

Editorial: Eine Organisation im Wandel



München – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist maßgeblich für die Gesundheitsversorgung eines Großteils der Bevölkerung in Deutschland zuständig. Daher ist ein grundlegendes Verständnis für die Strukturen des G-BA von großer Wichtigkeit. Mit den vielen gesetzlich herbeigeführten Neuerungen im G-BA beschäftigt sich diese Ausgabe.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen
Ihre Ilka Einfeldt, Head of Patient Relations

Schwerpunkt: Umstrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschuss

▪ Der Gemeinsame Bundesausschuss

Berlin – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde am 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) errichtet. Der G-BA ist eine juristische Person des Öffentlichen Rechts. Er gilt als höchstes und wichtigstes Gremium der Selbstverwaltung. » [Seite 2](#)

▪ Was ändert sich im Gemeinsamen Bundesausschuss?

Berlin – Die Plenar-Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind seit 2007 öffentlich, außer bei „internen“ oder „den Datenschutz“ tangierenden Angelegenheiten. In jüngster Zeit gibt es hierüber unterschiedliche Auffassungen im G-BA, insbesondere die Patientenvertreter befürworten noch mehr Teilhabe der Öffentlichkeit. » [Seite 3](#)

▪ Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Berlin – Der Gesetzgeber hat im Jahr 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu errichten, das den medizinischen Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewerten soll. » [Seite 5](#)

▪ Welche Auswirkungen hat das neue Gesetz?

Berlin – Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) bringt für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einige Veränderungen. » [Seite 8](#)

▪ Unionspolitiker wollen Nationales Leitbild etablieren

Berlin – Während die SPD und auch Bündnis 90/Die Grünen schon im Jahr 2011 für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eigene Gesetzentwürfe vorgelegten, hat die Regierungskoalition im Frühjahr 2012 erste Vorstellungen bekannt gegeben. » [Seite 10](#)

▪ „Gesund älter werden“ – Eine Version der „Nationalen Gesundheitsziele“

Berlin – Der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ hatte wiederholt eine hinreichende Zielorientierung im Gesundheitswesen angemahnt: Definierte „Nationale Gesundheitsziele“ sollten die Klammer für weitere Zielinitiativen auf Bundes- Länder- und Kommunal-ebene bilden. » [Seite 11](#)

▪ Der Bundesverband Managed Care fordert einen „Innovationsfonds“

Berlin – Der Gesundheitsfonds, der mit etwa 180 Mrd. Euro ausgestattet ist, verfügt derzeit über ein erhebliches Plus, welches der Bundesverband Managed Care (BMC) in innovative Versorgungskonzepte fließen lassen will. » [Seite 13](#)

Eine Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss

Berlin – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde am 1. Januar 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) errichtet. Der G-BA ist eine juristische Person des Öffentlichen Rechts. Er gilt als höchstes und wichtigstes Gremium der Selbstverwaltung.

Während die Daseinsvorsorge Aufgabe des Staates ist und dieser Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung übernimmt, obliegt die konkrete Ausgestaltung der Versorgung den Selbstverwaltungsorganen. Auf Bundesebene sind dies die Träger des G-BA: der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Diese Aufgabenteilung zwischen Staat und Selbstverwaltung manifestiert sich darin, dass die vom G-BA beschlossenen Richtlinien einerseits den Charakter so genannter „untergesetzlicher Normen“ haben, d. h. sie sind für die gesetzlichen Krankenkassen und die behandelnden Ärzte sowie andere Leistungserbringer verbindlich. Andererseits steht die Arbeit des G-BA unter der „Rechtsaufsicht“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Konkret heißt das: Der G-BA legt die von ihm beschlossenen Richtlinien dem Ministerium vor. Dieses hat das Recht, sie innerhalb von zwei Monaten zu beanstanden. Bei Nichtbeanstandung eines Beschlusses durch das BMG wird dieser im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in der Regel einen Tag nach Veröffentlichung in Kraft.

Aufgabengebiete

Auch angesichts der Tatsache, dass gesetzliche Krankenkassen sich am Einzelvertragswettbewerb mit Leistungsanbietern beteiligen, ist es eine der wichtigsten Aufgaben des G-BA, für die Versicherten – unabhängig davon, welcher Kasse sie angehören – den Anspruch auf die medizinisch notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung zu definieren. So bestimmt der G-BA in Form von „Richtlinien“ den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

„Kleiner Gesetzgeber“ des Gesundheitswesens

Schon bei seiner Gründung, war das Aufgabenspektrum des G-BA breit angelegt. Er legt nicht nur fest, welche ärztlichen Leistungen und Arzneimittel von der GKV übernommen werden und welche nicht. Er erstellt auch Vorgaben zur Qualitätssicherung in Praxen und Krankenhäusern, er konkretisiert die Vorgaben des Gesetzgebers für die Bedarfsplanung, er entscheidet über verordnungsfähige, aber nicht verschreibungspflichtige Medikamente und er legt fest, bei welchen chronischen Erkrankungen die Belastungsgrenze von einem Prozent bei der Härtefallregelung gilt.

Im Laufe der Jahre hat die Politik dem G-BA immer mehr Aufgaben übertragen, so dass er in der Gesundheitspolitik auch als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet wird. Zuletzt erfuhr der Ausschuss mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) eine weitere Kompetenzerweiterung. Zu den neuen Aufgaben zählt etwa die konkrete Ausgestaltung der neuen ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die Neuausrichtung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung unter Beteiligung der Bundesländer sowie die Eröffnung neuer Wege der sektorenübergreifenden Methodenbewertung.

