwischen 0,3 % und 2,5 %. Keine Krankenkasse konnte im Berichtsjahr auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Finanzprognose 2020

Für 2020 geht der GKV-Schätzerkreis einhellig von einem weiteren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 3,8 % auf 1.523,2 Mrd. Euro aus. Auf dieser Basis werden Beitragseinnahmen in Höhe von 222,4 Mrd. Euro erwartet; hinzu kommen die Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung in Höhe von rd. 3,3 Mrd. Euro. Des Weiteren erhalten die Krankenkassen für das Kalenderjahr 2020 aus der Reserve des Fonds eine einmalige Sonderzuweisung von 225 Mio. Euro. Diese soll

Erstmals nach drei Jahren mit positiven Finanzergebnissen werden die gesetzlichen Krankenkassen das Berichtsjahr mit einem Defizit abschließen.

neu eingeführte Rechnungszuschläge ausgleichen, die die Krankenkassen im Falle des Inkrafttretens des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) an die Krankenhäuser zu zahlen haben. Zusammen mit der Bundesbeteiligung in Höhe von rd. 14,4 Mrd. Euro und abzüglich der Aufwendungen des Gesundheitsfonds (20 Mio. Euro) ergibt sich ein Zuweisungsvolumen von insgesamt rd. 240,2 Mrd. Euro. Dieser Betrag wird den Krankenkassen als Einnahme für das

Für 2020 liegt die Ausgabenschätzung des GKV-Spitzenverbandes um rd. 1,8 Mrd. Euro über der Schätzung von BMG und BAS.

Jahr 2020 zugesichert. Aufgrund der vom Gesundheitsfonds auch im Jahr 2020 zu tragenden Finanzierungsanteile für den Innovations- sowie den Strukturfonds und den erwarteten Mindereinnahmen infolge der Einführung eines Freibetrags auf Betriebsrenten (GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz vom 21. Dezember 2019) in Höhe von rd. 1,2 Mrd. Euro, die der GKV-Schätzerkreis bei seiner Einnahmenschätzung noch nicht berücksichtigen konnte, wird die Fondsreserve zum Jahresende 2020 auf geschätzt rd. 7,8 Mrd. Euro sinken.

Einnahmen-Ausgaben-Prognose 2020 in Mrd. Euro



Ausgehend von der Ausgabenschätzung 2019 konnte der GKV-Schätzerkreis auch für 2020 keine geeinigte Ausgabenprognose abgeben. Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2020 wurden seitens BMG und BVA auf 256,8 Mrd. Euro, seitens des GKV-Spitzenverbandes auf 258,6 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht einem Anstieg um 4,5 % (BMG/BVA) bzw. 5,1 % (GKV-Spitzenverband) im Vergleich zum Vorjahr. Dabei wurden neben den erwarteten Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) u. a. auch die erwarteten Finanzwirkungen der Entwürfe des MDK-Reformgesetzes, des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG), des Masernschutzgesetzes sowie des GKV-FKG in die Schätzung einbezogen.

Damit ergibt sich für die Krankenkassen im Jahr 2020 eine geschätzte Unterdeckung der Ausgaben von rd. 16,6 Mrd. Euro (BMG/BVA) bzw. von rd. 18,4 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband). Bezogen auf die erwarteten beitragspflichtigen Einnahmen des Jahres 2020 ergibt sich rechnerisch ein ZBS-Bedarf von 1,1 % bzw. 1,2 %. Das für die Festlegung zuständige BMG hat im Oktober 2019 den durchschnittlichen rechnerischen ZBS erwartungsgemäß von bislang 0,9 % auf 1,1 % angehoben. Der durchschnittliche ZBS dient zum einen als relevanter ZBS bei der Beitragsberechnung für bestimmte Mitgliedergruppen, z. B. für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, zum anderen als Benchmark für den gesetzlich

*Bei konsentrierter Einnahmenschätzung gehen BMG und BAS von einer niedrigeren Ausgabenschätzung aus. Berechnung und Darstellung: GKV-Spitzenverband

erwünschten Preiswettbewerb der Krankenkassen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes spiegelt der für 2020 festgesetzte Satz den tatsächlichen Finanzbedarf der Krankenkassen nicht hinreichend wider.

Stabile Beiträge zum Jahreswechsel

Trotz der negativen Finanzentwicklung im Jahr 2019 konnten immerhin 76 der 2019 aus dem Gesundheitsfonds finanzierten 108 Krankenkassen ihren ZBS zum 1. Januar 2020 stabil halten, fünf Träger konnten ihre Sätze sogar senken. Zum Jahresbeginn 2020 variieren die erhobenen ZBS zwischen 0,2 % und 2,7 %; eine regionale Krankenkasse kann in Gänze auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Für das Jahr 2020 ist weitgehend mit stabilen Beiträgen zu rechnen; ab 2021 sieht die Finanzlage für die Krankenkassen aber absehbar kritischer aus. Neben der ohnehin verstärkten Ausgabendynamik werden sukzessive viele der seit 2018 beschlossenen Bundesgesetze zu einem zusätzlichen Ausgabenschub führen. Die kumulierte Ausgabewirkung der in der laufenden Legislaturperiode beschlossenen Gesetze, allen voran die Mehrausgaben infolge des PpSG und des TSVG, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2020 auf rd. 5,6 Mrd. Euro geschätzt. Da wesentliche Teile dieser Mehrausgaben die Ausgabenbasis dauerhaft erhöhen, ist mit einer basiswirksamen Anhebung des zukünftigen Ausgabenniveaus von rd. 5 Mrd. Euro zu rechnen.

Nicht eingerechnet sind dabei diejenigen durch neue Gesetze erzeugten Ausgabenrisiken, die zwar evident vorhanden, aber schwerlich zu quantifizieren sind, etwa die künftigen Mehrausgaben für digitale Gesundheitsanwendungen. Die finanzielle Dimension dieser mit dem DVG eingeführten neuen GKV-Leistungen ist gegenwärtig noch schwer abschätzbar. Zu befürchten steht aber, dass sie die Ausgabenentwicklung weiter verschärfen wird. Sobald aber die Rücklagen auf die gesetzlich vorgegebenen Mindestbeträge abgeschmolzen sein werden, führt kein Weg an Beitragssatzanpassungen vorbei.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes spiegelt der für 2020 festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitragssatz den tatsächlichen Finanzbedarf der Krankenkassen nicht hinreichend wider.

* 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 11. Oktober 2019); entsprechend blendet die Darstellung die sich zusätzlich auf der Kassenebene ergebenden und in den amtlichen Statistiken zu späteren Terminen ausgewiesenen Finanzdaten, insbesondere die Sonstigen Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen, aus. Vor dem Hintergrund der Einnahmen- und Ausgabeneffekte der Coronapandemie sind die dargestellten Prognosen für das Jahr 2020 zum Zeitpunkt der Veröffentlichung nicht mehr als valide zu betrachten.

Finanz- und Organisationsreform der Krankenversicherung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung dient der Umsetzung der in der Koalitionsvereinbarung getroffenen Festlegung zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA.

