



Spitzenverband



Solidarisch. Die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung

Geschäftsbericht 2022

Impressum

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

Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de
X/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 seine/n Vorsitzende/n im Einvernehmen mit der/dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2022.

Redaktionsschluss: 31.03.2023
Redaktion: Sigrid Hinteregger, Florian Lanz, Elke Niederhausen,
Verena Schröder (Bildredaktion), Markus Grunenberg (verantwortlich)
Koordination: Sigrid Hinteregger
Gestaltung und Illustrationen: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: Umweltdruck Berlin GmbH
Fotonachweis auf Seite 129

Bestellnummer 2023-001

**Solidarisch.
Die gesetzliche Kranken-
und die soziale Pflegeversicherung**

Geschäftsbericht 2022

Geschäftsbericht 2022

Einleitender Teil	6
Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Moderne Versorgungsstrukturen und stabile Finanzen - Aufgaben für die Ampel	10
Gremienarbeit	12
Bericht aus dem Verwaltungsrat	12
„Kooperative Problemlösung führt zu den besten Ergebnissen“	15
Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss	17
Themen des Jahres	19
Energiepreisbremse für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen	19
Entlastungsmaßnahmen für Krankenhäuser	20
Absicherung von Arzt- und Zahnarztpraxen	22
Schutzmaßnahmen für die Pflege	23
Impfen und Testen	25
GKV-Finanzreform greift zu kurz.	26
SPV-Finanzen unter Druck	30
Reform der Notfallversorgung.	33
Fragwürdige Neustrukturierung der Patientenberatung	35
Ambulantisierungspotenzial in Krankenhäusern heben.	36
Gesundheitskioske: Staat in der Pflicht.	39
Honorarplus von 1,4 Mrd. Euro in der vertragsärztlichen Versorgung	41
Elektronisches Antragsverfahren für Zahnarztpraxen wird Standard.	43
Reformvorhaben im Krankenhausbereich	45
Personalbedarfsbemessung im Krankenhaus	48
Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern	50
Modellvorhaben Genomsequenzierung	52
Aktuelle Entwicklungen bei neuen Arzneimitteln	54
Änderungen im Zuge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes	56
Arzneimittelfestbeträge wirken	57
Impfstoffausgaben im Fokus.	58
Neue Möglichkeiten in der Heilmittelversorgung	60
Heilmittelerbringerliste als Serviceangebot für Versicherte	62
Hilfsmittelversorgung braucht Qualität und Wirtschaftlichkeit	64
Transparenz über Mehrkosten für Hilfsmittel	66
Licht und Schatten bei G-BA-Erprobungsstudien	68
Neue Pflegeausbildung weiterentwickeln	70
Weiterentwicklung der Qualitätssicherung	71

Reformdruck in der Digitalisierung	73
Telematik als digitale Gesundheitsagentur.	74
Opt-Out-Regelung für die elektronische Patientenakte	75
Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur stockt	77
Qualität und Wirtschaftlichkeit von DiGA	79
Neues Versorgungsangebot: Digitale Pflegeanwendungen.	80
Zugang zu FDZ-Daten für 2023 geplant	81
Bessere Rahmenbedingungen für die Pflege	83
Auswirkungen der Corona-Pandemie auf stationäre Pflegeeinrichtungen	85
Studie zu Schutz- und Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit	86
Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen	87
GKV entwickelt Bündnis für Gesundheit weiter.	89
Klimawandel, Gesundheitsförderung und Prävention	90
Einheitliche Standards für spezialisierte ambulante Palliativversorgung	92
Bessere Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken	94
Evaluation und Zukunft des Innovationsfonds	96
Innovationsförderungen 2022 und Transferempfehlungen	97
Diskussion um Europäischen Gesundheitsdatenraum.	100
Europas Plan gegen Krebs	102
Europäische Arzneimittelgesetzgebung	103
Digitalisierung des Nachrichten- und Datenaustauschs in der EU	105
IVSS-Weltforum 2022 in Marrakesch	107
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	109
Kommunikationsschwerpunkte 2022	111
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	112
Anhang	114
Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2022	114
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats der 3. Amtsperiode (2018-2023)	116
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats der 3. Amtsperiode (2018-2023)	118
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	120
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses	125
Organigramm	126
Publikationen	128
Fotonachweis	129

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden



Sehr geehrte Damen und Herren,

für 2022 hatten wir uns angesichts der im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten Vorhaben auf intensive gesundheitspolitische Reformdebatten vorbereitet. Nach Beginn des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine mussten jedoch im Februar die Prioritäten auf Parlaments- und Regierungsebene neu ausgerichtet werden. Die tiefgreifenden Auswirkungen des Konflikts mit der gebotenen Neuordnung der Energieversorgung, einer stetig steigenden Inflationsrate und einer neuen Migrationsbewegung sowie sicherheitspolitische Fragestellungen bestimmten danach weitgehend die politische Agenda.

Durch die krisenbedingte Gesamtsituation war auch das Gesundheitswesen weiterhin mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert. Nach wie

vor gilt: Für ein nachhaltig aufgestelltes Gesundheitssystem, das eine hochwertige, verlässliche Versorgung bietet und Resilienz zur Bewältigung krisenhafter Situationen aufweist, brauchen wir konsequente Strukturreformen. Dies betrifft auch die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Mit der Umsetzung stringenter Maßnahmen auf der Einnahmen- und Ausgaben- sowie einer sachgerechten Zuordnung und Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wären GKV und SPV nicht auf zusätzliche Bundeszuschüsse oder Darlehen angewiesen. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat für die zentralen Leistungsbereiche in Gesundheit und Pflege Konzepte und Lösungsempfehlungen vorgelegt, die dazu beitragen,

das Gesundheitssystem zukunftsfähig weiterentwickeln zu können.

Im Sinne einer größtmöglichen Akzeptanz von Reformmaßnahmen sollte die Politik der Beteiligung der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Akteure der sozialen Selbstverwaltung an der inhaltlichen Ausgestaltung eine höhere Wertschätzung entgegenbringen. Subsidiarität und Solidarität sind Werte, die die Grundlage für die gemeinsame Verantwortung bilden. Den bewährten Prinzipien der GKV kommt in dieser Zeit der Veränderungen und neuer Realitäten ein noch höherer Stellenwert zu. Als maßgebliche Pfeiler der Gesundheitsversorgung tragen sie wesentlich zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei.

Wichtig ist, dass die Aufgaben einer selbstverwalteten Sozialversicherung einerseits und der unmittelbaren Staatsverwaltung andererseits eindeutig abgegrenzt sind. In dieser Hinsicht geht das Gesetz zur Errichtung einer Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) in eine falsche Richtung. Bei der Patientenberatung durch die UPD handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Richtig wäre gewesen, dass der Bund entsprechend seiner Verantwortung die Finanzierung von Aufgaben in

seinem originären Zuständigkeitsbereich übernimmt. Auch dies gehört zu einem konstruktiven Zusammenwirken von Politik und Selbstverwaltung. Gemäß den rechtlichen Vorgaben kann der GKV-Spitzenverband weder auf die inhaltliche Ausrichtung der UPD noch auf die haushalterischen Entscheidungen tatsächlichen Einfluss ausüben.

Einen zentralen Grundstein für diese Zusammenarbeit legt die Selbstverwaltung im Rahmen der Sozialversicherungswahlen 2023. Wir freuen uns sehr, dass sich zahlreiche Frauen und Männer um ein Mandat beworben haben, um sich auf Basis der Sozialpartnerschaft der Verantwortung für eine gute Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld komplexer Strukturen und knapper Ressourcen zu stellen. Gleichzeitig erneuern wir unseren Appell an die politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, die Rolle der sozialen Selbstverwaltung als Garant für gelebte Demokratie zu stärken und den Dialog zu intensivieren.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Klemens

Dr. Susanne Wagenmann

Vorwort des Vorstandes



Liebe Leserinnen und Leser,

nachdem die Gesundheits- und Pflegepolitik in den Pandemie Jahren wie nie zuvor im Fokus stand, änderten sich infolge des russischen Angriffskriegs gegen die Ukraine die politischen Prioritäten mit der „Zeitenwende“ schlagartig. Angesichts der zum Teil gravierenden Folgen und Auswirkungen der Energie- und Inflationskrise haben sich die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) – wie auch dieser Geschäftsbericht zeigt – erneut als robust gegenüber Krisensituationen erwiesen. Einmal mehr wurde zugleich die Notwendigkeit deutlich, die Widerstandsfähigkeit von GKV und SPV langfristig zu stärken.

Für ein resilientes Gesundheits- und Pflegesystem sind stabile Finanzen eine zentrale Voraussetzung, um eine hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Angesichts der aktuell angespannten Finanzsituation sind politisch bisher weder ein Gesamtkonzept

noch der Wille für eine verlässliche Finanzierung erkennbar. Der Bund entzieht sich nach wie vor seiner Verantwortung, versicherungsfremde Leistungen der GKV und SPV im erforderlichen Umfang zu erstatten. So konnte in der GKV das für 2023 prognostizierte Finanzdefizit größtenteils nur durch den Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds sowie durch steigende Beitragssätze geschlossen werden.

Die jüngste Pflegereform versucht den Spagat zwischen finanzieller Stabilisierung einerseits und Leistungsverbesserungen zur Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen andererseits. Es ist zu befürchten, dass beides nur ungenügend gelingt und die bestehenden Probleme zulasten der Beitragszahlenden und der Pflegebedürftigen weiter auf die lange Bank geschoben werden. Das Vertrauen in die Schutzfunktion der Pflegeversicherung wird damit leicht-

fertig aufs Spiel gesetzt. Es bleibt festzuhalten: Statt weiterer Kurzfristmaßnahmen braucht es einen politischen Kurswechsel für nachhaltige Finanzen in GKV und SPV.

Um das Potenzial der Digitalisierung für die medizinische und pflegerische Versorgung besser nutzbar zu machen, ist Tempo gefordert. Auf der politischen Agenda stehen der Umbau der Gematik in eine digitale Gesundheitsagentur, der Ausbau der Telematikinfrastruktur, Datenschutz und Gesundheitsdatennutzung sowie das Opt-Out-Verfahren bei der elektronischen Patientenakte. Der dafür notwendige gesetzliche Rahmen muss den Mehrwert für die Versicherten in den Mittelpunkt stellen und eine bessere Koordination und Vernetzung der Versorgung ermöglichen. Für eine moderne Versorgungssteuerung müssen zudem Voraussetzungen für Datennutzungskonzepte geschaffen werden. Erste Erfahrungen mit dem DIVI-Intensivregister haben den positiven Nutzen solcher Plattformen aufgezeigt - insbesondere als Entscheidungsgrundlage in Krisensituationen. Die Versorgungsstrukturen müssen insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung, des sich wandelnden Krankheitsspektrums, des technischen Fortschritts sowie der Fachkräftesituation

bedarfsgerecht und nachhaltig weiterentwickelt werden. Der Krankenhausreform kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu, auch weil diese Chancen für sektorenübergreifende Versorgungsformen und die reformbedürftige Notfallversorgung bietet. Die dringende Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft muss sich dabei konsequent an bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben, einer stärkeren Leistungskonzentration und am Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Ziel muss eine qualitativ bessere Patientenversorgung sein. Die Empfehlungen der Krankenhauskommission weisen durchaus in die richtige Richtung. Es sind jedoch Zweifel angebracht, ob die Versorgungsperspektive in den Bund-Länder-Gesprächen angesichts der unterschiedlichen Interessenlage durchgängig handlungsleitend ist.

Wir sind überzeugt: Eine dauerhaft leistungsfähige Gesundheitsversorgung und Pflege trägt zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei. Dies gilt umso mehr in Zeiten, die von tiefgreifenden Veränderungen und Krisen geprägt sind. Der GKV-Spitzenverband wird sich in diesem Sinne weiterhin für eine zukunftsfeste sowie hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung der 73 Millionen gesetzlich Versicherten einsetzen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied des Vorstandes

Moderne Versorgungsstrukturen und stabile Finanzen – Aufgaben für die Ampel

In ihrem Koalitionsvertrag haben SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP wesentliche Ansätze zur Verbesserung der gesundheits- und pflegepolitischen Versorgung vereinbart. Inzwischen, mehr als ein Jahr nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrags, sind einige der angekündigten Vorhaben angegangen worden. Die zentralen Projekte warten aber nach wie vor auf ihre Umsetzung. Hierzu gehört insbesondere die nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und sozialer Pflegeversicherung (SPV). Darüber hinaus stehen auch die geplanten Strukturreformen, etwa in der Krankenhausversorgung, aus. Die bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen dieser Legislaturperiode sind überwiegend kurzfristig gedacht und lassen die wichtigen Stellschrauben außer Acht.

GKV-Finanzierung dauerhaft stabilisieren

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde im Jahr 2022 eine Finanzlücke historischen Ausmaßes geschlossen: Für das Folgejahr war ein Defizit in den GKV-Finzen von 17 Mrd. Euro

prognostiziert worden. So konsequent das Vorgehen auch war, das Maßnahmenpaket entfaltet nur kurzfristig Wirkung. Erneut wurde damit die Chance vertan, für eine dauerhafte Stabilisierung

der GKV-Finzen zu sorgen. Hinzu kommt, dass die Hauptlast durch die Versichertengemeinschaft geschultert werden muss: durch höhere Beitragszahlungen und den Abbau von Reserven des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen.

Mit der für 2023 angekündigten Finanzreform müssen endlich die richtigen Weichenstellungen getroffen werden. Insbesondere sind Aufgaben- und Finanzverantwortung von Staat und GKV klar voneinander abzugrenzen. So muss der Bund seiner Verantwortung bei der Übernahme ausgaben-deckender Beiträge für die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeld-Beziehenden umfänglich nachkommen. Zudem bedarf es der Dynamisierung des regulären Steuerzuschusses aus Bundesmitteln. Beides ist bereits im Koalitionsvertrag

vereinbart, wurde aber von der Politik noch nicht angegangen. Auch auf der Ausgabenseite sind nachhaltig wirksame Stabilisierungsmaßnahmen einzuleiten, damit eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung gewährleistet ist. Daran wird sich die Finanzreform messen lassen müssen.

Zusagen des Koalitionsvertrags in der Pflege umsetzen

In der SPV zeichnet sich eine zunehmend schwierige Finanzsituation ab. Bis Ende 2023 ist ohne gesetzliche Maßnahmen von einem Defizit in Milliardenhöhe auszugehen. Für die Beitragszahlenden würde dies spürbare Beitragssteigerungen bedeuten. Dabei hat sich die Koalition eigentlich bereits darauf verständigt, versicherungsfremde Leistungen aus Bundesmitteln zu erstatten. Im Koalitionsvertrag sind ein Ausgleich der pandemiebedingten Mehrausgaben sowie die Übernahme von Rentenbeiträgen für pflegende Angehörige vereinbart. Ohne eine Umsetzung dieser Regelungen bliebe kein finanzieller Spielraum, etwa für die beabsichtigte Entlastung von Pflegebedürftigen bei den zu leistenden Eigenbeteiligungen.

Überfällige Strukturreform in der Krankenhausversorgung

Die Gesetzgebung zur Krankenhausversorgung im Jahr 2022 konzentrierte sich auf die Einführung einer sektorengleichen Vergütung sowie der Tagesbehandlung. Die Hoffnung darauf, dass mit diesen Maßnahmen im Rahmen der „kleinen Krankenhausreform“ die gewaltigen Aufgaben in der stationären Versorgung auch nur annähernd gelöst würden, wäre vermessen. Vor allem mit der Tagesbehandlung droht, dass falsche Anreize gesetzt und Patientinnen und Patienten vorzeitig aus der medizinischen Behandlung entlassen werden.

Angekündigt ist eine grundlegende Strukturreform der Krankenhausversorgung. Neben der Einführung von Vorhaltepauschalen soll über Leistungsgruppen eine stärkere Strukturierung der Krankenhauslandschaft erreicht werden. Beides

Die Aufgaben- und Finanzverantwortung von Staat und GKV sind klar voneinander abzugrenzen.

folgt der Zielsetzung des GKV-Spitzenverbandes, eine größere Spezialisierung, Kooperation und Zielgruppenorientierung der Versorgung zu erreichen, und wird deshalb im Grundsatz begrüßt. In den Beratungen zwischen Bund und Ländern müssen diese Prinzipien handlungsleitend bleiben, damit im Ergebnis eine Strukturreform erreicht wird, die auch die Patientenversorgung verbessert.

Vielzahl weiterer Aufgabenstellungen angehen

Auch in der ambulanten Versorgung muss eine verbesserte Kooperation und Koordination erreicht werden. Erhebliche Zweifel bestehen aber, ob die geplanten Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske tatsächlich zielführend sind. Ein Nebeneinander von zusätzlichen Versorgungsangeboten erhöht die Zahl möglicher Behandlungspfade im ohnehin komplexen Versorgungsgeflecht. Notwendig ist zugleich, bestehende Strukturen zu überprüfen, um Friktionen beim Zusammenwirken der unterschiedlichen, teils neuen Versorgungsstrukturen zu minimieren und die Versorgungseffizienz zu verbessern.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl weiterer drängender Aufgabenstellungen - etwa in der Arzneimittelversorgung, der Digitalisierung oder der Qualitätssicherung.

Und nicht zuletzt muss die Selbstverwaltung mit ihrer Praxisnähe künftig wieder stärker einbezogen werden.

Gerade in der Corona-Pandemie hat unser Gesundheitswesen vom Sachverstand und von der Verlässlichkeit der Selbstverwaltung profitiert. An diese Erkenntnisse anknüpfend sollte die Diskussion darauf fokussieren, wie das Zusammenwirken von Politik und Selbstverwaltung im Interesse einer zukunftsgerichteten Gestaltung der Versorgung erfolgreich gestaltet werden kann.

Neben der Einführung von Vorhaltepauschalen soll über Leistungsgruppen eine stärkere Strukturierung der Krankenhauslandschaft erreicht werden.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Der Beginn des Berichtsjahres in den Gremien der Selbstverwaltung war von der Zuversicht geprägt, die Corona-Pandemie angesichts der stetig wachsenden Verfügbarkeit von Impfstoffen nach rund zwei Jahren überwinden zu können. Dank digitaler Möglichkeiten und gesetzlicher Regelungen zur Erleichterung schriftlicher Abstimmungen hatten der Verwaltungsrat und seine Fachausschüsse auch unter den erschwerten Pandemie-Bedingungen stets Präsenz und Handlungsfähigkeit gezeigt. Nie gekannte Kontaktbeschränkungen verdeutlichten in dieser Zeit, wie wertvoll der persönliche Austausch der Mitglieder des Verwaltungsrats – auch und gerade zur GKV-weiten Verständigung – ist. Mit der Erwartung, dass es wieder vermehrt zu Beratungen und Begegnungen im Verbandsgebäude des GKV-Spitzenverbandes kommen werde, sah man dem Jahr 2022 entgegen.

Umfassende Solidarität

Wenige Wochen nach Jahresbeginn überschattete die russische Invasion in die Ukraine das Weltgeschehen. Mit dem Angriffskrieg setzte eine massive Fluchtbewegung ukrainischer Bürgerinnen und Bürger in die EU-Staaten ein; der Bedarf an humanitärer Hilfe war immens. Der Verwaltungsrat bekundete öffentlich seine Solidarität mit den geflüchteten Menschen und unterstrich, dass die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihr Bestes geben werde, um eine gute und zuverlässige Gesundheitsversorgung für die Geflüchteten in Deutschland sicherzustellen.

Ziel einer Krankenhausreform soll ein bedarfsorientiertes und qualitätsgesichertes Versorgungsangebot für alle Versicherten sein, ohne damit die Beitragszahlenden zu überlasten.

Offene Fragen

Der Verwaltungsrat begrüßte, dass der Koalitionsvertrag der Bundesregierung vielfach an Vorschläge und Positionen des GKV-Spitzenverbandes anknüpfte und sah gleichzeitig Konkretisierungsbedarf für eine Reihe der geplanten Weichenstellungen im Hinblick auf Umsetzung und Ausgestaltung. Aus der Perspektive des Verwaltungsrats war insbesondere der Aspekt der

nachhaltigen Finanzierung sowohl der Krankenkassen als auch der Pflegeversicherung nicht hinreichend berücksichtigt. Nachdem das Plenum bereits im Dezember 2021 eine erste Analyse vorgenommen hatte, setzten sich die Fachausschüsse im Berichtsjahr nach ihren jeweiligen Zuständigkeiten mit den offenen Fragen auseinander, die der Koalitionsvertrag im gesundheits- und pflegepolitischen Bereich aufwies. Sie befassten sich dabei mit Lösungskonzepten auf Grundlage der bereits konsentierten Positionen, um die weiteren Beratungen des Verwaltungsrats inhaltlich vorzubereiten.

Positive Ansätze

Ein zentrales Thema in der gesundheitspolitischen Debatte war auch im Berichtsjahr die Krankenhausversorgung. Die Selbstverwaltung setzte sich mit den vielen spezifischen Fragestellungen auseinander und sah in der laufenden Reformdiskussion positive Ansätze für grundsätzliche und nachhaltige Verbesserungen im stationären Bereich. Die Vorschläge der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ gehen aus Sicht des Verwaltungsrats in die richtige Richtung. Ziel ist ein bedarfsorientiertes und qualitätsgesichertes Versorgungsangebot für alle Versicherten, ohne damit die Beitragszahlenden zu überlasten. Dies sollte die zentrale Maßgabe der Reformberatungen zwischen Bund und Ländern sein.

Bedeutende Weichenstellung

Die Regierungskoalition beabsichtigt die Einführung eines Opt-Out-Verfahrens für die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Versicherten. Damit soll sichergestellt werden, dass alle Versicherten mit unmittelbarer Wirkung automatisch durch ihre Krankenkasse eine ePA zur Verfügung gestellt bekommen. Die Nutzung bleibt für die Versicherten freiwillig. Die Frage der exakten Ausgestaltung der ePA-Weiterentwicklung stellt für die gesetzlichen Krankenkassen eine bedeutende Weichenstellung hinsichtlich der zukünftigen Rolle der GKV im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitssystems dar. Die Gremien



Die Herzkammer der Selbstverwaltung im Film

der Selbstverwaltung haben sich intensiv mit der Thematik befasst und hervorgehoben, dass die Verwendung der ePA mit einem hohen Nutzen für Patientinnen und Patienten verbunden ist. Für die abschließende Positionierung des Verwaltungsrats wurden die Prozesse und Bedingungen herausgearbeitet, unter denen ein ePA-Opt-Out-Verfahren für die Solidargemeinschaft zielführend ist.

Nachhaltige Finanzierung

Mit Sorge betrachtete der Verwaltungsrat die Entwicklung der GKV-Finanzsituation und betonte, dass das für das Folgejahr prognostizierte Defizit in der GKV nicht auf fehlerhafte Entwicklungen in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen zurückzuführen ist. Vielmehr resultiert es aus dem Umstand, dass die GKV im Auftrag des Staates ein breites Spektrum gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wahrnimmt, hierfür jedoch keine bzw. keine hinreichende Refinanzierung aus Bundesmitteln erfolgt. Ein weiterer Grund ist die ausgabentreibende Gesetzgebung der Vorjahre, die jedoch mit keinem substanziellen Nutzenzuwachs für die Versicherten verbunden ist. Mit den Regelungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes wurde den Beitragszahlenden erneut die Hauptlast des Ausgleichs der Finanzierungs-

lücke übertragen. Der Verwaltungsrat kritisierte die vorgesehenen Maßnahmen und forderte die Regierungskoalition dazu auf, ihre Vorhaben nach den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags zu realisieren. Diese umfassen die Anhebung der Beiträge zur Gesundheitsversorgung von ALG-II-Beziehenden (seit dem 1. Januar 2023 Bürgergeld-Beziehende) auf ein kostendeckendes Niveau und die Dynamisierung des Bundeszuschusses. Darüber hinaus sind nachhaltige Strukturreformen unverzichtbar, um die Finanzierung der GKV auch in Zukunft sicherzustellen.

Gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Ein Beispiel für die erneut systematisch falsche Finanzierung staatlicher Aufgaben und damit Zweckentfremdung von Beitragsmitteln sind die Pläne der Bundesregierung zur Neuordnung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die der Verwaltungsrat in seiner November-Sitzung 2022 nachdrücklich ablehnte. Der Gesetzentwurf zur Errichtung der UPD als Stiftung des GKV-Spitzenverbandes sah insbesondere einen Zwang zur Finanzierung der UPD fast vollständig

Die GKV nimmt im Auftrag des Staates ein breites Spektrum gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wahr. Hierfür erfolgt jedoch keine bzw. keine hinreichende Refinanzierung aus Bundesmitteln.

Aus Sicht des Verwaltungsrats lassen die politisch Verantwortlichen die Potenziale der Selbstverwaltung in vielen Bereichen ungenutzt.

durch die GKV vor. Dies bewertete das Plenum als verfassungsrechtlich fragwürdig, weil das vorgesehene Beratungsangebot der UPD unabhängig vom Versicherungsumfang in der GKV auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen ausgerichtet sein soll und damit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt.

Die gesetzlichen Krankenkassen führen jedes Jahr millionenfach qualifizierte Beratungen bei ihren Versicherten durch und unterstützen damit die Versicherten bereits über ihren gesetzlichen Auftrag hinaus als Wegweiser im Gesundheitswesen und in der Pflege.

Effektiver Akteur

Neben den gesundheitspolitischen Vorhaben der Regierungskoalition stellte der Verwaltungsrat fest, dass im Koalitionsvertrag ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung unterblieben ist. Aus Sicht des Verwaltungsrats lassen die politisch Verantwortlichen die Potenziale der Selbstverwaltung in vielen Bereichen ungenutzt. Die Selbstverwaltung ist ein effektiver Akteur zur Gestaltung des Gesundheitswesens, da sie in der Lage ist, die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der differenzierten Wirkungen in der Fläche praxis- und versichertennah weiterzuentwickeln und so den Staat wirksam zu entlasten. Von ihrer aktiven Einbeziehung mit angemessenen Handlungsspielräumen profitieren somit alle Beteiligten.

„Kooperative Problemlösung führt zu den besten Ergebnissen“



Interview mit Dr. Susanne Wagenmann, seit März 2022 alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes an der Seite von Uwe Klemens. Das Interview führte Florian Lanz, Leiter Kommunikation beim GKV-Spitzenverband, im Februar 2023.

Lanz: Ein Jahr an der Spitze des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes und damit, gemeinsam mit Uwe Klemens, eine der führenden Repräsentantinnen und Repräsentanten der gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren 73 Millionen Versicherten. Eine große Aufgabe?

Wagenmann: Absolut! Viel Verantwortung, aber gleichzeitig auch eine großartige Möglichkeit, Gesundheits- und Pflegepolitik mitzuge-

stalten. Und als Vertreterin der Arbeitgebenden habe ich dabei natürlich stets auch die Interessen der Betriebe und Unternehmen mit im Blick, die ja die Hälfte der Beitragseinnahmen beisteuern.

Lanz: Sie sind im Sommer letzten Jahres in einer schwierigen Phase in das neue Amt gestartet, denn durch die Corona-Pandemie lief vieles nicht so wie üblich.

Wagenmann: Ich denke da nur an die Krankenhäuser! Durch die milliardenschweren Corona-Hilfen sind die Kliniken einerseits gut durch die Pandemie gekommen, andererseits wurden so die vielfach überholten Krankenhausstrukturen zementiert. Wir als soziale Selbstverwaltung haben bereits vor Jahren



die Konzepte und Vorschläge erarbeitet, wie die Versorgung qualitativ besser und auch wirtschaftlicher gestaltet werden kann. Ich sehe es als gutes Signal, dass die Regierungskommission in ihrem Reformkonzept viele unserer Punkte aufgegriffen hat. Aber jetzt muss es schnell gehen, denn Strukturreformen brauchen lange, bis sie wirken. Es liegt nun an Bund und Ländern, zu zeigen, dass ihnen echte Zusammenarbeit im Interesse der Patientinnen und Patienten gelingt.

Lanz: Zusammenarbeit ist ein gutes Stichwort, denn in Teilen der gemeinsamen Selbstverwaltung scheint es leider manchmal mehr um das Durchsetzen von Partikularinteressen zu gehen als um eine gemeinsame Lösung. Ist das nur eine Frage der Selbstverwaltung, oder haben wir eine grundlegende Schwächung des Korporatismus?

Wagenmann: Ich bin davon überzeugt, dass die kooperative Lösung von Problemen, der gemeinsame Blick auf das, was ansteht, zu den besten Ergebnissen führt. Natürlich sind wir uns im Verwaltungsrat nicht immer mit den Versichertenvertreterinnen und -vertretern einig. Aber wir hören uns gegenseitig zu, tauschen die Argumente aus und finden im Ergebnis meist eine bessere Lösung im Gesamtinteresse, als wenn eine Seite einfach alleine entschieden hätte oder per Gesetz eine Regelung erfolgt wäre. Auf Twitter gibt es den Hashtag #wirsindGKV. Und genau das ist der Verwaltungsrat: Er repräsentiert die gesamte GKV! Unser Anspruch muss es deshalb auch sein, durch unser gelebtes konstruktives und lösungsorientiertes Handeln für diese Formen der Zusammenarbeit zu werben.

Lanz: In diesem Jahr finden Sozialwahlen statt und die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes, in der der neue Verwaltungsrat bestimmt wird. Mit welchen Wünschen schauen Sie auf diese beiden Ereignisse und die zukünftige Arbeit?

Wagenmann: Ich wünsche mir, dass wir viele Frauen und Männer und auch jüngere Menschen finden, die sich in der Selbstverwaltung engagieren wollen. In der Arbeit der Selbstverwaltung spiegelt sich auch die moderne Arbeitswelt wider. Deshalb müssen Videokonferenzen, gestraffte Sitzungen und schlankere Entscheidungsprozesse zu unserem Alltag in der Selbstverwaltung gehören. Wenn wir in unseren Arbeitsweisen vielfältiger werden, wird auch die Mitgliedschaft des Verwaltungsrats vielfältiger. Je besser wir die Gemeinschaft der Versicherten und Arbeitgebenden repräsentieren, desto eher werden wir mit unseren Konzepten, Positionen und Forderungen in der Politik etwas bewirken.

Lanz: Frau Wagenmann, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss

Die 96 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland versichern über 73 Millionen Menschen und damit ca. 90 % der Gesamtbevölkerung. Die Möglichkeit der Kassenwahl trägt dazu bei, dass die gesetzlich Versicherten neben dem gesetzlich vorgegebenen Leistungsspektrum zwischen verschiedenen für sie passenden Versorgungs- und Zusatzangeboten wählen können. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist es, die gemeinsamen Interessen der gesetzlichen Krankenkassen zu bündeln und gegenüber der Politik effektiv zu vertreten. Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) stellt als Gremium einerseits die Meinungsbildung sicher und andererseits die operative Verbindung zwischen dem GKV-Spitzenverband und seinen Mitglieds-kassen.

Reformbedarf der Krankenhausstrukturen

2022 spiegelten die Themen im LKA im Wesentlichen die gesundheits- und pflegepolitische Agenda der Bundesregierung wider. Beratungsbedarf ergab sich zum Umgang mit den im Koalitionsvertrag festgelegten Vorhaben, insbesondere zu den geplanten Strukturreformen für eine bedarfsgerechte und effiziente Versorgung. Dringender Handlungsbedarf besteht bei den verkrusteten, nicht mehr zeitgemäßen Strukturen der Krankenhauslandschaft und bei der Nutzung des Ambulantisierungspotenzials. Entsprechend erfolgte in den LKA-Sitzungen ein intensiver Austausch zur Begleitung und Bewertung der Ergebnisse der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Diese hatte nach ihrer Berufung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Mai 2022 ihre Arbeit aufgenommen und im zweiten Halbjahr mehrere Empfehlungen vorgelegt.

Versichertenfreundlicher Zugang zur ePA

Im Bereich Digitalisierung lag das Augenmerk auf der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und der Rolle der Krankenkassen, die mit der Bereitstellung der elektronischen Patientenakte (ePA) einen wesentlichen Beitrag leisten. Der LKA betonte angesichts der datenschutzrechtlichen Diskussionen, dass den Versicherten der Zugang und die Bereitstellung der ePA nicht unnötig erschwert werden dürfen. Es braucht Rahmenbedingungen für einen versichertenfreundlichen Zugang zur ePA als eine Grundvoraussetzung für das Vorankommen des Gesamtprozesses.