Ablesen lassen sich die Aufgaben des G-BA an den acht Unterausschüssen:

- Methodenbewertung,
- Qualitätssicherung,
- Steuerungsinstrumente der Arzneimittelversorgung,

- Sektor übergreifende Versorgungskonzepte,
- Vertragsärztlich veranlasste Leistungen,
- Bedarfsplanung,
- Psychotherapeutische Versorgung,
- Zahnärztliche Behandlung.

Weitere Informationen erhalten Sie auf folgenden Homepages:

www.g-ba.de

www.dkgev.de

www.kbv.de

www.bmg.bund.de

de.wikipedia.org/wiki/Korporatismus

Entwicklungen

Was ändert sich im Gemeinsamen Bundesausschuss?

Berlin – Die Plenar-Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind seit 2007 öffentlich, außer bei „internen“ oder „den Datenschutz“ tangierenden Angelegenheiten. In jüngster Zeit gibt es hierüber unterschiedliche Auffassungen im G-BA, insbesondere die Patientenvertreter befürworten noch mehr Teilhabe der Öffentlichkeit.

Auch die Struktur des G-BA wurde im Laufe der Jahre immer wieder in einzelnen Punkten verändert. So wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 1. Juli 2008 ein „sektorübergreifend“ besetztes Beschlussgremium für ärztliche, zahnärztliche und stationäre Angelegenheiten geschaffen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2012 dann wieder - mit wenigen Ausnahmen - eine „sektorbezogene“ Regelung eingeführt.

Aufgewertet wurde die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachgesellschaften. Die Mitgliedsgesellschaften sind in Zukunft bei Beratungen von G-BA-Richtlinien zur Methodenbewertung und Disease-Management-Programmen (DMP) zur Stellungnahme berechtigt.

Die neue Führungsspitze

Mit Wirkung zum 1. Juli 2012 soll der ehemalige Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Josef Hecken (52), neuer unparteiischer Vorsitzender des G-BA werden.

Mit dem GKV-VStG hatte die Koalition auch die Regularien für die Benennung der G-BA Führungsspitze verändert. Das Gesetz schreibt vor, dass der unparteiische Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder im Jahr zuvor nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA, bei deren Mitgliedern oder einer Krankenkasse beschäftigt, oder selbst als Vertragsarzt, -zahnarzt oder -psychotherapeut tätig gewesen sein dürfen. Eine Tätigkeit bei einer Kammer, beispielsweise der Bundesärztekammer (BÄK), fällt nicht unter diesen Ausschluss.

Für die Ämter der beiden weiteren unabhängigen Mitglieder sind Dr. med. Regina Klakow-Franck und der bisherige Amtsinhaber, Prof. Dr. jur. Harald Deisler, vorgesehen.

Beteiligung des Gesundheitsausschusses

Mit dem GKV-VStG hat sich die Politik mehr Einfluss auf die Personalentscheidungen des Ausschusses verschafft, denn vielfach gab es die Kritik, der G-BA sei nicht „demokratisch legitimiert“. Der Gesund-

heitsausschuss des Deutschen Bundestages hat seit 2012 das Recht, mit einer Zweidrittelmehrheit der Ernennung des unparteiischen Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder des G-BA zu widersprechen. Zuvor muss das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Ernennung bestätigt haben.

Stimmenverteilung

Die für Vertragsabschlüsse auf Bundesebene zuständigen Trägerorganisationen benennen je fünf stimmberechtigte Mitglieder für die beiden „Bänke“. Eine „Bank“ stellen die gesetzlichen Krankenkassen, die andere „Bank“ wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) gebildet. Stimmberechtigt sind zudem der unparteiische Vorsitzende und die beiden unparteiischen Mitglieder. Insgesamt verfügt der Ausschuss damit über 13 Stimmen. Die Vertreter von Patientenorganisationen haben ein Teilnahme- und Mitberatungsrecht an den Sitzungen des Ausschusses, jedoch kein Stimmrecht.

Beteiligung der Bundesländer im G-BA

Weil die Bundesländer, insbesondere in Fragen der Bedarfsplanung für die gesundheitliche Versorgung, stark von den Entscheidungen des G-BA betroffen sind, haben diese ein Mitspracherecht im Ausschuss eingefordert und mit dem GKV-VStG auch erhalten. Zwei Ländervertreter können an den Sitzungen teilnehmen und sich beteiligen, Stimmrecht haben sie nicht. Die Vertreter werden von der Konferenz der Gesundheitsminister (GMK) ernannt.

Interessant ist das Mitberatungsrecht der Länder insbesondere für Patientenorganisationen. Für sie ergibt sich die Möglichkeit, sowohl über die GMK, als auch direkt über die beiden Ländervertreter ihre Positionen in den G-BA einzubringen. Dabei halten viele Experten es für sinnvoll, in wichtigen Fragen die Kontakte auf der Seite der Patientenvertreter zu bündeln.

An anderer Stelle werden die wesentlichen Veränderungen durch das GKV-VStG konkret benannt.