Mit dem vom Deutschen Bundestag am 13. Februar 2020 verabschiedeten Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) wird der vom Gesetzgeber gewünschte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in drei Regelungsbereichen neu justiert. Erstens wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) nach langer intensiver Debatte und begleitender wissenschaftlicher Begutachtung weiterentwickelt, zweitens wird das Organisationsrecht der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vereinheitlicht, und drittens wird das für den spezifischen Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen geltende Wettbewerbsrecht reformiert.

Dauerbaustelle Morbi-RSA

Mit dem GKV-FKG kommt der Gesetzgeber seiner gesetzlichen Verpflichtung zur Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs unter Berücksichtigung der entsprechenden Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats nach. Zugleich arbeitet die Große Koalition mit der Reform eine Vereinbarung aus ihrem Koalitionsvertrag ab, wonach der Morbi-RSA - in der politischen Diktion - mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterentwickelt und vor Manipulation geschützt werden sollte.

Die umfänglichen Änderungen am Finanzausgleichssystem bilden hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer ökonomischen Bedeutung für die Krankenkassen den Kern dieses Reformgesetzes. Der Gesetzentwurf greift einige Reformvorschläge des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) auf; zu diesen zählen insbesondere:

- Einführung eines Krankheits-Vollmodells
- Schaffung eines Risikopools
- Einführung einer Regionalkomponente

Der Gesetzentwurf sieht zudem als wesentliche weitere Maßnahmen die folgenden Veränderungen vor:

- Einführung einer Vorsorge-Pauschale im Bereich der Prävention
- Einrichtung einer sogenannten Manipulationsbremse
- Streichung des Kriteriums der Erwerbsminderung

Aufgrund seiner wettbewerbsneutralen Ausrichtung und der divergierenden Interessen seiner Mitglieder bei der Weiterentwicklung des Morbi-RSA hat sich der GKV-Spitzenverband zur inhaltlichen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit der einzelnen Reformmaßnahmen bewusst nicht positioniert. Finanzwirksam werden die neuen Vorgaben für die Krankenkassen ab dem Ausgleichsjahr 2021.

Die aufwendigen Änderungen werden im Zusammenwirken mit den Mitgliedskassen und dem BAS erhebliche Ressourcen binden, um eine fristgerechte und friktionsfreie Umsetzung des gesetzlich Gewollten sicherzustellen.

Organisationsrecht der Krankenkassen

Mit dem GKV-FKG wird zudem das Organisationsrecht der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen vereinheitlicht. Wesentlich ist dabei die Reform der Haftungsregelungen für den Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Nach geltendem Recht haften die Krankenkassen einer Kassenart (Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen) für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse ihrer Kassenart (Primärhaftung). Nur für den Fall, dass die haftende Kassenart wirtschaftlich nicht in der Lage ist, ihre Verpflichtungen zu erfüllen, haften bisher die übrigen Krankenkassen für den nicht gedeckten Betrag. Künftig wird die Gemeinschaft aller Krankenkassen direkt für die Verpflichtungen einer aufgelösten, geschlossenen oder insolventen Krankenkasse eintreten.

Der GKV-Spitzenverband hat sich im Gesetzgebungsverfahren gegen diese Abschaffung der Primärhaftung ausgesprochen. Hintergrund ist, dass aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bei der Ausgestaltung des Haftungssystems das Ziel der Haftungsprävention, d. h. die Vermeidung von Schließungs- und Insolvenzfällen, im Vordergrund stehen sollte. Und hier ist festzustellen, dass das bisherige Haftungssystem die ökonomischen Anreize in einer Weise setzte, dass für die betroffene Haftungsgemeinschaft ein homogenes Interesse am Erhalt einer gefährdeten „Schwesterkasse“ bestand. Denn dem Haftungsverbund war immer gegenwärtig, dass Schließungen teurer wären als - ggf. auch finanziell - geförderte Vereinigungen. Folgerichtig zeigen auch die praktischen Erfahrungen des GKV-Spitzenverbandes in der Haftungsprävention, dass der primär haftende Verband für die Funktionsfähigkeit des Haftungspräventionssystems eine wichtige unterstützende Rolle einnahm.

Der Gesetzgeber hat sich gleichwohl für die Streichung der Primärhaftung entschieden. Damit gilt es mit Blick auf die Haftungsprävention, die bestehenden Satzungsregelungen des GKV-Spitzenverbandes über freiwillige finanzielle Hilfen den neuen rechtlichen Gegebenheiten anzupassen.

Wettbewerbsrecht

Mit dem neuen § 4a SGB V wird eine spezifische sozialrechtliche Rechtsgrundlage für den Mitgliederwettbewerb geschaffen. Demnach dient der Wettbewerb der Krankenkassen dem Ziel, das Leistungsangebot zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.

Den Krankenkassen wird dabei ausdrücklich das Recht auf Werbung um Mitglieder eingeräumt. Zugleich wird der Grundsatz normiert, dass unlautere geschäftliche Handlungen unzulässig sind und somit unmittelbar Unterlassungsansprüche bewirken. Klargestellt wird auch, dass Maßnahmen zur Risikoselektion unzulässig sind. Der konkrete Handlungsrahmen für die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen wird künftig in einer Rechtsverordnung verbindlich normiert.

Dieses Wettbewerbsverständnis ist keineswegs neu, es wird bereits heute gelebt und basiert auf diversen Einzelnormen sowie der Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit. Die Kodifizierung dieses Wettbewerbsrahmens im SGB V wird vom GKV-Spitzenverband als ein erster Schritt in Richtung eines sozialrechtlichen Wettbewerbsrechts begrüßt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte bei der Ausgestaltung des Haftungssystems die Vermeidung von Schließungs- und Insolvenzfällen im Vordergrund stehen.



Trojaner_

Plädoyer für europäische Zusammenarbeit

„Der Austritt des Vereinigten Königreichs aus der EU ist zu bedauern, schärft aber gleichzeitig den Blick auf das gemeinsam Erreichte: Die Bürgerinnen und Bürger profitieren stark von der europäischen Einigung.“ Mit diesen Worten positionierte sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zur EU. Vorteile bringt die europäische Einigung nicht zuletzt auch im Gesundheitsbereich – direkt durch eine funktionierende gesundheitliche Absicherung bei einem Aufenthalt im EU-Ausland und indirekt durch die vorteilhafte Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten etwa bei der Zulassung von Arzneimitteln.

Mit dem im März 2019 verabschiedeten Positionspapier „Europa: Kräfte bündeln, Potenziale nutzen“ beteiligt sich der GKV-Spitzenverband an der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegepolitik im europäischen Kontext und formuliert seine Anforderungen an das im Mai 2019 gewählte Europäische Parlament und die neue EU-Kommission.