Angespannte Finanz- und Versorgungslage im Blick

Zunehmend rückte im Berichtsjahr die angespannte Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in den Fokus der LKA-Beratungen. Zum Jahresende konnte der GKV-Spitzenverband angesichts der starken Infektionswelle unter Kindern und Jugendlichen in Abstimmung mit dem LKA Entlastungsmaßnahmen für Krankenhäuser mit pädiatrischen Fachbereichen und in der Versorgung mit Kinderarzneimitteln auf den Weg bringen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mit den über den LKA etablierten Meinungsbildungsstrukturen sowohl die kurzfristige Reaktionsfähigkeit als auch die längerfristige Perspektive der Versorgungsgestaltung im Sinne der Beitragszahlenden und der Versichertengemeinschaft gewährleistet ist.

Dringender Handlungsbedarf besteht bei den verkrusteten, nicht mehr zeitgemäßen Strukturen der Krankenhauslandschaft.



krisenfest

Mit multiplen Krisen konfrontiert, brauchen wir ein nachhaltig aufgestelltes Gesundheitssystem, das eine hochwertige, verlässliche Versorgung bietet und Resilienz zur Bewältigung krisenhafter Situationen aufweist. Auch dafür sind konsequente Strukturreformen nötig.

Energiepreisbremse für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Die Bundesregierung hat vor dem Hintergrund der wegen des völkerrechtswidrigen russischen Angriffskriegs gegen die Ukraine stark gestiegenen Strom-, Gas- und Wärmepreise zum Jahresende 2022 umfangreiche Maßnahmen für eine Energiepreisbremse beschlossen. Diese beinhalten auch Hilfsmaßnahmen für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen. Für Krankenhäuser gelten dieselben Konditionen wie für die Industrie. Darüber hinaus gibt es für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen besondere Hilfsfonds, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Der Bund stellte insgesamt 8 Mrd. Euro zur Verfügung.

Finanzielle Hilfen für Pflegeeinrichtungen

Voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten finanzielle Unterstützung in Form von Ergänzungshilfen aus einem Hilfsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Dieser wurde vom Bund mit 2 Mrd. Euro ausgestattet. Im Rahmen eines monatlichen Monitorings übermitteln die Pflegekassen dem GKV-Spitzenverband jeweils die Summe der im Vormonat ausbezahlten Ergänzungshilfen. Die Ergänzungshilfen sollen dazu beitragen, die Pflegeeinrichtungen und insbesondere die Pflegebedürftigen von den gestiegenen Energiekosten zu entlasten. Für den

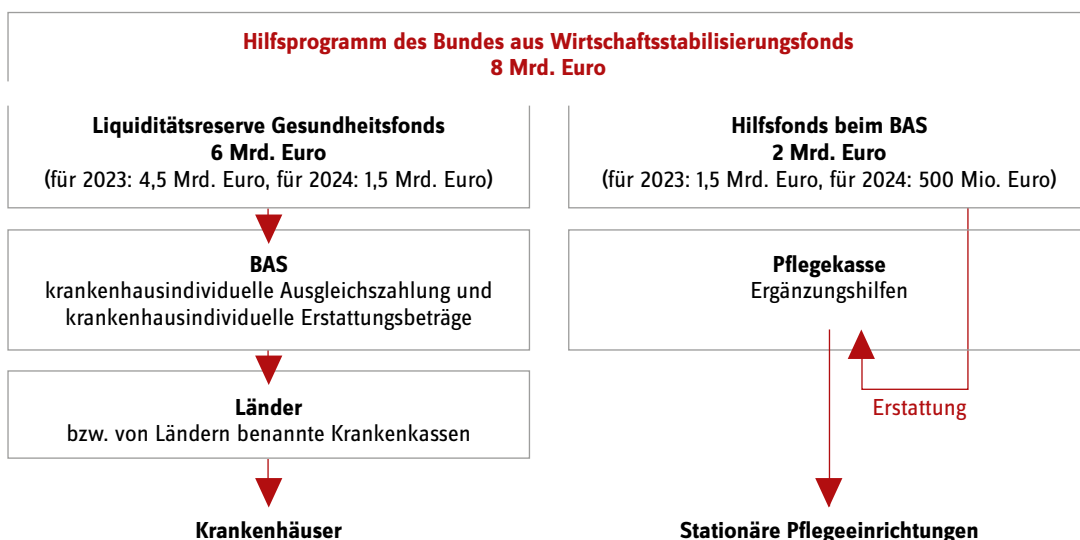
Fall, dass die zur Verfügung gestellten Mittel in Höhe von 2 Mrd. Euro nicht ausreichen, sollte eine vollständige staatliche Refinanzierung dieser versicherungsfremden Ausgaben erfolgen. Zudem sollte eine Vermeidung von Doppelfinanzierung sichergestellt werden.

Finanzielle Hilfen für Krankenhäuser

Um eine Gefährdung der Funktionsfähigkeit von Krankenhäusern durch die stark steigenden Energiepreise auszuschließen, werden zugelassenen Krankenhäusern als schnell umsetzbare Maßnahme ihre gestiegenen Kosten für Erdgas, Fernwärme und Strom aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Außerdem erhalten sie eine Ausgleichszahlung für die Kostensteigerungen, die mittelbar durch den Anstieg der Energiekosten verursacht wurden. Für beide Maßnahmen wurde für die Jahre 2023 und 2024 ein Betrag in Höhe von insgesamt bis zu 6 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Mittel werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vom Bund im Rahmen des Wirtschaftsstabilisierungsfonds zur Verfügung gestellt.

Zugelassene Krankenhäuser erhalten zusätzlich zur Energiepreisbremse bis zu 6 Mrd. Euro zum Ausgleich ihrer gestiegenen Kosten für Erdgas, Fernwärme und Strom aus Bundesmitteln über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Maßnahmen der Energiepreisbremse



Entlastungsmaßnahmen für Krankenhäuser

Mit dem Corona-Ganzjahresausgleich erfolgte eine weitgehende Budgetsicherung für die Krankenhäuser auf Basis der vor der Pandemie erzielten Erlöse.

Im Vergleich zu 2019 wurde in den Pandemie-Folgejahren ein Einbruch der Fallzahlen in den Krankenhäusern beobachtet. Auch 2022 waren im Vergleich zu 2019 ca. 13 % weniger Krankenhausesfälle zu verzeichnen. Durch zahlreiche kostenintensive Entlastungsmaßnahmen sind dennoch auch 2022 die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Krankenhausbereich gestiegen - trotz des Leistungseinbruchs und trotz der zusätzlichen Bundesmittel, die insbesondere über Freihaltepauschalen und Versorgungszuschläge geflossen sind. Eine zentrale Rolle nimmt hierbei die weitgehende Budgetsicherung durch die GKV über den Corona-Ganzjahresausgleich 2022 ein. Die entsprechenden Regelungen zur Umsetzung der Entlastungsmaßnahmen im Krankenhausbereich wurden von GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und Deutscher Krankenhausgesellschaft gemeinsam getroffen.

Corona-Ganzjahresausgleich 2022

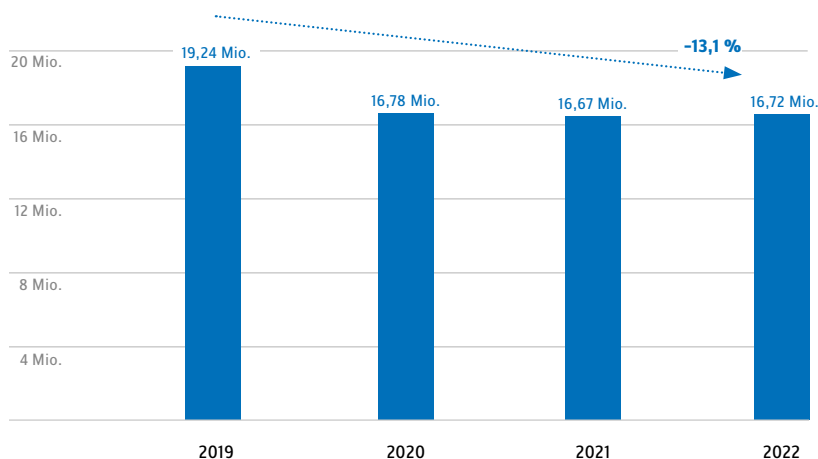
Die Politik hatte sich Ende 2021 frühzeitig auf eine Regelung zum Corona-Ganzjahresausgleich für das Jahr 2022 festgelegt. Dabei wurden wesentliche Vorgaben für die Bestimmung des Ausgleichsanspruchs aus den Vorgaben für den Corona-Ausgleich 2021 übernommen. Für 2022 erfolgte

damit eine weitgehende Budgetsicherung für die Krankenhäuser auf Basis der vor der Pandemie erzielten Erlöse (98 % von 2019). Im Rahmen der krankenhausesindividuellen Ermittlung der Höhe der Erlösausgleiche wurden dabei zulasten der GKV zusätzliche Einnahmen der Kliniken nicht voll auf die Höhe des Ausgleichs angerechnet: Freihaltepauschalen zu 85 %, Versorgungszuschläge lediglich zu 50 %.

Freihaltepauschalen

Zur Erhöhung der Verfügbarkeit intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in Phasen besonders stark steigender Infektionszahlen bestimmte der Gesetzgeber, dass Krankenhäuser plan- und verschiebbare Klinikaufnahmen und Operationen aussetzen mussten. Für die entstandenen Einnahmeausfälle erhielten die Krankenhäuser - wie bereits zuvor in verschiedenen Zeiträumen in 2020 und 2021 - ab 15. November 2021 eine aus Bundesmitteln finanzierte Freihaltepauschale pro Bett. Diese Regelung wurde vom Bundesgesundheitsministerium letztmalig im März 2022 bis zum 18. April 2022 verlängert. Im Zeitraum zwischen dem 1. November 2021 und dem 18. April 2022 wurden Freihaltepauschalen in Höhe von 4 Mrd. Euro an die Krankenhäuser ausgezahlt, seit 2020 insgesamt 18,5 Mrd. Euro.

Fallzahlen Krankenhäuser 2019-2022



Versorgungsaufschläge

Ende 2021 wurde der Versorgungsaufschlag für diejenigen Krankenhäuser eingeführt, die zwischen dem 1. November 2021 und dem 30. Juni 2022 Patientinnen und Patienten mit einer Coronavirus-Infektion aufgenommen haben. Der Versorgungsaufschlag wurde aus Bundesmitteln finanziert und vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) an die Krankenhäuser ausgezahlt, insgesamt 3 Mrd. Euro.

Reha-Akut-Behandlung

Als weitere Maßnahme zur Entlastung von Krankenhäusern konnten - wie bereits in verschiedenen Zeiträumen der beiden Vorjahre - von den Bundesländern Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmt werden, die akutstationäre Patientinnen und Patienten vollstationär behandeln sollten. Per Rechtsverordnung vom 22. März 2022 wurde der Geltungszeitraum bis zum 30. Juni 2022 verlängert.

Corona-Prämie im Jahr 2022

Bereits 2020 hatten Pflegekräfte im Krankenhaus zweimal eine Corona-Prämie als Würdigung der besonderen Leistungen während der Pandemie erhalten. Mit dem Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022 wurde die Auszahlung einer weiteren Corona-

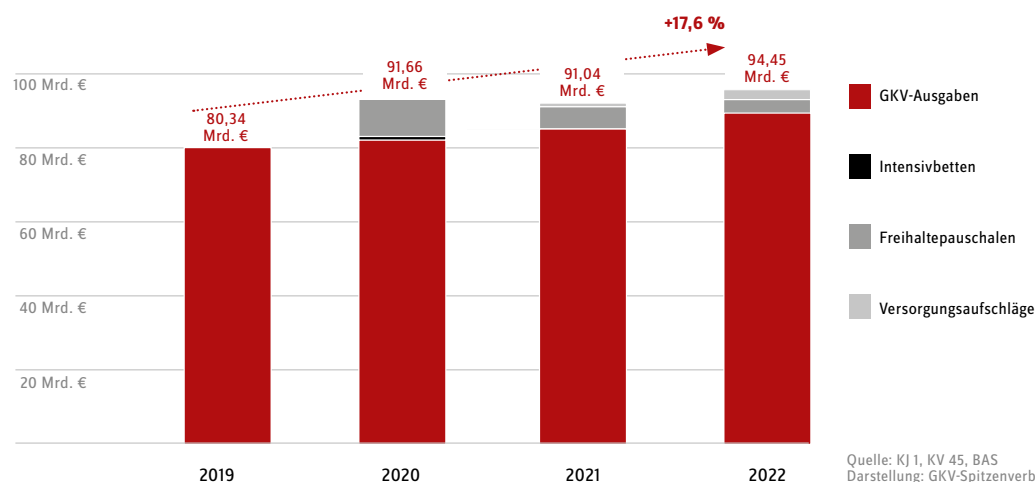
Prämie in Höhe von insgesamt 500 Mio. Euro aus Bundesmitteln für Pflegekräfte in Krankenhäusern gesetzlich verankert. Bis Anfang Oktober trug der GKV-Spitzenverband dafür Sorge, die Gelder an die 837 betreffenden Krankenhäuser weiterzuleiten. In deren Verantwortung lag es, die Prämie an die anspruchsberechtigten Pflege- und Intensivpflegefachkräfte auszusahlen. Die zweckentsprechende Verwendung wird mit der Jahresabschlussprüfung kontrolliert.

2022 wurde die Auszahlung einer weiteren Corona-Prämie für Pflegekräfte in Krankenhäusern gesetzlich verankert - insgesamt 500 Mio. Euro aus Bundesmitteln.

Steigende Ausgaben der GKV

Aus den verschiedenen Entlastungsmaßnahmen für Krankenhäuser folgten auch 2022 stetig steigende Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), obwohl pandemiebedingt weniger Patientinnen und Patienten stationär behandelt wurden. Entlastung für die Kassenfinanzen ist auch 2023 nicht in Sicht. Der Veränderungswert, eine Art Inflationsrate für Krankenhäuser, wurde im November 2022 auf 4,32 % festgelegt. Er stellt eine maßgebliche Größe bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte und damit der Preise für Krankenhausleistungen für das Jahr 2023 dar.

Krankenhäuserlöse 2019-2022



Absicherung von Arzt- und Zahnarztpraxen

Die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie wurde durch umfangreiche gesetzliche Regelungen sowie durch ergänzende Maßnahmen der Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene sichergestellt. Damit blieb die Aufrechterhaltung eines wirtschaftlichen Praxisbetriebs gewährleistet. Darüber hinaus wurden den Vertrags(-zahn-)ärztinnen und Vertrags(-zahn-)ärzten durch begleitende Rechtsverordnungen Aufwände, welche im Zusammenhang mit der Impfung gegen und Testung auf das Coronavirus zusätzlich entstanden, separat vergütet.

Schutzschirmregelungen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Die bereits im Jahr 2021 mit dem Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite in das SGB V aufgenommene Regelung zur Gewährung von Kompensationszahlungen an Vertragsarztpraxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) galt 2022 weiterhin unverändert fort. Damit Arztpraxen trotz pandemiebedingt geringerer Patientenzahlen weiterbestehen konnten, bestand die Möglichkeit für KVen, im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Umsatzrückgänge durch Erstattungen auszugleichen. Den Krankenkassen entstanden dadurch keine zusätzlichen Kosten, da diese Erstattungen grundsätzlich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu zahlen waren.

Die gesetzliche Regelung zur Erstattung zusätzlicher Kosten durch die Krankenkassen an die KVen für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entfaltete mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage zum 31. März 2022 keine Wirkung mehr.

Schutzschirmregelungen für Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte

Zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung hatte der Gesetzgeber bereits 2020 die Möglichkeit für Regelungen geschaffen, die von der Gesamtvergütung abweichen. Im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen konnten die KVen für die Jahre 2020 bis 2023 die gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung auf das ganze Jahr vereinbaren. Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ vom 16. September 2022 wurden diese Regelungen ergänzt. Auch unter der Bedingung einer verminderten Inanspruchnahme konnte so die Leistungsfähigkeit der Zahnarztpraxen gewährleistet werden.

Umsatzrückgänge der Arztpraxen konnten durch Erstattungen ausgeglichen werden.

Schutzmaßnahmen für die Pflege

Der Gesetzgeber hatte bereits im Frühjahr 2020 eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, die zum einen die Stabilisierung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie zum Ziel hatten und zum anderen die finanzielle Absicherung der Leistungserbringenden. Der GKV-Spitzenverband hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie dafür eingesetzt, dass die pflegerische Versorgung weiterhin sichergestellt ist.

Erstattung pandemiebedingter Kosten

Zum Ausgleich ihrer pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen konnten Pflegeeinrichtungen und Anbietende von Unterstützungsangeboten im Alltag für den Zeitraum März 2020 bis einschließlich Juni 2022 unbürokratisch Erstattungsleistungen bei den Pflegekassen beantragen. Die Einzelheiten zum Verfahren legte der GKV-Spitzenverband fest. Dabei war auch zu regeln, wie anderweitig erhaltene Finanzierungsmittel zu verrechnen sind, zu viel bezahlte Erstattungsbeträge an die Pflegekassen zurückbezahlt oder umgekehrt zu wenig bezahlte Erstattungsbeträge an die Einrichtungen nachbezahlt werden. Für die Erstattung pandemiebedingter Mehraufwendungen und Mindereinnahmen entstanden der Pflegeversicherung im Jahr 2022 Mehrausgaben in Höhe von 2,26 Mrd. Euro. Im Zeitraum 2020 bis 2022 wur-

den insgesamt Mittel in Höhe von 7,26 Mrd. Euro an die Pflegeeinrichtungen und Anbietenden von Unterstützungsangeboten ausgezahlt.

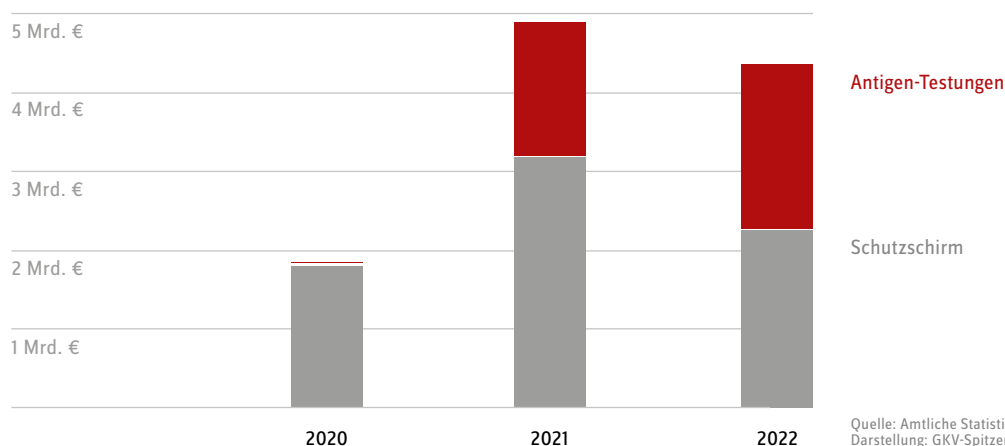
Auszahlung des Pflegebonus

Entsprechend dem Verfahren zur Corona-Prämie im Jahr 2020 verpflichtete der Gesetzgeber auch 2022 die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Dienstleistungsunternehmen, ihren Beschäftigten eine einmalige steuer- und sozialabgabenbefreite Sonderleistung als Wertschätzung für die besonderen Herausforderungen während der Pandemie zu zahlen: den Corona-Pflegebonus. Anspruchsberechtigt waren alle Beschäftigten, die am Stichtag 30. Juni 2022 in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung beschäftigt oder für eine solche tätig waren und im Bemessungszeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich 30. Juni 2022 mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren. Je nach Art der Tätigkeit und geleistetem Arbeitsumfang erhielten sie einen einmaligen Pflegebonus in Höhe von bis zu 550 Euro.

Die Arbeitgebenden konnten bei den Pflegekassen den entsprechenden Betrag für ihre Beschäftigten als Vorauszahlung beantragen. Das Verfahren

Zum Ausgleich ihrer pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen konnten Pflegeeinrichtungen unbürokratisch Kostenerstattungen beantragen.

SPV-Ausgaben zur Erstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen



Beschäftigte in der Pflege erhielten 2022 je nach Art der Tätigkeit und geleistetem Arbeitsumfang einen einmaligen Pflegebonus in Höhe von bis zu 550 Euro.

zur Finanzierung des Pflegebonus regelte der GKV-Spitzenverband für die Pflegeeinrichtungen, die Dienstleistungsunternehmen und die Pflegekassen. Die entsprechenden Festlegungen und Antragsformulare, die Listen der für das Verfahren zuständigen Pflegekassen sowie ein mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmter Fragen-Antworten-Katalog wurden auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht.

Im Jahr 2022 wurden Anträge auf Pflegeboni in Höhe von 504 Mio. Euro bei den Pflegekassen erfolgreich geltend gemacht. Zusammen mit den im Jahr 2020 gewährten Corona-Prämien wurden insgesamt 1,36 Mrd. Euro ausgezahlt.

Erstattung von Aufwendungen im Rahmen von Antigen-Testungen

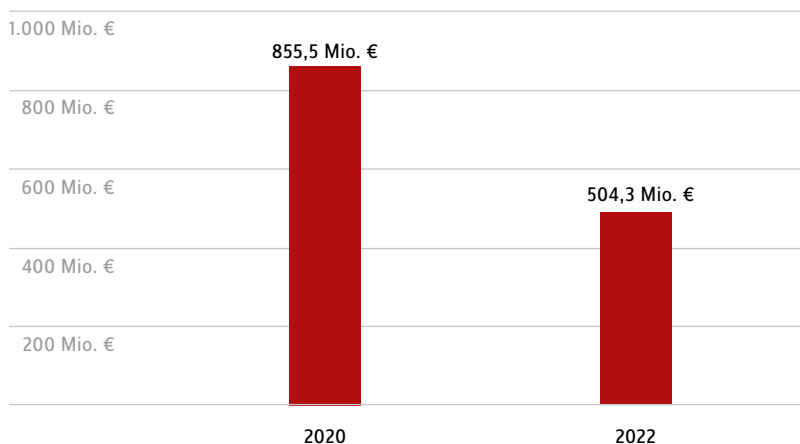
Auch im Jahr 2022 konnten zugelassene Pflegeeinrichtungen und anerkannte Anbietende von Unterstützungsangeboten im Alltag angefallene Aufwendungen für Antigen-Testungen gegenüber der Pflegeversicherung geltend machen. Die entsprechenden Festlegungen, Antragsformulare und Informationen über zuständige Pflegekassen sowie ein Fragen-Antworten-Katalog wurden auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes

veröffentlicht. Insgesamt wurden 2022 Aufwendungen in Höhe von 2,1 Mrd. Euro erstattet. Seit 2020 erfolgte damit eine Erstattung von insgesamt 3,81 Mrd. Euro.

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen unter Pandemiebedingungen

Zu Beginn der Corona-Pandemie wurden die bis dahin regelmäßig stattfindenden Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen zwischenzeitlich ausgesetzt. Dies diente vor allem dem Schutz der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner vor einer Infektion mit dem Coronavirus. Gemäß dem Ende März 2021 in Kraft getretenen „Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ konnten Regel-Qualitätsprüfungen wieder durchgeführt werden, wenn die Situation vor Ort dies zuließ. Die seit April 2021 von den Medizinischen Diensten und dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen durchgeführten Regel-Qualitätsprüfungen erfolgten unter Beachtung besonderer Anforderungen an die Hygiene und auf Grundlage mehrfach aktualisierter Regelungen des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen. Anlassbezogene Qualitätsprüfungen waren jederzeit möglich.

Ausgaben der Pflegekassen für den Corona-Pflegebonus



Quelle: Amtliche Statistik, PV 45
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Impfen und Testen

Coronavirus-Impfverordnung

Die Grundlage zur Durchführung, Abrechnung und Vergütung von Impfungen gegen das Coronavirus durch berechtigte Leistungserbringende bildet die mehrfach angepasste Coronavirus-Impfverordnung. Impfen konnten seit Anfang des Jahres 2022 auch Apothekerinnen und Apotheker, seit Mai 2022 zusätzlich Zahnärztinnen und Zahnärzte. Folgende Vergütungen galten 2022 fort:

- 28 Euro je Impfung wochentags bzw. 36 Euro an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen (inkl. 24./31. Dezember)
- 10 Euro je Impfberatung ohne Impfung
- 35 Euro je Hausbesuch
- 6 Euro je Impfbzettel bzw. 2 Euro bei Erstellung mittels Informationstechnik je Nachtrag im Impfausweis

Die Kosten wurden durch den Bund erstattet. Gemäß den Angaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) wurden 2022 (inklusive Teilfinanzierung der Impfzentren) ca. 3,7 Mrd. Euro ausgezahlt. 2021 waren es ca. 3,5 Mrd. Euro.

Mit der Anpassung der Coronavirus-Impfverordnung zum 29. Dezember 2022 wurde festgelegt, dass die Leistungserbringung auf dieser Rechtsgrundlage zum 7. April 2023 endet und in die Regelversorgung überführt wird. Die hierfür entstehenden Kosten sind von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragen. Auch beim Impfen gegen das Coronavirus muss das Wirtschaftlichkeitsgebot gelten. Daher plädiert der GKV-Spitzenverband weiterhin mit Nachdruck für eine wirtschaftliche Vergütung analog zu anderen medizinischen Leistungen.

Bürgertestung

Seit 2020 regelt die Coronavirus-Testverordnung den Anspruch auf Testungen in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Impfungen gegen das Coronavirus nimmt die Bedeutung des Testens tendenziell ab. Im Juni 2022 wurde das kostenlose Angebot von Bürgertestungen auf bestimmte Personengruppen beschränkt. Die im Rahmen der Rechtsverordnung entstehenden Kosten werden grundsätzlich durch den Bund erstattet.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich weiterhin für eine wirtschaftliche Vergütung von Impfungen gegen das Coronavirus analog zu anderen medizinischen Leistungen ein.

Corona-Testungen im Rahmen der Krankenbehandlung

Darüber hinaus erfolgt im Rahmen der Krankenbehandlung die Abrechnung von Corona-Testungen auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Dabei ist nach wie vor der PCR-Test der Goldstandard. Mit Wirkung zum 1. Juli 2022 erfolgte eine Anpassung der Bewertung dieser Leistung von zuvor 35 Euro auf 27,30 Euro.

Corona-Testung im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung

Seit Mai 2020 können Krankenhäuser ihre Patientinnen und Patienten auf eine Infektion mit dem Coronavirus testen und die Tests über ein Zusatzentgelt abrechnen. Zum Einsatz kommen neben dem PCR-Test sowohl Labor-Antigen-Tests als auch PoC-Antigen-Tests. Die Zahl der Testungen ist unverändert auf einem hohen Niveau. Im Bundesdurchschnitt wurden 2022 rund 86 % der aufgenommenen Patientinnen und Patienten auf das Coronavirus getestet. Die Kosten für die Testung beliefen sich auf nahezu 1 Mrd. Euro.

GKV-Finanzreform greift zu kurz

Das Jahr 2022 stand gesundheitspolitisch ganz wesentlich im Zeichen der krisenhaften Finanzierungsfrage. Die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist seit 2019 defizitär und wurde Jahr für Jahr lediglich provisorisch mit kurzfristigen gesetzlichen Notfallmaßnahmen stabilisiert. Zu diesen Notfallmaßnahmen zählten insbesondere der verpflichtende Abbau von Finanzreserven sowie die Gewährung ergänzender Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds. Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz stieg in dieser Phase gleichwohl von 0,9 % (2019) auf 1,3 % (2021); ein weiterer Anstieg konnte 2022 vermieden werden. Zugleich stand bereits im Frühjahr 2022 fest, dass für die weitere Stabilisierung des Zusatzbeitragsatzniveaus auch im Jahr 2023 – bei gegebenen Beitragssätzen und unveränderter Bundesbeteiligung – eine Finanzierungslücke von rund 17 Mrd. Euro zu schließen sein würde. Dies bedeutete: Ohne gesetzliche Reformmaßnahmen, die ab 1. Januar 2023 für finanzielle Entlastung sorgen würden, müssten die Beitragszahlenden rund 17 Mrd. Euro durch höhere Zusatzbeiträge aufbringen.

Erneut wird die Finanzierung der GKV nur vorübergehend und verbunden mit hohen Zusatzlasten für die Beitragszahlenden allein für das Folgejahr gesichert.

In Anbetracht dieser herausfordernden Ausgangslage war die Hoffnung groß, dass die im Herbst 2021 gewählte Ampel-Koalition eine Finanzreform auf den Weg bringen könnte, die endlich nachhaltigere strukturelle Weichenstellungen für eine verlässliche Finanzierung beinhaltet. Der verhandelte Koalitionsvertrag nährte diese Hoffnung. So enthält die Vereinbarung der Ampel u. a. die Ankündigung, sie werde die Bundesbeteiligung regelhaft dynamisieren sowie höhere Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld aus Steuermitteln finanzieren. Das nach einem langwierigen Aushandlungsprozess – unter infolge des Ukraine-Kriegs nochmals erschwerten wirtschaftlichen und haushaltspolitischen

Rahmenbedingungen – schlussendlich vom Deutschen Bundestag beschlossene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat diese Hoffnungen leider nicht erfüllen können. Erneut wird die Finanzierung der GKV nur kurzfristig und verbunden mit hohen Zusatzlasten für die Beitragszahlenden lediglich für das Folgejahr gesichert.

Finanzentwicklung 2022

Nach der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises¹ stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) im Berichtsjahr – nach den pandemiebedingt geringeren Zuwächsen in den Jahren 2020 und 2021 – wieder um 4,0 % auf geschätzte 1.610 Mrd. Euro. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit Beitragseinnahmen von rund 238,2 Mrd. Euro (inklusive Netto-Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung). Zusammen mit den gesetzlich vorgegebenen Zuführungen aus der Liquiditätsreserve von rund 2,1 Mrd. Euro und den zur Stabilisierung des Zusatzbeitragsatzniveaus um 14 Mrd. Euro erhöhten Bundesmitteln (rund 28,6 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rund 268,9 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen für 2022 zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 263,7 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssenden Mittel waren der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen. Aufgrund der gesetzlichen Zuführungen in das Zuweisungsvolumen sowie weiterer gesetzlicher Zahlungspflichten, u. a. gegenüber dem Innovations- und dem Strukturfonds, betrug die zum 16. Januar 2023 festzustellende Liquiditätsreserve damit noch 11,1 Mrd. Euro.

Nach der Herbstprognose stiegen die fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2022 um 5,4 % auf 286,7 Mrd. Euro und lagen damit um rund 2,4 Mrd. Euro über der Aus-

¹ Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV erfolgt in diesem Beitrag auf Grundlage der Ergebnisse der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises vom 13. Oktober 2022 unter Berücksichtigung der finanzwirksamen Änderungen der abschließenden Fassung des Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 7. November 2023 (BGBl I, S. 1990).

gabenprognose des GKV-Schätzerkreises vom Herbst 2021. Bei Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in Höhe von rund 263,7 Mrd. Euro betrug die Unterdeckung der Kassenausgaben demnach im Jahr 2022 rund 23,0 Mrd. Euro. Die zur Finanzierung dieser Unterdeckung tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragsätze variierten – bei einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Vorjahr festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz von 1,3 % – zwischen 0,3 % und 2,5 %. Der gewichtete Durchschnitt lag bei 1,36 %.

Finanzprognose 2023

Für 2023 prognostiziert der Schätzerkreis einen weiteren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 4,4 % auf rund 1.681 Mrd. Euro. Auf dieser Basis werden Beitragseinnahmen in Höhe von 245,4 Mrd. Euro erwartet; hinzu kommen Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung von rund 3,4 Mrd. Euro.

Zusätzlich werden dem Gesundheitsfonds auch im Jahr 2023 für die Zuweisungen an die Krankenkassen gesetzlich vorgegebene Beträge aus der Liquiditätsreserve zugeführt. Dies ist zum einen

ein Betrag von 300 Mio. Euro zum partiellen Ausgleich der Mindereinnahmen infolge des 2020 eingeführten Freibetrags auf beitragspflichtige Betriebsrenten. Zum anderen hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz bestimmt, dass den Einnahmen des Gesundheitsfonds diejenigen Mittel der Liquiditätsreserve zuzuführen sind, die nach Ablauf des Geschäftsjahres erwartungsgemäß 25 % einer Monatsausgabe des Fonds überschreiten. Dies sind nach der Prognose des Schätzerkreises rund 4,7 Mrd. Euro. Somit stehen dem Gesundheitsfonds für die Zuweisungen an die Krankenkassen im Jahr 2023 zusätzlich gesetzliche Zuführungen aus der Liquiditätsreserve von insgesamt rund 5,0 Mrd. Euro zur Verfügung.