Die Rolle der Patientenvertreter

Seit Gründung des G-BA wird immer wieder Kritik daran laut, dass Patientenvertreter zwar an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen und sich auch aktiv in die Beratungen einbringen können, bei den Entscheidungen des G-BA aber nicht mitstimmen dürfen. Patientenvertreter begründeten ihre Forderungen nach einem Stimmrecht mit der gestiegenen Verantwortung der Patientenorganisationen. Diese würden in der Öffentlichkeit immer mehr als Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung wahrgenommen und sie wollten deshalb mehr Einfluss auf den Prozess der Beratungen ausüben. Zuletzt drangen die Organisationen im Zuge des parlamentarischen Verfahrens zum GKV-VStG einmal mehr erfolglos darauf, die Rolle der Patienten im G-BA zu stärken.

Der vorherrschende Einwand gegen ein volles Stimmrecht der Patientenvertreter im G-BA besteht darin, diese hätten nicht die notwendige demokratische Legitimation. Dem G-BA würden im Rahmen der Selbstverwaltung „staatliche Aufgaben“ übertragen, deshalb sei eine demokratische Legitimation unerlässlich.

Derzeit ist im Blick auf eine bessere Beteiligung der Patientenvertreter in der Diskussion, die Patientenvertreter bei den Verfahrensabläufen intensiver zu beteiligen und ihnen bei Geschäfts-, Verfahrens- und Tagesordnung, dem Protokoll und der Themensetzung ein Stimmrecht einzuräumen, das aber einstimmig ausgeübt werden soll. Ziel ist es eine derartige Regelung in das Patientenrechtegesetz aufzunehmen. Im aktuellen Kabinettsentwurf findet sich der Punkt jedoch nicht wieder.

Weitere Informationen erhalten Sie auf folgenden Homepages:

www.g-ba.de
www.g-ba.de/institution/sys/faq/zur-faq-kategorie/10/#details/56
www.dkgev.de
www.kbv.de
www.bmg.bund.de

Wie kann ich mich als Patientenvertreter beim G-BA beteiligen?

In der sogenannten „Patientenbeteiligungsverordnung“ des – damals noch so bezeichneten – Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ist festgelegt, welche Kriterien Organisationen erfüllen müssen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene die Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten. Außerdem regelt die Verordnung die Beteiligung von Patientenorganisationen im G-BA. Benannt werden in der Verordnung:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG) und
- die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

Auf Antrag kann das BMG weitere Organisationen, die nicht Mitglied der benannten Verbände sind, als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene anerkennen.

Die Patientenverbände können zur Ausübung des Mitberatungsrechtes in den Beschlussgremien des G-BA einvernehmlich bis zu fünf sachkundige Personen benennen, die Hälfte davon aus dem Kreis der selbst Betroffenen. Neben den ständigen Patientenvertretern und Vertreterinnen gibt es eine Vielzahl sachkundiger Personen, deren Benennung themenbezogen, d. h. im Hinblick auf ein spezifisches Beratungsthema, erfolgt. Themenbezogene Patientenvertreter nehmen teilweise nur an einzelnen Sitzungen teil. Der G-BA schätzt ihre Zahl auf rund 100. Die Mehrzahl der ständigen Patientenvertreter werde für mehrere Beschluss- und/oder Arbeitsgremien des G-BA benannt.

Die Patientenbeteiligungsverordnung finden Sie auf der Homepage:
<http://www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsv/BJNR275300003.html>

Strukturen, Aufgaben und Befugnisse

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Berlin – Der Gesetzgeber hat im Jahr 2004 den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu errichten, das den medizinischen Nutzen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewerten soll.

Untersucht werden im Auftrag des G-BA diagnostische und therapeutische Verfahren bei ausgewählten Krankheiten sowie der Nutzen von Arzneimitteln. Der G-BA erteilt dem IQWiG zwar Aufträge, dieses arbeitet aber eigenständig anhand des aktuellen medizinischen Wissenstandes (Studien). So sind die Nutzenbewertungen des IQWiG für den G-BA eine wichtige Entscheidungshilfe und müssen nach dem Willen des Gesetzgebers in die Richtlinien mit einfließen. Die abschließende Entscheidung des G-BA wird aber nicht vorweg genommen.

Aufgaben im Rahmen der Nutzenbewertung bei neuen Medikamenten

Im fünften Kapitel der G-BA-Verfahrensordnung sind in vier Abschnitten die Schritte der Nutzenbewertung festgelegt. Dabei geht es insbesondere auch um die Anforderungen an den Nachweis des so genannten „Zusatznutzens“, die Bestimmung einer Vergleichstherapie und an das vom pharmazeutischen Unternehmen einzureichende Dossier.

Neu zugelassene Arzneimittel werden seit 2011 einer „frühen Nutzenbewertung“ durch den G-BA unterzogen. Davon betroffen sind rund 82 Millionen Menschen in Deutschland, denn die endgültige Preisregelung gilt auch für Privatversicherte. Die Beweispflicht, dass das neue Medikament einen Zusatznutzen im Vergleich zu einer vom G-BA bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie hat, liegt beim Hersteller. Dieser muss dazu dem G-BA ein Dossier auf Grundlage der Zulassungsunterlagen sowie aller Studien zu den Arzneimitteln vorlegen, die einen Zusatznutzen des Medikaments belegen.

Der G-BA kann mit der Nutzenbewertung das IQWiG oder auch „Dritte“ beauftragen. Nach schriftlichen und mündlichen Anhörungen trifft der G-BA eine Entscheidung zur Nutzenbewertung, die vor allem Aussagen über das Ausmaß des Zusatznutzens, über die zur Behandlung in Frage kommenden Patientengruppen und über die Therapiekosten des Arzneimittels enthält.