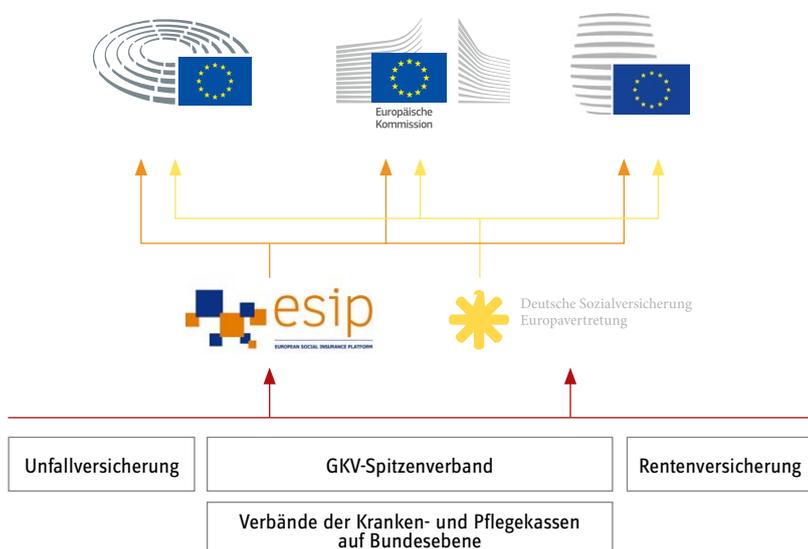
Potenziale nutzen

Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung will die Chancen und Potenziale der europäischen Integration nutzen und gestalten. Schon heute können in Deutschland rund 73 Mio. gesetzlich Versicherte im Krankheits- und Pflegefall darauf vertrauen, dass sie eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung erhalten. Sie können unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit am medizinischen Fortschritt teilhaben, auch über Deutschlands Grenzen hinaus. Dies gilt letztlich auch dank gemeinsamer europäischer Regelungen.

Der GKV-Spitzenverband beteiligt sich an der Weiterentwicklung der Gesundheits- und Pflegepolitik im europäischen Kontext.

Zudem konnte für die Versicherten in den vergangenen Jahren einiges erreicht werden. Die Verabschiedung der Medizinprodukte-Verordnung ist ein Schritt in Richtung Patientensicherheit. Außerdem ist die Weiterentwicklung der sozialen Absicherung der Freizügigkeit der Bürgerinnen

Interessenvertretung auf EU-Ebene



Darstellung: GKV-Spitzenverband



und Bürger mit der Reform der Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit auf den Weg gebracht.

Patientennutzen stärken

In vielen Bereichen und bei zahlreichen Zukunftsthemen lassen sich unter Beachtung der Kompetenzaufteilung zwischen EU und Mitgliedstaaten die Kräfte auf europäischer Ebene sinnvoll bündeln. Eine stärkere europäische Zusammenarbeit bei der Bewertung von Medizinprodukten und Arzneimitteln kann zu einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten mit neuen Produkten beitragen. Auch bei der

Digitalisierung ist gemeinsames Handeln sinnvoll. Elektronische Patientenakten und Rezepte müssen

grenzüberschreitend austauschbar sein. Auch durch die gemeinsame Nutzung von Big-Data-Anwendungen und Künstlicher Intelligenz können die Versorgung der Versicherten verbessert und die ihr zugrundeliegenden Strukturen optimiert werden. Die nationalen Gesundheitssysteme profitieren davon, wenn Forschungsschwerpunkte gemeinsam gesetzt und verfügbare Daten aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen werden.

Mobilität absichern

Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind auch über Deutschlands Grenzen hinaus gut abgesichert. Die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit eröffnen ihnen beim Aufenthalt in einem Staat der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz den Zugang zu den Gesundheitssystemen des Gastlandes. Um die Effektivität der Koordinierungsmechanismen zu gewährleisten, müssen sie stetig weiterentwickelt werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, diese grenzüberschreitende Mobilität weiter zu stärken und Hemmnisse abzubauen.

Stärken nutzen

Was die gesundheitliche und pflegerische Versorgung angeht, ist Europa in Vielfalt geeint. Auch auf EU-Ebene wirbt der GKV-Spitzenverband für das Selbstverwaltungsprinzip: Dieses sieht die unmittelbare Mitwirkung der Beteiligten durch Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber bei den Kranken- und Pflegekassen und ihren Verbänden vor. Das Prinzip der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als Instrument sozialpolitischer Steuerung findet auf europäischer Ebene seine Entsprechung im Sozialen Dialog.

Versicherte der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind auch über Deutschlands Grenzen hinaus gut abgesichert.

Vorbereitungen auf den Brexit

Im Jahr 2019 blieb lange Zeit unklar, wann und zu welchen Bedingungen der Austritt des Vereinigten Königreiches aus der Europäischen Union vollzogen wird. Daher hat sich die gesetzliche Krankenversicherung auf unterschiedliche Szenarien und deren Folgen für die Versicherten vorbereitet. Von Änderungen in Bezug auf die Kranken- und Pflegeversicherung wären mehrere Personengruppen betroffen, darunter Erwerbstätige mit einem Bezug zum Vereinigten Königreich, im Vereinigten Königreich eingeschriebene Studierende, dort lebende Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente aus Deutschland sowie deren Familienangehörige, aber auch Britinnen und Briten, die in Deutschland leben.

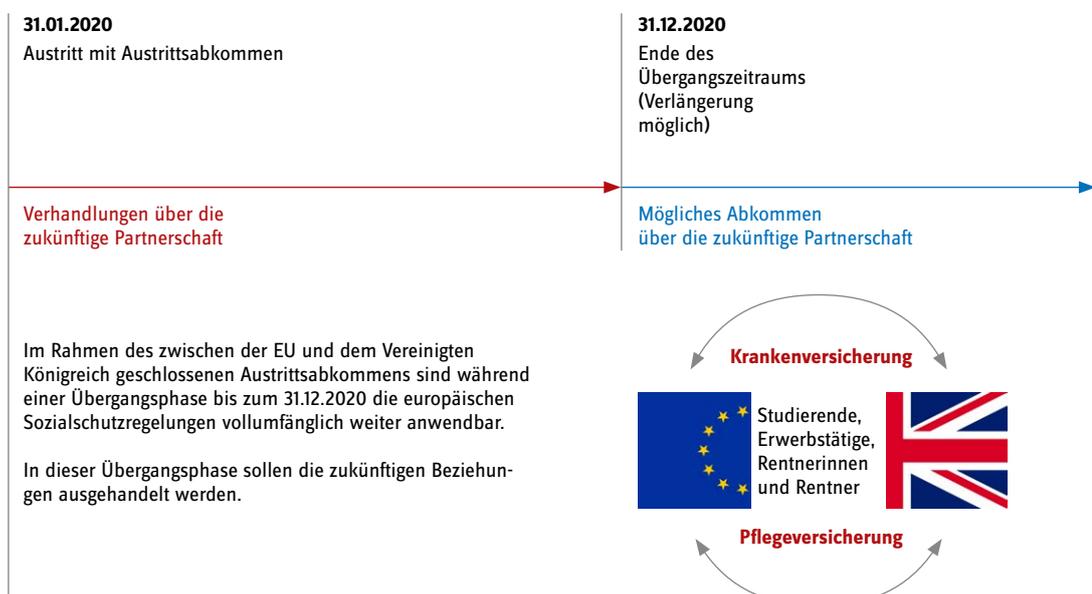
Austritt mit Abkommen

Ein Austrittsabkommen ist die vom EU-Vertrag vorgesehene Grundlage, auf die sich der Austrittskandidat und die EU verständigen sollen. Es

enthält die Bedingungen der Trennung und Regelungen für eine Übergangsphase. Das zwischen der EU und der Regierung des Vereinigten Königreichs ausgehandelte und mehrfach vom britischen Parlament abgelehnte Austrittsabkommen sieht eine Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2020 vor, in der die Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit weiter Anwendung finden sollen. Dies gilt z. B. für Touristinnen und Touristen, entsandte Erwerbstätige, Rentnerinnen und Rentner sowie Studierende. In dieser Übergangsphase hätten Versicherte weiterhin dieselben Ansprüche wie bisher, könnten sich also etwa mit der Europäischen Krankenversicherungskarte, der European Health Insurance Card (EHIC), im Vereinigten Königreich behandeln oder ihr Pflegegeld dorthin

Das Austrittsabkommen sieht eine Übergangsphase vor, in der die Verordnungen über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit weiter Anwendung finden sollen.