Des Weiteren erhält die GKV Zuschüsse aus Bundesmitteln. Neben der jährlichen Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Aufwendungen der Krankenkassen (abzüglich des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkasse) von 14,4 Mrd. Euro zahlt der Bund 2023 – ebenfalls auf der Grundlage des GKV-Finanzstabilisierungs-

Die fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen lagen 2022 um rund 2,4 Mrd. Euro über der Ausgabenprognose vom Herbst 2021.

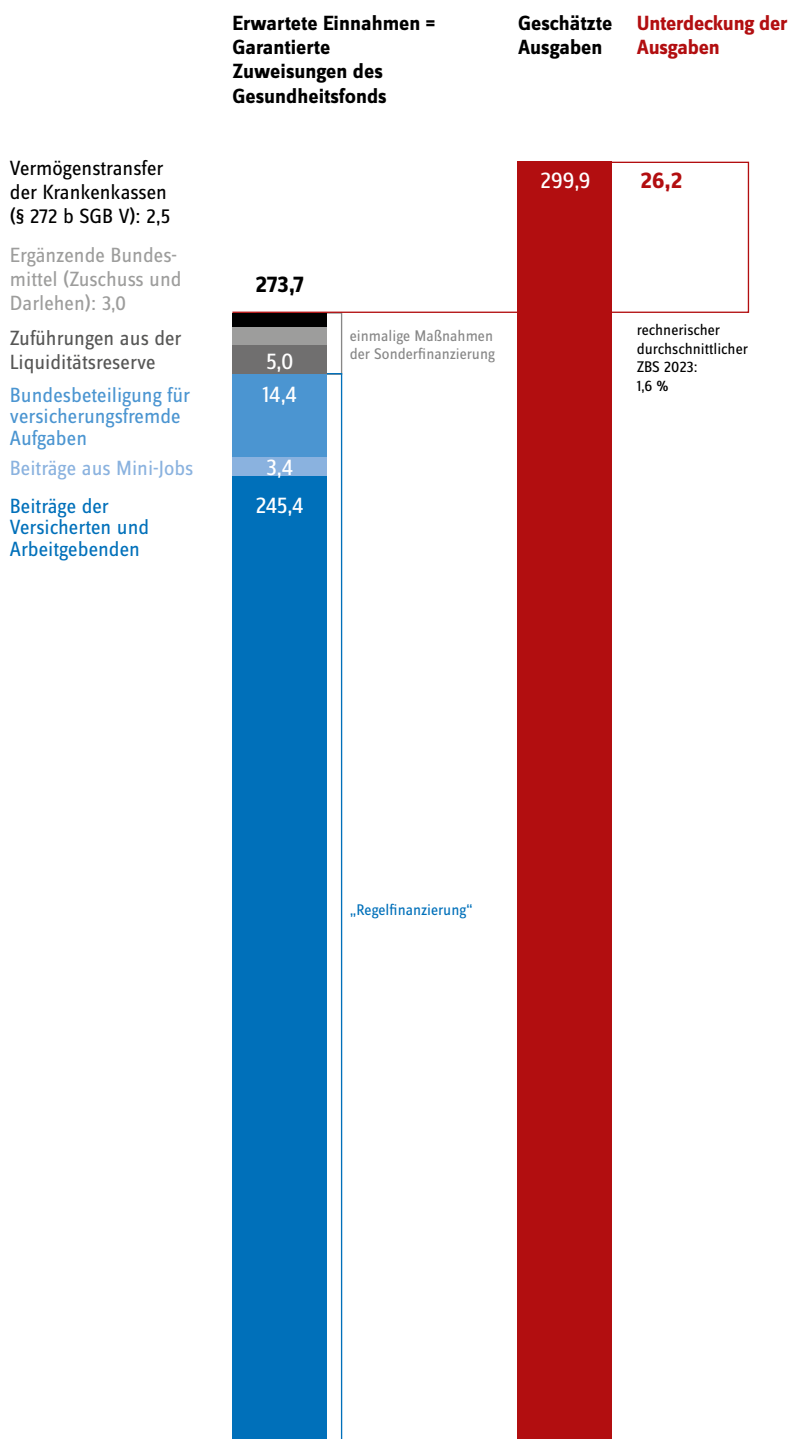


GKV-Schätzerkreis

Der GKV-Schätzerkreis ist ein gesetzlich bestimmtes und mit der Finanzplanung der GKV betrautes Gremium (§ 220 Abs. 2 SGB V). Der Schätzerkreis wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) gebildet und setzt sich aus Fachleuten des BMG, des BAS sowie des GKV-Spitzenverbandes zusammen. Weitere Expertinnen und Experten sowie Sachverständige sind in beratender Funktion tätig.

Bis zum 15. Oktober eines Jahres prognostiziert der Kreis für das laufende und für das Folgejahr die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Einnahmen des Gesundheitsfonds und der Ausgaben der Krankenkassen sowie die Zahl der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen. Die Schätzungen dienen insbesondere als Grundlage für die Festlegung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes im Folgejahr. Sie bilden darüber hinaus einen Orientierungsrahmen für die Haushaltsplanung der Krankenkassen. Die Ergebnisse jeder Sitzung werden sowohl in einem Schätztableau als auch einem Bericht festgehalten.

Einnahmen-Ausgaben-Prognose 2023 in Mrd. Euro



gesetzes - einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro, daneben ein Darlehen in Höhe von 1 Mrd. Euro, um das Ansteigen der Zusatzbeitragssätze zu begrenzen.

Zu guter Letzt fließen den Einnahmen des Gesundheitsfonds die aus den Reserven der Krankenkassen zwangsweise erhobenen Abführungen von 2,5 Mrd. Euro zu. Somit ergibt sich ein Zuweisungsvolumen von insgesamt rund 273,7 Mrd. Euro. Dieser Rekordbetrag wird den Krankenkassen als Einnahme für das Jahr 2023 zugesichert. 10,5 Mrd. Euro werden dabei durch die dargestellten Maßnahmen der Sonderfinanzierung aufgebracht, durch einmalige Transfers aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, den Reserven der Krankenkassen sowie dem Bundeshaushalt.

Demgegenüber werden die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2023 vom Schätzerkreis auf 299,9 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht einem Anstieg um 4,6 % im Vergleich zum Vorjahr. Berücksichtigt wurden dabei die ausgabenseitigen Wirkungen des Gesetzentwurfs für das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sowie der geltenden COVID-19-Gesetzgebung.

Für die Krankenkassen ergibt sich damit für das Jahr 2023 eine rechnerische Unterdeckung der Ausgaben durch die Zuweisungen des Fonds von rund 26,2 Mrd. Euro bzw. ein rechnerischer Zusatzbeitragssatzbedarf von 1,56 %. Folgerichtig hat das BMG im Oktober 2022 den rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von bislang 1,3 % auf 1,6 % angehoben.

Im Ergebnis sind die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen zum Jahreswechsel im gewichteten Durchschnitt von 1,36 % (01.12.2022) auf 1,51 % (01.01.2023) gestiegen; die kassen-spezifischen Sätze variierten dabei zu Beginn des neuen Jahres zwischen 0,3 % und 2,0 %. Zur Entlastung der Beitragszahlenden in Zeiten hoher Inflation, insbesondere steigender Energiekosten, haben zahlreiche Krankenkassen noch

vorhandene Finanzreserven genutzt, um Beitragsanhebungen zu vermeiden oder zumindest geringer ausfallen zu lassen. Der vom BMG festzulegende durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann hingegen nicht die kassenspezifische Verwendung von Vermögen berücksichtigen und fällt entsprechend etwas höher aus.

Ausblick

Ein Blick auf die Zusammensetzung der veranschlagten Einnahmen des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der laufenden Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2023 zeigt, dass mit dem verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz bestenfalls die Finanzierungslücke im laufenden Jahr geschlossen wird. Denn erneut wird ein erheblicher Anteil der Ausgaben durch einmalige Finanzierungsinstrumente gedeckt, die im Folgejahr nicht mehr zur Verfügung stehen werden. Völlig unklar bleibt, ob und durch welche Maßnahmen diese einmaligen Transfers ab dem Jahr 2024 ersetzt werden können.

Aus Sicht der GKV ist es überaus bedauerlich, dass die Koalition nicht die Kraft gefunden hat, wenigstens die bereits im Koalitionsvertrag angekündigten Maßnahmen zur mittelfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzierung ins Gesetz aufzunehmen. Insbesondere die regelhafte Dynamisierung der Bundesbeteiligung und die Zahlung angemessener Beiträge für Bürgergeld-Beziehende durch den Bund hätten eine beträchtliche und

nachhaltige Entlastung ermöglicht. Gerade vor dem Hintergrund der massiv steigenden Energiepreise und der hohen Inflationsrate wäre die Vermeidung zusätzlicher Belastungen durch höhere Krankenversicherungsbeiträge für die Versicherten und Arbeitgebenden von großer Bedeutung gewesen.

Doch hatte sich die Koalition in Anbetracht der angespannten Haushaltslage bewusst darauf verständigt, den erwarteten Anstieg der Zusatzbeitragssätze und damit die finanziellen Belastungen der Beitragszahlenden nur in der Höhe zu begrenzen. Eine nachhaltig wirkende Reform will sie im Frühjahr 2023 auf den Weg bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber dem BMG auferlegt, Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten und dabei insbesondere die Ausgabenseite in den Fokus zu nehmen. Die Empfehlungen für eine solche Reform sind bis zum 31. Mai 2023 vorzulegen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt dieses Vorhaben: Eine nachhaltige Finanzreform, die mittelfristig eine verlässliche Finanzierung der Krankenversicherung sicherstellt, wird nur gelingen, wenn sowohl die einnahmenseitigen Defizite als auch die erheblichen Ineffizienzen in den Versorgungsstrukturen beseitigt werden.

Eine nachhaltige Finanzreform wird nur gelingen, wenn sowohl die einnahmenseitigen Defizite als auch die erheblichen Ineffizienzen in den Versorgungsstrukturen beseitigt werden.

SPV-Finanzen unter Druck

Strukturelle Reformen werden unumgänglich sein, um die Liquidität der SPV nachhaltig zu stabilisieren.

Die Corona-Pandemie und deren Folgen stellten die soziale Pflegeversicherung (SPV) auch im Jahr 2022 vor enorme finanzielle Herausforderungen. Die versicherungsfremden Ausgaben für die Erstattung von außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen, Antigen-Testungen und ausgezahlte Pflegeboni beliefen sich auf 4,9 Mrd. Euro. Hiervon wurden lediglich 2,7 Mrd. Euro durch Bundesmittel refinanziert. Mit der Erstattung durch die private Pflegeversicherung in Höhe von rund 0,3 Mrd. Euro und die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 0,5 Mrd. Euro lag die pandemiebedingte Nettobelastung der SPV im Jahr 2022 bei 1,3 Mrd. Euro. Zusammen mit den Nettobelastungen der beiden Vorjahre sind pandemiebedingte Mehrbelastungen von insgesamt 4,9 Mrd. Euro zu verzeichnen, die aus Mitteln der Beitragszahlenden finanziert werden mussten. Bis Ende 2023 wird diese Mehrbelastung schätzungsweise auf 5,3 Mrd. Euro steigen.

Im Jahr 2022 musste nicht nur die Pandemie weiterhin finanziell bewältigt werden. Die im selben Jahr wirksam gewordenen Pflegereformen bedeu-

ten weitere Belastungen für die SPV-Finanzen. Dazu gehört zum einen die Beteiligung der SPV an den pflegebedingten Eigenanteilen von Leistungsempfängenden in der vollstationären Pflege. Diese Leistungsausweitungen führten zu Mehrausgaben in Höhe von 3,6 Mrd. Euro. Zum anderen wurden im ambulanten Bereich die Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen um 5 % und für Kurzzeitpflege um 10 % angehoben.

Defizit zum Jahresende 2022

Das Jahr 2022 wurde mit einem Defizit in Höhe von 2,2 Mrd. Euro abgeschlossen. Der Mittelbestand der SPV lag zum Jahresende 2022 bei 5,6 Mrd. Euro und damit deutlich unter dem gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesoll von 1,5 Monatsausgaben (ca. 6,9 Mrd. Euro). Die dargestellten Mittel beinhalten bereits ein Darlehen des Bundes in Höhe von 1,0 Mrd. Euro, welches jedoch absehbar zurückgezahlt werden muss. Zudem wurde die entstandene Finanzierungslücke durch eine Senkung der Deckungsquote im Finanzausgleich und damit eine Mittelverschiebung von den Pflegekassen zum Ausgleichsfonds in Höhe von rund 1,4 Mrd. Euro ausgeglichen. Um die Liquidität der SPV nachhaltig zu sichern, muss diese Maßnahme rückgängig gemacht werden.

Einnahmen und Ausgaben der SPV in Mrd. Euro

Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Rechnungsergebnis
2019	47,24	43,95	3,3
2020	50,62	49,08	1,5
2021	52,50	53,85	-1,3
2022	57,78	60,03	-2,2

SPV-Finanzierung reformieren

Strukturelle Reformen werden unumgänglich sein, um die Liquidität der SPV nachhaltig zu stabilisieren. Die Erstattung der nicht refinanzierten pandemiebedingten Kosten der SPV für die Jahre 2020 bis 2023 in Höhe von schätzungsweise 5,3 Mrd. Euro ist durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) nicht erfolgt. Dieses Geld fehlt jetzt in der Pflege. Ein Baustein zur langfristigen finanziellen Absicherung der SPV, der auch schon im Koalitionsvertrag vereinbart ist, ist die aufgabenadäquate Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge für die pflegenden Angehörigen durch Steuermittel. Dies würde die Beitragszahlenden der SPV jährlich um ca. 3,5 Mrd. Euro entlasten.

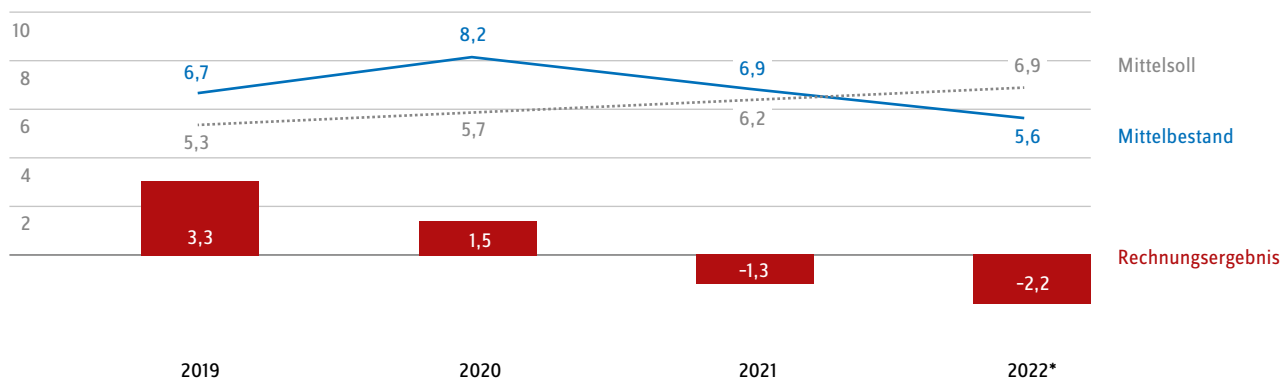
Beitragsbemessung gerecht gestalten

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 7. April 2022 die bisherige Verteilung der Beitragslast zwischen Familien mit einem Kind und kinderreichen Familien in der SPV mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes für unvereinbar erklärt. Es fordert gegenüber dem Status quo eine stärkere Differenzierung nach der Anzahl der Kinder ein. Der GKV-Spitzenverband hat immer wieder auf eine zeitnahe

Konkretisierung der Regelungen gedrängt, um eine fristgerechte Umsetzung bis Juli 2023 bei den beitragsabführenden Stellen (Arbeitgebende, Rentenversicherungsträger, Pflegekassen bei Selbstzahlenden und Zahlstellen von Versorgungsbezügen) zu gewährleisten. Zwar liegen mittlerweile mit dem PUEG Regelungen zur Umsetzung des BVerfG-Beschlusses vor. Demnach wird der Kinderlosenzuschlag um 0,25 Beitragssatzpunkte auf 0,6 Beitragssatzpunkte angehoben. Mitglieder der SPV mit mehreren Kindern werden ab dem zweiten und bis zum fünften Kind in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind entlastet. Nicht berücksichtigungsfähig bei der Ermittlung des Abschlags sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Aufgrund der Verzögerung im Gesetzgebungsprozess kann die Feststellung der Anzahl der bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigenden Kinder jedoch nicht rechtzeitig erfolgen. Dies macht eine rückwirkende Korrektur von überzahlten Beiträgen erforderlich.

Das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz sorgt nicht für eine nachhaltige Stabilisierung der Pflegefinanzierung und bürdet allein den Beitragszahlenden neue Lasten durch höhere Beiträge auf.

Rechnungsergebnis und Mittelbestand der SPV in Mrd. Euro



* Mittelbestand inklusive Bundesdarlehen in Höhe von 1,0 Mrd. Euro
 Quelle: Amtliche Statistik, PV 45 unter Berücksichtigung des Ausgleichsfonds
 Darstellung: GKV-Spitzenverband



koordiniert

Eine bessere Koordination der Strukturen der Notfallversorgung, damit verbunden die bedarfsgerechte Steuerung in die geeignete Versorgungsebene sowie eine echte Stärkung der Ambulantisierung und bessere Verzahnung der Sektoren sollten im Fokus der dringend notwendigen Reformen stehen.

Reform der Notfallversorgung

Die Strukturen der Notfallversorgung müssen sich stärker am Bedarf von Patientinnen und Patienten orientieren. Dafür müssen die mangelnde Abstimmung zwischen Rettungsdienst, stationärer und ambulanter Notfallversorgung überwunden und eine bessere Steuerung in bedarfsgerechte Strukturen erreicht werden. Mit der Definition der stationären Notfallstufen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2018 wurde erstmals Transparenz über die Notfallstrukturen der Krankenhäuser geschaffen. Mit Blick auf die ambulante Notfallversorgung wurde bislang allerdings lediglich ein kleiner Baustein zur Reform der Notfallversorgung auf den Weg gebracht: Im Jahr 2021 erhielt der G-BA den gesetzlichen Auftrag, bundeseinheitliche Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung zu treffen.

Der Koalitionsvertrag sieht die Schaffung integrierter Notfallzentren (INZ) vor, in denen die Notfallversorgung in enger Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenhäusern erfolgt. Des Weiteren sollen die Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen eng verzahnt und die Patientensteuerung in die geeignete Versorgungsebene über standardisierte Einschätzungssysteme unterstützt werden. Das Rettungswesen soll als integrierter Leistungsbereich in das SGB V aufgenommen werden. Für die Umsetzung hat die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einberufene Regierungskommission im Februar 2023 Empfehlungen formuliert. Eine Reform der Notfallversorgung ist für das Jahr 2023 angekündigt.

Ambulante Akutversorgung

Grundsätzlich erfolgt die ambulante Akutversorgung während der regulären Praxissprechzeiten durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Außerhalb regulärer Sprechstundenzeiten erfolgt die ambulante Akutversorgung durch den fahrenden Bereitschaftsdienst, Hausbesuche, KV-Notdienst- bzw. Bereitschaftsdienstpraxen unter Einbeziehung der Rufnummer 116 117. Zur Entlastung der Notaufnahmen an Kranken-

häusern von leichten Fällen haben die KVen zusätzlich den gesetzlichen Auftrag erhalten, den Notdienst durch Kooperationen und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern über Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern oder die unmittelbare Einbindung der Notfallambulanzen von Krankenhäusern in den Notdienst sicherzustellen. Die Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Angebote zu sprechstundenfreien Zeiten ist jedoch teilweise verbesserungswürdig.

Naheliegender erscheint Patientinnen und Patienten daher oft der Weg in die Notaufnahme. Durch die Versorgung von Bagatellerkrankungen werden so knappe und teure Kapazitäten von Krankenhäusern gebunden, die folglich für die Versorgung schwerer Fälle nicht zur Verfügung stehen.

Integrierte Notfallzentren an Krankenhäusern

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die Etablierung von INZ an ausgewählten Krankenhausstandorten ein. INZ umfassen eine KV-Notdienstpraxis, eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) und einen gemeinsamen Tresen, an dem die Patientinnen und Patienten anhand eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die geeignete Versorgungsebene geleitet werden.

Die Kriterien zur Auswahl geeigneter INZ-Standorte sowie Qualitätsanforderungen sollten bundeseinheitlich durch den G-BA vorgegeben werden. Ausschlaggebend für ein bedarfsgerechtes Angebot sollten die Anzahl der durch ein INZ zu versorgenden Einwohnerinnen und Einwohner sowie eine flächendeckend gute Erreichbarkeit sein. Daher eignen sich insbesondere Krankenhäuser mit umfassender oder erweiterter Notfallstufe sowie in ländlichen Regionen Sicherstellungskrankenhäuser.

Die mangelnde Abstimmung zwischen Rettungsdienst, stationärer und ambulanter Notfallversorgung muss überwunden und eine bessere Steuerung in bedarfsgerechte Strukturen erreicht werden.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die Etablierung von INZ an ausgewählten Krankenhausstandorten ein.

Alle Patientinnen und Patienten, die selbstständig ein Krankenhaus aufsuchen oder bei denen im Rettungswagen keine akute Lebensgefahr festgestellt wurde, erhalten am gemeinsamen Tresen eine strukturierte Ersteinschätzung, die neben der Behandlungsdringlichkeit auch die Steuerung in die geeignete Versorgungsebene umfasst.

Patientinnen und Patienten, die als Ergebnis der Ersteinschätzung zeitnah vertragsärztlich versorgt werden müssen, sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in KV-Notdienstpraxen oder in vertragsärztlichen Praxen am Krankenhausstandort behandelt werden. Bei nicht unmittelbar behandlungsbedürftigen Fällen sollte auch eine standortunabhängige Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung möglich sein. Für entsprechende bundeseinheitliche Vorgaben zur Durchführung dieser Ersteinschätzung setzt sich der GKV-Spitzenverband in den derzeitigen Beratungen gemäß § 120 Abs. 3b SGB V im G-BA ein.

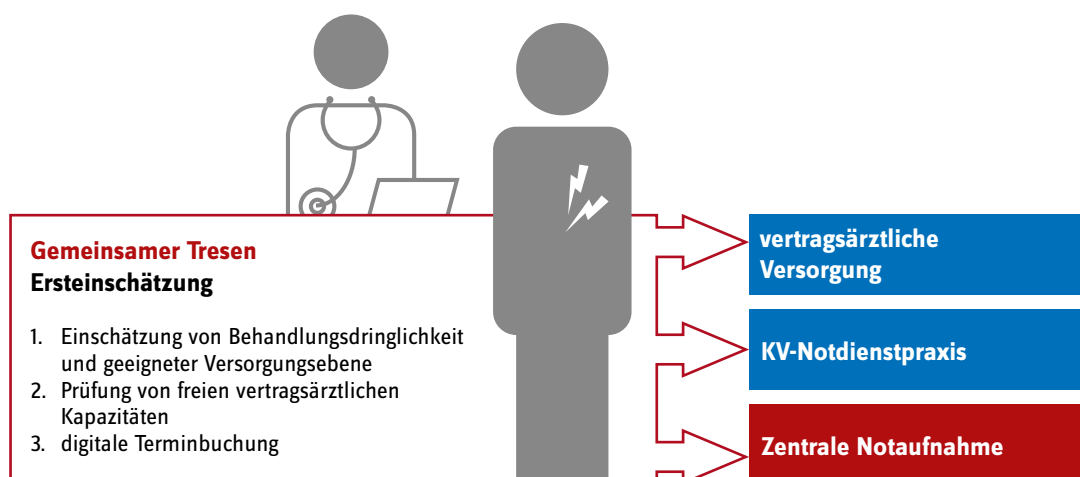
Finanzierung

Ambulante Notfallleistungen, d. h. auch durch KV-Notdienstpraxen erbrachte Leistungen, sind auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. Es ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Leistungen des EBM durch die Selbstverwaltung erforderlich.

Etablierung des Rettungsdienstes als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V

Mit den Reformplänen des BMG in der letzten Legislaturperiode, den Rettungsdienst in das SGB V zu integrieren, kam die Debatte um die Notwendigkeit einer Grundgesetzänderung auf. Bisher liegt die Regelungskompetenz zum Rettungsdienst bei den Ländern. Der GKV-Spitzenverband wird seine Vorschläge für eine digitale Vernetzung des Rettungsdienstes mit den Leitstellen und den Leistungserbringern der ambulanten und stationären Notfallversorgung sowie für bundesweite Regelungen zu Qualitätsstandards weiter in die politische Debatte einbringen.

Ersteinschätzung im INZ aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes



Fragwürdige Neustrukturierung der Patientenberatung

Mit Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens am 31. März 2023 wurde die Neuausrichtung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) im Rahmen einer rechtsfähigen Stiftung bürgerlichen Rechts auf den Weg gebracht. Die UPD soll ab 2024 in eine dauerhafte, staatsferne und unabhängige Struktur unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen überführt werden.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind aus Steuermitteln zu finanzieren

Die gesetzlichen Krankenkassen führen jedes Jahr millionenfach Beratungen für ihre Versicherten auf Grundlage von SGB V und SGB XI durch. Die ergänzende Beratung durch die UPD hat ihre Berechtigung, stellt aber als gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Beratung unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die deshalb aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Der bisherige Konstruktionsfehler der UPD wird mit dem vorliegenden Gesetz nicht korrigiert. Im Gegenteil: Der GKV-Spitzenverband soll zukünftig nicht nur die Finanzierung der UPD-Stiftung mit jährlich insgesamt 15 Mio. Euro statt bisher rund 10 Mio. Euro – unter lediglich freiwilliger Beteiligung der privaten Krankenversicherung – sicherstellen. Er soll auch als Stifter für die Errichtung der neuen UPD zuständig sein.

Die Leistungen der Stiftung müssen dabei keinerlei Bezug zu Sozialversicherungsleistungen aufweisen. Sie sind unabhängig davon zu erbringen, ob Patientinnen und Patienten Leistungen ihrer Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Massive Kritik des GKV-Spitzenverbandes

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hatte die Bundesregierung aufgefordert, ihre gesamtgesellschaftliche Verantwortung wahrzunehmen und die Zweckentfremdung von Beitragsmitteln zu beenden. Auf diese deutliche Kritik hatte der Deutsche Bundestag reagiert: An dem Gesetzentwurf, der zunächst keinerlei Einflussmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes zur Kontrolle der Mittelverwendung vorsah, wurden Änderungen vorgenommen, um die Rolle des GKV-Spitzenverbandes in der neuen UPD zu stärken. Allerdings kann der GKV-Spitzenverband nach wie vor weder auf die inhaltliche Ausrichtung der UPD noch auf die haushalterischen Entscheidungen tatsächlichen Einfluss ausüben. Solange diese Bedenken nicht ausgeräumt sind, wird sich der GKV-Spitzenverband nicht an der Errichtung der UPD-Stiftung beteiligen.

Mit Änderungen am Gesetzentwurf hat die Koalition auf die Kritik des GKV-Spitzenverbandes reagiert.



Information und Beratung als Kernaufgaben der Krankenkassen

Beratung und Information von Versicherten zählen zu den Kernaufgaben der Kranken- und Pflegekassen. Diese sind für Versicherte nicht nur die erste Anlaufstelle zu leistungs- und versicherungsrechtlichen Fragestellungen, sondern stehen umfassend für Fragen rund um die Themen Gesundheit und Pflege zur Verfügung. Dabei bieten sie neben ihren allgemeinen Aufklärungs- und Beratungsangeboten insbesondere auch spezifische Angebote wie z. B. die Beratung und Hilfestellung in Krankengeldfällen, die Reha-Beratung, die Hospiz- und Palliativberatung, die Pflegeberatung sowie differenzierte zielgruppenspezifische Beratungen.

Ambulantisierungspotenzial in Krankenhäusern heben

Durch Ambulantisierung können unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Risiken für die Patientinnen und Patienten vermieden werden.

Deutschland hat bei der Ambulantisierung im internationalen Vergleich großen Nachholbedarf. Während z. B. in Dänemark und Großbritannien bis zu drei Viertel der erbrachten Leistenbruchoperationen ambulant erfolgen, werden diese in Deutschland fast alle noch vollstationär durchgeführt. Jährlich ca. 4 Mio. Krankenhausaufenthalte mit maximal einer Übernachtung sind ein weiterer Indikator für ein hohes Ambulantisierungspotenzial.

Dieses Potenzial zu heben, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wichtig, da so unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte und die damit verbundenen Risiken für die Patientinnen und Patienten vermieden werden können - bei mindestens gleich hoher Behandlungsqualität. Auch die knappen Ressourcen

von Krankenhäusern können dadurch geschont und die Ärzteschaft sowie das Pflegepersonal entlastet werden. Aufgrund eines geringeren Aufwandniveaus gegenüber vollstationären Leistungen müssen sich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aus der Ambulantisierung auch zwingend Einsparungen für die GKV-Versichertengemeinschaft ergeben.

Zur Zielerreichung setzt die Selbstverwaltung in mehrstufigen Prozessen Maßnahmen zur Ambulantisierung um, wobei ein Schwerpunkt beim Ambulanten Operieren (AOP) nach § 115b SGB V liegt. Außerdem hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) im Jahr 2022 zwei neue Leistungsbereiche eingeführt: die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) und die tagesstationäre Behandlung.

Abgrenzung von Leistungsbereichen



Ambulantes Operieren

Mit dem MDK-Reformgesetz aus dem Jahr 2020 wurde der Impuls gegeben, den Bereich AOP neu zu regeln und dabei insbesondere den Leistungskatalog substanziell zu erweitern sowie eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte zu vereinbaren. Grundlage für die Katalogerweiterung ist ein von den Selbstverwaltungspartnern gemeinsam in Auftrag gegebenes Gutachten des IGES Instituts, das im April 2022 erschienen ist. Die Gutachterinnen und Gutachter sahen darin eine deutliche Erweiterung des AOP-Leistungskatalogs als möglich an. In einer ersten Stufe wurde der AOP-Vertrag zum 1. Januar 2023 neu vereinbart und der AOP-Katalog um 208 Leistungen ergänzt. Für das Jahr 2024 soll ein umfangreicherer zweiter Schritt folgen.

Die Vergütung für das ambulante Operieren durch Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgt weiterhin einheitlich auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Hierdurch ist eine sachgerechte Vergütung für ambulante Leistungen sichergestellt. Der Bewertungsausschuss-Ärzte hat am 14. Dezember 2022 die Vergütung für operative Leistungen von Vertragsärztinnen und -ärzten und Krankenhäusern im EBM neu geregelt, dabei wurde insbesondere die Vergütung aufwendiger ambulanter Operationen angehoben. Für ausgewählte Leistungen wurde eine Förderung zur Ambulantisierung in einem Umfang von 60 Mio. Euro über den EBM vereinbart.

Die Möglichkeiten zur Nachbeobachtung nach einer ambulanten Operation wurden zudem deutlich ausgeweitet. Darüber hinaus wurde im AOP-Vertrag mit der Einführung eines Zuschlags für Reoperationen und Rezidiveingriffe eine erste Schweregraddifferenzierung der AOP-Leistungen eingeführt.

Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG)

Mit dem KHPfIEG hat der Gesetzgeber Ende 2022 in § 115f SGB V eine neue Rechtsform geschaffen. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sind beauftragt, bis Ende März 2023 einen Katalog von Leistungen zu definieren, die aufgrund ihres sehr hohen Ambulantisierungspotenzials durch eine eigene Vergütungsform gefördert werden sollen.

Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte sollen für bestimmte Leistungsbereiche künftig eine einheitliche Vergütung erhalten, unabhängig davon, ob die Versorgung ambulant oder stationär erfolgt. Als Leistungsbereiche kommen Leistungen des AOP-Katalogs infrage, die eine geringe klinische Komplexität aufweisen und aktuell noch hohe vollstationäre Fallzahlen bei einer geringen Verweildauer haben.