Liegt bei einem Arzneimittel ein erwiesener Zusatznutzen vor, dann verhandeln der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der jeweilige Arzneimittelhersteller auf der Grundlage des G-BA-Beschlusses innerhalb von sechs Monaten über einen Erstattungsbetrag für alle Krankenkassen als Rabatt auf den ursprünglichen, durch das Pharmaunternehmen selbst festgelegten Abgabepreis. Kommt es in der Verhandlung zu keiner Einigung, dann setzt eine „Schiedsstelle“ den Erstattungsbetrag fest. Maßstab soll dabei das „europäische Preisniveau“ sein.

Kann der G-BA bei einem Arzneimittel nach der frühen Nutzenbewertung keinen Zusatznutzen feststellen, dann wird das Medikament nach Markteinführung in das Festbetragssystem überführt. Für nicht erstattungsfähige Arzneimittel ohne nachgewiesenen Zusatznutzen ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu nicht höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Als Festbeträge wird der maximale Erstattungsbetrag der Kassen für ein Arzneimittel bezeichnet. Wenn Arzneimittel ohne Zusatznutzen keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, durch den der GKV jedoch keine Mehrkosten gegenüber der Vergleichstherapie entstehen dürfen.

Rolle der Orphan Drugs

Bei einem Arzneimittel gegen eine seltene Erkrankung, einem so genannten „Orphan Drug“, gilt nach der gesetzlichen Regelung der Zusatznutzen durch die Zulassung als belegt. So reichen für die frühe Nutzenbewertung die Zulassungsstudien der Hersteller aus. Die im Rahmen der Zulassung bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) gewählten Vergleichstherapien werden vom G-BA auch für die frühe Nutzenbewertung akzeptiert. Deshalb ist künftig eine Einschaltung des IQWiG zur Erstellung einer Nutzenbewertung anhand einer anderen Vergleichstherapie nicht erforderlich.

Bisherige Entscheidungen und ihre Auswirkungen

Bislang sind vom G-BA für ca. 30 Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen Verfahren eröffnet worden, von denen 18 bereits abgeschlossen sind.

Völlig konfliktfrei verliefen die bisherigen Verfahren naturgemäß nicht. Umstritten war und ist bei den Bewertungen insbesondere die Frage nach der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Problematisch ist für die Hersteller eines neuen Wirkstoffes, wenn die Vergleichstherapie nicht Gegenstand der klinischen Prüfungen im Rahmen der arzneimittelrechtlichen Zulassung war. Denn, da die Regelung völlig neu ist,

und Arzneimittelhersteller Jahre bis Jahrzehnte der Entwicklung bis zur Reife eines Medikaments benötigen, konnten die Hersteller, deren Arzneimittel derzeit bewertet werden, nicht die Anforderungen an die Dossiers so erfüllen, wie dies in Zukunft der Fall sein dürfte. Auch wird es von der forschenden Pharma-Industrie als problematisch gesehen, wenn der Bundesausschuss als Vergleichstherapie eine generische Altsubstanz, also ein schon sehr lange existierendes Nachahmerpräparat von einem „alten“ Originalmedikament, wählt. Die Vergleichssubstanzen sind beispielsweise teilweise 20 Jahre alt.

Ende März trafen sich unter anderem Vertreter der Hersteller, der Krankenkassen und des G-BA im Bundesgesundheitsministerium (BMG), um eine für alle Seiten akzeptable Lösung zu finden. Erstes Ergebnis des Treffens: Der G-BA soll künftig ausführlich begründen, warum er eine bestimmte Vergleichstherapie gewählt hat.

Weitere Informationen finden Sie auf folgenden Homepages:

www.g-ba.de

www.bmg.bund.de

www.vfa.de

Was ist das IQWiG?

Gesetzliche Grundlagen des IQWiG

Das IQWiG wurde im Zuge der Gesundheitsreform 2004 als Einrichtung der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gegründet. Die gesetzlichen Grundlagen und Aufgaben des Instituts sind seitdem im Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert und wurden in weiteren Gesundheitsreformen angepasst und erweitert.

Der G-BA hat dem IQWiG im Dezember 2004 einen Generalauftrag erteilt, der im März 2008 erweitert wurde. Er ermöglicht es dem IQWiG, eigenständig Themen auszuwählen und wissenschaftlich zu bearbeiten. Die Themen müssen nicht mit dem G-BA oder dem BMG abgestimmt werden. Die Rahmenbedingungen der Arbeit sind zudem in einer Rechtsverordnung zur frühen Nutzenbewertung und in der Verfahrensordnung des G-BA genauer definiert.

Das IQWiG untersucht diagnostische und therapeutische Verfahren bei ausgewählten Krankheiten sowie den Nutzen von Arzneimitteln. Arbeitsgrundlage für diese Nutzenbewertungen ist die evidenzbasierte Medizin. Durch die Abgabe von wissenschaftlichen Expertisen soll das Institut den G-BA bei der Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben unterstützen. Darüber hinaus veröffentlicht das IQWiG auch Patienteninformationen.

Der G-BA und das IQWiG sind zwei voneinander unabhängige Organisationen, die jeweils eigenständig arbeiten. Bei der Nutzenbewertung sind die Ergebnisse des IQWiG eine wichtige Entscheidungshilfe für den G-BA, doch sollen diese dessen abschließende Entscheidung nicht vorweg nehmen.

Weitere Informationen zum IQWiG finden Sie auf dessen Homepage: www.iqwig.de

Welche Auswirkungen hat das neue Gesetz?