Auf dem Weg zu einer neuen Partnerschaft



überweisen lassen. Auch Britinnen und Briten, die über den Nationalen Gesundheitsdienst abgesichert sind, könnten in der EU weiterhin Leistungen auf Basis der im Vereinigten Königreich ausgestellten EHIC oder einer entsprechenden provisorischen Ersatzbescheinigung in Anspruch nehmen.

Ungeordneter Austritt

Erfolgt der Austritt ohne dieses Austrittsabkommen, also ohne Regeln für die Trennung und für eine Übergangsphase, sind weder die europäischen Koordinierungsregeln im Bereich Kranken- und Pflegeversicherung noch die Richtlinie über

die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung anwendbar.

Möglicherweise würde das zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Vereinigten Königreich abgeschlossene Sozialversicherungsabkommen vom 20. April 1960 wieder

anzuwenden sein. Es enthält zwar Vorschriften zum anwendbaren Recht, z. B. für Entsendungen oder Ausnahmevereinbarungen, ist aber nicht deckungsgleich mit dem bestehenden Koordinierungsrecht. Beispielsweise ist die Pflegeversicherung nicht erfasst.

Um vertragliche Lücken zu vermeiden, hat der Bundesgesetzgeber ergänzend ein Gesetz zu Übergangsregelungen in den Bereichen Gesundheit und Soziales nach dem Austritt des Vereinigten Königreichs (BrexitSozSichÜG) verabschiedet. Ziel ist es, den vom Austritt besonders betroffenen Personen kurzfristig Rechtssicherheit sowie Bestands- und Vertrauensschutz zu gewähren und soziale Härten zu vermeiden.

Konkret bedeutet das, dass Versicherte, die sich dauerhaft im Vereinigten Königreich aufhalten oder aufgehalten haben, nicht aufgrund des Brexits ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz verlieren oder sich doppelt versichern müssen. Mitgliedschaftsrechtliche Sachverhalte und Beitragszeiten im Zusammenhang mit dem

Vereinigten Königreich sollen weiterhin berücksichtigt werden können.

Da die Sachleistungsaushilfe in Bezug auf das Vereinigte Königreich bei einem Austritt ohne Abkommen entfällt, sollen Kostenerstattungsregeln für Personen, die sich dauerhaft im Vereinigten Königreich aufhalten und ihren Beitritt zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem BrexitSozSichÜG erklärt haben, Abhilfe schaffen.

Mit zahlreichen Rundschreiben hat der GKV-Spitzenverband die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen über die Auswirkungen des Austritts des Vereinigten Königreichs und die Regelungen des BrexitSozSichÜG auf das Versicherungs- und Beitragsrecht sowie das Leistungsrecht der Kranken- und Pflegeversicherung informiert. Des Weiteren hat der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der Sozialversicherung eine Gemeinsame Verlautbarung zu den Auswirkungen eines No-Deal-Brexits, im Versicherungs- und Beitragsrecht für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber erarbeitet, die im Falle eines unregelmäßigen Austritts kurzfristig veröffentlicht wird.

Informationsangebote

Unter www.dvka.de hat der GKV-Spitzenverband Informationen zum Thema Brexit öffentlich zugänglich gemacht. Dort sind die möglichen Auswirkungen des Brexits anhand von Fragen und Antworten für verschiedene Personengruppen wie Arbeitgeber und Erwerbstätige, Versicherte, Britinnen und Briten in Deutschland, Studierende sowie Leistungserbringer dargestellt.

Versicherte, die sich dauerhaft im Vereinigten Königreich aufhalten oder aufgehalten haben, verlieren ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz aufgrund des Brexits nicht.

Weltforum für soziale Sicherheit

Turnusgemäß fand im Oktober 2019 das Weltforum für soziale Sicherheit in Brüssel statt. Das Weltforum gilt als die weltweit größte und wichtigste internationale Veranstaltung der sozialen Sicherheit und bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine gute Plattform zur Vernetzung, zum Wissenstransfer und zum internationalen Erfahrungsaustausch. Sie wird organisiert von der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), in der Deutschland durch den GKV-Spitzenverband, die Renten- und Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vertreten ist. Der GKV-Spitzenverband wird durch Manfred Schoch, Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, im Vorstand der IVSS repräsentiert.

Länderübergreifende Suche nach Lösungen

Weit über 1.200 Repräsentantinnen und Repräsentanten aus mehr als 150 Ländern haben 2019 am Weltforum teilgenommen, darunter Ministerinnen und Minister sowie leitende Fachleute aus den verschiedensten Bereichen und Arbeitsfeldern der sozialen Sicherheit. Der inhaltliche Fokus lag auf dem Thema „Soziale Sicherheit im digitalen Zeitalter“. Durch technologische Innovationen und Digitalisierung stehen die Volkswirtschaften, Arbeitsmärkte und Gesellschaften unter großem Transformationsdruck, z. B. hinsichtlich angemessener Finanzierungs- und Leistungsgestaltung, Dienstleistung und neuer Arbeitsformen. Wie kann unter diesen neuen Bedingungen soziale Sicherheit weiterhin gewährleistet werden? Inwieweit können Systeme der sozialen Sicherheit hiervon profitieren? Welche Systeme zeigen sich besonders anpassungsfähig und mit welchen Schwierigkeiten sind sie konfrontiert? Zu diesen und weiteren Fragen wurden länderübergreifend Ansätze und Lösungen diskutiert, Erkenntnisse präsentiert und Erfahrungen untereinander ausgetauscht.

GKV-Spitzenverband gefragter Ansprechpartner zur Pflege

Der GKV-Spitzenverband war insbesondere zum Thema Pflegeversicherung und Langzeitpflege ein sehr gefragter Ansprechpartner auf dem Weltforum. Dies verwundert nicht – bereits seit etwa zwei Jahren ist ein steigendes internationales Interesse am deutschen Pflegesystem erkennbar, da Deutschland bereits 1995 und damit früher als andere Länder ein eigenständiges Pflegeversicherungssystem eingeführt hat. Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland, mit ihrer im internationalen Bereich vergleichsweise langen Historie und den gesammelten Erfahrungen, gilt in vielen Ländern als Blaupause zur Implementierung eines eigenen Systems zum Schutz pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen.

Durch technologische Innovationen und Digitalisierung stehen die Volkswirtschaften, Arbeitsmärkte und Gesellschaften unter großem Transformationsdruck.