Für bestimmte Leistungsbereiche soll es künftig eine einheitliche Vergütung geben, unabhängig davon, ob die Versorgung ambulant oder stationär erfolgt.

Die Vergütung soll als schweregraddifferenzierte Fallpauschale erfolgen und in der Vergütungshöhe zwischen dem EBM und der vollstationären Vergütung über Fallpauschalen (DRG) liegen. Eine Einigung der Selbstverwaltungspartner konnte aufgrund stark divergierender Auffassungen zur Leistungsabgrenzung und Vergütung nicht erreicht werden. Das Bundesgesundheitsministerium wird nun im Wege der Rechtsverordnung eine eigene Regelung treffen.

Tagesstationäre Behandlung

Mit dem KHPfIEG wurde zudem in § 115e SGB V eine neue Rechtsform unter der Definition der Krankenhausbehandlung eingeführt. Nach dieser kommt für geeignete Patientinnen und Patienten mit mindestens sechsstündiger ärztlicher oder pflegerischer Behandlung auch eine vollstationäre Behandlung ohne Übernachtung infrage – die sogenannte tagesstationäre Behandlung. Der GKV-Spitzenverband hat aufgrund großer Schnittmengen zu ambulant erbringbaren Leistungen Bedenken bei der Abgrenzung der Leistungsbereiche und befürchtet, dass die Neuregelung die Ambulantisierung ausbremsen könnte – indem z. B. geeignete Leistungen nicht mehr in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

Abgrenzung der Leistungsbereiche

Von den genannten Maßnahmen sieht der GKV-Spitzenverband die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs als geeignetste Maßnahme an, um das Ambulantisierungspotenzial langfristig zu heben. Entscheidend ist dabei, dass es keine parallelen Abrechnungsmöglichkeiten für gleiche Leistungen gibt. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband dafür ein, dass die verschiedenen Leistungsbereiche über die Definition von Leistungskatalogen klar voneinander abgegrenzt werden.

Gesundheitskioske: Staat in der Pflicht

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach hat im August 2022 Eckpunkte für die Einführung von Gesundheitskiosken vorgestellt. Sie gehen weit über das hinaus, was im Koalitionsvertrag angekündigt worden war. Hier waren Gesundheitskioske nur in besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen vorgesehen. Den Eckpunkten zufolge soll nun aber ein flächendeckender Aufbau erfolgen. Je 80.000 Einwohnerinnen und Einwohnern soll ein Kiosk geschaffen werden – insgesamt 1.000 Kioske bundesweit.

Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge stehen bei den Kiosken im Mittelpunkt

Neben der Vermittlung von medizinischen Leistungen und Präventionsangeboten sollen in den Kiosken in erster Linie Aufgaben der Daseinsvorsorge erbracht werden. So soll beispielsweise eine Unterstützung bei der Klärung sozialer Angelegenheiten erfolgen. Erklärtes Ziel ist außerdem eine enge Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), u. a. sollen ÖGD-Impfungen vor Ort durchgeführt werden.

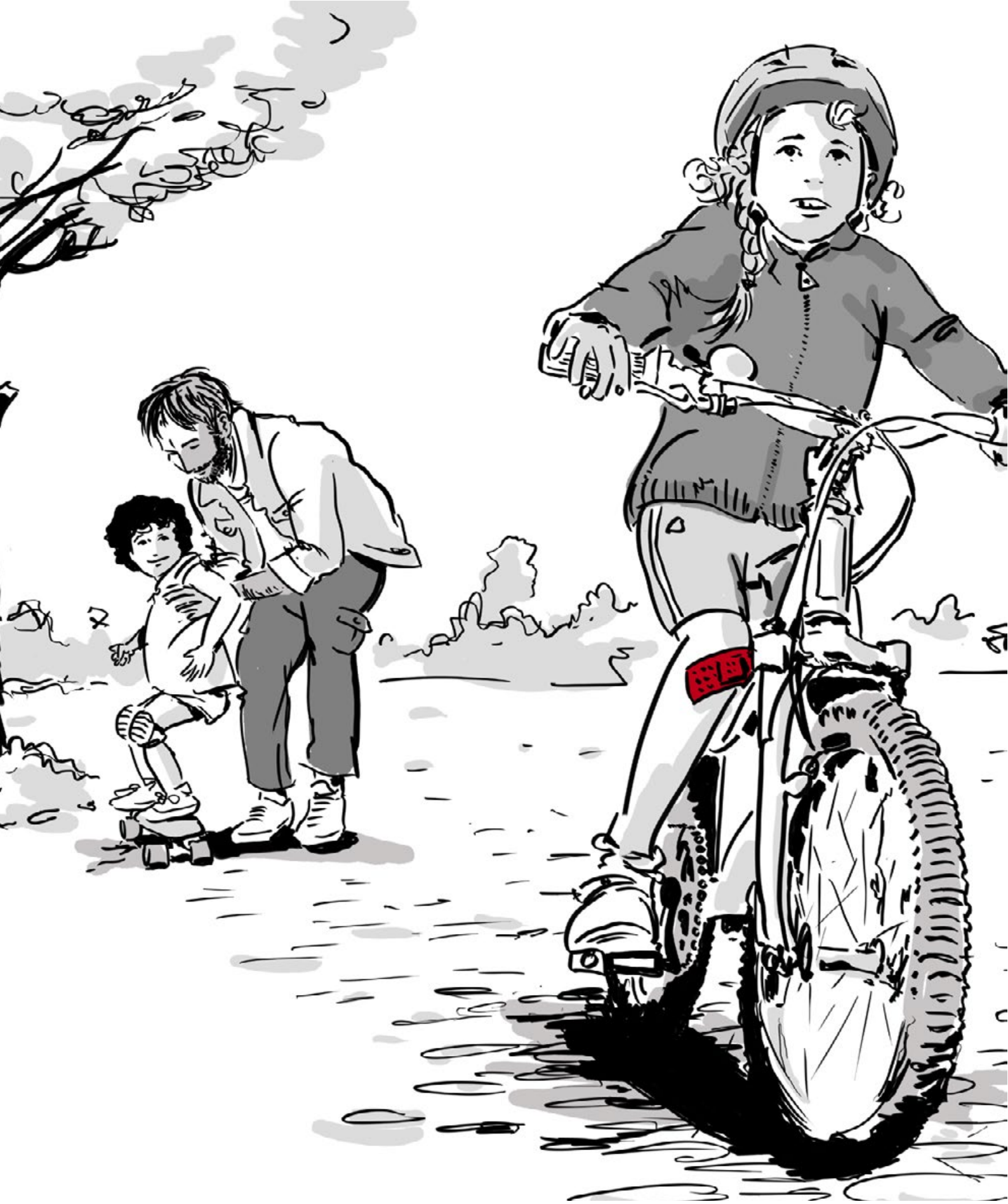
Die Kommunen sollen eigenständig über die Errichtung eines Gesundheitskiosks entscheiden und von den Krankenkassen den Abschluss eines scheidensamtsfähigen Vertrags verlangen können. Die Landesverbände der Krankenkassen sind dann verpflichtet, im Zusammenwirken mit den Kommunen bzw. dem ÖGD den Kiosk zu errichten. Kommunale Strukturen wie Jugendämter, Integrationszentren, Quartiersmanagementbüros und das Netzwerk Frühe Hilfen sollen ebenfalls einbezogen werden. Die Kommunen haben dabei 20 %, die private Krankenversicherung 5,5 % und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 74,5 % der Gesamtkosten zu tragen.

Verschiebung von Leistungen der Daseinsvorsorge in die GKV beenden

Der Ansatz, über den neuen Zugangsweg der Gesundheitskioske Barrieren im Gesundheitswesen insbesondere für sozial benachteiligte Menschen abzubauen, ist grundsätzlich positiv. Die Verschiebung des ursprünglichen Ziels der Unterstützung sozial benachteiligter Regionen durch einen Gesundheitskiosk hin zu einer nunmehr flächendeckenden Versorgung ist hingegen schon aus Gründen der Wirtschaftlichkeit kritisch zu hinterfragen. Weite Teile der von den Kiosken zu erbringenden Aufgaben, z. B. die Beratung und Unterstützung bei sozialen Angelegenheiten oder die Bildung von Netzwerken, sind keine originären GKV-Leistungen. Gesundheitsleistungen machen im Gegenteil nur einen kleinen Teil der Aufgaben der Kioske aus. Dennoch soll die GKV knapp drei Viertel der Gesamtkosten tragen. Nur ein Fünftel entfällt auf die Kommunen.

Gesundheitsleistungen machen nur einen kleinen Teil der Aufgaben der Kioske aus. Dennoch soll die GKV knapp drei Viertel der Gesamtkosten tragen.

Dieses Missverhältnis ist zu korrigieren. Die Kommunen müssten den Aufgaben entsprechend den größten Anteil tragen, weitere Zuständige und Verantwortliche sollten beteiligt werden. Nicht akzeptabel ist die Pflicht zur GKV-Finanzierung auf Grundlage der Entscheidung der Kommunen. Darüber hinaus ist die angedachte enge Verzahnung mit dem ÖGD unscharf. Hier zeichnet sich eine weitere Verschiebung von Leistungen der Daseinsvorsorge in den Aufgabenbereich und die Finanzierung der GKV ab. Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bedarf es einer grundlegenden Neuausrichtung der bislang in den Eckpunkten formulierten Finanzierung.



bedarfsgerecht

Eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung auf qualitativ hohem Niveau, deren leistungsgerechte Vergütung und die Wahrung der Interessen der Beitragszahlenden müssen Hand in Hand gehen.

Honorarplus von 1,4 Mrd. Euro in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Einkünfte der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten steigen 2023 erneut spürbar. Neben den Vergütungszuwächsen aus der Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente) und der Morbiditätsstruktur (Mengenkomponente) steigt auch in jedem Jahr die Menge der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geförderten extrabudgetären Leistungen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und neu eingeführte Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass sich dieser Trend weiter fortsetzt und die Honorare dadurch im Jahr 2023 voraussichtlich um weitere 600 Mio. Euro steigen. In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2023 somit rund 1,4 Mrd. Euro zusätzlich.

Kontroverse Verhandlungen zum Orientierungswert

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat im September 2022 die Anpassung des Preises für ärztliche Leistungen (Orientierungswert) für das Jahr 2023 beschlossen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderte in den Verhandlungen eine Erhöhung des Orientierungswertes um 5,9 %. Insbesondere wollte die KBV die hohe Inflationsrate des Jahres 2022 bereits bei der Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2023 berück-

sichtigt wissen. Bislang stützte sich der (Erweiterte) Bewertungsausschuss bei der Schätzung der Kostenentwicklung in den Arztpraxen aber auf die beiden Vorjahre - im Herbst 2022 also auf die Jahre 2020 und 2021. Die hohen Inflationsraten aus dem Jahr 2022 gehen regelhaft im Jahr 2023 in die Beratungen zur Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2024 ein.

Durch die gestiegenen Energiekosten ließ sich die Forderung zur Steigerung des Orientierungswertes in Höhe von 5,9 % nicht annähernd begründen.

Der GKV-Spitzenverband lehnte daher die Forderung der KBV ab. Zudem ließ sich durch die gestiegenen Energiekosten die Forderung zur Steigerung des Orientierungswertes in Höhe von 5,9 % nicht annähernd begründen. Kern der Forderung der KBV war vielmehr ein voller Inflationsausgleich für die Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit („Arztlohn“). Dies lehnte die Kassenseite angesichts der äußerst positiven Entwicklung der wirtschaftlichen Situation der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in den letzten Jahren ab.

Preiskomponente um 2,0 % erhöht

Der GKV-Spitzenverband sah keinen Spielraum für eine Erhöhung des Orientierungswertes und forderte deshalb unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärzt-

Anstieg der Arzthonorare im Jahr 2023 -
Anteil jeweiliger Komponenten in Mrd. Euro

Erhöhung des Orientierungswertes 2023 um 2,0 % (Preiskomponente)	ca. 0,78 Mrd. Euro
Anpassung der MGV 2023 aufgrund der Morbiditätsveränderung (Mengenkomponente)	ca. 0,02 Mrd. Euro
Mengenentwicklung der extrabudgetären Leistungen (EGV) 2023 (Annahme: 3 %)	ca. 0,6 Mrd. Euro
Gesamtanstieg 2023	ca. 1,4 Mrd. Euro

lichen Versorgung und vor dem Hintergrund der besonders angespannten Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen eine Beibehaltung der Höhe des Orientierungswertes im Jahr 2023. Nach langwierigen Beratungen wurde schließlich im Erweiterten Bewertungsausschuss eine Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2023 um 2,0 % beschlossen. Dies entspricht einem Vergütungszuwachs von ca. 780 Mio. Euro.

Empfehlungen zur Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur (Mengenkomponente)

Der Bewertungsausschuss hat zudem die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur, die die Krankheitslast der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt, als Empfehlung für das Jahr 2023 beschlossen. Der bundesweite Behandlungsbedarf steigt bei einer hälftigen Gewichtung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate im Jahr 2023 voraussichtlich um durchschnittlich ca. 0,08 % (ca. 20 Mio. Euro).

Der bundesweite Behandlungsbedarf steigt im Jahr 2023 voraussichtlich um durchschnittlich ca. 0,08 %, etwa 20 Mio. Euro.

Deutliche Honorarsteigerungen im Jahr 2023

Über die vereinbarten Steigerungen der Preis- und Mengenkomponente erzielen die vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über die sich seit Jahren dynamisch entwickelnden extrabudgetären Leistungen zusätzliche Honorare. Wie einleitend dargestellt werden die gesetzlichen Krankenkassen nach Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes allein auf diesem Wege im Jahr 2023 weitere 600 Mio. Euro zusätzlich zur Verfügung stellen, sodass sich die Honorarsteigerungen im nächsten Jahr auf mindestens 1,4 Mrd. Euro belaufen werden.

Noch nicht berücksichtigt sind in diesem Ausgabenanstieg die auf Landesebene zwischen den Gesamtvertragspartnern ggf. noch zusätzlich zu vereinbarenden Honorarsteigerungen, Ausgaben aufgrund zukünftiger gesetzlicher Regelungen und die aufgrund steigender Versichertenzahlen zu erwartenden Ausgaben. Die Entscheidungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses auf Bundesebene sind Grundlage für die zu führenden Verhandlungen auf regionaler Ebene.

Elektronisches Antragsverfahren für Zahnarztpraxen wird Standard

Seit dem 1. Januar 2023 sind Zahnarztpraxen und zahnärztliche Einrichtungen verpflichtet, genehmigungspflichtige Behandlungen in den Leistungsbereichen Zahnersatz, Kieferorthopädie und Parodontitis-Behandlung sowie bei Kiefergelenkerkrankungen und Kieferbruch digital bei der Krankenkasse zu beantragen. Bei der Umsetzung des Elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens (EBZ) wurde bewusst großer Wert darauf gelegt, nicht lediglich Papierformulare zu digitalisieren, sondern den kompletten Prozess zu optimieren. Alle Beteiligten - von den Praxen über die Patientinnen und Patienten bis zu den Krankenkassen - sparen dadurch Zeit und Aufwand.

Digitalisierung mit Mehrwert

In den Zahnarztpraxen entfällt das Ausfüllen und Ausdrucken der Behandlungspläne sowie deren Postversand. Aufseiten der Krankenkassen bietet sich vermehrt die Möglichkeit der automatisierten Bearbeitung von Anträgen. Die Versicherten

werden weiterhin schriftlich durch die Krankenkassen über die Leistungsentscheidung informiert. Beim Zahnersatz erhalten sie anstelle des Heil- und Kostenplans in der Zahnarztpraxis eine schriftliche Patienteninformation, aus der die Einzelheiten der Behandlung einschließlich deren Kosten hervorgehen.

Bei der Umsetzung wurde bewusst großer Wert darauf gelegt, den kompletten Prozess zu optimieren.

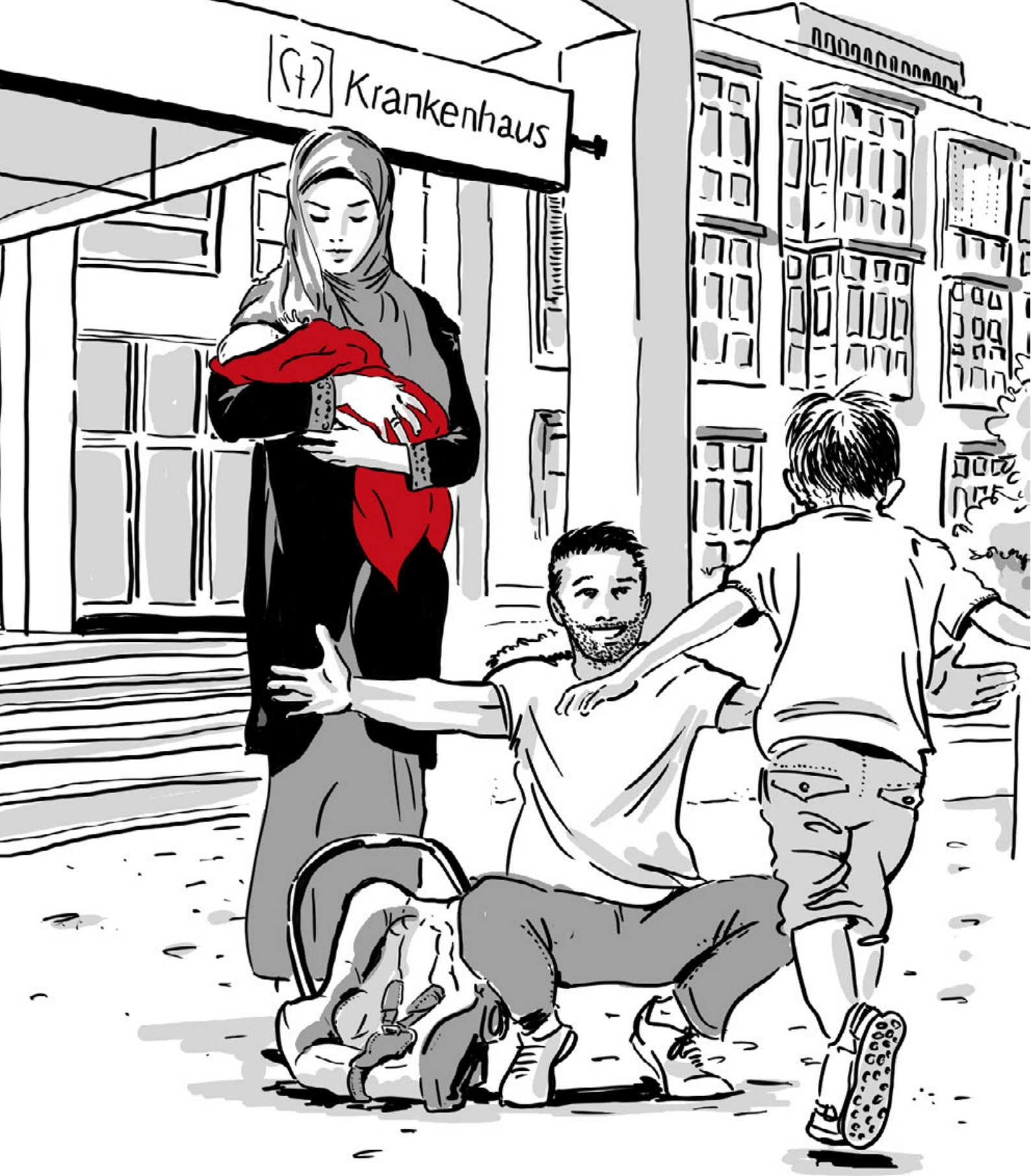
Ein vorgeschaltetes Testverfahren hatte gezeigt, dass sich im Einzelfall kleinere Umsetzungsschwierigkeiten nicht ganz vermeiden lassen. Um diesen begegnen zu können, hatten sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband auf einen stufenweisen Roll-out ab 1. Juli 2022 verständigt, der Ende 2022 abgeschlossen wurde.

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband arbeiten bei diesem Projekt eng mit den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen zusammen, da diese direkt aus den Zahnarztpraxen Vorschläge für Verbesserungen erhalten.

Anteil der Praxen, die bis 31.12.2022 Module für die elektronische Beantragung im Praxisverwaltungssystem bestellt haben



Quelle: Meldung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung an den GKV-Spitzenverband
Darstellung: GKV-Spitzenverband



patientenorientiert

Bedarfen, verbesserte Versorgungsqualität durch stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser und eine flächendeckende Versorgung müssen die handlungsleitenden Prinzipien bei der Strukturreform der Krankenhausversorgung sein.

Die stringente Ausrichtung an der Struktur der Bevölkerung und ihren

Reformvorhaben im Krankenhausbereich

Für die Umsetzung notwendiger Reformvorhaben im Krankenhausbereich hatten die Koalitionspartner zu Beginn der Legislaturperiode einen Bund-Länder-Pakt für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vereinbart. Zudem hatten sie eine kurzfristige Unterstützung für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe sowie für die Notfallversorgung beschlossen. Anfang Mai 2022 berief der Bundesminister für Gesundheit daraufhin die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ ein, die wissenschaftliche Empfehlungen für die ab 2023 geplante Krankenhausreform erarbeiten sollte.

Erste Stellungnahmen der Krankenhauskommission zu kurzfristig umzusetzenden Einzelvorhaben sind bereits Ende 2022 in die Gesetzgebung zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) eingeflossen. Dabei wurden die Empfehlungen nur teilweise oder erheblich modifiziert umgesetzt. Inwieweit die im Dezember 2022 vorgestellten Empfehlungen für eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, mit der die Weichen für die zukünftige stationäre Versorgungsstruktur gestellt werden sollen, Eingang in die Gesetzgebung finden, ist zum Redaktionsschluss offen.

Kurzfristige Finanzierungsmaßnahmen für Pädiatrie und Geburtshilfe

Im Koalitionsvertrag ist eine kurzfristige auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie und Geburtshilfe durch zusätzliche und leistungsunabhängig zugewiesene Finanzmittel vereinbart. Die Krankenhauskommission hat sich dieses Themenkomplexes zuerst angenommen und im Juli 2022 für die Pädiatrie vier Finanzierungsmodelle vorgeschlagen, ohne eines davon konkret zu empfehlen. Die Modelle beschränken sich schwerpunktmäßig auf eine Fortschreibung des Status quo auf Basis entweder historisch erbrachter Leistungsmengen oder bereitgehaltener Bettenkapazitäten. Ein Modell sieht dagegen die Entwicklung hin zu einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur vor, indem die zu versorgende Bevölkerung als Verteilungsmaßstab dient. Hier hat die Krankenhauskommission auf ein zuvor vom GKV-Spitzenver-

band vorgestelltes Konzept zurückgegriffen. Für die Geburtshilfe wurde nur ein Modell empfohlen, bei dem die zusätzlichen Mittel bundeseinheitlich an geburtshilfliche Abteilungen gehen sollen, die auf der Sicherstellungsliste verzeichnet sind. Zudem soll die Zuweisung nach Geburtenzahl und Vorhaltung einer pädiatrischen Fachabteilung gestaffelt werden.

Im KHPfLEG wurde dann für Pädiatrie und Geburtshilfe jeweils eine Übergangslösung für die Jahre 2023 und 2024 umgesetzt. Diese sollen explizit nicht der grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung vorgreifen. Daher beschränkt sich die Finanzierungsmaßnahme für die Pädiatrie darauf, den Krankenhäusern in diesen Jahren ein Erlös-volumen auf Basis der pädiatrischen Fälle von 2019 zu aktuellen Preisen zu garantieren. Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin ist dafür keine Voraussetzung.

In jedem der beiden Regelungs-jahre wird darüber hinaus ein zusätzlicher Förderbetrag von 300 Mio. Euro bereitgestellt, von dem 90 % (270 Mio. Euro pro Jahr) durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Zur Unterstützung der Geburtshilfe erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten, in den Jahren 2023 und 2024 zusätzliche Mittel von jeweils 120 Mio. Euro, die ebenso zu 90 % von der GKV finanziert werden (108 Mio. Euro pro Jahr). Dabei dürfen die Länder bestimmen, welche Krankenhausstandorte mit einer Geburtshilfe mit diesen GKV-Geldern gefördert werden.

Aus Versorgungsperspektive ist nicht nachvollziehbar, warum keine bundeseinheitliche Vorgabe qualitätsrelevanter Kriterien vorgesehen ist. Für die Mittelvergabe in der Pädiatrie ist nicht einmal die Vorhaltung einer entsprechenden Fachabteilung Voraussetzung, und in der Geburtshilfe können die Qualitätskriterien faktisch von den

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ erarbeitet wissenschaftliche Empfehlungen für die geplante Krankenhausreform.

Aus Versorgungsperspektive ist nicht nachvollziehbar, warum keine bundeseinheitliche Vorgabe qualitätsrelevanter Kriterien vorgesehen ist.

Ländern festgelegt werden. Statt einer konkret auf die Erfüllung einheitlicher qualitätsrelevanter Strukturkriterien ausgerichteten Förderung erfolgt eine unspezifische Streuung der Mittel. Sowohl die Krankenhauskommission – in ihren Empfehlungen – als auch der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Fachgesellschaften der Pädiatrie und der Hebammen fordern, eine Zusatzfinanzierung an einheitliche Kriterien zu binden. Zudem ist der Finanzierungsweg für die Geburtshilfe zu kritisieren. Die Fördermittel werden zu 90 % von den GKV-Versicherten aufgebracht, jedoch bestimmen alleine die Länder, nach welchen Kriterien und an welche Krankenhäuser diese Gelder ausgezahlt werden. Ein Mitspracherecht der GKV besteht nicht.

Tagesbehandlung im Krankenhaus

Auf Empfehlung der Krankenhauskommission wurden zum Reformvorhaben der Tagesbehandlung im Krankenhaus mit dem KHPfIEG kurzfristig gesetzliche Regelungen getroffen. Nach Abschluss aller auf Selbstverwaltungsebene zu treffenden Vereinbarungen ist in medizinisch geeigneten Fällen eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus ohne Übernachtung möglich. Die Entscheidung zur Tagesbehandlung ist individuell zu treffen und nur mit Einwilligung der Patientinnen und Patienten durchführbar. Der Gesetzgeber will mit dieser Reform das Krankenhauspersonal entlasten.

Um dieses Ziel zu erreichen, muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vorrangig das ambulante Versorgungsangebot erweitert werden. Der Lösungsansatz der tagesstationären Behandlung ist ungeeignet, die eigentlichen Probleme der Krankenhäuser zu lösen. Diese beruhen hauptsächlich auf nicht bedarfsgerechten Strukturen. Rund 40 % der Krankenhausbetten werden regelmäßig nicht benötigt. Viele kleine Kliniken, gerade in Ballungsgebieten, binden Geld und Personal, ohne zu einer besseren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung

beizutragen. Würde stattdessen das Personal aus diesen Kliniken in den für die Versorgung bedarfsnotwendigen Krankenhäusern eingesetzt, wäre ausreichend Personal für eine gute stationäre Versorgung ohne Überlastungssituationen vorhanden. Die Politik muss deshalb endlich Rahmenbedingungen für konkreten, bedarfsgerechten Strukturwandel schaffen.

Der Gesetzgeber zementiert mit der Einführung der Tagesbehandlung im Krankenhaus die stationären Versorgungsstrukturen. Mögliche Einsparpotenziale werden so nicht realisiert. Der pauschale und in der Höhe gedeckelte Abzug je wegfallender Nacht ist viel zu gering und gleicht nur die reinen Übernachtungskosten aus. Alle anderen Kosten eines vollstationären Krankenhausaufenthalts, die bei Wegfall der Übernachtung eingespart werden würden, wie z. B. Personalkosten und Kosten der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur, bleiben unberücksichtigt. Diese Übervergütung geht zulasten der GKV.

Zusätzlich werden aktuelle Ambulantisierungsmaßnahmen, wie z. B. die substanzielle Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (AOP-Katalog, Inkrafttreten zum 1. Januar 2023), konterkariert und das damit verbundene große Ambulantisierungspotenzial verschenkt. Im Fokus einer dringend notwendigen Reform sollte daher die echte Stärkung der Ambulantisierung bislang unnötigerweise stationär erbrachter Leistungen stehen wie im Beitrag „Ambulantisierungspotenzial in Krankenhäusern heben“ (S. 36 f.) ausgeführt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann es im Sinne einer Verbesserung der Patientenversorgung kein geeigneter Ansatz sein, die Möglichkeit einer Krankenhausbehandlung ohne Übernachtung für sämtliche Krankheitsfälle einzuführen. Vielmehr ist es sinnvoll, für geeignete Leistungsbereiche gezielt ambulante Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Anfang Dezember 2022 hat die Krankenhauskommission Empfehlungen für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgelegt, die den kompletten stationären Versorgungsbereich betreffen. Die Reform soll zur Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung beitragen und auch die sektorenübergreifende Versorgung vorantreiben. Grundsätzlich soll eine Konzentration der Leistungserbringung zur Erhöhung der Qualität gefördert werden. Missstände wie die im internationalen Vergleich hohen stationären Fallzahlen und Kosten sollen mit der Reform ebenso angegangen werden wie der trotz überdurchschnittlich viel Personal vorhandene „relative Personalmangel“ im deutschen Gesundheitssystem.

Geplant ist die Einführung einer einheitlichen Definition von Krankenhausversorgungsstufen inklusive fester Mindestvoraussetzungen als sogenannte Level. Die stationäre Leistungserbringung wird dabei in 128 Leistungsgruppen gegliedert, die jeweils mit Qualitätsanforderungen und Mindestvorgaben für pflegerisches und ärztliches Personal sowie mit technischer Ausstattung hinterlegt werden. Die Leistungsgruppen werden einem Versorgungslevel zugeordnet, damit der Versorgungsauftrag von den Ländern künftig detaillierter auf Ebene der Leistungsgruppen statt – wie bisher – der Fachabteilungen festgelegt werden kann. Damit werden die Vergütungsregelungen und die landesrechtliche Krankenhausplanung zusammengeführt. Mit der Vergütungsreform soll die bisher weitestgehend leistungsabhängige Vergütung über Fallpauschalen um eine leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung ergänzt werden. Diese orientiert sich an den einem Krankenhaus zugeordneten Leistungsgruppen. Vorgesehen ist eine normative Festsetzung eines Vorhalteanteils, der in der Regel 40 % der bisherigen Leistungsvergütung entspricht (inklusive Pflegeanteil). Offen ist der Umgang mit regional unterschiedlichen Personalkostenniveaus und mit den Investitionskosten.

Der GKV-Spitzenverband hat in den vergangenen Jahren die Missstände der bestehenden Verhältnisse im Krankenhausbereich eindeutig benannt und Lösungsvorschläge unterbreitet, die den Ansätzen der Krankenhauskommission nahekommen. Zukünftig ist eine stringente Ausrichtung der stationären Versorgungsstruktur am Bedarf der Bevölkerung erforderlich. Wesentlich ist, dass die Finanzierung von Vorhaltekosten auf die Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser ausgerichtet ist. Es ist erforderlich, dass die Vorhaltefinanzierung über eine Kopplung an die bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen differenziert ausgestaltet wird. Diese sind mit qualitätsrelevanten Vorgaben zu verknüpfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes das richtige Gremium für die Festlegung bundesweit geltender Zuteilungskriterien.

Die konkrete Ausgestaltung der Krankenhausreform wird das dominierende Thema im Krankenhausbereich im Jahr 2023 und darüber hinaus sein. Die Krankenhauskommission hat Stellungnahmen zu weiteren Themen, etwa Notfallversorgung und Investitionsfinanzierung, angekündigt. Eine direkte Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Akteure im Gesundheitswesen in der Krankenhauskommission ist nicht vorgesehen. Dabei wäre die enge Einbeziehung des praktischen Know-hows der für die Ausgestaltung der stationären Versorgung Verantwortlichen eine Grundvoraussetzung für sachgerechte, praxistaugliche und somit auch erfolgreiche Reformmaßnahmen. Insbesondere bei der Neugestaltung der Verteilung von Finanzmitteln auf die Krankenhäuser ist die Einbindung des GKV-Spitzenverbandes unerlässlich.

Im Fokus einer dringend notwendigen Reform sollte die echte Stärkung der Ambulantisierung bislang unnötigerweise stationär erbrachter Leistungen stehen.