Berlin – Das am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) bringt für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einige Veränderungen.

Die wichtigsten Veränderungen sind:

Berufung der Unparteiischen und ihrer Stellvertreter (§ 91 Abs. 2 SGB V)

Die Benennung der unparteiischen Mitglieder des G-BA und ihrer Stellvertreter erfolgte bislang unmittelbar auf Vorschlag der Trägerorganisationen: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Die Amtszeit betrug vier Jahre. Eine zweite, direkt daran anschließende Amtszeit war möglich.

Ab dem 1. Januar 2012 unterliegt die einvernehmliche Benennung der unparteiischen Mitglieder durch die Trägerorganisationen zusätzlich einer Prüfung der Unparteilichkeit durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, der ein Widerspruchsrecht hat. Die Amtszeit der Unparteiischen und ihrer Stellvertreter beträgt in Zukunft sechs Jahre. Eine zweite Amtszeit ist für die Unparteiischen ab dem 1. Juli 2018 nicht mehr möglich (für die Stellvertreter jedoch). Bei unparteiischen Mitgliedern, die zuvor für die Trägerorganisationen tätig oder selbst als niedergelassener Arzt/niedergelassene Ärztin oder im Krankenhaus tätig waren, muss diese Tätigkeit mindestens ein Jahr zurückliegen (Karenzzeit).

Stimmrecht (§ 91 Abs. 2a SGB V)

Das Stimmrecht im Plenum ist unter den stimmberechtigten Bänken im Verhältnis 5 (GKV), 2 (KBV), 2 (DKG), 1 (KZBV) verteilt. Bei Beschlüssen, die allein einen oder allein zwei Leistungssektoren betreffen, dürfen seit Februar 2012 die davon nicht betroffenen Bänke nicht mitstimmen. Ihre Stimmen werden im anteiligen Verhältnis auf die jeweils betroffenen Bänke aufgeteilt.

Stimmquorum bei bestimmten Leistungsausschlüssen

Für Leistungsausschlüsse ist ab dem 1. Januar 2012 in bestimmten Fällen ein Stimmquorum erforderlich. Betreffen Ausschlüsse von bisher bereits zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachten Leistungen nicht allein nur einen, sondern mehrere Leistungssektoren, sind ab dem 1. Januar 2012 mindestens neun Stimmen hierfür erforderlich.

Stellungnahmeberechtigung Dritter (§ 91 Abs. 5a und Abs. 9, § 92 Abs. 7d und 7f und § 137f Abs. 2 SGB V)

Der Kreis der gesetzlich vorgegebenen Stellungnahmeberechtigten wurde wesentlich erweitert wie zum Beispiel wissenschaftliche Fachgesellschaften, Medizinproduktehersteller oder auch Interessenorganisationen der Selbsthilfe. Wurde eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, haben die Stellungnahmeberechtigten künftig in der Regel auch ein mündliches Stellungnahmerecht im jeweiligen Unterausschuss.

Teilnahmerechte Dritter

An den Beratungen zur Qualitätssicherung sind – soweit diese davon betroffen sind – die BZÄK und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zu beteiligen. Bei allen Gremienberatungen zur ärztlichen Bedarfsplanung hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) ab dem 1. Januar 2012 mit zwei von ihr benannten Vertretern ein Mitberatungsrecht (kein Stimmrecht).

Erprobung von Methoden mit Potenzial (§ 137e, § 137c SGB V)

Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die

jedoch das Potenzial eines Nutzens erkennen lassen, kann der G-BA künftig Richtlinien zur Erprobung beschließen. Für Methoden, die im Krankenhaus angewandt werden, kann vor einer Erprobung kein Ausschluss erfolgen, wenn diese Potenzial besitzen. Diese Möglichkeit besteht zum einen für Methoden, die sich bereits in einem laufenden Bewertungsverfahren befinden (das für die Zeit der Erprobung dann ausgesetzt wird). Zum anderen kann ab dem 1. Januar 2012 jedoch auch von Medizinprodukteherstellern oder anderen Anbietern von Behandlungsmethoden direkt ein Antrag auf Erprobung einer Methode beim G-BA gestellt werden.

DMP künftig in Richtlinien (§ 137f SGB V)

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten. Seit deren Einführung im Jahr 2001 war der G-BA vom Gesetzgeber beauftragt, hierzu Empfehlungen für das BMG auszuarbeiten, auf deren Grundlage das Ministerium in einer Rechtsverordnung (RSAV) die Programme verbindlich gestellt hat. Künftig wird der G-BA zu diesem Thema anstelle von Empfehlungen Richtlinien mit unmittelbarer Verbindlichkeit beschließen.

Regelung der spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V)

Mit dem GKV-VStG wurde die bislang in § 116b Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelte ambulante Behandlung im Krankenhaus durch einen neuen Versorgungsbereich – die ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ersetzt. In dem neuen Versorgungsbereich sollen sowohl niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte als auch Krankenhäuser schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen unter grundsätzlich den selben Qualitätsanforderungen ambulant behandeln können.

Der G-BA hat die Aufgabe, den in § 116b SGB V vorgegebenen Katalog der von der spezialfachärztlichen Versorgung umfassten Erkrankungen und Leistungen bis zum 31. Dezember 2012 in einer Richtlinie zu konkretisieren. Dabei legt er Einzelheiten zu den erfassten Erkrankungen, den Behandlungsumfang sowie die jeweiligen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztliche Leistungserbringung fest. Patientenorganisationen nach § 140f SGB V können einen Antrag auf Ergänzung der bisher festgelegten Erkrankungen und Leistungen stellen.