Europavertretung der deutschen Sozialversicherung

Die Europavertretung repräsentiert die Interessen der Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung gegenüber den europäischen Institutionen.

Die Deutsche Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e. V. (DSVAE) vertritt die Interessen der deutschen Sozialversicherung in Brüssel auch in der neuen Legislaturperiode. Ende Mai 2019 fanden die Wahlen zum Europäischen Parlament statt, und Anfang Dezember hat die neue EU-Kommission mit Ursula von der Leyen an der Spitze ihre Arbeit aufgenommen. Personell gut aufgestellt ist auch die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung.

Neuer stellvertretender Direktor

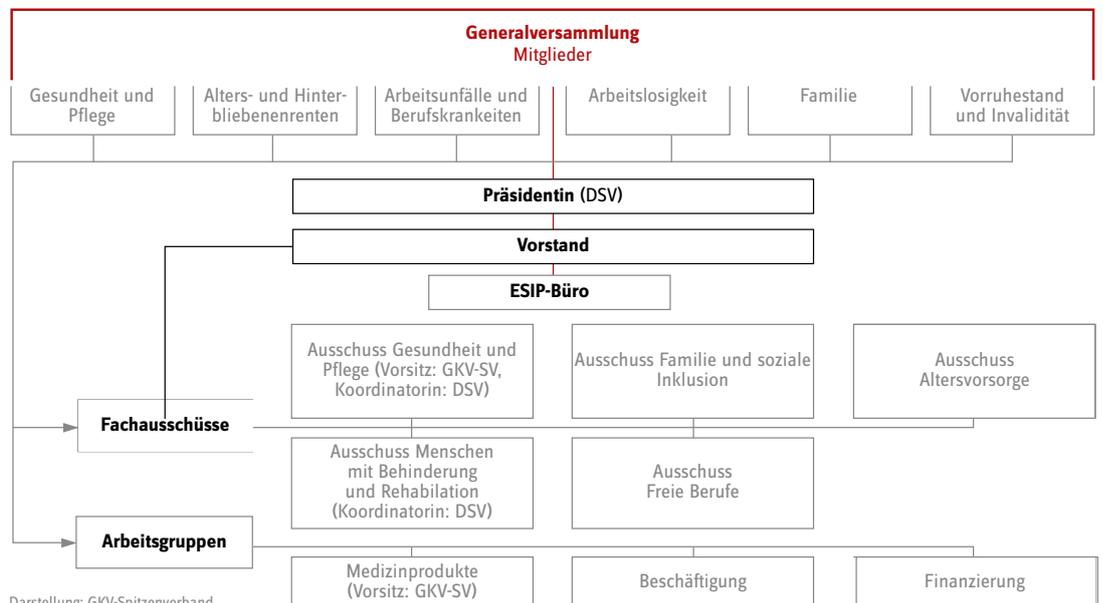
Der Europäische Koordinierungsausschuss hat Ulrich Mohr für sechs Jahre zum stellvertretenden Direktor der DSVAE berufen, an deren Spitze Ilka Wölfe als Direktorin steht. Für den als Vorstand fungierenden Koordinierungsausschuss wird aus jedem Sozialversicherungszweig eine Geschäftsführerin bzw. ein Geschäftsführer oder ein Vorstandsmitglied als ordentliches Mitglied benannt. Er wird aktuell vertreten durch Gundula Roßbach, Präsidentin der Deutschen Rentenversicherung Bund, Dr. Edlyn Höller, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Deutschen Gesetzli-

chen Unfallversicherung, und Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes. Die Europavertretung repräsentiert seit 1993 die Interessen der Spitzenorganisationen der deutschen Sozialversicherung gegenüber den europäischen Institutionen. Sie analysiert und beobachtet die Entwicklung der europäischen Gesundheits- und Sozialpolitik sowie anderer Politikbereiche und informiert ihre Mitglieder. Sie bündelt die europapolitischen Interessen der gesetzlichen Unfall-, Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung und bringt sich aktiv in die Politikgestaltung auf EU-Ebene ein.

GKV-Spitzenverband auch Mitglied bei ESIP

Durch die Zugehörigkeit zur DSVAE ist der GKV-Spitzenverband auch Mitglied der European Social Insurance Platform (ESIP). Sie vertritt die Interessen von ungefähr 40 gesetzlichen Sozialversicherungsorganisationen aus ganz Europa. Der GKV-Spitzenverband bringt sich in den Gesundheitsausschuss der ESIP, das fachliche Gremium der Sparte Krankenversicherung, ein und nimmt hier seit 2014 den alternierenden Vorsitz wahr. Die Direktorin der Europavertretung ist seit Dezember 2019 nun auch Präsidentin der ESIP.

Organigramm ESIP



Darstellung: GKV-Spitzenverband



Worm_

Potenziale der Digitalisierung für die DVKA

Von besonderer Bedeutung für die Mitglieds-kassen und die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) ist der Austausch von Nachrichten und Daten über Ländergrenzen hinweg. Gleichzeitig ist die mit der technologischen Entwicklung zunehmende Vernetzung die Basis für eine tiefgreifende Automatisierung von Geschäftsprozessen und Abläufen, sowohl innerhalb der DVKA als auch in der Kommunikation mit Partnern. Die zunehmende Vernetzung stiftet auch im Bereich der sozialen Sicherheit einen real erfahrbaren Nutzen für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie für die Beschäftigten. Verwaltungsvorgänge sind schneller, kostengünstiger und effizienter.

Reduzierung des Bearbeitungsaufwands am Beispiel Versicherungsdienste International

Die entsprechende Fachanwendung „Versicherungsdienste International Bearbeitungs- und Auskunftssystem“ (VIBA) ist seit November an das

Die mit der technologischen Entwicklung zunehmende Vernetzung ist die Basis für eine tiefgreifende Automatisierung von Geschäftsprozessen und Abläufen.

EESSI-System (Electronic Exchange of Social Security Information) der EU angeschlossen. In beiden Bereichen kann die Unter-

richtung der zuständigen ausländischen Stellen auch elektronisch erfolgen. Damit ist es gelungen, den Personalbedarf von der Anzahl der zu bearbeitenden Anträge zu entkoppeln. Unerwartete Mengensteigerungen, wie sie in der Vergangenheit wiederholt zu beobachten waren, wirken sich nicht mehr direkt proportional aus. Der Bearbeitungsaufwand eines Antrags wird spürbar reduziert. Hierdurch steht mehr Zeit für die Beratung zur Verfügung.

Digital ist schneller

Durch zunehmend leistungsfähigere Systeme können Prozesse und Prozessschritte gleichzeitig ablaufen. Die parallele Verarbeitung wird u. a. limitiert durch analoge Teilprozesse. So erfordert beispielsweise die aktuell noch vom Gesetzgeber vorgesehene papiergebundene Ausgabe der A1-Bescheinigungen den Druckvorgang und phy-

sischen Transport zur Antragstellerin bzw. zum Antragsteller. Aus technischer Sicht ließe sich dieser Vorgang heute schon digital umsetzen. Dafür muss aber der Gesetzgeber eine entsprechende Rechtsänderung verabschieden, und die Standardverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die benötigte Funktionalität bereitstellen. So sollte beispielsweise die abschließend erstellte A1-Bescheinigung in einem unveränderlichen Grafikformat an den Arbeitgeber übermittelt werden, der die fertige Bescheinigung an den Beschäftigten aushändigt. Die A1-Entsendebescheinigung könnte künftig jederzeit und unmittelbar App-basiert den antragstellenden Personen zur Verfügung gestellt werden. Wesentlich dafür sind Vereinfachungen durch automatisierte und papierlose Antragsverfahren.