Personalbedarfsbemessung im Krankenhaus

Der Ansatz PePiK zielt auf ein Verfahren zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, das standardisiert, aufwandarm, transparent, digital anwendbar und zukunftsfähig ist.

Mitte 2022 sollten die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen eine wissenschaftliche Einrichtung oder Sachverständige damit beauftragen, ein Verfahren zur einheitlichen Pflegepersonalbedarfsbemessung in Krankenhäusern bis Ende 2024 zu entwickeln und zu erproben. So hatte es der Gesetzgeber in der bis Ende 2022 gültigen Fassung des § 137k SGB V festgelegt. Tatsächlich hatten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband und der PKV-Verband rechtzeitig über den Inhalt der Beauftragung verständigt und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fristgerecht eine Leistungsbeschreibung vorgelegt. Diese beinhaltete Vorgaben für eine bundeseinheitliche und moderne „Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (PePiK)“. Jedoch blockierte das BMG das Verfahren und wählte schließlich einen anderen Weg, sodass die Auftragsvergabe nicht wie gesetzlich vorgesehen erfolgen konnte.

Moderne Pflegepersonalbemessung mit PePiK

Der Ansatz PePiK zielt auf ein Verfahren zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, das standardisiert, aufwandarm, transparent, digital anwendbar und zukunftsfähig ist. Die ermittelte Personalausstattung soll dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Zudem ist die Standardisierung der derzeit äußerst heterogenen Pflegedokumentation angedacht, damit die Personalbedarfsbemessung anhand digital dokumentierter Pflegediagnosen und maßgeblicher Pfl egetätigkeiten (bundeseinheitliche Pfl egeterminologie) erfolgen kann.

Die Kompetenz der Pflege wird so in den Mittelpunkt gestellt und gestärkt. Der Qualifikationsmix von Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und akademischen Pflegeberufen wird bei der Personalbemessung nach PePiK abgebildet. Das Verfahren wäre damit auch für das Pflegemanagement bedeutsam und nutzbar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hätte mit PePiK eine moderne Pflegepersonalbemessung bereitgestellt werden können,

Pflegepersonalbedarfsermittlung nach PePiK-Verfahren



welche die Pflege selbst fachlich voranbringt, die Qualität der pflegerischen Versorgung sicherstellt und die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften im Krankenhaus verbessert.

Pflegepersonalbemessung nach PPR 2.0

Der Gesetzgeber geht mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz derzeit einen anderen Weg. Anstelle der wissenschaftlich fundierten Entwicklung und Erprobung des PePiK-Verfahrens soll mit der Neufassung des § 137k SGB V eine Pflegepersonalbemessung in Anlehnung an die aktualisierte Pflegepersonal-Regelung PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 zunächst im Auftrag des BMG erprobt und dann per Rechtsverordnung eingeführt werden. Nachdem die Kennzahlen zum Pflegepersonalbedarf vorliegen, soll zudem ein verpflichtend von den Krankenhäusern einzuhaltender Erfüllungsgrad festgelegt werden, um die Ist-Personalbesetzung an die erforderliche Soll-Personalbesetzung schrittweise anzupassen. Sofern ein Krankenhaus den Erfüllungsgrad nicht erreicht, drohen Vergütungsabschläge. Da die PPR 2.0 den Pflegepersonalbedarf für die pflegerische Versorgung von Erwachsenen auf Intensivstationen nicht umfasst, soll auch für diesen Krankenhausbereich ein Verfahren entwickelt und erprobt werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können mit dem Instrument PPR 2.0 die formulierten politischen Ziele nicht erreicht werden. Vielmehr werden Pflegekräfte mit Bürokratie für eine im Ergebnis unvollständige und methodisch kritisch zu betrachtende Pflegepersonalbemessung belastet. Pflegekräfte müssten täglich zusätzlich alle Patientinnen und Patienten in die Kategorien der PPR 2.0 einstufen. Das ist nicht mehr zeitgemäß.

Auftrag zur Weiterentwicklung der PPR 2.0

Der GKV-Spitzenverband, der PKV-Verband und die DKG sollen die Weiterentwicklung der eingeführten Pflegepersonalbedarfsbemessung nach PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 bis Ende 2024 sicherstellen. Dafür haben die Selbstverwaltungspartner bis Ende September 2023 eine wissenschaftliche Einrichtung oder Sachverständige mit der Weiterentwicklung zu beauftragen. Insbesondere sollen dabei der Qualifikationsmix, die standardisierte und digitale Anwendung berücksichtigt sowie Vorschläge zur Pflegepersonalbemessung in Notaufnahmen vorgelegt werden.

Der GKV-Spitzenverband sieht die Vorgaben der Neufassung des § 137k SGB V ausgesprochen kritisch. Eine Pflegepersonalbedarfsbemessung nach PPR 2.0 kann den Pflegepersonal-mangel nicht beheben, sondern lediglich sichtbar machen. Mit dem PePiK-Verfahren hätten die Pflegekräfte tatsächlich entlastet und gestärkt und die Qualität der Pflege am Krankenbett nachhaltig verbessert werden können. Gegebenenfalls besteht mit der Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung nach PPR 2.0 die Chance, die qualitätsfördernden Aspekte des PePiK-Verfahrens im Sinne von Patientinnen, Patienten und Pflegenden aufzugreifen und zu berücksichtigen.

Pflegekräfte werden mit der PPR 2.0 mit Bürokratie für eine im Ergebnis unvollständige und methodisch kritisch zu betrachtende Pflegepersonalbemessung belastet.

Untergrenzen für Pflegepersonal in Krankenhäusern

Patientinnen und Patienten müssen vor pflegerischer Unterversorgung und Pflegekräfte vor Überlastung geschützt werden.













Seit Januar 2019 gelten für Krankenhäuser verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Das Instrument „Pflegepersonaluntergrenzen“ definiert je Bereich eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten, die eine Pflegekraft maximal versorgen darf. Dadurch sollen einerseits Patientinnen und Patienten vor pflegerischer Unterversorgung und andererseits Pflegekräfte vor Überlastung geschützt werden. Wird im Monatsdurchschnitt weniger Pflegepersonal als vorgeschrieben eingesetzt, muss das Krankenhaus Vergütungsabschläge hinnehmen oder zukünftig die Anzahl der zu versorgenden Personen reduzieren.

Pflege rückt in den Fokus

Krankenhäuser weisen je Quartal nach, ob sie die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten haben. Dadurch ist es erstmals möglich, stations- und schichtgenau zu prüfen, wie es um die pflegerische Versorgung in Krankenhäusern bestellt ist. Diese neue Transparenz trägt zur Stärkung der Pflegenden bei, da Verantwortliche in Krankenhäusern verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass diese Mindestvorgaben auch umgesetzt werden.

Im dritten Quartal 2022 waren Untergrenzen in rund 1.400 Krankenhäusern verpflichtend einzuhalten. Dabei waren 16 % der einzelnen Schichten (rund 380.000 Schichten) unterbesetzt. Diese Ergebnisse offenbaren den Handlungsbedarf, den es in vielen Krankenhäusern nach wie vor gibt, um das vorgeschriebene Mindestversorgungsniveau zu erreichen.

Pflegepersonaluntergrenzen ab 2023

















	Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin		Geriatric		Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Orthopädie		Innere Medizin und Kardiologie		Herzchirurgie		Neurologie	
												
Patienten/Pflegekraft	2	3	10	20	10	20	10	22	7	15	10	20
Anteil Hilfskräfte	5 %	5 %	15 %	20 %	10 %	10 %	10 %	10 %	5 %	0 %	8 %	8 %

* Zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen auch Hebammen berücksichtigt werden. Darstellung: GKV-Spitzenverband

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2023

Laut gesetzlichem Vorhaben sollte im Jahr 2022 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, wie vorhandene Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt und in welchen Krankenhausbereichen neue Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden. Wie bereits in den letzten Jahren kam jedoch angesichts grundlegend divergierender Auffassungen keine Vereinbarung zustande. Daraufhin legte das Bundesgesundheitsministerium neue Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie und Rheumatologie fest, die seit Januar 2023 anzuwenden sind.

Der GKV-Spitzenverband ist der Auffassung, Pflegepersonaluntergrenzen in allen übrigen bettenführenden Krankenhausbereichen einzuführen. Eine derartige Ausweitung der Untergrenzen ist der einzig sinnvolle Schritt, um zukünftig Personal- und Patientenverlagerungseffekte zu vermeiden.

Neurolog. Schlaganfall-einheit		Neurolog. Früh-rehabilitation		Allgemeine Pädiatrie		Spezielle Pädiatrie		Neonato-logische Pädiatrie		Gynäkologie und Geburts-hilfe*		Hals-Nasen-Ohren-heilkunde, Urologie		Rheumatologie	
															
3	5	5	12	6	10	6	14	3,5	5	7,5	15	10	22	13	30
0 %	0 %	10 %	10 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	0 %	10 %	5 %	10 %	5 %

Modellvorhaben Genomsequenzierung

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurde im Juni 2021 ein Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen eingeführt. Diese soll im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs stattfinden. Eine Zusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer Dateninfrastruktur soll die Analyse der gewonnenen Daten erleichtern und so zur Verbesserung der medizinischen Versorgung beitragen.

Innovationsschub für die Versorgung seltener und onkologischer Erkrankungen

In einzelnen Versorgungsbereichen werden bereits Techniken der Genomsequenzierung eingesetzt. Im Rahmen des Modellvorhabens soll nun ein Innovationsschub erfolgen. Im Fokus steht die Ganzgenomsequenzierung, ergänzt durch die Sequenzierung nur der potenziell proteinkodierenden Abschnitte des Genoms (sogenanntes Exom). Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das auf eine Laufzeit von fünf Jahren angelegte Modellvorhaben allen gesetzlich Versicherten unabhängig von der

Krankenkassenzugehörigkeit offenstehen. Erklärtes Ziel ist die anschließende Übernahme in die Regelversorgung.

Der GKV-Spitzenverband verhandelt und schließt den Durchführungsvertrag für seine Mit-

gliedskassen direkt mit den Leistungserbringenden. Grundsätzlich teilnahmeberechtigt sind Krankenhäuser, die über – den Anforderungen des G-BA genügende – Zentren für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen, sowie weitere stationäre Onkologische Zentren, die in etablierten Netzwerkstrukturen organisiert sind. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist die Auswahl geeigneter Leistungserbringender durch Aufstellung von Teilnahme Kriterien und Prüfung der Teilnahmeanträge. Bis 31. Januar 2022 konnten Leistungserbringende eine Teilnahme an den Vertragsverhandlungen beantragen. Von 52 Teilnahmeanträgen wurden 32 positiv beschieden (seltene Erkrankungen: 18,

onkologische Erkrankungen: 14). Einige Krankenhäuser waren mit Anträgen für beide Bereiche erfolgreich. Insgesamt wurden 20 Krankenhäuser – ausschließlich Universitätskliniken – zu den Vertragsverhandlungen zugelassen. Eine Liste der zugelassenen Häuser wurde auf der Website des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht: www.gkv-genomsq.de

Genomsequenzierung nutzbringend einsetzen

Die Vertragsverhandlungen laufen seit Juni 2022 und werden aufgrund der Komplexität der Materie weit in das Jahr 2023 andauern. Einer der Kernpunkte des Vertrags wird die Regelung zur Teilnahme Versicherter am Modellvorhaben sein. Insbesondere im großen Bereich der onkologischen Erkrankungen müssen die relevanten Indikationen sinnvoll eingegrenzt werden, um das Modellvorhaben auf diejenigen Patientinnen und Patienten zu fokussieren, bei denen eine Genomsequenzierung eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung ermöglichen kann.

Der Beginn des Modellvorhabens wurde durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auf den 1. Januar 2024 verschoben. Bis dahin muss das Bundesgesundheitsministerium für den Aufbau der Dateninfrastruktur zur Sammlung der Genom- und der klinischen Daten sorgen.

Das Modellvorhaben muss auf diejenigen Patientinnen und Patienten fokussieren, bei denen eine Genomsequenzierung eine tatsächliche Verbesserung der Versorgung ermöglichen kann.



wirksam

Es sind mutige Schritte notwendig, um die Bewertung und Preisbildung neuer Arzneimittel in Deutschland im Sinne einer qualitativ hochwertigen und innovationsoffenen Versorgung der Patientinnen und Patienten zukunftsfest zu machen.

Aktuelle Entwicklungen bei neuen Arzneimitteln

AMNOG-Bilanz 2022

Das AMNOG-Verfahren besteht aus der Nutzenbewertung neuer Arzneimittel und der anschließenden Verhandlung eines Preises. Ziel des Verfahrens ist es, Nutzen und Bezahlbarkeit neuer Arzneimittel in Einklang zu bringen. Seit Januar 2011 führt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die frühe Nutzenbewertung durch und der GKV-Spitzenverband verhandelt die Erstattungsbeträge. Im Dezember 2022 existierten Erstattungsbeträge zu insgesamt 335 der vom G-BA bewerteten Wirkstoffe, 56 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie sechs Schiedsverfahren dauerten an. Bei 31 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelte es sich um erneute Verhandlungen zu einem Wirkstoff, die aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder einer Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden waren.

Eine Ausweitung der Meldepflicht auf sämtliche in Krankenhäusern verabreichte Antibiotika ist dringend erforderlich.

Reserveantibiotika: Qualitätssicherung und Surveillance

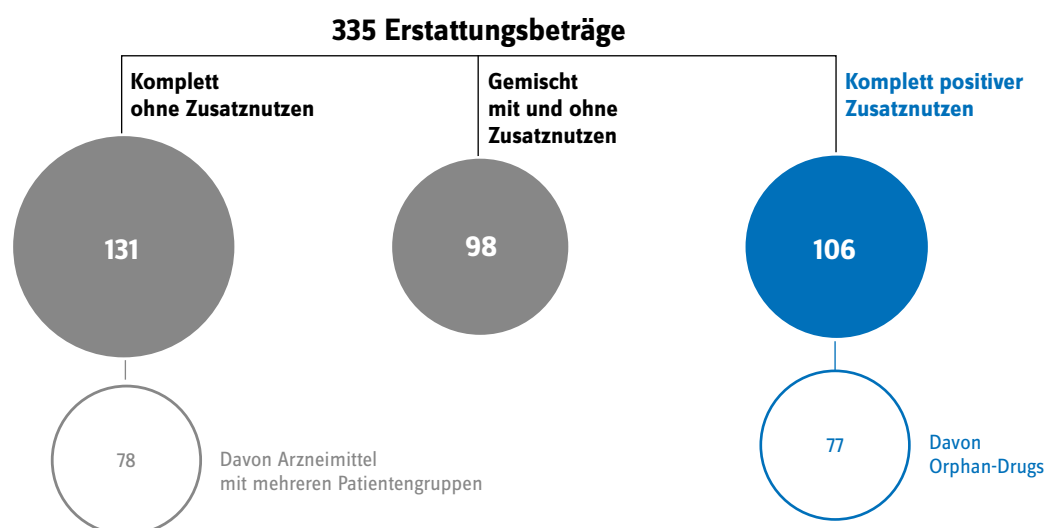
Einen Sonderstatus unter den neuen Arzneimitteln haben seit Kurzem Reserveantibiotika - Arzneimittel zur Behandlung multiresistenter bakterieller Infektionen. Antibiotikaresistenzen kosten weltweit ca. eine 1 Mio. Menschen jährlich das Leben. Trotzdem werden Antibiotika weiter unsachgemäß eingesetzt, was die Bildung weiterer Resistenzen fördert. Demgegenüber sind in den letzten Jahren nur wenige neue Antibiotika entwickelt und zugelassen worden.

Um Entwicklungsanreize zu setzen, wurden neue Reserveantibiotika gemäß § 35a Abs. 1c SGB V in der Nutzenbewertung vom (Zusatz-)Nutzenachweis befreit. Im Rahmen der Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung besteht jedoch die Verpflichtung zum Nachweis des restriktiven Gebrauchs und der Auswirkungen auf die Resistenzentwicklung. Vor diesem Hintergrund setzte sich der GKV-Spitzenverband im G-BA erfolgreich für eine Verankerung der Verpflichtung zur Meldung von Verbrauch und Resistenzdaten der Antibiotika an die nationalen Meldesysteme des Robert Koch-Instituts ein.

Forderungen des GKV-Spitzenverbandes

Um frühzeitig neue Resistenzen erfassen und Fehlentwicklungen beim Antibiotikaeinsatz entgegenwirken zu können und um die deutschen Surveillance-Systeme international anschlussfähig zu machen, ist eine Ausweitung der Meldepflicht auf sämtliche in Krankenhäusern verabreichte Antibiotika erforderlich. Hierfür wird sich der GKV-Spitzenverband auch vor dem Hintergrund der Intentionen des Gesetzgebers im Zusammenhang mit der privilegierten Nutzenbewertung von Reserveantibiotika in den kommenden Jahren einsetzen.

AMNOG-Bilanz 2022



Verfahren zur Nutzenbewertung und Ergebnisse der Erstattungsbetragsverhandlungen (Januar 2011–Dezember 2022)

Verfahren	Anzahl
Nutzenbewertung	1.035
Beratung vor Nutzenbewertung	2.878
Freistellung von der Nutzenbewertung beantragt	91
davon erteilte Freistellungen	31
Erstattungsbetragsverhandlung	
Wirkstoffe mit Erstattungsbetrag	335
durch Einigung im Verhandlungsweg	305
durch Entscheidung der Schiedsstelle	30
Wirkstoffe mit Festbetrag	13
durch direkte Eingruppierung	7
durch nachträgliche Eingruppierung	6
„Opt-Out“	14

Änderungen im Zuge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurden erste Maßnahmen ergriffen, um der seit Jahren zunehmenden Disbalance von Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begegnen. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sieht folgende Änderungen in der Preisregulation von Arzneimitteln vor:

- Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende 2026
- Beantragungsmöglichkeit einer Ausnahme vom erweiterten Preismoratorium für die Weiterentwicklungen vorhandener Wirkstoffe, sofern durch diese die Versorgung verbessert wird
- befristete Erhöhung des Herstellerabschlags für das Jahr 2023 und des Apothekenabschlags für die Jahre 2023 und 2024
- ergänzende gesetzliche Vorgaben für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen, insbesondere bei patentgeschützter Vergleichstherapie oder zur Berücksichtigung des Gesamtausgabenvolumens zur Stärkung der GKV-Seite in den Verhandlungen
- rückwirkende Geltung des Erstattungsbetrags ab dem siebten Monat in allen Fallkonstellationen
- Neuregelungen für die Geltung des Erstattungsbetrags in der stationären Versorgung
- Abschlag in Höhe von 20 % auf den Abgabepreis beim Einsatz einer Kombination mehrerer neuer Arzneimittel zugunsten der Krankenkassen
- Senkung der Umsatzschwelle zur vollständigen Nutzenbewertung von Orphan Drugs

Forderungen des GKV-Spitzenverbandes

Nach diesen Akutmaßnahmen bedarf es weiterer Maßnahmen im Rahmen eines stimmigen Gesamtkonzepts, um die Finanzstabilität der GKV auch bei weiter steigenden Kosten für den medizinisch-technischen Fortschritt, in wirtschaftlicher Krise und in Zeiten des demografischen sowie des Klimawandels zu gewährleisten. Im Positionspapier „Echte Arzneimittelinnovationen fördern und die Versorgung stärken“ hatte der GKV-Spitzenverband bereits im Sommer 2021 Vorschläge unterbreitet, die sich an folgenden Kriterien orientieren:

- robuste Evidenz
- hohe Versorgungsqualität
- angemessene Preise

Diese Vorschläge wird der GKV-Spitzenverband weiterentwickeln und 2023 mit Nachdruck in den politischen Diskurs zu den bereits gesetzlich angelegten weiteren Reformen einbringen.

Arzneimittelfestbeträge wirken

Festbeträge machen sich Preisunterschiede von im Wettbewerb stehenden Arzneimitteln zunutze. Dadurch tragen sie maßgeblich zu einer dauerhaft finanzierbaren Arzneimittelversorgung bei. Angesichts hoher Inflationsraten und steigender Herstellungskosten fordert die Pharmaindustrie insgesamt höhere Festbeträge. Dabei wird verkannt, dass die Preise für im Wettbewerb stehende Festbetragsarzneimittel frei bestimmt werden können. Und das funktioniert: Viele Preise liegen noch unterhalb der jeweiligen Festbeträge.

Ergänzend zur Festbetragsregelung kann der GKV-Spitzenverband besonders preisgünstige Arzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro freistellen, wenn dadurch höhere Einsparungen für die Solidargemeinschaft zu erwarten sind. Auf dieser Grundlage werden 10,3 % aller Festbetragsarzneimittel von den Herstellern zuzahlungsfrei vertrieben, das heißt mit Preisen um mindestens 30 % unter dem jeweiligen Festbetrag (Stand: 1. Januar 2023).

Festbetragsänderungen 2022

Der GKV-Spitzenverband überprüft regelmäßig den Arzneimittelmarkt und passt die Festbeträge bedarfsorientiert an eine veränderte Marktlage an. Entsprechend können Festbeträge nicht nur gesenkt, sondern auch angehoben werden. 2022 gab es folgende Änderungen:

- Absenkung in 47 Gruppen
- Anhebung in 15 Gruppen
- Aufhebung in 15 Gruppen
- Erstmalige Festsetzung in 12 Gruppen
- Beibehaltung in 374 Gruppen

Insgesamt führen die Festbetragsfestsetzungen des Jahres 2022 zu zusätzlichen Einsparungen in Höhe von über 400 Mio. Euro pro Jahr.

Preise für im Wettbewerb stehende Festbetragsarzneimittel können frei bestimmt werden – und das funktioniert.

Festbetragsmarkt zum 1. Januar 2023

Gruppierung nach § 35 SGB V	Stufe 1 Identische Wirkstoffe	Stufe 2 Pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe	Stufe 3 Therapeutisch vergleichbare Wirkung	Gesamt
Festbetragsgruppen	316	68	63	447
mit	224 Wirkstoffen	186 Wirkstoffen	167 Wirkstoffkomb.	
Umsatz [€]	6,4 Mrd.	6,6 Mrd.	2,3 Mrd.	15,3 Mrd.
Verordnungen	223,8 Mio.	231,3 Mio.	63,7 Mio.	518,8 Mio.
Packungen	18.857	10.797	6.452	36.106

Impfstoffausgaben im Fokus

Die Mehrausgaben für Gripeschutzimpfungen gehen mit steigenden Durchimpfungsraten und einem verbesserten Impfschutz einher.

Im Zuge der Pandemie und insbesondere im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen das neuartige Coronavirus geriet der bisher eher kleine Bereich der Impfstoffversorgung verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit. Betrug die Impfstoffausgaben für Impfungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2017 etwas über 1 Mrd. Euro, so lagen sie 2021 mit knapp 1,8 Mrd. Euro fast 75 % darüber. Aufgrund der großen monetären Bedeutung der Gripeschutzimpfungen schwanken die Ausgaben für Impfstoffe zwischen den Quartalen erheblich.

Höhere Durchimpfungsraten und besserer Schutz

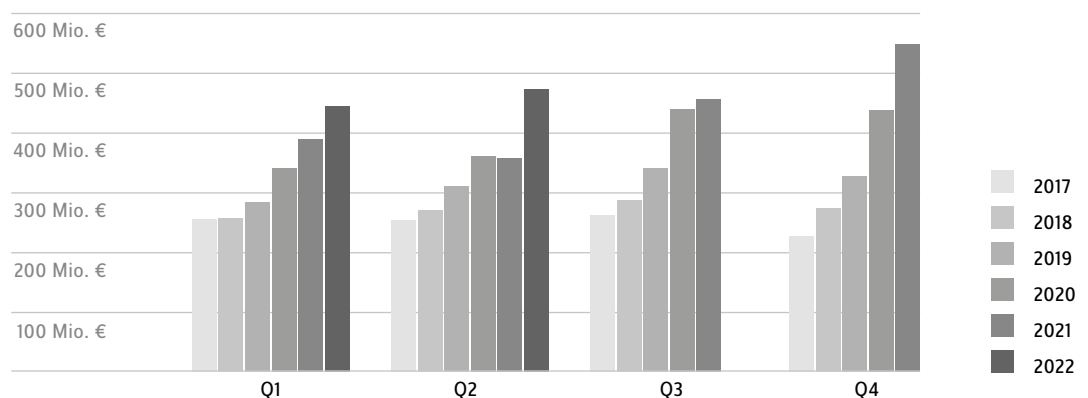
Der steigende Ausgabentrend beruht auf mehreren unterschiedlichen Effekten. So lässt sich der deutliche Anstieg beim Vergleich der dritten und vierten Quartale der Jahre 2019 und 2020 insbesondere auf die gestiegene Impfbereitschaft bei der saisonalen Gripeschutzimpfung im Zuge der Corona-Pandemie zurückführen. Während im zweiten Halbjahr 2019 ca. 14 Mio. Dosen abgerechnet wurden, waren es im zweiten Halbjahr 2020 mehr als 19 Mio. Dosen. Die daraus resultierenden Mehrausgaben gehen mit steigenden Durchimpfungsraten einher.

Durch die geänderte Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO), ab der Grippeimpfsaison 2021/2022 für die Gripeschutzimpfung bei über 60-Jährigen einen neuen, hochdosierten Impfstoff einzusetzen, gewann dieser hochpreisige Impfstoff auf Anhieb einen hohen Marktanteil. So wuchsen die durchschnittlichen Ausgaben der GKV für eine Dosis der Gripeschutzimpfung von durchschnittlich 12,30 Euro im zweiten Halbjahr 2020 auf 24,23 Euro im zweiten Halbjahr 2021. Ausweislich der Empfehlung der STIKO führen diese Mehrausgaben zu einem verbesserten Impfschutz, der idealerweise Erkrankungen verhindert.

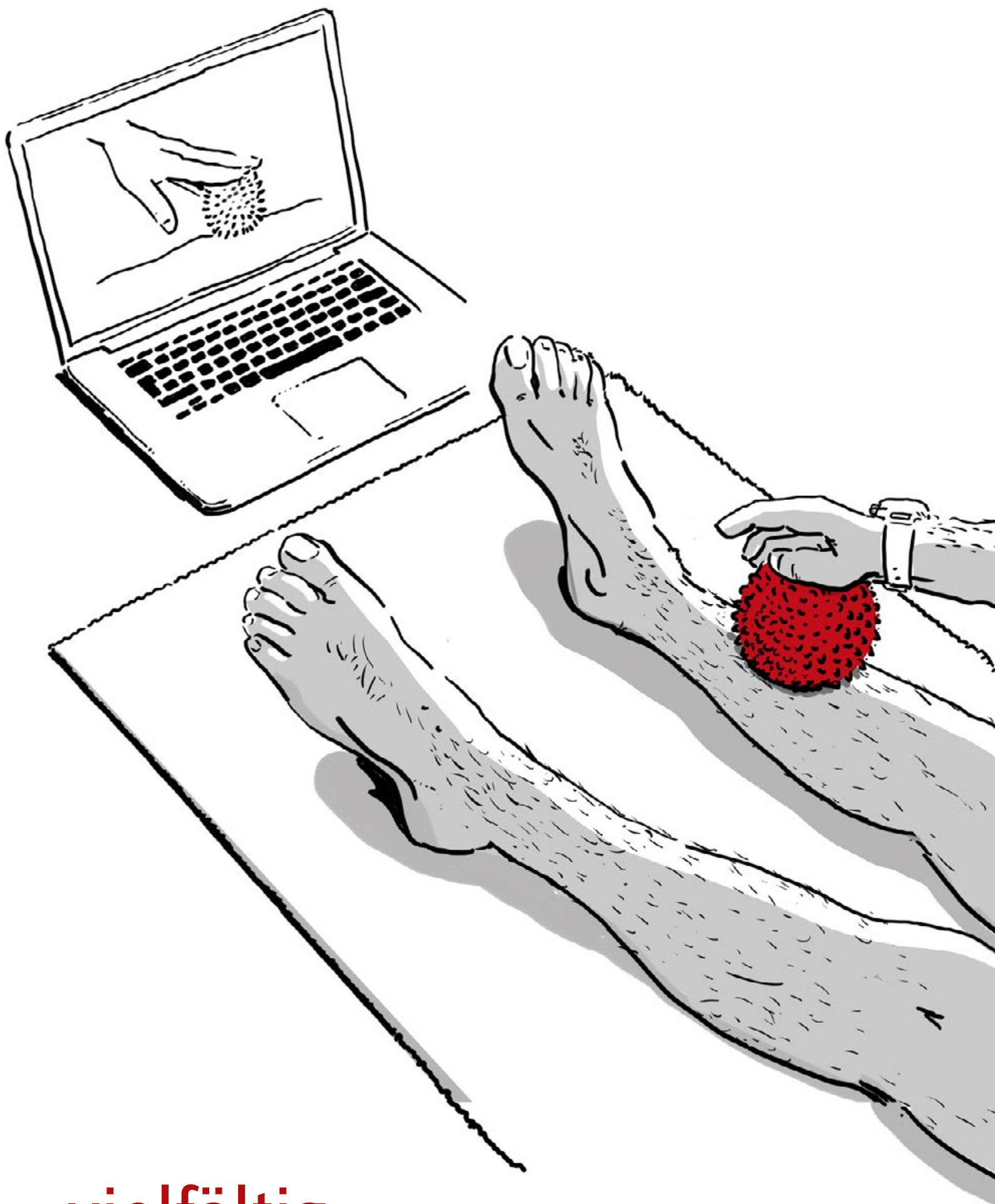
Preissteigerung ohne gesundheitlichen Mehrwert

Im Gegensatz zum Arzneimittelmarkt gibt es im Markt für Impfstoffe keine wirksamen Instrumente zur Preisregulierung. Dies zeigt sich insbesondere beim Impfstoff gegen Herpes Zoster. Während die Zahl der abgerechneten Impfstoffdosen im vierten Quartal 2021 nur um 3,5 % über den Zahlen des vierten Quartals 2020 lagen, stiegen die Ausgaben um knapp 58 %. So stiegen die durchschnittlichen Kosten je Impfstoffdosis von knapp 105 Euro auf knapp 160 Euro. Durch diese Mehrausgaben wird kein zusätzlicher Nutzen für die Bevölkerung geschaffen.

Entwicklung der Impfstoffausgaben, quartalsweise



Quelle: KJ1, Konto 5186/Konto 5190; Darstellung: GKV-Spitzenverband



vielfältig

Digital, in der Praxis und beim Hausbesuch - die Stimme, der Bewegungsapparat und die Feinmotorik - mit konkreter ärztlicher Verordnung und in Zukunft mit mehr therapeutischer Freiheit durch eine Blankoverordnung: Die Heilmittelversorgung der GKV entwickelt sich so vielfältig, wie die Patientinnen und Patienten es benötigen.

Neue Möglichkeiten in der Heilmittelversorgung

Nachdem im Jahr 2021 in allen Heilmittelbereichen jeweils ein bundesweiter Vertrag einschließlich Vergütungsvereinbarung in Kraft treten konnte, lag der Schwerpunkt im Jahr 2022 bei den Verhandlungen über Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung und bei den Vereinbarungen zu telemedizinischen Leistungen als Möglichkeit der Regelversorgung. In der Podologie wurde die Nagelspangenbehandlung als neue Leistung in die Verträge aufgenommen.

Verhandlungen zu Blanko-Verträgen

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz waren die Verhandlungspartner auf Bundesebene beauftragt, Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung zu vereinbaren, sogenannte Blanko-Verträge. Die Therapeutin oder der Therapeut können nach vorheriger ärztlicher Indikationsstellung selbst über die Art, Menge und Frequenz der Heilmittelbehandlung entscheiden. Gesetzlich sollten die Verträge bis zum 30. September 2021 geschlossen werden. Zwischenzeitlich war die Fristvorgabe zum Vertragsschluss aus dem Gesetz gestrichen worden, was den Verhandlungspartnern mehr Zeit und Flexibilität

verschafft, die drängenden Fragen zur Umsetzung der Blanko-Verträge zu beraten. Dabei erweisen sich insbesondere die Übernahme der wirtschaftlichen Verantwortung durch die Therapeutinnen und Therapeuten sowie Art und Umfang der geeigneten Indikationen als herausfordernd. Die Verhandlungen dauern an bzw. es wurde einvernehmlich eine Verlängerung der Verhandlungsfrist vereinbart.