Bürokratiekostenabschätzung

Ab dem 1. September 2012 ist der G-BA verpflichtet, die mit seinen Beschlüssen verbundenen erwartbaren Bürokratiekosten zu ermitteln und diese in der jeweiligen Beschlussbegründung nachvollziehbar darzustellen. Basis ist die Bemessung nach dem Standardkostenmodell des Normenkontrollrats. Bis zum 30. Juni 2012 muss der G-BA näheres hierzu in seiner Verfahrensordnung regeln.

Weitere Informationen finden Sie auf folgenden Homepages:

www.g-ba.de

www.bmg.bund.de

Prävention und Gesundheitsförderung

Unionspolitiker wollen Nationales Leitbild etablieren

Berlin – Während die SPD und auch Bündnis 90/Die Grünen schon im Jahr 2011 für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung eigene Gesetzentwürfe vorgelegten, hat die Regierungskoalition im Frühjahr 2012 erste Vorstellungen bekannt gegeben.

Hält sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch öffentlich mit detaillierteren Aussagen weitgehend bedeckt, haben hingegen die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion einen Entwurf für eine „Nationale Präventionsstrategie“ im April 2012 beschlossen. Man kann aber davon ausgehen, dass es in wesentlichen Punkten große Übereinstimmung zwischen dem BMG und der Fraktion geben dürfte.

Die Unionspolitiker sehen einen „eigenständigen Wert von Gesundheitsförderung und Prävention“ in der Verlängerung krankheitsfreier Lebenszeit und in der Senkung der Krankheitslast. Das sei ethisch geboten, aber auch ökonomisch sinnvoll, weil es mittel- und langfristig die krankheitsbezogenen Kosten senke. Vor dem Hintergrund, dass Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist - wie das Papier betont – setzen die Fachpolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion darauf, die „Vielzahl von Präventionsaktivitäten“, die es in Deutschland gibt, auszubauen, „verbindlicher zu gestalten“ und „stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken“.

Deshalb soll nicht der Weg einer vollständigen Gesetzgebung in diesem Bereich eingeschlagen werden, sondern man beabsichtigt, ein „Nationales Leitbild“ Gesundheitsförderung und Prävention in der Politik sowie bei allen Akteuren, die an der gesundheitlichen Versorgung, Förderung, Aufklärung und Erziehung beteiligt sind, zu verankern. Aber auch gesetzliche Regelungen sollen „erweitert und finanziell abgesichert“ werden.

Die Fachpolitiker der Koalition haben durchaus anspruchsvolle Vorstellungen: Der Deutsche Bundestag soll für die Zeit von 2012 bis 2020 konkrete Präventionsziele festlegen. Für die Auswahl haben die Gesundheitspolitiker der Union folgende Kriterien festgelegt: Die Krankheit oder Gesundheitsstörung, gegen die angegangen werden soll, muss häufig und schwer, mit Maßnahmen der Prävention hinreichend beeinflussbar und volkswirtschaftlich bedeutend sein. Die Präventionsmaßnahmen sollen, wenn möglich „evidenzbasiert“, also deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt sein und sie sollen eine positive Kosten-Nutzen-Relation aufweisen. Als Beispiele sind in dem Entwurf die Senkung der lebensstilbedingten Diabetes mellitus Erkrankung bis 2020 um 10%, die Senkung der psychischen Erkrankung am Arbeitsplatz bis 2020 um 20%, die Senkung der Reinfarktquote beim Herzinfarkt bis 2020 um 10% sowie die Teilnahmesteigerung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bis 2020 um 20% genannt.

Einem „Nationalen Rat für Prävention und Gesundheitsförderung“, der als ein nichtbehördliches Gremium alle wesentlichen Akteure wie beispielsweise Sozial- und Unfallversicherungsträger, Länder- und Kommunalbehörden, Träger von Schulen und Kindergärten, Ärzte und andere Gesundheitsberufe, Sportverbände und Exzellenzinitiativen in sich vereinigt, sollen vom Deutschen Bundestag Kompetenzen zur Durch- und Umsetzung seiner Aufgaben übertragen werden. Startpunkt soll eine „Nationale Präventionskonferenz“ sein.

Die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion beabsichtigen, die gesetzlichen Krankenkassen zu verpflichten, 6 Euro pro Versicherten als Ausgabenbudget einzuplanen. Dieses Geld soll entweder für vorbeugende oder gesundheitsfördernde Maßnahmen für Versicherte ausgegeben werden oder, wenn etwas übrig bleibt, in Kampagnen und ähnliches fließen. Diese Regelung würde etwa einer Verdoppelung der bisher bereitzustellenden Mittel entsprechen, denn bislang handelte es sich um vorgesehene Ausgaben von etwa 3 Euro pro Versicherten.

Auch für die betriebliche Gesundheitsförderung sind wesentliche Änderungen vorgesehen. Neben der gesetzlichen Festlegung, dass Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung einen Betrag von zwei Euro je Versicherten als Mindestwert zur Verfügung stellen sollen, bringt das Papier eine verblüffende Neuerung ins Spiel. Betriebsärzte sollen stärker als bisher für die Erbringung bestimmter Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen, Gesundheits-Check-up oder Krebsvorsorge im Rahmen der Regelversorgung vergütet werden können. Hier drückt sich die Gesundheitspolitik zwar etwas unglücklich aus, denn diese hatten bislang keinen diesbezüglichen Auftrag in der Regelversorgung, aber der Charme könnte darin bestehen, beispielsweise durch - nach wie vor freiwillige - Impfangebote, Menschen zu erreichen, die sonst eher in die Gruppe der „Impfmüden“ einzuordnen sind.