Button_

Kommunikationsschwerpunkte 2019

Mit einem eindringlichen Plädoyer warb Klemens für den Erhalt der Selbstverwaltung, für größere Handlungsspielräume und die Stärkung des Subsidiaritätsgedankens.

Der GKV-Spitzenverband stand 2019 vor der herausfordernden Aufgabe, die Folgen einer vom Gesetzgeber im Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz geplanten inhaltlichen wie personellen Schwächung der Selbstverwaltung kommunikativ zu vermitteln. Daher lag ein Schwerpunkt der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit auf diesem Thema. Daneben positionierte sich der GKV-Spitzenverband im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zu vielen Themen öffentlich und setzte so klare Akzente. Die Breite der Themen reichte dabei von der Hilfsmittelversorgung über das neue Bewertungssystem für Pflegequalität, Ideen für eine Neuausrichtung der Notfallversorgung oder Kritik an den Plänen des Gesetzgebers zur Methodenbewertung neuer Behandlungs- und Untersuchungsverfahren bis hin zu den GKV-Finzen.

Die GKV diskutiert: GKV Live

Die Veranstaltungsreihe „GKV Live“ stellte im März die Bedeutung der Selbstverwaltung in den Mittelpunkt. Unter dem Titel „Eine starke Selbstverwaltung für ein starkes Gesundheitswesen“ diskutierten die Verwaltungsratsvorsitzenden Uwe Klemens und Dr. Volker Hansen mit Vertreterinnen und Vertretern der Politik. Dr. Hansen warnte dabei vor dramatischen Langzeitfolgen durch eine geschwächte Selbstverwaltung. Mit einem eindringlichen Plädoyer warb Klemens für den Erhalt

der Selbstverwaltung, für größere Handlungsspielräume und die Stärkung des Subsidiaritätsgedankens - wie im Koalitionsvertrag vorgesehen.

In weiteren Veranstaltungen wurden aktuelle Gesetzesvorhaben diskutiert. Im Januar ging es bei „GKV Live“ um das Terminservice- und Versorgungsgesetz. Im Oktober stand ein weiteres Gesetzesvorhaben auf dem Programm, welches insbesondere dem GKV-Spitzenverband eine wichtige Rolle zuweist: das Digitale-Versorgung-Gesetz.

Portal zum deutschen Arzneimittelmarkt

Mitte des Jahres erhielt das Portal GKV-Arzneimittel-Schnellinformationen (GAmSi) unter www.gkv-gamsi.de ein neues Webdesign und wurde durch zusätzliche Services ergänzt. Es ist nun eines der wenigen öffentlich zugänglichen Portale der gesetzlichen Krankenversicherung mit interaktiven Analysemöglichkeiten zum deutschen Arzneimittelmarkt. Bisher standen die Quartalszahlen zu den Arzneimittelausgaben der interessierten Fachöffentlichkeit nur als PDF-Dokumente zur Verfügung. Seit dem Relaunch können die gewünschten Auswertungen für ausgewählte Quartalszahlen individuell und interaktiv zusammengestellt werden. Nutzerinnen und Nutzer können sich schneller als bisher einen Überblick über die vorhandenen GAmSi-Angebote verschaffen und interessante Kennzahlen selbst grafisch aufbereiten.





Cloud_

Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2018

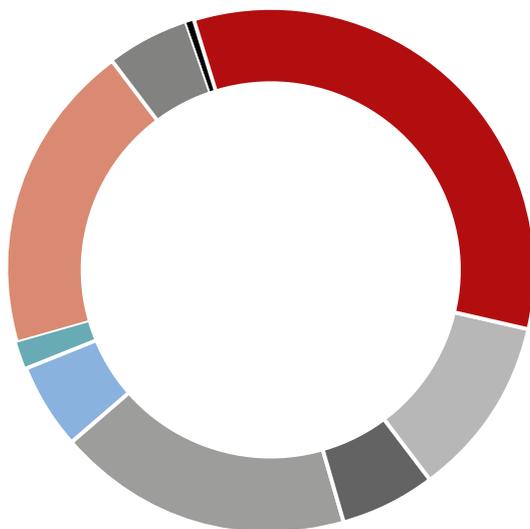
Im April 2019 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2018 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG. Geprüft wurden außerdem die „Reisekostenabrechnungen der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes“ sowie die „Unterschriftenregelung und Prozesse der Rechnungs- und Zahläufe des GKV-Spitzenverbandes nach dem Vier-Augen-Prinzip“. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung vom 26. Juni 2019 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2018 ab.

Verbandsbeitrag 2019

Der Haushaltsplan 2019 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 192,2 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes sowie folgende Umlagefinanzierungen:

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

Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2019



| | | |
|---|----------------------|--|
| ■ Beitrag Kernhaushalt | 64.294.000 € | |
| ■ DVKA | 21.284.000 € | |
| ■ MDS (inkl. Kompetenz-Zentren) | 11.196.000 € | |
| ■ BZgA | 34.946.000 € | |
| ■ Sicherstellungszuschlag Hebammen | 10.156.000 € | |
| ■ Förderung besonderer Therapieeinrichtungen | 3.200.000 € | |
| Beitrag GKV-Spitzenverband | 145.076.000 € | Kosten je Versicherter 1,99 € |
| ■ gematik | 36.884.000 € | |
| ■ UPD | 9.651.000 € | |
| ■ Datentransparenz | 642.000 € | |
| Umlage - Weitere Haushaltsbestandteile | 47.177.000 € | Kosten je Mitglied 0,83 € |
| Gesamtverbandsbeitrag | 192.253.000 € | |