Heilmittelbehandlungen per Video möglich

Bis April 2022 waren ausgewählte Heilmittelbehandlungen per Video auf Grundlage der Corona-Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) möglich. Um diese neuen Versorgungsmöglichkeiten in die Regelversorgung zu überführen, hat der Gesetzgeber mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz einen verbindlichen Anspruch für Versicherte auf telemedizinisch erbringbare Heilmittel geschaffen. Grundlegende Anforderungen an Heilmittelbehandlungen per Video hat der G-BA daraufhin in seinen Heilmittel-Richtlinien festgelegt. Auf dieser Grundlage haben der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Berufsverbände der Heilmittelerbringer zeitnah die notwendigen vertraglichen Einzelheiten getroffen, etwa zur Frage, welche Leistungen in welchem Umfang telemedizinisch erbracht werden können

Mit dem Digitale-Versorgung- und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz hat der Gesetzgeber einen verbindlichen Anspruch für Versicherte auf telemedizinisch erbringbare Heilmittel geschaffen.



Umfang telemedizinisch erbringbarer Behandlungseinheiten (Anteil an Gesamtverordnung)

Physiotherapie:

- Allgemeine Krankengymnastik als Einzel- oder Gruppenbehandlung, bis zu 50 %
- Spezielle Krankengymnastik zur Behandlung schwerer pulmonaler Erkrankungen, bis zu 50 %
- Behandlungen von Erkrankungen des Zentralnervensystems, bis zu dreimal
- Manuelle Therapie (einmal)

Ergotherapie: je Quartal auf 30 % aller Behandlungen einer zugelassenen Heilmittelpraxis

Ernährungstherapie: generell bis zu 50 %

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie: je Kalenderjahr bis zu 30 % aller Behandlungen einer zugelassenen Heilmittelpraxis

und welche technischen Voraussetzungen auch mit Rücksicht auf den Gesundheitsdatenschutz einzuhalten sind.

Für die Bereiche Physiotherapie und Ernährungstherapie konnte rechtzeitig mit Auslaufen der G-BA-Sonderregelungen zum 1. April 2022 eine Vereinbarung über telemedizinische Leistungen auf dem Verhandlungsweg geschlossen werden. Für den Bereich Ergotherapie wurde die Vereinbarung zu telemedizinischen Leistungen am 25. September 2022 von der Schiedsstelle festgesetzt. Behandlungen per Video sind danach seit dem 1. Oktober 2022 grundsätzlich für alle vorrangigen ergotherapeutischen Heilmittel möglich. Die Menge telemedizinischer Behandlungen ist jedoch je Quartal auf 30 % aller Behandlungen einer zugelassenen Heilmittelpraxis begrenzt.

Für den Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie setzte die Schiedsstelle am 15. November 2022 die Vereinbarung über telemedizinische Leistungen fest. Grundlage des Schiedsspruchs bildete eine bereits getroffene Übergangvereinbarung, die in weiten Teilen übernommen wurde. Behandlungen per Video sind auch hier grundsätzlich für alle stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutischen Maßnahmen möglich, soweit die oder der Ver-

sicherte in der Lage ist, aktiv am Therapieprozess teilzunehmen und keine Gefahr für die Patientensicherheit besteht. In allen Bereichen gilt, dass für telemedizinische Leistungen ausschließlich zertifizierte Videodienstleister genutzt werden dürfen, damit ein sicherer Umgang mit den sensiblen Gesundheitsdaten der Versicherten gewährleistet ist.

Nagelspannbehandlung als neue podologische Leistung

Der G-BA hat die podologische Behandlung eingewachsener Zehennägel zum 1. Juli 2022 als neue Leistung in den Heilmittelkatalog aufgenommen. Bis dahin war das Anlegen einer Nagelspanne zulasten der GKV eine rein ärztliche Leistung. Der GKV-Spitzenverband konnte sich gemeinsam mit den maßgeblichen Berufsverbänden rechtzeitig auf die notwendigen vertraglichen Regelungen und die Vergütung einigen, sodass die neue Leistung seit 1. Juli 2022 verordnet und abgerechnet werden kann. Für die Behandlung stehen drei unterschiedliche Spangensysteme zur Verfügung, aus denen die Podologinnen und Podologen das für die jeweilige Therapiesituation am besten geeignete Spangensystem frei wählen können.

Der G-BA hat die podologische Behandlung eingewachsener Zehennägel zum 1. Juli 2022 als neue Leistung in den Heilmittelkatalog aufgenommen.

Heilmittelerbringerliste als Serviceangebot für Versicherte

Mit der hinterlegten Kartenfunktion können die nächstgelegenen Praxen im gewählten Umkreis gesucht werden.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde die gesetzliche Grundlage für eine öffentlich zugängliche Übersicht über Heilmittelerbringer geschaffen. Ob Physiotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie, Podologie oder Ernährungstherapie: In der neuen Heilmittelerbringerliste sind alle Fachrichtungen zu finden. Die aufgeführten Heilmittelpraxen dürfen Leistungen für Versicherte aller gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

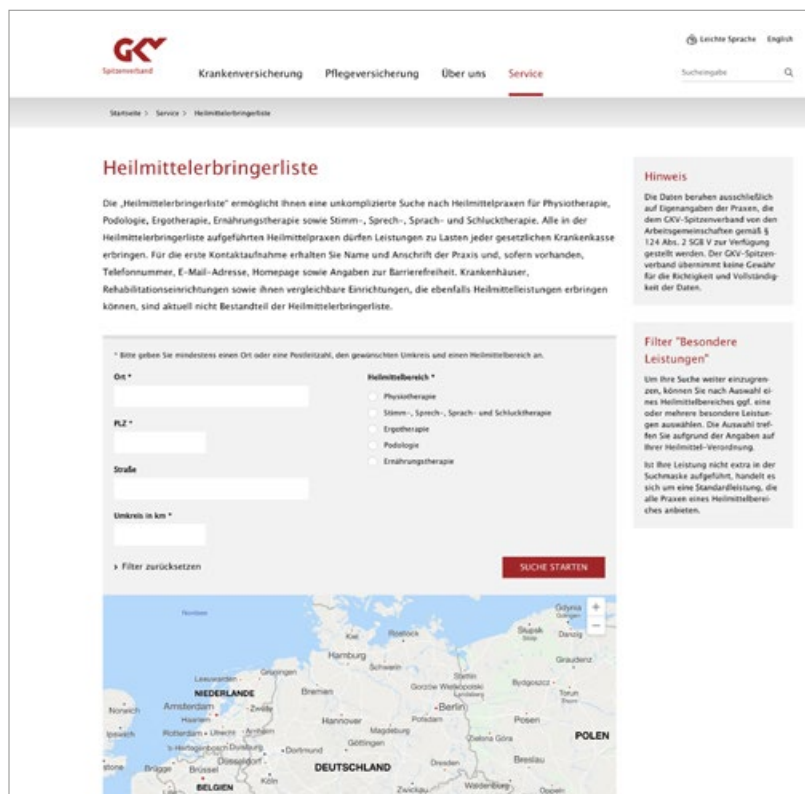
In der nutzerfreundlichen Datenbank finden Versicherte für eine erste Kontaktaufnahme Name sowie Anschrift der Praxis und - sofern von den Praxen gemeldet - Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Website. Mit der hinterlegten Kartenfunktion können die nächstgelegenen Praxen im gewählten Umkreis gesucht werden. Die Heilmittelerbringerliste ist auf der Website des GKV-Spitzenverbandes öffentlich zugänglich: <https://www.gkv-spitzenverband.de/service/heilmittelerbringer/heilmittelerbringer.jsp>

Daten aus erster Hand

Grundlage der Heilmittelerbringerliste sind die Zulassungsdaten, die die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband übermitteln. Die Arbeitsgemeinschaften erhalten diese Daten wiederum aus erster Hand, nämlich unmittelbar von den zugelassenen Praxen im jeweiligen Heilmittelbereich. Erforderliche Korrekturen oder Aktualisierungen der Daten können Praxisinhaberinnen und -inhaber direkt bei der für ihr Bundesland zuständigen Arbeitsgemeinschaft veranlassen. Die aktualisierten Informationen werden regelmäßig und automatisch in die Heilmittelerbringerliste übernommen. Die Kontaktdaten (wie Telefonnummer oder E-Mail) werden von den Heilmittelpraxen nach und nach eigenverantwortlich den zuständigen Arbeitsgemeinschaften gemeldet und von diesen in den Datenbestand eingepflegt, sodass sich der Informationsgehalt der Heilmittelerbringerliste stetig verbessert.

Weiterentwicklung der Heilmittelerbringerliste

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen sowie ihnen vergleichbare Einrichtungen, die ebenfalls Heilmittel ambulant erbringen können, sind aktuell noch nicht Bestandteil der Heilmittelerbringerliste, werden aber in naher Zukunft in diese aufgenommen. Weitere Zusatzinformationen, z. B. zum rollstuhlgerechten Zugang, zur Barrierefreiheit oder auch zu möglichen Zusatzausstattungen in der Physiotherapie, werden sukzessive Bestandteil der Heilmittelerbringerliste sein. Ziel ist es, ein umfassendes und einfach handbares Tool für die gesetzlich Versicherten, die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige zu schaffen.





unterstützend

Gesetzlich Krankenversicherte sollen auch langfristig einen mehrkostenfreien Zugang zu modernen, qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln haben. Die Politik ist gefordert, den enormen Preissteigerungen wirksam entgegenzutreten.

Hilfsmittelversorgung braucht Qualität und Wirtschaftlichkeit

Eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung eröffnet vielen Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen oder Behinderungen ein weitgehend selbstständiges und unabhängiges Leben. Es ist daher wichtig, dass die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch langfristig einen mehrkostenfreien Zugang zu modernen, qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln haben.

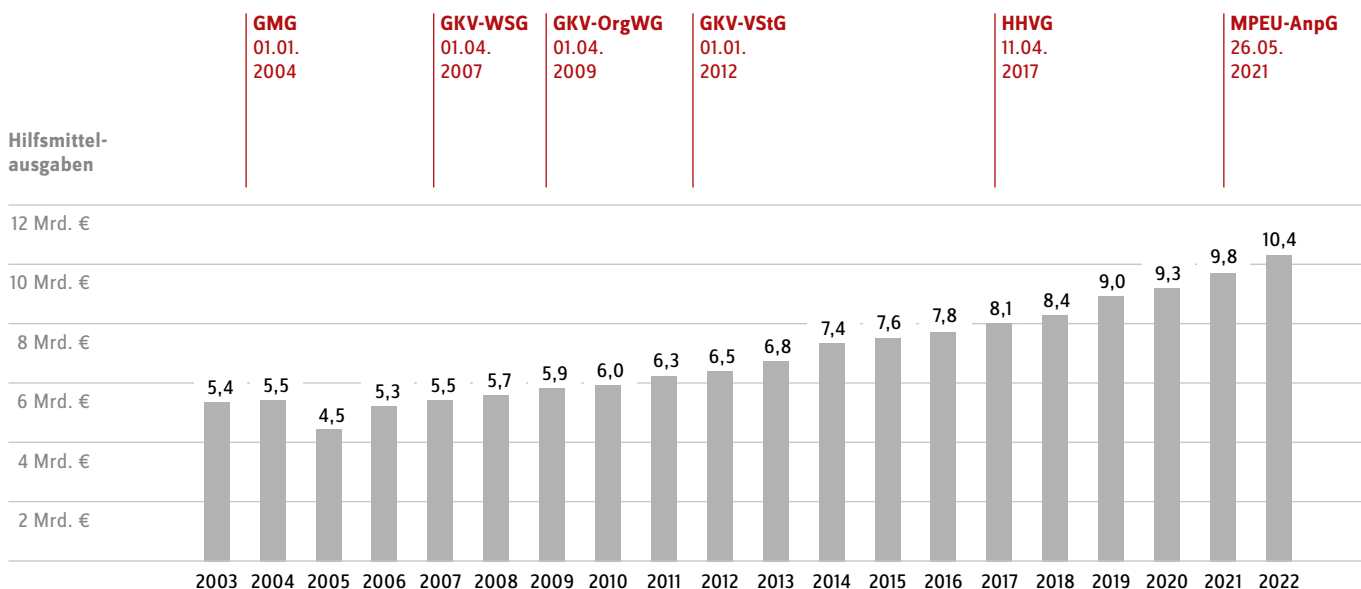
Die Gesamtfortschreibung des Hilfsmittelverzeichnis hat zu einem hohen Versorgungsstandard geführt und bildet die Grundlage der Versorgungsverträge. Gesetzgeberische Entscheidungen in den letzten Jahren haben allerdings zunehmend dazu beigetragen, dass die Wirtschaftlichkeit inzwischen in den Hintergrund geraten ist und der bürokratische Aufwand für die Sicherstellung einer qualitätsorientierten Hilfsmittelversorgung stellenweise nicht mehr im Einklang mit dem erwarteten Nutzen steht.

Überproportionale Ausgabensteigerungen bei Hilfsmitteln

Die jährlichen Hilfsmittelausgaben sind in den letzten zehn Jahren um fast 57 % auf annähernd 10 Mrd. Euro angewachsen – eine überproportionale Steigerung verglichen mit anderen GKV-Leistungsbereichen. Ohne durchgreifende Gegensteuerung dürfte sich dieser Trend in Zukunft weiter fortsetzen. Die Ausgabendynamik im Hilfsmittelbereich konnte lange Zeit insbesondere durch Festbetragsregelungen und Ausschreibungen abgeschwächt werden. Gesetzgeberische Eingriffe in Qualität und Wirtschaftlichkeit und die Rechtsprechung haben dazu geführt, dass diese den Krankenkassen zugestandenem Wettbewerbsinstrumente nicht mehr angewendet werden können.

Anbieter von Hilfsmitteln oder deren Verbände treten zudem zunehmend in Preisverhandlungen mit den Krankenkassen als Verhandlungsgemein-

Ausgabenentwicklung Hilfsmittel und relevante Reformen (2003-2022)



Quelle: KJ 1, für 2022 KV 45 (vorläufige Finanzergebnisse); Darstellung: GKV-Spitzenverband

schaft auf oder stimmen sich im Rahmen von Verhandlungen unter Ausnutzung ihrer Marktmacht ab. Faire Verhandlungen sind für die Krankenkassen nicht mehr möglich, und der Wettbewerb wird in vielen Versorgungsbereichen vollends zum Erliegen gebracht. Ein solches abgestimmtes Verhalten hat bereits das Bundeskartellamt auf den Plan gerufen. Ungeachtet dessen braucht es auch Klarstellungen im Gesetz, die ein solches Verhalten der Leistungserbringenden unterbinden.

Darüber hinaus können infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 7. April 2022 Festbeträge für Hilfsmittel nicht mehr rechtssicher festgesetzt werden. Eines der letzten effektiven Wettbewerbsinstrumente im Hilfsmittelbereich ist nun nicht mehr anwendbar.

Forderungen des GKV-Spitzenverbandes

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Kassenarten auf Bundesebene die Steuerungsinstrumente im Einzelnen analysiert und Vorschläge zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Hilfsmittelversorgung entwickelt. Hieraus lassen sich folgende zentrale Forderungen ableiten:

- Die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Hilfsmittel-Leistungserbringenden sind wieder wettbewerblich auszurichten. Dazu sind die vertraglichen Handlungsspielräume gesetzlich zu erweitern und wirksame Wettbewerbsinstrumente wie die Möglichkeit von öffentlichen Ausschreibungen zu etablieren, die rechtssicher und praktikabel ausgestaltet sein müssen.

- Kooperationen auf Leistungserbringerseite und Verhaltensweisen, die dazu geeignet sind, Wettbewerb zu verhindern, einzuschränken oder zu verfälschen, sind durch gesetzliche Regelungen und Sanktionsmaßnahmen zu unterbinden. Dies ermöglicht faire Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen sowie für einzelne Leistungserbringende und garantiert damit die Anbietervielfalt.
- GKV-Versicherte können im Hilfsmittelbereich Leistungen wählen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Damit die Versicherten von den Leistungserbringenden nicht zu teureren, übermäßigen Versorgungsgedrängt oder unzureichend über die Möglichkeit mehrkostenfreier Versorgung informiert werden, ist mehr Transparenz über die Gründe erforderlich, warum die Versicherten eine Mehrkostenversorgung gewählt haben. Um die Versicherten insofern vor Übervorteilung zu schützen, müssen die Leistungserbringenden den Krankenkassen die entsprechenden Informationen grundsätzlich auch elektronisch mit der Abrechnung zur Verfügung stellen.
- Bürokratie ist auf das tatsächlich notwendige Maß zurückzuführen. Dazu bedarf es insbesondere der Streichung von unangemessenen oder einrichtungsbezogenen Betreiberpflichten, der Überprüfung der den Krankenkassen aufgegebenen Informationspflichten über die Vertragsinhalte, der Reduzierung von Überwachungspflichten im Rahmen der Präqualifizierung und des Wegfalls unnötiger Dokumentationspflichten.

Die jährlichen Hilfsmittelausgaben sind in den letzten zehn Jahren um rund 57 % auf annähernd 10 Mrd. Euro angewachsen.

Transparenz über Mehrkosten für Hilfsmittel

Der GKV-Spitzenverband hat seinen vierten Mehrkostenbericht für das Berichtsjahr 2021 veröffentlicht. Diesem liegen mehr als 29 Mio. Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabenvolumen für die Krankenkassen von fast 10 Mrd. Euro zugrunde.

Hilfsmittel ohne Mehrkosten sind die Regel

Mit rund 80 % erfolgte der überwiegende Teil der Versorgung ohne zusätzliche Kosten (Mehrkosten) für die Versicherten. Fielen Mehrkosten an, so waren diese im Durchschnitt nur moderat im Verhältnis zu den allgemeinen Preissteigerungen gestiegen. Als längerfristiger Trend ab dem Basisbericht 2019 ist erkennbar, dass eine Hilfsmittelversorgung ohne Mehrkosten der Versicherten vom Grundsatz her möglich ist und auch überwiegend realisiert wird. Als Garant für einen hohen Versorgungsstandard steht dabei das in den letzten Jahren konsequent weiterentwickelte Hilfsmittelverzeichnis.

Als Garant für einen hohen Versorgungsstandard steht das in den letzten Jahren konsequent weiterentwickelte Hilfsmittelverzeichnis.

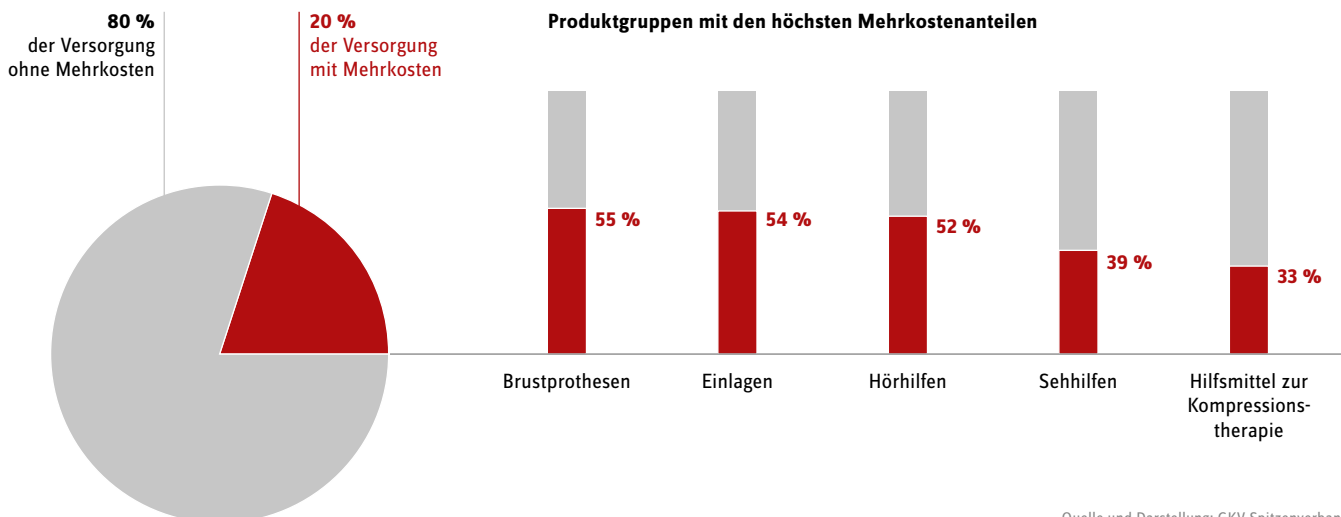
Auffälligkeiten in einzelnen Produktgruppen

Insgesamt variiert der Mehrkostenanteil in den verschiedenen Produktgruppen zwischen 0,02 % und 55 %. In 24 von 38 Produktgruppen lag der Anteil der Versorgungsfälle mit Mehrkosten bereits durchgängig seit drei Jahren unter 5 %. Bei den in der folgenden Tabelle aufgeführten Produktgruppen wurden jeweils in mehr als 30 % der Versorgungsfälle Mehrkostenzahlungen dokumentiert. Die Ergebnisse der mehrkosten-trächtigen Produktbereiche beeinflussen das Gesamtergebnis maßgeblich.

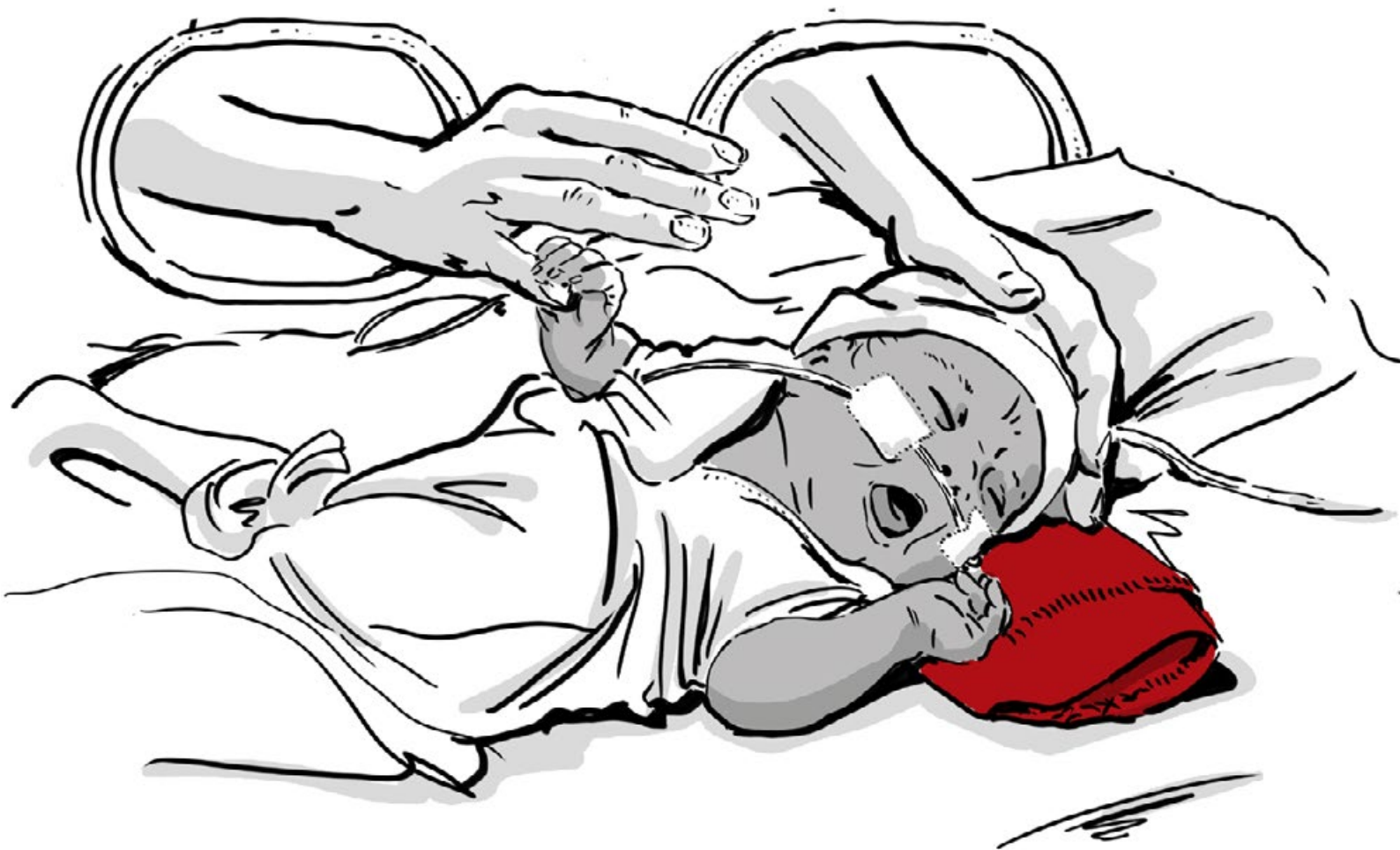
Transparenz über Gründe für Mehrkosten erforderlich

Mehrkosten sind Ausdruck der Wahlfreiheit der Versicherten, wenn von ihnen ausdrücklich Leistungen gewünscht werden, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen. Ob und inwieweit der Mehrkostenanteil die tatsächlichen Wünsche der Versicherten widerspiegelt, kann allerdings nur beurteilt werden, wenn dem GKV-Spitzenverband auch flächendeckend qualitative Versorgungsdaten zur Verfügung gestellt werden. Hierfür sind die gesetzlichen Regelungen aber unzureichend.

Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung 2021



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



qualitätsgeprüft

Qualitätssicherung ist der Schlüsselfaktor für eine adäquate, patientengerechte Versorgung, wenn Qualitätsergebnisse auch für die Gestaltung der Versorgung genutzt werden.

Licht und Schatten bei G-BA-Erprobungsstudien

Erstmals werden Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht belegt ist, im Rahmen von klinischen Studien zulasten der Beitragszahlenden angeboten.

Im Jahr 2020 gingen die ersten drei Erprobungsstudien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu neuen Behandlungsmethoden in die Umsetzungsphase. Erstmals werden damit seither Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht belegt ist, im Rahmen von klinischen Studien zulasten der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten. 2022 wurden weitere Studien vorbereitet und begonnen.

Unklarer Nutzen, hohe Kosten

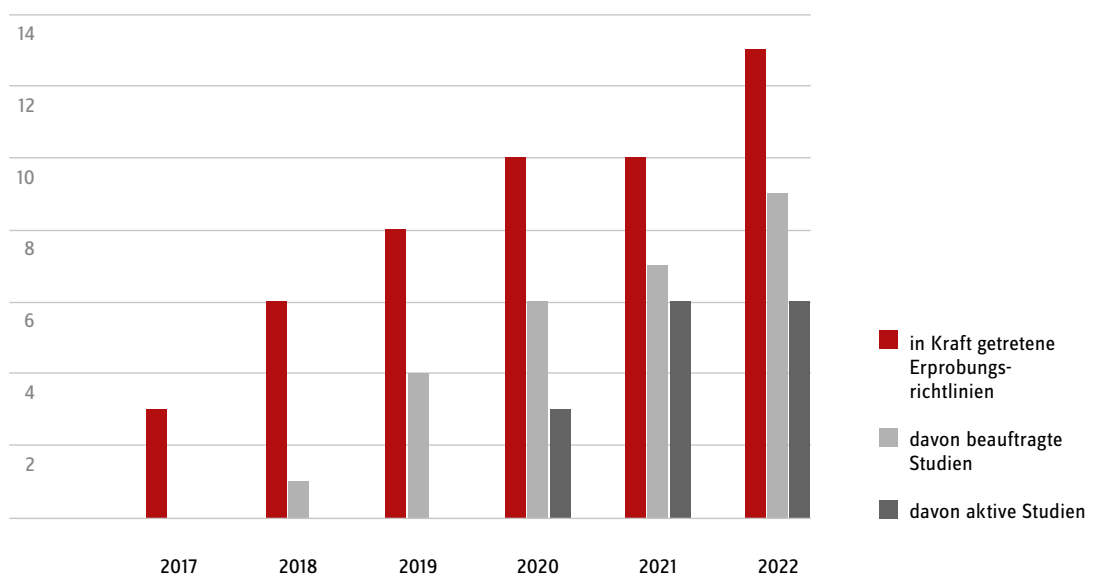
Die Erprobungsstudien finanzieren sich gemäß Gesetz über zwei Wege: Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung trägt der G-BA, der dafür über den Systemzuschlag

auf Mittel der GKV zugreift. Die im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten medizinischen Leistungen werden direkt von den Krankenkassen vergütet. Mit den Studien soll geklärt werden, ob die zu untersuchenden neuen Behandlungsmethoden die an sie gestellten Erwartungen erfüllen und ob sie tatsächlich zu besseren Behandlungsergebnissen führen als die Standardtherapie. Dazu werden geeignete Patientinnen und Patienten zwei Gruppen zugelost: Eine Gruppe erhält die zu erprobende Behandlung, die andere die Standardtherapie.

Pandemiebedingte Verzögerungen

Im Jahr 2022 waren sechs klinische Studien des G-BA „aktiv“, das heißt, es wurden Patientinnen und Patienten aufgenommen und behandelt. Drei Erprobungsstudien waren beauftragt und

Kumulierte Darstellung des Status der Erprobungsstudien des G-BA, Stand November 2022



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss; Darstellung: GKV-Spitzenverband

in Vorbereitung. In fast allen Studien lagen die tatsächlichen Teilnehmendenzahlen hinter der geplanten Rekrutierung zurück. Als wesentlicher Grund hierfür wird von den Verantwortlichen die Corona-Pandemie angeführt. Viele der beteiligten Studienzentren und administrativen Abteilungen waren über längere Zeit nur eingeschränkt erreichbar oder haben ihr Versorgungsangebot einschränken müssen. Dadurch verzögerten sich die Vertragsschlüsse mit vielen Kliniken und Praxen. Ferner wurde aufgrund der Pandemie und der damit verbundenen Freihaltung von Krankenhauskapazitäten die Durchführung zahlreicher elektiver Eingriffe zurückgestellt.

Großes Interesse an Liposuktions-Studie

Eine Ausnahme bildete die Studie zur Liposuktion (Fettabsaugung) bei einem Lipödem. Zwar führte die Pandemie zunächst auch hier dazu, dass die Rekrutierung der ausschließlich weiblichen Patientinnen später als geplant begann. Allerdings überstieg bereits vor Studienbeginn die große Anzahl an Interessentinnen die Zahl der Teilnahmepplätze um ein Vielfaches. Bei der zu erprobenden Behandlung handelt es sich um eine medizinische Leistung, für die bisher fast ausschließlich Privatzahlungen in Höhe von mehreren tausend Euro notwendig waren. Im Rahmen der Studie werden diese Kosten von den Krankenkassen übernommen. Die Studie soll die Frage beantworten, ob eine Liposuktion den betroffenen Patientinnen langfristig hilft und der damit verbundene Nutzen die operationsbedingten Risiken übersteigt. Nur wenn sich dies bestätigt, kann diese medizinische Leistung von der Solidargemeinschaft finanziert werden – so fordert es das Qualitätsgebot der GKV.

Herstellieranträge nicht immer versorgungsrelevant?

Eine andere geplante Studie kam nicht zustande: Auf Antrag des Herstellers eines Medizinprodukts sollte der Nutzen von elektromagnetischen Feldern bei Heilungsstörungen der langen Röhrenknochen nach Brüchen untersucht werden. Der G-BA hatte insgesamt drei Vergabeverfahren zur

Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtung durchgeführt, die allesamt erfolglos verliefen, da von solchen Einrichtungen keine Teilnahmeanträge gestellt wurden. In der Folge wurde das Erprobungsverfahren eingestellt. Das mangelnde Interesse an einer Studiendurchführung könnte damit zusammenhängen, dass die entsprechende Methode in der Versorgung als nicht relevant eingeschätzt wird. Leider ist es dem G-BA auch in solchen Fällen nur eingeschränkt möglich, sich von vornherein gegen die Durchführung der Erprobungsstudien zu entscheiden.

Die Studie geht der Frage nach, ob eine Liposuktion den betroffenen Patientinnen langfristig hilft und der damit verbundene Nutzen die operationsbedingten Risiken übersteigt.