Weitere Informationen finden Sie auf folgenden Homepages:

www.veranstaltungen.cducsu.de/sites/default/files/benutzer/19/dateien/positionspapier_stand_08.5.2012_cducsu_praevention.pdf

www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Leitfaden.gkvnet

www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-V-09053-Ratgeber-Zur-Gesundheitlichen-Praevention_201005_01.pdf

Gesundheitsziele

„Gesund älter werden“ – Eine Version der „Nationalen Gesundheitsziele“

Berlin – Der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ hatte wiederholt eine hinreichende Zielorientierung im Gesundheitswesen angemahnt: Definierte „Nationale Gesundheitsziele“ sollten die Klammer für weitere Zielinitiativen auf Bundes- Länder- und Kommunal-ebene bilden.

gesundheitsziele.de

Die Initiative „gesundheitsziele.de“ hat diese Erkenntnis aufgegriffen: Im Mittelpunkt steht als übergeordnetes Ziel „die Gesundheit der Bevölkerung“. Sie fokussiert auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben. Ausgewählte Zielbereiche und Empfehlungen werden formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt. Die Beteiligten verpflichten sich zur Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen.

Der Bund, die Bundesländer, die Sozialversicherungsträger, die Privatversicherer und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sorgen, seit der Etablierung von „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2000, für die finanzielle Ausstattung dieses Kooperationsverbundes. Die genannten Institutionen wirken mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie Wissenschaft und Wirtschaft zusammen. Insgesamt engagieren sich 70 Organisationen bei der Initiative, die damit die Integration verschiedener Perspektiven in der Entwicklung Nationaler Gesundheitsziele gewährleisten.

Grundlage für die Arbeitsweise von „gesundheitsziele.de“ bildet also der so genannte „partizipative Ansatz“. Im Konsens werden die konkreten, exemplarischen Gesundheitsziele als Empfehlung an die Politik und andere Akteure erarbeitet. Die Arbeitsergebnisse stehen nicht nur den Beteiligten, sondern auch der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung.

„Gesund älter werden“

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels verwundert es nicht, dass die Initiative „Gesund älter werden“ als Nationales Gesundheitsziel – das nunmehr siebte – zu Beginn des Jahres 2012 von der

Bundesregierung vorgestellt wurde. Im Fokus steht hier die Altersgruppe ab etwa 65 Jahre. Hintergrund für die Entwicklung dieses Gesundheitszieles sind hier demografische, epidemiologische und soziale Veränderungen sowie gewandelte Einstellungen und Erwartungen, die neue Anforderungen sowohl an die Versorgungsstrukturen als auch an die Gesellschaft stellen.

Die demografische Entwicklung wird, so die Darlegung, einen Anstieg der Zahl älterer Menschen mit sich bringen. Dieser Anstieg habe natürlich auch Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung. Nicht nur die Häufigkeit, sondern auch das Spektrum der Krankheiten wird sich verändern. Dabei werden insbesondere chronische Erkrankungen, Multimorbidität und der Bedarf an Pflegeleistungen zunehmen. Es gelte mit abgestimmten Strategien und Maßnahmen in allen gesundheitsrelevanten Handlungsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung gemeinsam zu handeln.

Drei Handlungsfelder

Die interdisziplinäre, aus 30 Experten bestehende, Arbeitsgruppe hat „drei Handlungsfelder“ identifiziert, zu denen 13 Zielthemen entwickelt wurden, die mit konkreten Umsetzungsstrategien ausgestattet sind:

Handlungsfeld 1:

Gesundheitsförderung und Prävention: Autonomie erhalten - befasst sich mit Gesundheitsförderung und Prävention und formuliert Ziele zur gesellschaftlichen Teilhabe, Stärkung der Ressourcen, körperlicher Bewegung, ausgewogener Ernährung und Mundgesundheit älterer Menschen.

Handlungsfeld 2:

Medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung - ist der medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen gewidmet und enthält Ziele zu den Versorgungsstrukturen, zur notwendigen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, aber auch über den Gesundheitssektor hinaus sowie zur Verbesserung der Situation betreuender und pflegender Angehöriger.

Handlungsfeld 3:

Besondere Herausforderungen - nimmt die besonderen Herausforderungen durch die demografische Entwicklung in den Blick. Es werden Ziele formuliert zur Situation älterer Menschen mit Behinderungen, psychischer Gesundheit, Demenzerkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.

Die Arbeitsgruppe, die seit 2009 im Kooperationsverbund dieses Nationale Gesundheitsziel erarbeitet hat, wird auch die Umsetzung der Maßnahmen begleiten. Erklärungen des Kooperationsverbundes lassen auf ein stringentes Vorgehen aller Beteiligten schließen.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage:

www.gesundheitsziele.de

Versorgungsvielfalt

Der Bundesverband Managed Care fordert einen „Innovationsfonds“

Berlin – Der Gesundheitsfonds, der mit etwa 180 Mrd. Euro ausgestattet ist, verfügt derzeit über ein erhebliches Plus, welches der Bundesverband Managed Care (BMC) in innovative Versorgungskonzepte fließen lassen will.