Haushalt 2020

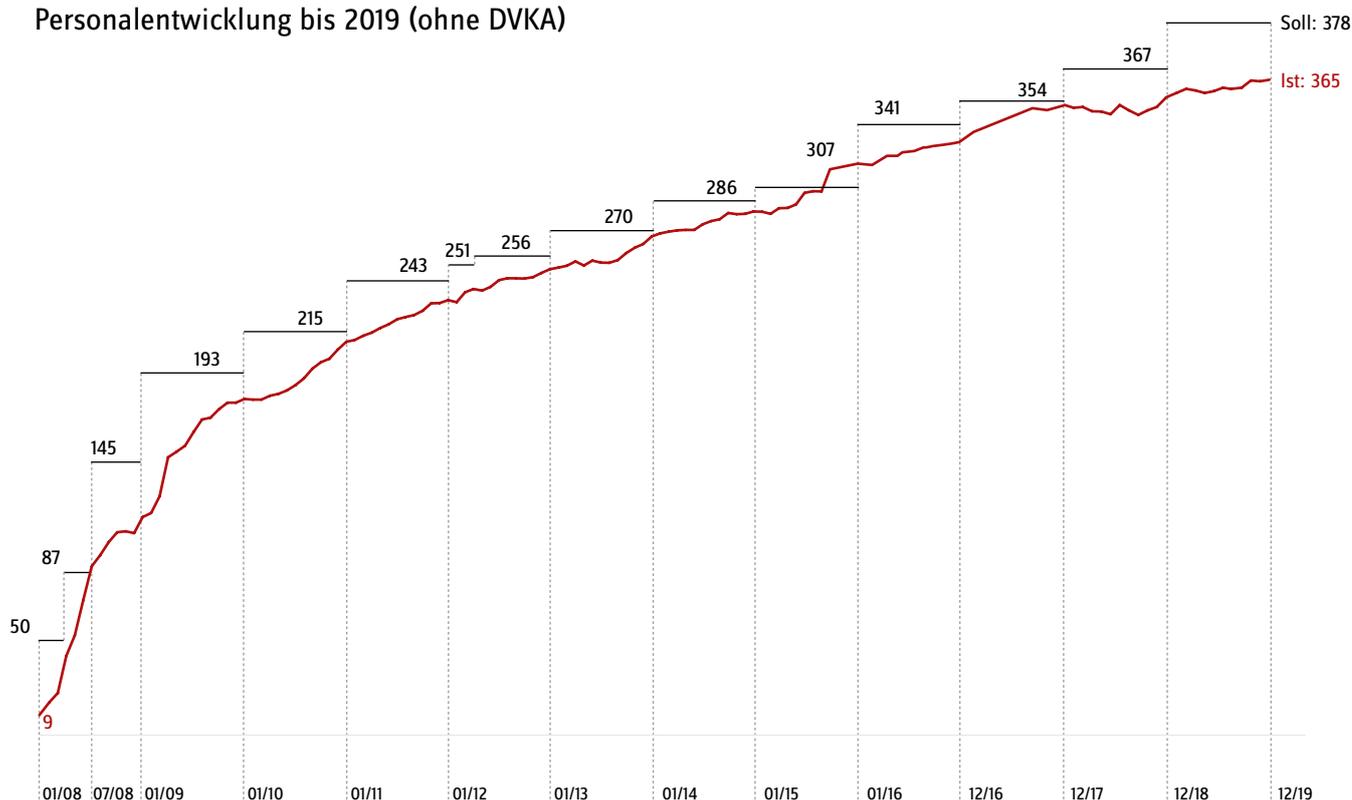
Der vom Vorstand am 29. Oktober 2019 aufgestellte Haushaltsplan 2020 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 27. November 2019 einstimmig beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 230,1 Mio. Euro festgesetzt und steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 37,9 Mio. Euro an. Dies ist zum einen auf die höheren Umlagen zur Finanzierung der gematik, auf den Sicherstellungszuschlag für die Hebammen und auf die UPD sowie zum anderen auf die höheren Beiträge für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes und auf den Teilhaushalt der DVKA zurückzuführen.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2019 insgesamt 497,42 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 377,56 Soll-Stellen und auf die DVKA 119,86 Soll-Stellen. Für das Haushaltsjahr 2019 hat der Verwaltungsrat in seiner Sitzung im Juni zwei zusätzliche unbefristete Planstellen am Standort Berlin beschlossen.

Am 1. Oktober 2019 waren 480,48 Stellen besetzt, davon 363,12 am Standort Berlin und 117,36 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt 96,6 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 96,2 %, bei der DVKA 98,0 %.

Personalentwicklung bis 2019 (ohne DVKA)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2019

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

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

Stichtag: 1. Januar 2020

Fusionen

Vereinigte Kasse

mhplus Betriebskrankenkasse *

Continentale BKK**

BKK B. Braun Aesculap**

BKK Verkehrsbau Union (VBU)**

Fusionspartner

mhplus Betriebskrankenkasse
Metzinger Betriebskrankenkasse

Continentale BKK
BKK Henschel Plus

BKK B. Braun
BKK Aesculap

BKK VBU
Thüringer Betriebskrankenkasse
Brandenburgische BKK

* Stichtag: 1. Januar 2019

** Stichtag: 1. Januar 2020

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 |
| Reyher, Dietrich von | Bosch BKK |
| Schrörs, Dr. Wolfgang (†) | Handelskrankenkasse (hkk) |
| Thomas, Dr. Anne | Techniker Krankenkasse |
| Wegner, Bernd | Techniker Krankenkasse |
| Wollseifer, Hans Peter | IKK classic |

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

| Name | Krankenkasse |
|----------------------------|---|
| Aichberger, Helmut | DAK-Gesundheit |
| Baer, Detlef | IKK Brandenburg und Berlin |
| 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 |
| Fritsch, Herbert | BARMER |
| 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 |
| Schönewolf, André | AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen |
| Scholz, Jendrik | IKK classic |

| Name | Krankenkasse |
|----------------------------|---|
| Schorsch-Brandt, Dagmar | AOK Baden-Württemberg |
| 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, Dieter | AOK Bayern - Die Gesundheitskasse |
| Wagner, Christine | mhplus Betriebskrankenkasse |
| 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 |
| 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 |
| Vogler, Dr. Bernd | AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse |
| 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. Jehring, Stephan (AOK)
2. Stehr, Axel (AOK)
3. Nicolay, Udo (EK)
4. Empl, Martin (SVLFG)
5. Dohm, Rolf (BKK)
6. Kastner, Helmut (IKK)

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Organisation und Finanzen

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

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

- Schröder, Dieter (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Kautzmann, Beate (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Kloppich, Iris (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Lersmacher, Monika (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Beier, Angelika (AOK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Brendel, Roland (BKK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Berger, Silvia (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. Parvanov, Ivor (AOK)
2. Ropertz, Wolfgang (AOK)
3. Söllner, Wolfgang (AOK)
4. Thomas, Dr. Anne (EK)
5. Reyher, Dietrich von (BKK)
6. Kastner, Helmut (IKK)

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Martin Empl/Angelika Beier (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

1. Lohre, Dr. Barbara (EK)
2. Katzer, Dietmar (EK)
3. Weber, Roman G. (EK)
4. Schröder, Dieter (EK)
5. Beier, Angelika (AOK)
6. Wiedemeyer, Susanne (AOK)
7. Brendel, Roland (BKK)
8. Römer, Bert (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Gemmer, Traudel (AOK)
- Schirp, Alexander (AOK)
- Parvanov, Ivor (AOK)
- Wegner, Bernd (EK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Wadenbach, Peter (IKK)
- Lunk, Rainer (IKK)
- Heins, Rudolf (SVLFG)

Versichertenvertreter

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

Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen

Vorsitzende: Nikolaus Chudek/Jochen Berking (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