Fragestellungen der laufenden Erprobungsstudien des G-BA

- CAMOPed: Führt bei Patientinnen und Patienten mit Ruptur des vorderen Kreuzbands, die eine standardisierte physiotherapeutische Rehabilitation erhalten, der Einsatz einer aktiven Kniebewegungsschiene (CAM-Schiene) gegenüber einer Behandlung ohne CAM-Schiene zu einer Verbesserung der Gelenkfunktion?
- LIPLEG: Welchen Nutzen hat eine Liposuktion bei Lipödem im Vergleich zu einer alleinigen konservativen, symptomorientierten Behandlung – insbesondere unter Einsatz der komplexen physikalischen Entstauungstherapie?
- MARGI-T: Welche möglichen Vorteile, aber auch Nachteile hat eine magnetresonanztomografie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie gegenüber einer operativen Myom-Entfernung bei Patientinnen mit Uterus-Myom?
- PASSPORT-HF: Lässt sich die Therapie von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III optimieren, wenn der Blutdruck kontinuierlich mittels eines implantierten Sensors in der Lungenarterie gemessen und überwacht wird?
- TES-RP: Welchen therapeutischen Nutzen hat eine transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa?
- TOTO: Ist bei Patientinnen und Patienten mit rezidivierender akuter Tonsillitis – und einer generellen Indikationsstellung für ein operatives Vorgehen – eine Tonsillotomie gegenüber einer Tonsillektomie nicht unterlegen?

Neue Pflegeausbildung weiterentwickeln

Mit dem Inkrafttreten des neuen Pflegeberufgesetzes Anfang 2020 wurden die Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung grundlegend geändert. Den zentralen, generalistischen Berufsabschluss stellt jetzt die Pflegefachfrau bzw. der Pflegefachmann dar. Zudem besteht ein Wahlrecht, sich im dritten Ausbildungsjahr zu spezialisieren. Die beiden möglichen spezialisierten Abschlüsse sind mit

Auf die herausfordernde Intensivpflege von Kindern zwischen Leben und Tod muss das einzusetzende Personal gut vorbereitet werden.

den Abschlüssen des alten Krankenpflegegesetzes gleichzusetzen. In fünf seiner Richtlinien im Intensivpflegebereich wurden

die neuen Berufsabschlüsse vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) berücksichtigt. Bisher ist einer dieser Richtlinienbeschlüsse in der Kinderonkologie in Kraft getreten.

Kernkompetenzen fundiert vermitteln

Der GKV-Spitzenverband konnte bei den hochkontroversen G-BA-Beratungen überzeugend einbringen, dass zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität zum Schutz der besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten bestimmte Kompetenzen unabdingbar sind. Bei detaillierter Betrachtung der Ausbildungsinhalte nach dem Pflegeberufgesetz wird mit Blick auf die besonderen Herausforderungen der Kinderintensivpflege deutlich, dass bei den generalistischen Abschlüssen die relevanten Kompetenzen in der Ausbildung nicht ausreichend vermittelt werden. Dabei sind in einer Zeit des Pflegepersonal-Notstands fundiert erlernte Kompetenzen für eine nachhaltige Personalgewinnung und -erhaltung essenziell. Auf die herausfordernde Intensivpflege

von Kindern zwischen Leben und Tod muss das einzusetzende Personal gut vorbereitet werden. Wenn den Auszubildenden nicht die Zeit und die nötigen Inhalte an die Hand gegeben werden, ist eine fachliche und persönliche Überforderung in der späteren Praxis absehbar. Im Ergebnis kann dies dazu führen, dass viele junge Pflegekräfte nach der Ausbildung den Beruf nach kurzer Zeit wieder verlassen. Auch dem vorhandenen Pflegepersonal würden weitere Belastungen auferlegt, wenn junge Pflegekräfte an ihrer Seite die relevanten Grundlagen nicht beherrschen. Mit der zusätzlichen Abwanderung von kompetenten, engagierten und erfahrenen Pflegekräften wäre zu rechnen.

Positionierung: Generalistischer Abschluss stellt nur eine Grundausbildung dar

Der GKV-Spitzenverband konnte deutlich machen, dass ein generalistischer Abschluss zwar eine gute Grundausbildung darstellt, aber nicht die notwendige und spezifische Fachausbildung ersetzen kann, die für die Behandlung ganz besonderer Patientengruppen, wie z. B. junger Krebspatientinnen und -patienten oder Frühgeborener, benötigt wird. Es darf daher weder an praktischer Erfahrung noch an inhaltlicher Qualität einer spezialisierten Ausbildung gespart werden. Durch die Anforderungen in den überarbeiteten Richtlinien werden bewährte Kompetenzstandards weiterhin gewahrt. Pflegekräfte mit den generalistischen Abschlüssen in der Kinderkrankenpflege dürfen nicht ohne eine Zusatzqualifikation in den besonders vulnerablen Versorgungsbereichen eingesetzt werden.

Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) will die datengestützte Qualitätssicherung (QS) bei der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten weiterentwickeln und diese insgesamt in der Datenerhebung aufwandsärmer und bezogen auf die Qualitätsprobleme zielgerichteter aufstellen. In einem Eckpunktepapier hat der G-BA im April 2022 einen Maßnahmenkatalog zu deren Optimierung beschlossen. Dabei konnten maßgebliche Positionen des GKV-Spitzenverbandes Eingang finden. Diese Eckpunkte werden zurzeit umgesetzt.

QS-Verfahren auf den Prüfstand bringen

Aufgrund des medizinischen Fortschritts sind die kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung der QS-Verfahren notwendig. Lassen sich mit den verwendeten Instrumenten keine substanziellen Verbesserungen mehr erreichen, muss das Verfahren selbst auf den Prüfstand. Zugleich wird öffentlich immer wieder der hohe bürokratische Aufwand bei der Patientenversorgung beklagt. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, drei der bestehenden 15 QS-Verfahren beispielhaft zu prüfen und zu verbessern. Aufbauend auf diesen Ergebnissen sollen dann in der Folge alle QS-Verfahren weiterentwickelt werden.

Dokumentationsaufwand reduzieren

Bei der Prüfung der QS-Verfahren gilt, dass nur Daten erhoben werden, die für die Messung und Verbesserung der Qualität zwingend erforderlich sind. Doppeldokumentationen und damit unnötige Bürokratie sind zu vermeiden. Auch sollen vermehrt vorliegende Routinedaten genutzt werden.

Auf wichtigste Qualitätsprobleme fokussieren

Neben der Optimierung der einzelnen QS-Verfahren soll durch das IQTIG geprüft werden, ob die bestehende Qualitätssicherung des G-BA die wichtigsten Qualitätsprobleme im Blick hat. Ziel ist eine systematische Identifikation von Bereichen mit Erkenntnissen über Versorgungsdefizite oder eine Gefährdung der Patientensicherheit, auf die der G-BA dann gezielt seine Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung ausrichten kann.

QS-Verfahren schneller zur Anwendung bringen

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss schließlich auch die Arbeitsweise des IQTIG effizienter werden, damit QS-Verfahren rasch zur Anwendung kommen. Entwicklungszeiten von rund fünf Jahren bis zum Start eines QS-Verfahrens und weiterer zwei bis drei Jahre bis zum Vorliegen belastbarer Ergebnisdaten sind mit dem Ziel einer schnell auf Qualitätsprobleme reagierenden Qualitätssicherung nicht vereinbar. Dies gilt es im Rahmen der weiteren Umsetzung der beschlossenen Eckpunkte ebenfalls zu erreichen.

Die Arbeitsweise des IQTIG muss effizienter werden, damit QS-Verfahren rasch zur Anwendung kommen.

📍
§§
ℹ️

Was ist die datengestützte Qualitätssicherung?

Der G-BA lässt datengestützte QS-Verfahren entwickeln und umsetzen, um die Qualität der medizinischen Patientenversorgung zu messen und Behandlungsergebnisse darzustellen. Arztpraxen, Krankenhäuser und Krankenkassen müssen hierzu Behandlungsdaten übermitteln. Ergebnisse der Auswertungen werden veröffentlicht und die Qualität der Einrichtungen kann verglichen werden.



smart

Grünes Licht für die Digitalisierung! Wichtige Impulse werden von einem Opt-Out-Verfahren für die elektronische Patientenakte, der Umsetzung und Implementierung einer Telematikinfrastruktur 2.0 sowie der Ausgestaltung von Datenschutz und Gesundheitsdatennutzung ausgehen.

Reformdruck in der Digitalisierung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) regelte die großen Reform-Baustellen der Digitalisierung des Gesundheitswesens im Jahr 2022 nicht. Dazu gehören die Umsetzung eines Opt-Out-Verfahrens für die elektronische Patientenakte (ePA), die Reform der gematik, die Umsetzung und Implementierung einer Telematikinfrastruktur (TI) 2.0 sowie die Ausgestaltung von Datenschutz und Gesundheitsdatennutzung. Das BMG setzte hingegen zunächst auf einen Prozess zur Erarbeitung einer „Digitalstrategie Gesundheitswesen und Pflege“. Inhalte der Strategie sind neben einer Vision und Zielen für Digitalisierungsvorhaben auch die Ausarbeitung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche (gesetzgeberische) Umsetzung. Während sämtlicher Etappen dieses Strategieprozesses hat sich der GKV-Spitzenverband mit seinen Positionen fachlich eingebracht.

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat dabei u. a. die Rolle der Krankenkassen bei der Entwicklung und Implementierung von Versorgungsinnovationen hervorgehoben. Des Weiteren wurde gefordert, dass für den Transfer digitaler Innovationen in die Versorgung der wissenschaftliche Nutznachweis (medizinischer Nutzen) zwingend erforderlich sein muss – ein wichtiges Prinzip eines solidarischen Gesundheitswesens. Dieser Grundsatz wurde in der Vergangenheit z. B. bei den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nicht eingehalten. Darüber hinaus sind Versorgungsqualität sowie die Transparenz über das Leistungsgeschehen wichtige Bedingungen für eine hochwertige Gesundheitsversorgung.

Weiteren Verbesserungsbedarf sieht der GKV-Spitzenverband bei der Datenverfügbarkeit im Gesundheitssystem. Der Gesetzgeber muss insbesondere die Datennutzungsrechte der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben präzisieren und ausweiten.

Darüber hinaus wurde die Bedeutsamkeit der ePA für die Steigerung von Effizienz und Versorgungsqualität

betont. Die ePA muss von deutlich mehr Versicherten und Leistungserbringenden genutzt werden, um ihr Potenzial entfalten zu können.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Reform der gematik. Die Rückführung der Verantwortlichkeiten der gematik auf die Aufgaben Spezifikation und Zulassung der TI und deren Anwendungen ist nötig. Die Doppelrolle als Marktteilnehmerin und Zulassungsorgan, die die gematik zuletzt innehatte, führte zu schlechten Ergebnissen (E-Rezept-App). Insgesamt ist es besonders wichtig, als Ergebnis einer Digitalstrategie die Rollen der verschiedenen Akteure zu definieren und mit Verantwortlichkeiten und Meilensteinen zu hinterlegen.

Digitalisierung im Interesse der Versicherten

Im Zentrum der Veränderungsprozesse müssen das Interesse und Wohl der Versicherten, der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden stehen. In ihrem Sinne müssen Strukturen verändert, Prozesse verbessert und Innovationen eingesetzt werden.

Die ePA muss von deutlich mehr Versicherten und Leistungserbringenden genutzt werden, um ihr Potenzial entfalten zu können.

gematik als digitale Gesundheitsagentur

Die aktuelle Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag eine Neugestaltung der gematik als digitale Gesundheitsagentur angekündigt. Der GKV-Spitzenverband positionierte sich bereits im August 2022 mit einem vom Verwaltungsrat beschlossenen Konzeptpapier klar für eine starke Rolle der Selbstverwaltung in den Entscheidungsstrukturen der gematik und für die

Rückbesinnung auf deren Kernaufgaben. Im März 2023 stellte das Bundesministerium für Gesundheit seine „Digitalisierungsstrategie Gesundheit und Pflege“ vor. Auf der Pressekonferenz zur Vor-

stellung der Digitalisierungsstrategie erläuterte der Bundesminister für Gesundheit, dass die gematik zu einer Digitalagentur in hundertprozentiger Trägerschaft des Bundes weiterentwickelt werden soll. Näheres zu diesem Vorhaben, z. B. zur Finanzierung der Digitalagentur oder Beteiligung ihrer Gesellschafter, wurde nicht konkretisiert.

Einfluss der Selbstverwaltung stärken

Um die Interessen von Versicherten, Leistungserbringenden und Beitragszahlenden adäquat vertreten zu können, muss die gematik als digitale Gesundheitsagentur weiterhin von den Organisationen der Selbstverwaltung getragen sein. Entscheidungen dürfen in Zukunft nicht mehr alleine durch das Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter getroffen werden. Um

diese Entscheidungen fachlich fundiert vorzubereiten, ist weiterhin eine enge Einbindung von Fachexpertinnen und -experten der Stakeholder und Trägerorganisationen sowie von deren Mitgliedern erforderlich. Darüber hinaus muss der Grundsatz aus dem SGB V wieder in den Mittelpunkt gerückt werden, dass die gematik Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen hat, „als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist“ (§ 311 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Die gematik soll sich im Wesentlichen auf ihre Aufgaben im Bereich der Spezifikation, Vorgabenerstellung, Zulassung und Aufsicht beschränken und nicht selbst als Marktteilnehmerin auftreten. Auf detaillierte technologische Vorgaben per Gesetz, wie sie in der Vergangenheit vorgenommen wurden, sollte zukünftig verzichtet werden. Diese behindern die Einführung innovativer Lösungen.

Finanzierungsverantwortung teilen

Darüber hinaus hinterfragt der GKV-Spitzenverband die derzeitigen Finanzierungsregelungen. Bei der gematik wäre aufgrund ihrer relevanten Beiträge zu rein staatlichen Aufgaben eine – zumindest teilweise – Finanzierung aus staatlichen Mitteln angesagt. Hinsichtlich der Finanzierung der Ausstattung der Leistungserbringenden muss perspektivisch eine angemessene IT-Ausstattung eine selbstverständliche Anforderung sein, zumal diese zu einer verbesserten internen Prozesseffizienz führt.

Um die Interessen von Versicherten, Leistungserbringenden und Beitragszahlenden vertreten zu können, muss die gematik von den Organisationen der Selbstverwaltung getragen sein.



Forderungen des GKV-Spitzenverbandes zur Zukunft der gematik

- keine alleinigen Entscheidungen des Bundesministeriums für Gesundheit
- Konzentration auf Kernaufgaben
- keine Produktentwicklung durch die gematik
- Anpassung der Finanzierungsregeln

Opt-Out-Regelung für die elektronische Patientenakte

Die Regierungsfractionen haben sich in ihrem Koalitionsvertrag darauf verständigt, dass die elektronische Patientenakte (ePA) künftig als Opt-Out-Variante zur Verfügung gestellt wird. In der Konsequenz soll künftig für alle gesetzlich Krankenversicherten automatisch eine ePA angelegt werden, es sei denn, die Versicherten widersprechen. Damit vollzieht die Politik die Abkehr vom Opt-In-Modell, bei dem die ePA erst auf Wunsch der Versicherten angelegt wird. Der Paradigmenwechsel ist die Reaktion auf die bis dato zu geringe Nutzung und Verbreitung der ePA. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung sind Maßnahmen zur Steigerung der ePA-Nutzung wichtig und richtig.

Die ePA kann ihr Potenzial dann größtmöglich entfalten, wenn sie von so vielen Versicherten und Leistungserbringenden wie möglich genutzt wird. Dementsprechend muss bei der Ausgestaltung eines Opt-Out-Verfahrens für den Bezug und die Verwendung der ePA die Anwenderperspektive im Zentrum der Weiterentwicklung stehen. Für alle Beteiligten muss ein Vorteil in der Verwendung der ePA erreicht werden, der die damit verbundenen Kosten sowie den entstehenden Aufwand rechtfertigt:

- Qualität der Versorgung für die Versicherten
- Wirtschaftlichkeit durch Effizienz für das Gesundheitssystem
- Steigerung der Produktivität sowie Qualität der Behandlung für die Leistungserbringenden
- Befähigung durch Daten für die Forschung

Zur Umsetzung eines Opt-Out-Verfahrens für die ePA hat der GKV-Spitzenverband frühzeitig in Abstimmung mit den Krankenkassen ein Konzept erarbeitet. Dieses fasst die für die gesetzliche Krankenversicherung wesentlichen Anforderungen zusammen.

Konzept für eine erfolgreiche Umsetzung eines ePA-Opt-Out

Am Beginn des Opt-Out-Prozesses steht die ePA-Bereitstellung. Die Versicherten sollen künftig schriftlich von ihrer Krankenkasse über die vielen Vorteile der ePA informiert und darüber aufgeklärt werden, dass sie das Recht haben, der ePA-Nutzung grundlegend zu widersprechen. Dieser Widerspruch kann nur durch expliziten Wunsch der bzw. des Versicherten umgekehrt werden. Erfolgt kein Widerspruch, legt die Krankenkasse eine ePA für die oder den Versicherten an. Zugang zur ePA erhalten die Versicherten für die aktive Nutzung über eigene (mobile) Endgeräte z. B. über eine ePA-App. Hierfür soll weiterhin eine Registrierung entsprechend dem bereits heute gängigen Verfahren notwendig sein. Am eigenen Smartphone oder Computer können die Versicherten anschließend alle Einstellungen zur Datenfreigabe vornehmen. Die Datenfreigabe muss dabei feingranular bis auf die Ebene einzelner Dokumente definierbar und beschränkbar sein. Im sogenannten Frontend der Versicherten soll frei wählbar sein, welche Leistungserbringenden, welche Diagnosen oder Verordnungen für wen einsehbar sind. Daten, die nicht sichtbar sein sollen, können verschattet oder als Ultima Ratio gelöscht werden.

Die Befüllung der ePA erfolgt automatisch und verpflichtend durch Krankenkassen und Leistungserbringende. Sie umfasst alle relevanten Daten der Versicherten (Behandlungsdaten, Messwerte, Befunde, bekannte Allergien, eigene Daten).

Während die Versicherten ständigen Zugriff auf ihre ePA haben, bleibt der Zugriff für Leistungserbringende auf den Behandlungskontext beschränkt. Der aktive Behandlungskontext besteht ab dem Zeitpunkt, ab dem sich die Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei den Leistungserbringenden identifizieren. Hat die oder der Versicherte keine detaillierten Berechtigungen im Vorfeld eines Behandlungs-

Für alle Beteiligten muss ein Vorteil in der Verwendung der ePA erreicht werden, der die damit verbundenen Kosten sowie den entstehenden Aufwand rechtfertigt.

kontextes vorgenommen, ist als Startkonfiguration für alle Leistungserbringenden ein Leserecht eingestellt, dem im direkten Kontakt z. B. im Krankenhaus oder in der Arztpraxis widersprochen werden kann.

Prämissen zur Einführung eines Opt-Out-Verfahrens

Im gesamten Opt-Out-Verfahren müssen Versicherte Souverän ihrer Daten sein. Datenschutz und Datensouveränität sind nicht verhandelbar und Grundprämisse für die Opt-Out-ePA. Die Versicherten müssen durch umfangreiche Informationsangebote und Maßnahmen in die Lage versetzt werden, informierte Entscheidungen hinsichtlich der ePA-Nutzung und der Datenverwendung treffen zu können.

Der Gesetzgeber muss für eine verfassungskonforme Opt-Out-Regelung sorgen, die das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung wahrt. Die rechtssichere Umsetzung ist unabdingbare Voraussetzung dafür, dass die nötigen Anpassungen in der technischen Ausgestaltung der ePA vorgenommen werden können.

Des Weiteren sind alle relevanten Daten der ePA im Versorgungskontext zum Wohl der Versicherten zu nutzen. Hierfür müssen die Krankenkassen befähigt werden, geeignete Mehrwert- und Versorgungsangebote für Nutzerinnen und Nutzer der ePA bereitzustellen, um so Prozesse effizienter zu gestalten und die Qualität zu verbessern.

Die Registrierung, Identifizierung, Befüllung und Nutzung der ePA muss alltagstauglich, einfach und intuitiv für Versicherte und Leistungserbringende sein. Nur so wird die ePA genutzt werden und kann sie ihr Potenzial gänzlich entfalten.

Aufgrund der beträchtlichen Investitionen für die Umstellung auf ein ePA-Opt-Out ist Kosteneffektivität von zentraler Bedeutung. Perspektivisch müssen eine Senkung der Verwaltungskosten und ein Ende von Befüllungs- und Speicher-Pauschalen entlang der zu erwartenden Effizienzsteigerung in den Praxen und Krankenhäusern erreicht werden. Doppelstrukturen, beispielsweise durch andere Aktensysteme, müssen vermieden werden.

Zuletzt ist sicherzustellen, dass im Rahmen der ermöglichten Forschungsdatenspende die Daten der Versicherten nur der akademischen Forschung zur Verfügung gestellt werden. Die Versicherten müssen über ein Datenschutz-Cockpit jederzeit Einblick darin nehmen können, für welche Forschungsvorhaben ihre Daten derzeit verwendet werden. Sollte die Industrie unter Verwendung von Versichertendaten Produkte auf den Markt bringen, gilt es im Sinne einer Forschungsdividende, Abschläge zugunsten der Solidargemeinschaft bei der Preisbildung zu implementieren.

Datenschutz und Datensouveränität sind nicht verhandelbar und Grundprämisse für die Opt-Out-ePA.

Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur stockt

Der Aufbau der Telematikinfrastruktur (TI) hat Ende 2017 mit der Anbindung erster Arzt- und Zahnarztpraxen an die TI begonnen, zunächst mit dem Versichertenstammdatenmanagement als einziger Online-Anwendung. Seither sind weitere Sektoren an die TI angebunden worden, und auch die Anzahl der zur Verfügung stehenden Anwendungen hat zugenommen. Unabhängig von der Nutzungsintensität laufen nun die ersten Zertifikate ab, z. B. für die in den Konnektoren verbauten Gerätekarten. Diese müssen ausgetauscht werden, wobei die neuen Konnektoren nach Auskunft der gematik anschließend dauerhaft verwendet werden können. Der GKV-Spitzenverband und die anderen Gesellschafter der gematik dringen seit Längerem auf eine grundsätzliche Weiterentwicklung hin zu einer TI 2.0. Fortschritte sind bisher allerdings nicht erkennbar.

E-Rezept

Gemäß § 360 Abs. 1 SGB V ist die Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher Verordnungen in elektronischer Form der TI zu nutzen, sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen. Ende Oktober 2021 stellte das Bundes-

gesundheitsministerium (BMG) fest, dass die technischen Voraussetzungen zu diesem Zeitpunkt noch nicht flächendeckend vorlagen und somit noch nicht ausreichend getestet werden konnten. Um die Verbreitung des E-Rezeptes zu forcieren, müssen nach derzeitiger Beschlusslage der gematik ab dem 1. September 2022 Apotheken bundesweit E-Rezepte annehmen. In Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe werden im Rahmen eines Pilotbetriebs vermehrt E-Rezepte ausgestellt. Wenngleich mit Stand Anfang Januar 2023 mehr als 1 Mio. E-Rezepte eingelöst wurden, stagniert der Rollout des E-Rezepts auf niedrigem Niveau. Zu diesem Zeitpunkt wurden wöchentlich nur noch ca. 43.000 E-Rezepte ausgestellt. Die Erreichung der kritischen Erfolgsmarke von 25 % ausgestellter E-Rezepte in den Pilotregionen Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe zur Ausweitung des Rollouts ist derzeit nicht zu erwarten.

Um den Rollout weiter zu fördern, ist ein praktikables Verfahren zur Einlösung des E-Rezepts in der Apotheke erforderlich, bei dem weder aufwendige Erstidentifizierungen wie bei der

Ein zeitnaher Abschluss der ersten Phase des Pilotbetriebs für das E-Rezept und die geplante Erweiterung auf andere Regionen sind nicht zu erwarten.

Nutzung der Anwendungen zum Stichtag 31.03.2023

ePA (seit 2021):	649.790
E-Rezepte (eingelöst seit dem Beginn des Roll-outs 01.07.2021):	1.516.089
Medizinische Einrichtungen, die E-Rezepte ausstellen:	3.617
E-Rezept-fähige Apotheken laut Verzeichnisdienst:	13.536
Apotheken, die E-Rezepte einlösen:	7.720

gematik-App nötig sind, noch der Ausdruck eines Papiertokens ärztlicherseits. Hierzu hat die Gesellschafterversammlung der gematik die Einlösung des E-Rezepts via elektronische Gesundheitskarte beschlossen. Um diese Lösung datenschutzkonform zu ermöglichen, haben die Krankenkassen einen Vorschlag gemacht. Aktuell erarbeitet die gematik in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen die Anforderungslage und eine Zeitplanung.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Seit Oktober 2021 müssen Krankenkassen elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) annehmen können. Arztpraxen sollten ursprünglich seit Anfang 2021 in der Lage sein, diese auszu-

stellen. Da hierbei hohe Fehlerquoten aufgetreten waren und zum Stichtag nicht alle Praxen eAU versenden konnten, passte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Anfang November 2021 einseitig die entsprechende KBV-Richtlinie an. Damit wurde

den Praxen eine Übergangsfrist zur Umsetzung der technischen Voraussetzungen bis 30. Juni 2022 eingeräumt. Nach Auffassung des BMG, an das sich der GKV-Spitzenverband mit Verweis auf die seines Erachtens in Details rechtswidrige Richtlinie gewandt hatte, sollte eine fortgesetzte Nutzung bestehender Übergangsfristen spätestens zum 30. Juni 2022 auslaufen.

Die bei Einführung der Übermittlung im Jahr 2021 noch sehr hohe Fehlerquote von 18,4 % sank Mitte Juli 2022 auf unter 1 % bei ca. 1,5 Mio. bis 2 Mio. eAU pro Woche. Das Austauschverfahren mit den Arbeitgebenden wurde ab Anfang 2022 pilotiert und konnte planmäßig Anfang 2023 starten. Während der Pilotierung wurden bereits ca. 3 Mio. eAU ohne wesentliche Fehler ausgetauscht.

Wenngleich die Krankenkassen ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachgekommen sind, können die erweiterten Möglichkeiten der ePA bisher in den Praxen kaum genutzt werden.

Elektronische Patientenakte

Anfang 2022 konnte der GKV-Spitzenverband bestätigen, dass alle Krankenkassen den gesetzlichen Vorgaben entsprechend die elektronische Patientenakte (ePA) in einer zweiten Ausbaustufe ihren Versicherten zur Verfügung stellen konnten. In dieser Ausbaustufe ist beispielsweise bereits eine feingranulare Berechtigung möglich. Wenngleich die Krankenkassen ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachgekommen sind, können die erweiterten Möglichkeiten bisher in den Praxen kaum genutzt werden. Bei der oder dem Leistungserbringenden müssen sowohl eine geeignete Konnektorversion als auch das jeweilige IT-System die Anwendung unterstützen. Diese Voraussetzungen sind allerdings nur rudimentär gegeben.

Zudem müssen die Versicherten für die Nutzung medizinischer Anwendungen in der Regel über ihre PIN verfügen. Die PIN muss allerdings mittels eines sicheren Identifizierungsverfahrens den Versicherten zugestellt werden. In diesem Zusammenhang ist die Unterlassungsverfügung der gematik GmbH hinsichtlich der Nutzung von Video-Ident-Verfahren zur Ausgabe von PIN-Briefen von Bedeutung. Dieses Verfahren war zuvor auf große Nutzerakzeptanz gestoßen und wurde von den Krankenkassen intensiv angewendet. Seit dem Verbot des Video-Ident-Verfahrens hat sich die Anzahl der Neuanlagen von ePA-Konten erheblich reduziert. Derzeit bleiben den Krankenkassen nur die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Identifizierung der Versicherten wie die Nutzung der eID-Funktion des neuen Personalausweises, die Nutzung des Post-Ident-Verfahrens sowie die Identifizierung der Versicherten in den Geschäftsstellen der Krankenkassen.

Qualität und Wirtschaftlichkeit von DiGA

Mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können seit knapp zwei Jahren „Apps auf Rezept“ ärztlich verordnet oder von Krankenkassen genehmigt werden. DiGA sollen die Versicherten bei der Erkennung oder Behandlung von Krankheiten unterstützen. Ende 2022 waren 37 erstattungsfähige Anwendungen im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gelistet.

Überwiegend Aufnahme zur Erprobung

Nach wie vor kann die Mehrheit der Anwendungen zum Zeitpunkt der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis keinen positiven Versorgungseffekt nachweisen. Nur ein Drittel konnte direkt einen Nutzen belegen und wurde dauerhaft gelistet. Alle weiteren DiGA wurden lediglich zur Erprobung aufgenommen, wobei bislang keiner Erprobungs-DiGA innerhalb eines Jahres der Nutznachweis gelungen ist. Vielmehr wurden mehrere von ihnen zwischenzeitlich wieder ganz oder in Teilen aus dem Verzeichnis gestrichen. Dennoch musste die GKV die Kosten tragen, die im ersten Jahr angefallen waren.

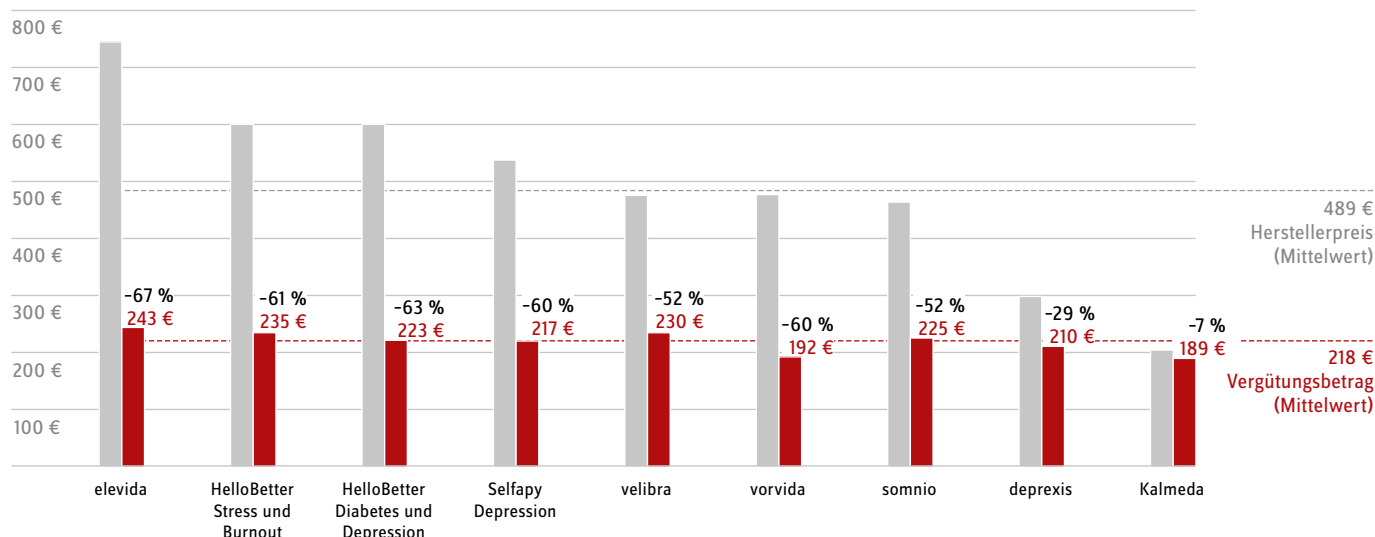
Preisverhandlungen und Höchstbeträge

Innerhalb des ersten Jahres nach der Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis besteht unabhängig von der Frage, ob ein Nutzenbeleg vorliegt oder nicht, für die Hersteller die Möglichkeit, den Preis für ihre DiGA beliebig festzulegen. Die im Oktober 2022 in Kraft getretenen Höchstbeträge begrenzen das insgesamt hohe Preisniveau nicht nennenswert. So liegt z. B. der Höchstbetrag für DiGA im Bereich der psychischen Erkrankungen bei 599,40 Euro je Quartal. Entsprechend sind im Rahmen der Preisfreiheit im ersten Jahr hohe und weiterhin steigende Preise zu beobachten, insbesondere bei Erprobungs-DiGA. Das Vergütungsniveau übersteigt deutlich das einer konventionellen, z. B. ambulanten ärztlichen Versorgung.

Erst zum zweiten Jahr müssen Vergütungsbeträge mit dem GKV-Spitzenverband verhandelt werden. Bis Ende 2022 waren neun Vergütungsbeträge in Kraft getreten. Sie lagen bis zu rund 70 % unter den zuvor frei gewählten Herstellerpreisen. Somit zeigt sich, dass die beim Eintritt in die Regelversorgung aufgerufenen Preise nicht angemessen sind und die Regelungen zur Preisbildung durch die Hersteller sich nicht bewährt haben.