Zieht man die Ausgaben sowie die gesetzlich vorgeschriebenen Reserven, die der Fonds nicht „ausgeben“ darf, ab, bleiben nach seriösen Einschätzungen mindestens drei bis vier Mrd. Euro an tatsächlichen Überschüssen im Fonds in 2012 übrig. Im Umkehrschluss bedeutet dies nicht, dass jede einzelne Krankenkasse üppig mit Geld ausgestattet sein muss. Jede Kasse erhält nach festgeschriebenen, auf „durchschnittlichen“ Betrachtungen beruhenden Regularien, Geld, so genannte „Zuweisungen“ aus dem Gesundheitsfonds. Die „Morbiditätsstruktur“, also die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Versicherten in der einzelnen Krankenkasse, ist sehr unterschiedlich. So kann eine Krankenkasse mit überdurchschnittlich hohen Ausgaben belastet sein, die sie „ins Minus gehen“ lässt, obwohl es „zu viel“ Geld im Gesundheitsfonds gibt. Viele Krankenkassen fürchten, trotz einer vielleicht kurzfristig guten Geldausstattung, längerfristig vielleicht in rote Zahlen zu geraten. Tritt dieser Fall ein, ist die Krankenkasse gezwungen, einen „Zusatzbeitrag“ von ihren Mitgliedern zu erheben, denn sie erhält dann kein zusätzliches Geld aus dem Gesundheitsfonds. Nicht zu Unrecht, wie konkrete Beispiele der jüngsten Vergangenheit zeigen, befürchten die Krankenkassen in Folge eines Zusatzbeitrags eine dramatische Mitgliederflucht.

Der Bundesverband Managed Care (BMC), dessen Mitglieder aus allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens stammen, bezeichnet den Gesundheitsfonds deshalb als „größtes Innovationshindernis“ im Gesundheitswesen aufgrund der mit ihm verbundenen „Zusatzbeitragsverhinderungspolitik“ der gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig sei mittlerweile unstrittig, dass die Herausforderungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt sowie den demografischen Wandel neuer, innovativer Versorgungsmodelle bedürften. Ein wettbewerbs- und patientenorientiertes Gesundheitssystem brauche die Vielfalt in den Versorgungsstrukturen. Das könnten die Kostenträger aufgrund der gesetzlichen Überregulierung nicht leisten und die Leistungserbringer hätten in ihren heutigen Strukturen dazu auch kaum Möglichkeiten. Aufgrund fehlender wirtschaftlicher Ressourcen scheiterten viel versprechende Ideen bereits vor der Umsetzung.

Die Entwicklung innovativer Versorgungsprozesse und –produkte, wie Chronik-Care-Modelle oder Ärztenetze, ist nach Ansicht des BMC eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe, deren Lasten aus den beschriebenen und weiteren Gründen von einem „Innovationsfonds“ getragen werden müssten. Nicht umsonst knüpft der BMC die Vergabe der Mittel aus so einem Fonds an eine umfassende Evaluation der Projekte, denn nicht zuletzt war die Förderung integrativer Versorgungskonzepte in der Vergangenheit eingestellt worden, da man deren Vorteile wegen unzureichenden Evaluationen in der Gesundheitspolitik nicht ausreichend belegt sah. Kritisch setzt sich der Gesundheitsökonom Professor Stefan Greß in einem „Diskurs“-Beitrag der Friedrich-Ebert-Stiftung mit Modellen zum Innovationsfonds auseinander. Dabei geht es ihm auch darum, dass nicht noch zusätzliche finanzielle Möglichkeiten für die Beteiligten generiert werden sollen, sondern eine Bereinigung, also eine Verrechnung mit den zur Verfügung stehenden Beitragsmitteln in der Krankenversicherung stattfinden soll.

Die Förderung des Innovationsfonds soll dem BMC zufolge zeitlich befristet sein, da sich die Versorgungsmodelle nach ihrer Erprobung selbst tragen müssten. Die Mittel könnten nach den Vorstellungen des BMC als „klassische Anschubfinanzierung“ gewährt werden. Denkbar sei aber auch ein „zinsfreies und im Erfolgsfall rückzahlbares Überbrückungsdarlehen“.

Der BMC fordert aktuell die Überschüsse des Gesundheitsfonds auch für solch einen Innovationsfonds einzusetzen, der ein Budget von 2 Prozent des derzeitigen Gesundheitsfonds, also etwa 3,5 Mrd. umfassen solle und an dem neben den gesetzlichen Krankenkassen auch die Privatversicherungen beteiligt sein sollten. Verwaltet werden solle der Fonds durch eine Stiftung oder eine ähnliche Konstruktion, deren Kuratorium sich, neben Vertretern der Bundesregierung aus namhaften Persönlichkeiten zusammensetzen solle, die nicht in unmittelbarer Verbindung mit der aktuellen Gesundheitsversorgung stünden. Das Hauptaugenmerk des Innovationsfonds liege auf der Hebung von Sparpotentialen, auf der Steigerung von Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit.

Weitere Informationen finden Sie auf folgenden Homepages:

www.bmcev.de

library.fes.de/pdf-files/wiso/07690.pdf

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Denis Dubru
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Head of Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Anne Kathrin Simon
Junior Managerin Patient Relations
Tel: 089 - 360 44-8464
Fax: 089 - 360 44-98464
anne-kathrin.k.simon@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.