Versichertenvertreter

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

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

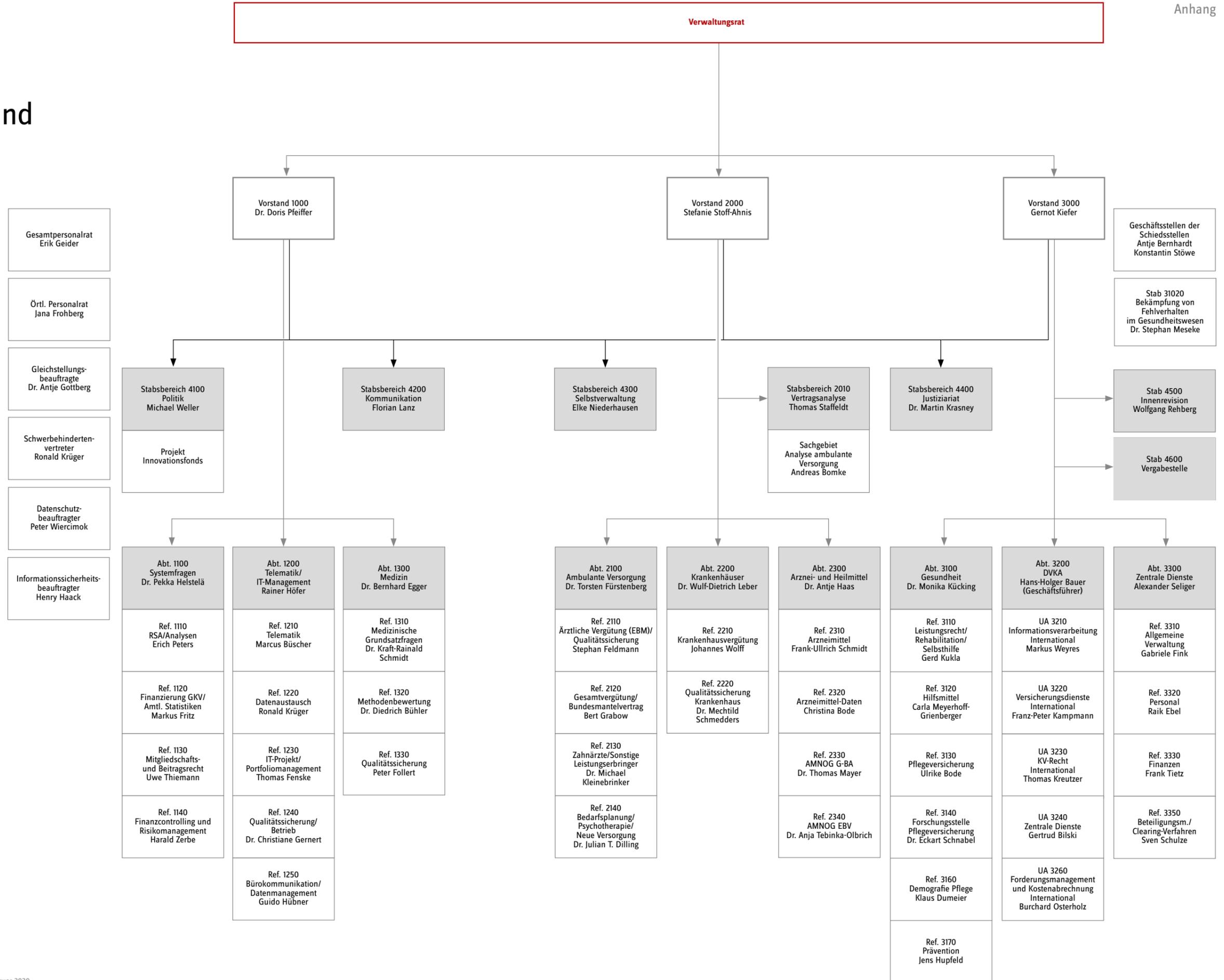
Versichertenvertreter

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

Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes 2019

| | Mitglieder | Stellvertretende Mitglieder |
|---|---|---------------------------------------|
| AOK | 1. Martin Litsch 2. Dr. Irmgard Stippler (ab 01.01.2020 für Dr. Christopher Hermann) | Jens Martin Hoyer Dr. Jürgen Peter |
| BKK | 1. Franz Knieps 2. Andrea Galle | Verena Heinz Lutz Kaiser |
| Ersatzkassen | 1. Ulrike Elsner 2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf | Boris von Maydell Oliver Blatt |
| IKK | 1. Jürgen Hohnl 2. Uwe Schröder | Frank Hippler Enrico Kreutz |
| KNAPPSCHAFT | 1. Bettina am Orde 2. Gerd Jockenhöfer | Dieter Castrup Jörg Neumann |
| Landwirtschaftliche Sozialversicherung | 1. Claudia Lex 2. Gerhard Sehnert | Dirk Ender Jürgen Helfenritter |

Organigramm GKV-Spitzenverband



Publikationen

Positionspapiere

| Autor(en)/Urheber | Titel | Veröffentlichung |
|--------------------|---|------------------|
| GKV-Spitzenverband | Europa: Kräfte bündeln, Potenziale nutzen | März 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Europe: Pooling Strengths, Utilising Potentials | März 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Zukunft des Innovationsfonds | März 2019 |

Weitere Publikationen

| Autor(en)/Urheber | Titel | Veröffentlichung |
|---|--|------------------|
| GKV-Spitzenverband | 2. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 Abs. 9 Satz 3 SGB V | Februar 2019 |
| Nationale Präventionskonferenz (GKV-Spitzenverband, DGUV, SVLFG, DRV Bund, PKV-Verband) | Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V | Juni 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Leitfaden zur Selbsthilfeförderung: Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Juli 2019 | Juli 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Imagebroschüre „Verantwortung für die Gesundheitsversorgung“ (aktualisierte Fassung) | Juli 2019 |
| GKV-Spitzenverband, MDS | Präventionsbericht 2019 Berichtsjahr 2018 | November 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Report from the Board to the Administrative Council: The work and results of the Anti-Misconduct Office for the Healthcare System | November 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f: Zusammenfassende Bewertung der Forschungsstelle Pflegeversicherung | Dezember 2019 |
| GKV-Spitzenverband | Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 15: Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit - Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien | September 2019 |

Fotonachweis

| | |
|--------------|---------------------------------|
| Titel | tashka2000 - stock.adobe.com |
| S. 7 | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 8 | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 12, 14 | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 17 | ZDH/Schuering |
| S. 18-25 (5) | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 32-34 (4) | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 35 | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 37 | maxsol7 - stock.adobe.com |
| S. 49 | chones - stock.adobe.com |
| S. 53 | torsakarin - stock.adobe.com |
| S. 60 | iStock.com/wacomka |
| S. 73 | Alfredo - stock.adobe.com |
| S. 76 | Pakhnyushchyy - stock.adobe.com |
| S. 79 | iStock.com/c-vino |
| S. 89 | iStock.com/RnDmS |
| S. 96 | iStock.com/adventtr |
| S. 99 | iStock.com/t_kimura |
| S. 104 | starush - stock.adobe.com |
| S. 107 | SEE D JAN - stock.adobe.com |
| S. 109 | phanasitti - stock.adobe.com |
| S. 112 | Rawf8 - stock.adobe.com |
| S. 118 | ratpack223 - stock.adobe.com |
| S. 125 | ValentinaR. - stock.adobe.com |
| S. 127 | pixarno - stock.adobe.com |
| S. 128 | Tom Maelsa/tommaelsa.com |
| S. 129 | iStock.com/michalz86 |

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de