Im Rahmen der beliebigen Preisbildung durch die Hersteller im ersten Jahr sind hohe und sogar steigende Preise zu beobachten, insbesondere bei Erprobungs-DiGA.

Hersteller- und Vergütungsbetrag je DiGA im Vergleich



Neues Versorgungsangebot: Digitale Pflegeanwendungen

Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz wurde für pflegebedürftige Personen ein Leistungsanspruch auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen (eUL) durch ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen. Pflegebedürftige Personen können durch die Digitalisierung weitere Unterstützung im häuslichen Pflegesetting erhalten.

Digitale Versorgung im Pflegealltag

DiPA sind vorrangig software- oder webbasierte Versorgungsangebote, welche die Pflegebedürftigen in konkreten pflegerischen Situationen anleitend begleiten. Mit ihrer Hilfe sollen Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Personen in ihrer Selbstständigkeit oder in bestimmten Fähigkeiten gemindert oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegen gewirkt werden. Der neue Leistungsanspruch soll auch Anwendungen erfassen, die den pflegenden Angehörigen oder sonstigen ehrenamtlich Pflegenden bei der Haushaltsführung und häuslichen Versorgungssituation helfen. Die pflegebedürftige Person kann sich die entstehenden Kosten für das digitale Versorgungsangebot und die hierfür gegebenenfalls erforderlichen eUL durch ambulante Pflegeeinrichtungen bis zu einer Höhe von 50 Euro im Monat von der Pflegekasse erstatten lassen.

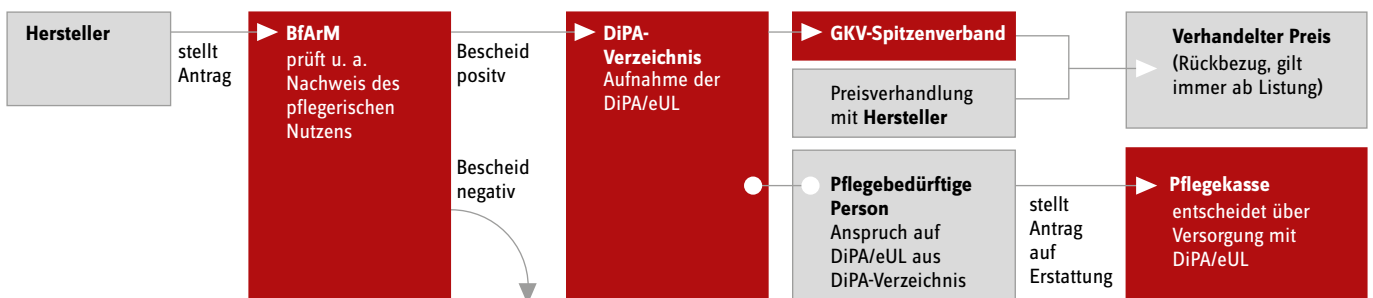
Seit Anfang Dezember 2022 können Anträge zur Aufnahme von Anwendungen in das DiPA-Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gestellt werden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der GKV-Spitzenverband hat den gesetzlichen Auftrag, mit den Spitzenorganisationen der Hersteller und im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) eine Rahmenvereinbarung zu den Vergütungsverhandlungen und Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung von DiPA zu schließen. Da die Vertragsparteien nicht über alle Regelungen der Rahmenvereinbarung einig wurden, entscheidet hierüber eine Schiedsstelle voraussichtlich im zweiten Quartal 2023.

Seit Anfang Dezember 2022 können Anträge zur Aufnahme von Anwendungen in das DiPA-Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestellt werden. Das BfArM hat hierzu einen DiPA-Leitfaden veröffentlicht, der eine zusammenfassende Darstellung der Regelungen, u. a. zum Antragsverfahren sowie zu den Anforderungen an eine DiPA, bietet. Der gesetzliche Leistungsanspruch umfasst nur die im DiPA-Verzeichnis gelisteten DiPA und eUL. Der GKV-Spitzenverband vereinbart innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis im Einvernehmen mit der BAGüS mit dem Hersteller einer DiPA den Vergütungsbetrag. Hierbei sind die Qualität und das Ausmaß des nachgewiesenen pflegerischen Nutzens maßgeblich.

Weg einer DiPA in die Regelversorgung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zugang zu FDZ-Daten für 2023 geplant

Der GKV-Spitzenverband führt als Datensammelstelle (DSS) im Datentransparenzverfahren die jahresweise pseudonymisierten Abrechnungsdaten aller Krankenkassen (KK) zusammen und übermittelt sie an das Forschungsdatenzentrum (FDZ) beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Zur Einhaltung des Datenschutzes erzeugt die Vertrauensstelle (VST) beim Robert Koch-Institut die jahresübergreifenden Pseudonyme für eine Zusammenführung beim FDZ.

Vor jeder Übermittlung hat die DSS die Daten sowohl formal als auch auf Vollständigkeit, Plausibilität und Konsistenz geprüft. Die Krankenkassen erhalten hierzu Qualitätsberichte. Ferner pseudonymisiert die DSS die Angaben zu leistungserbringenden Personen und Institutionen.

Für die Berichtsjahre 2019 und 2021 hat die DSS die Daten der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zu Arzneimittel- und Krankenhausabrechnungen vollständig bereitgestellt. Diese Daten lösen die bis dahin verwendeten Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ab und werden einen wesentlich umfassenderen Einblick in das Versorgungsgeschehen ermöglichen.

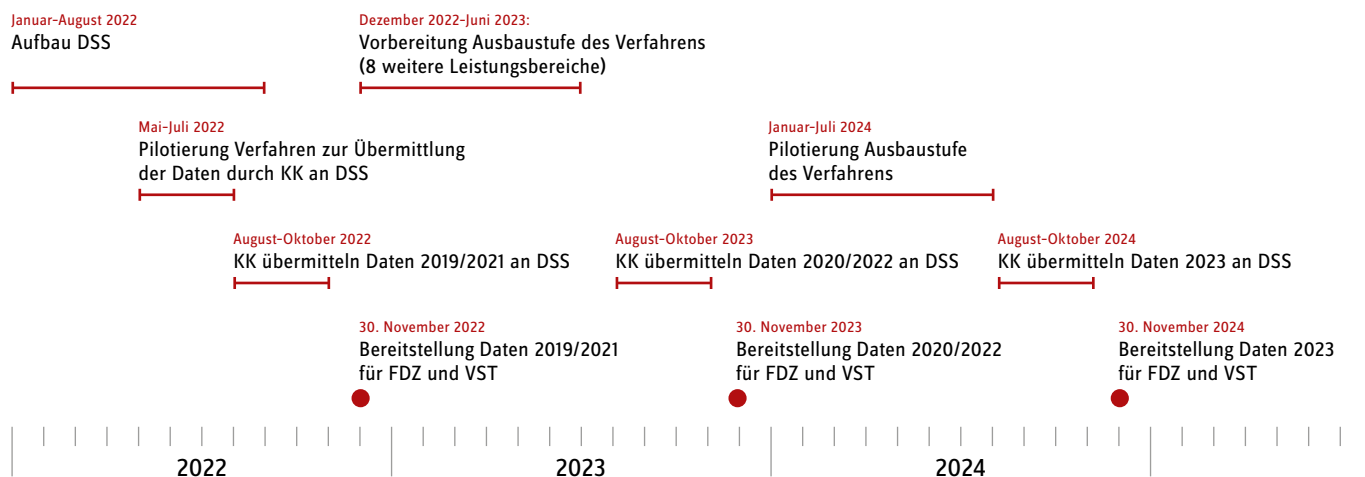
Das mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierte FDZ arbeitet daran, 2023 den Zugang zu den Daten zu ermöglichen. Zu den Nutzungsberechtigten gehören neben Institutionen aus Versorgungsforschung und Selbstverwaltung sowie Behörden auch der GKV-Spitzenverband, die Krankenkassen sowie deren Bundes- und Landesverbände. Ein Arbeitskreis der Nutzungsberechtigten wird das FDZ beraten.

Die Daten lösen die bis dahin verwendeten Daten des Morbi-RSA ab und werden einen wesentlich umfassenderen Einblick in das Versorgungsgeschehen ermöglichen.

Vorgesehene Ausbaustufe in Vorbereitung

Die Übermittlung der Berichtsjahre 2020 und 2022 ist zum 30. November 2023 geplant. Damit wird 2024 wieder eine ununterbrochene Zeitreihe der Daten im FDZ bereitstehen. Ab dem Berichtsjahr 2023 werden weitere acht Leistungsbereiche einbezogen, u. a. Heil- und Hilfsmittel. Die vorbereitenden Arbeiten zur Definition der zu übermittelnden Datenkränze laufen in enger Abstimmung mit dem Steuerkreis, in dem Krankenkassen, deren Verbände und Dienstleister sowie der GKV-Spitzenverband vertreten sind. 2023 wird deswegen auch eine vorgesehene Neufassung der technischen Regelung mit den Krankenkassen in Kraft treten.

Ablauf bis zur Bereitstellung der vollständigen Daten im FDZ



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



miteinander

Die Situation der Pflege spitzt sich zu. Es braucht ein klares politisches Bekenntnis zur Verbesserung der Lebenssituation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, zu Stabilität und Nachhaltigkeit auch im Umgang mit sozialen Ressourcen. Der Bund muss hierzu seiner Verantwortung zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben nachkommen.

Bessere Rahmenbedingungen für die Pflege

Im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) haben die drei Bundesministerien für Gesundheit, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Arbeit und Soziales gemeinsam mit den Akteuren im Bereich der Langzeitpflege, so auch mit dem GKV-Spitzenverband, Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege entwickelt. In der Folge hat der Bundesgesetzgeber Regelungen zur Personalbemessung und zur besseren Bezahlung von Pflegekräften in das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom Juli 2021 aufgenommen.

Tarifentlohnung in der Pflege

Versorgungsverträge dürfen die Landesverbände der Pflegekassen demnach seit 1. September 2022 nur noch mit Pflegeeinrichtungen abschließen, die ihren Mitarbeitenden eine Entlohnung mindestens in Tarifhöhe zahlen. Im Laufe der Umsetzung des GVWG war deutlich geworden, dass für ein bürokratiearmes und transparentes Verfahren Nachjustierungen der gesetzlichen Regelungen erforderlich waren. Entsprechende Vorschläge, insbesondere zur Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen und der von Pflegeeinrichtungen in diesem Zusammenhang zu übermittelnden Entlohnungsinformationen, hatte der GKV-Spitzenverband eingebracht.

Mit dem Pflegebonusgesetz wurde gesetzlich klargestellt, dass nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen die Voraussetzungen für die Zulassung zur Versorgung erfüllen können, wenn sie eine Entlohnung mindestens in Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus (durchschnittliche Entlohnung tarifgebundener Einrichtungen) sowie der regional üblichen Niveaus der pflegertypischen Zuschläge zahlen. Zusätzlich wurden die gesetzlichen Vorgaben zu den Daten, die die Einrichtungen an die Landesverbände der Pflegekassen zu übermitteln haben, näher konkretisiert. Dies betrifft insbesondere die Daten zur Ermittlung des üblichen Entlohnungsniveaus. Diese Gesetzesänderungen machten eine Anpassung der bestehenden Zulassungs-Richtlinien und Pflegevergütungs-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes

erforderlich. Durch die gesetzliche Regelung mussten bundesweit rund 30.000 Versorgungsverträge und insbesondere bei nicht-tarifgebundenen Einrichtungen auch die Vergütungsvereinbarungen angepasst werden.

Zudem wurde mit dem Pflegebonusgesetz dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe übertragen, bis 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle einzurichten, die die Landesverbände der Pflegekassen bei der Aufgabenwahrnehmung im Zusammenhang mit der laufenden Umsetzung der Regelungen zur tariflichen Entlohnung unterstützen soll. Die Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Ihre Aufgaben sind:

- Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der von tarifgebundenen Einrichtungen mitzuteilenden Informationen
- Ermittlung des regional üblichen Entlohnungsniveaus
- Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsregelungen an interessierte Pflegeeinrichtungen

Personalmindestausstattung nach § 113c

Als weiteren Schritt zur Umsetzung einer bundeseinheitlichen Personalbemessung zur Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in § 113c Abs. 4 SGB XI beauftragt, unter Beteiligung weiterer Organisationen gemeinsame Empfehlungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI im Hinblick auf eine Mindestpersonalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen abzugeben. Den Vertragspartnern in den Ländern soll damit eine Empfehlung zur Anpassung ihrer Landesrahmenverträge gegeben werden. Bis dahin gelten die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen ab 1. Juli 2023 als unmittelbar verbindlich.

Pflegeeinrichtungen müssen eine Entlohnung in Tarifhöhe oder mindestens in Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Zuschläge zahlen.

Die Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen soll auf dem bundeseinheitlichen und wissenschaftlich fundierten Verfahren zur Personalbemessung basieren.

Die Gesetzgebung erfolgte unter Bezugnahme auf die Forschungsergebnisse aus der Studie zur Entwicklung und Einführung eines neuen qualifikationsorientierten Personalbemessungssystems. Der GKV-Spitzenverband begrüßt weiterhin ausdrücklich eine qualitativ und quantitativ am Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen ausgerichtete Personalausstattung der Pflegeeinrichtungen, die auf Grundlage des bundeseinheitlichen und wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen erreicht werden soll. Für die Umsetzung einer Personalbemessung, wie sie derzeit gesetzlich vorgesehen ist, sind allerdings auch Ausbildungskapazitäten insbesondere für Pflegehelferinnen und -helfer in den Ländern auszubauen.

Bessere Vergütung in der Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist ein wichtiges Versorgungsangebot in Krisenzeiten, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen in Zeiten von deren

Abwesenheit. Um den Bestand der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze nachhaltig zu stärken und die Schaffung weiterer fester Kurzzeitpflegeplätze oder solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen zu fördern, hat der GKV-Spitzenverband gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach § 88a SGB XI mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Empfehlungen zur Sicherstellung wirtschaftlich tragfähiger Vergütung für die Kurzzeitpflege vereinbart. Die Empfehlungen sind in den Landesrahmenverträgen zu berücksichtigen. In den Empfehlungen sind insbesondere Grundsätze zur Personalausstattung und zur Auslastungsquote festgelegt. Dem GKV-Spitzenverband war es in den Verhandlungen ein wichtiges Anliegen, die Kurzzeitpflege durch wirtschaftlich tragfähige Vergütungen zu stärken und zugleich die Interessen pflegebedürftiger Personen an einer attraktiven und finanzierbaren Kurzzeitpflege zu berücksichtigen.

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf stationäre Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige in Einrichtungen waren von der Corona-Pandemie in besonderer Weise betroffen. Im Rahmen des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI hat der GKV-Spitzenverband eine Studie gefördert, in der die Situation in Pflegeeinrichtungen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet wurde. Neben der Auswertung von Routinedaten aus der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung zum Krankheits- und Versorgungsgeschehen gaben Befragungen von Pflegekräften und Heimleitungen Aufschluss über die Arbeits- und Versorgungssituation unter Pandemiebedingungen. Mittels Interviews mit Pflegebedürftigen wurde untersucht, wie sich die Teilhabestrukturen im Verlauf der Pandemie geändert haben.

Hohe Belastung bei Pflegepersonal und Pflegebedürftigen

Am Höhepunkt der Pandemie zum Jahreswechsel 2020/2021 verzeichneten die Pflegeeinrichtungen eine deutlich erhöhte Sterblichkeit, deren Verlauf sich jedoch - wenn auch auf höherem Niveau - parallel zur Sterblichkeit in der Bevölkerung ab 60 Jahren insgesamt entwickelte. Von den mit einer Corona-Infektion in ein Krankenhaus eingewiesenen Heimbewohnenden verstarben knapp 60 % innerhalb von 90 Tagen nach der Hospitalisierung.

Die Arbeitssituation des Pflegepersonals zeichnete sich in der Pandemie durch gestiegene Arbeitsanforderungen aus. Erhöhte Infektionsschutzmaßnahmen, der aufgrund der Zugangsbeschränkungen gestiegene Bedarf Pflegebedürftiger nach emotionaler Zuwendung sowie die Krankheitsrate beim Pflegepersonal waren die Hauptgründe dafür. Pflegebedürftige Menschen litten insbesondere unter dem Wegfall sozialer und kultureller Teilhabeangebote.

Pflegebedürftige Menschen litten insbesondere unter dem Wegfall sozialer und kultureller Teilhabeangebote.

Im Fazit der Studie finden sich verschiedene Empfehlungen für die zukünftige Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Die Entwicklung von Infektionsschutzkonzepten und die Benennung klarer Zuständigkeiten wurden bereits mit dem COVID-19-Schutzgesetz im Jahr 2022 umgesetzt. Dies betrifft auch Regelungen zur erforderlichen personellen Ausstattung mit als Hygienebeauftragte geschulten Pflegefachkräften. Darüber hinaus empfehlen die Autorinnen und Autoren der Studie, dass soziale Teilhabemöglichkeiten durch die Einbeziehung pflegender Angehöriger und Ehrenamtlicher gestärkt werden sollten. Pflegenden Angehörigen dürfe der Zugang in vergleichbaren Situationen nicht pauschal untersagt werden.



Studie zu Schutz- und Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit

Unter den Älteren verfügen die jüngeren Jahrgänge aufgrund z. B. verbesserter Lebensbedingungen und von Unterschieden im Lebensstil über eine bessere funktionale Gesundheit.

Aktuell sind in Deutschland über 4 Millionen Menschen von Pflegebedürftigkeit betroffen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird diese Zahl in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen. Bisher ist noch nicht hinreichend erforscht, wie Pflegebedarf genau entsteht, welche Faktoren Pflegebedürftigkeit begünstigen oder verzögern können und wie diese sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren genau zusammenwirken. Der Erkenntnisstand zu psychischen, sozialen, verhaltens- und umweltbezogenen Einflussfaktoren ist nach wie vor lückenhaft. Eine Studie des GKV-Spitzenverbandes, gefördert über das Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis der Entstehung von Pflegebedürftigkeit.

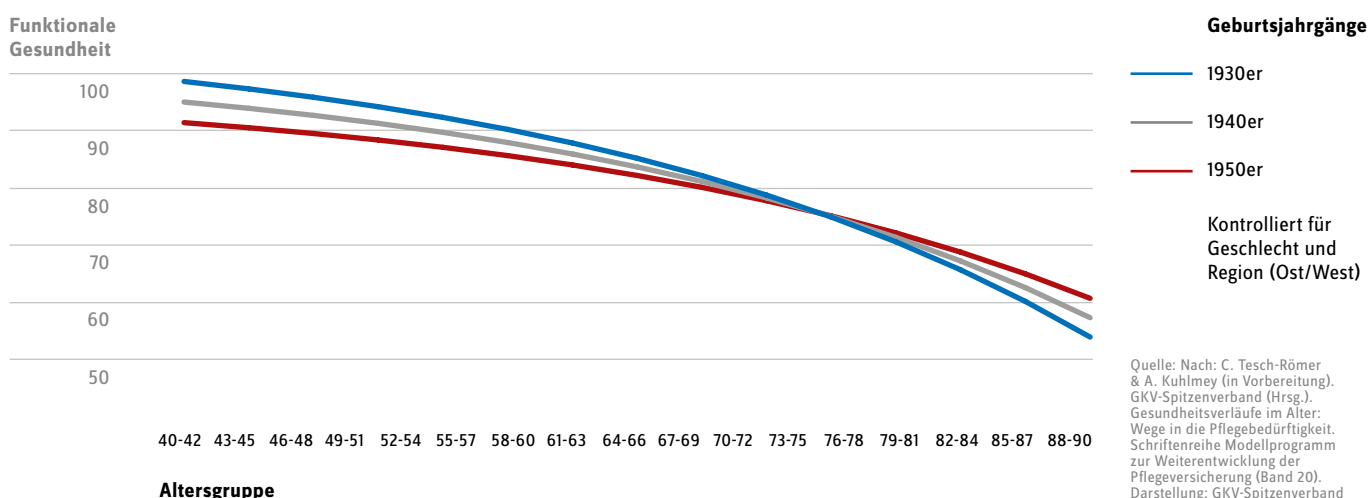
Vielfältige körperliche und psychische Risikofaktoren

Anhand von Daten des Deutschen Alterssurveys und aus Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes wurde untersucht, welche gesundheits- und morbiditätsbezogenen Faktoren in welchen Konstellationen zum einen den Verlauf der

funktionalen Gesundheit im höheren Alter positiv oder negativ beeinflussen und zum anderen mit dem Eintritt in die Pflegebedürftigkeit assoziiert sind. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegebedürftigkeit mit verschiedenen Risikofaktoren assoziiert ist, die im Zusammenspiel von körperlichen, psychischen, lebensstilbezogenen und sozioökonomischen Aspekten betrachtet werden müssen. Chronische Erkrankungen, Stress, Depressivität sowie fehlende soziale Einbindung und Unterstützung haben einen deutlichen Einfluss auf den Verlauf funktionaler Gesundheit und erhöhen das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein.

Im Gegenzug werden damit auch Schutzfaktoren deutlich, die im Rahmen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Blick genommen werden sollten. Positiv fällt in der Analyse auf, dass jüngere Geburtskohorten aufgrund z. B. verbesserter Lebensbedingungen und von Unterschieden im Lebensstil im höheren Alter über eine bessere funktionale Gesundheit verfügen als ältere Jahrgänge. Ob damit zukünftig die Zunahme von Pflegebedarf insgesamt abgemildert werden kann oder sich dieser lediglich in höhere Lebensalter verschiebt, bedarf weiterer Forschung.

Altersverlauf der funktionalen Gesundheit nach Geburtsjahrgängen



Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen

Die Erweiterung der Kompetenzen und Befugnisse von Pflegefachpersonen ist für die künftige Deckung des Pflege- bzw. Unterstützungsbedarfs in der Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Zugleich wird damit die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert. Für die bundesweite Durchführung von Modellvorhaben wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes und der anderen beteiligten Akteure die Weichen gestellt.

Rahmenvertrag vereinbart

Nach intensiven Verhandlungen hat der GKV-Spitzenverband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste auf Bundesebene am 1. Juli 2022 einen Rahmenvertrag zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V geschlossen. Damit wurde die wesentliche Grundlage geschaffen, dass in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Erprobung der eigenverantwortlichen Ausübung bisher ärztlicher Tätigkeiten durch besonders qualifizierte Pflegefachpersonen erfolgen kann.

In einem ersten Schritt wird die Übertragung der entsprechenden Aufgaben zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, chronischen Wunden und Demenz ermöglicht.

Länder müssen Qualifizierungen sicherstellen

Die notwendige Etablierung der Modellvorhaben kann nur durch gemeinsames Handeln aller Beteiligten vor Ort gelingen. Die erweiterten Kompetenzen werden im Rahmen der beruflichen oder hochschulischen Erstausbildung oder einer zusätzlichen Qualifikation nach der Erstausbildung erworben und mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen. Zentrale Herausforderung ist derzeit die Bereitstellung der notwendigen Qualifizierungsangebote für die Pflegefachpersonen. Sie sind die Voraussetzung für die weitere Umsetzung. Hier sind nun insbesondere die Bundesländer gefragt.

Die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten ist ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der pflegerischen Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs.



Modellvorhaben nach § 64d SGB V

Der Rahmenvertrag zur Durchführung von Modellvorhaben nach § 64d SGB V zielt auf die Erweiterung des Entscheidungsrahmens und eine Ausweitung der Entscheidungskompetenzen von Pflegefachpersonen. Die zu übertragenden Aufgaben, z. B. Ausstellung von Folgeverordnungen für Heilmittel oder häuslicher Krankenpflege, sind Teil eines Gesamtpflege- und Therapieprozesses. Dadurch werden eine verbesserte Behandlungskontinuität und auch die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten erreicht. Ein wesentlicher Inhalt der Modellvorhaben ist die interprofessionelle Zusammenarbeit.



gesundheitsbewusst

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Auch müssen Gesundheitsgefahren, die mit dem Klimawandel einhergehen, stärker in den Fokus rücken und vorbeugende Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden.

GKV entwickelt Bündnis für Gesundheit weiter

Im Sinne des Präventionsgesetzes wurde 2016 von allen gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam das GKV-Bündnis für Gesundheit gegründet, um die Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten voranzutreiben. Die Aufgaben des Bündnisses wurden gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) übertragen und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen finanziert – parallel zu einer gerichtlichen Klärung der Rechtmäßigkeit dieser Norm. Am 18. Mai 2021 machte das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung zu einem Klageverfahren, dass der GKV-Spitzenverband angestrengt hatte, deutlich, dass die Regelungen zur Beauftragung und Vergütung der BZgA als Bundesbehörde aus seiner Sicht verfassungswidrig sind. Aufgrund des Urteils hat der GKV-Spitzenverband die Zahlungen an die BZgA eingestellt und in enger Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine entsprechende Vereinbarung mit der Behörde getroffen.

Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention mit Fokus auf die Verbesserung der gesundheitlichen Chancen vulnerabler Gruppen weiterhin als wichtige GKV-Aufgabe an. So wurden Projekte und Programme, die der gesundheitlichen Chancengleichheit dienen, bereits im Jahr 2022 in Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überführt und finanziell abgesichert. Dazu gehören das Bundesprogramm „teamw()rk“ zur Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung für arbeitslose Menschen sowie das Projekt „Im Alter Aktiv und Fit Leben in der Kommune“, das die körperliche Aktivität älterer Menschen fördert und gemeinsam mit dem Deutschen Turnerbund umgesetzt wird. Ein weiteres Beispiel ist das Programm „Bewegung und Gesundheit im Alltag stärken“, das sich an Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung richtet und gemeinsam mit Special Olympics Deutschland durchgeführt wird.

Gesetzliche Neuregelung erforderlich

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat 2022 ein Konzeptpapier zur zukünftigen Gestaltung der gemeinsamen Aktivitäten im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit beschlossen. Ziel ist es, das Engagement der Krankenkassen im GKV-Bündnis in GKV-eigenen Strukturen ohne die BZgA fortzusetzen und weiterzuentwickeln. Das intensive Engagement des GKV-Spitzenverbandes für eine entsprechende Neuregelung war erfolgreich. Am 16. März 2023 hat der Deutsche Bundestag eine Änderung von § 20a SGB V beschlossen, mit der die verpflichtende Zusammenarbeit mit der BZgA entfällt und die Grundlagen für eine Fortführung der Aktivitäten des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Verantwortung der GKV geschaffen wurden.

Ziel ist es, das Engagement der Krankenkassen im GKV-Bündnis in GKV-eigenen Strukturen ohne die BZgA fortzusetzen und weiterzuentwickeln.

teamw()rk
für Gesundheit und Arbeit



Klimawandel, Gesundheitsförderung und Prävention

Bei den Kriterien für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung wird auf klimaschützende Effekte gesundheitsförderlicher Aktivitäten eingegangen.

Der Klimawandel bringt neue Gesundheitsprobleme mit sich und verstärkt bestehende. Die Verhinderung und Minderung klimawandelbedingter Gesundheitsgefahren durch klimaschützende Maßnahmen und Maßnahmen zur Anpassung an veränderte klimatische Verhältnisse erfordern ein gesamtgesellschaftliches Engagement. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt der GKV-Spitzenverband dies mit der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention und seinem Engagement in der Nationalen Präventionskonferenz (NPK).

Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention

Im Leitfaden Prävention legt der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Diese sind für die Leistungserbringung vor Ort verbindlich. Im Zuge der Weiterentwicklung des Leitfadens Prävention im Jahr 2022 wurde das Thema Klimawandel und Gesundheit an relevanten Stellen integriert.



Bei den Kriterien für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention sowie zur betrieblichen und lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung wird auf klimaschützende Effekte gesundheitsförderlicher Aktivitäten eingegangen. Anregungen für eine Mitwirkung von Krankenkassen an der zugleich gesundheitsförderlichen und klimafreundlichen Ausrichtung der Gemeinschaftsverpflegung und Mobilität wurden bei den Kriterien für die betriebliche und lebensweltbezogene Gesundheitsförderung aufgenommen. Ergänzt wurde darüber hinaus ein eigenes Kapitel zur Prävention klimawandelbedingter Gesundheitsrisiken in Kommunen. Die Krankenkassen erhalten damit erweiterte Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung der Versicherten, der kommunal Verantwortlichen sowie der Träger von Lebenswelten und Betrieben bei gesundheitlich relevanten Aspekten des Klimaschutzes und der Klimaanpassung.

Engagement der Nationalen Präventionskonferenz

Die NPK befasste sich 2022 mit dem Thema Klimawandel und Gesundheit in besonderer Weise. In einem partizipativen Prozess wurde auf Grundlage eines Entwurfs des GKV-Spitzenverbandes ein Papier zu „Prävention, Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung in Lebenswelten im Kontext klimatischer Veränderungen“ erarbeitet. Dieses stellt Handlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten sowie Zuständigkeiten relevanter Akteure und zentrale Herausforderungen vor. Das Papier soll dazu beitragen, die Anstrengungen der für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland Verantwortlichen verstärkt auf die Verhütung der mit dem Klimawandel einhergehenden Gesundheitsgefahren auszurichten, transparent zu machen und aufeinander abzustimmen.



menschlich

Für eine qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung ist die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringenden, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligt sind, von besonderer Bedeutung.

Einheitliche Standards für spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die neuen Verträge sollen Gewähr für eine hohe Versorgungsqualität in diesem hochspezialisierten Leistungsbereich bieten, ohne dabei regionale Besonderheiten zu vernachlässigen.

Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die SAPV umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich deren Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Sie zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen.

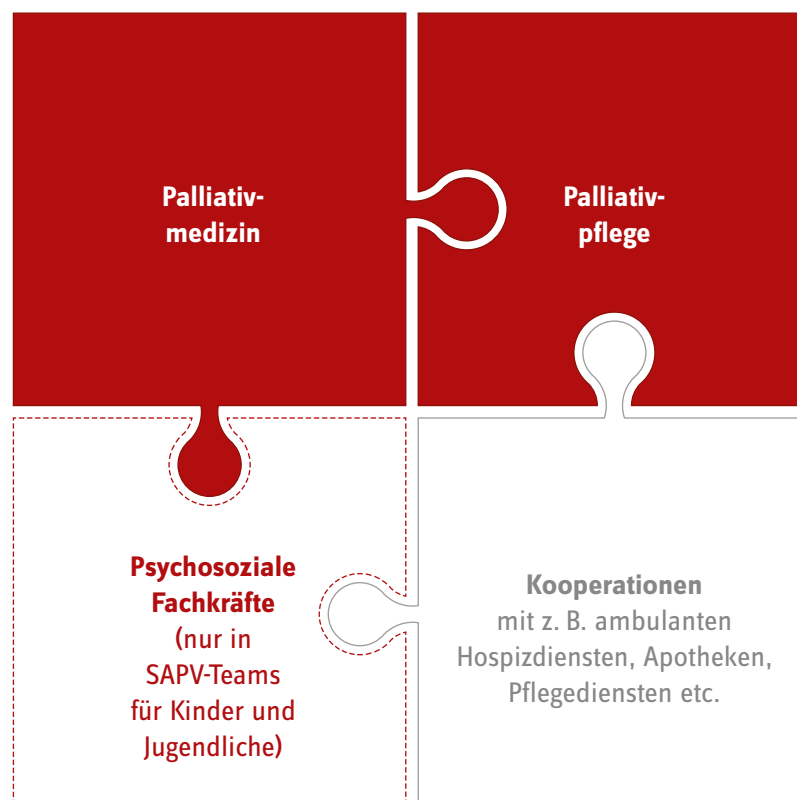
Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurde der GKV-Spitzenverband beauftragt, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene erstmals einheitliche Rahmenverträge über die

Durchführung der SAPV zu schließen. Dies ist mit Wirkung zum 1. Januar 2023 erfolgt. Um den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, wurden gesonderte Rahmenverträge für die Versorgung von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen geschlossen.

Einbeziehung einer unabhängigen Schiedsperson notwendig

Seit der Einführung der SAPV im Jahr 2007 haben sich in den einzelnen Bundesländern heterogene Organisationsstrukturen entwickelt. Vor diesem Hintergrund war es dem GKV-Spitzenverband bei den Verhandlungen über die Rahmenverträge ein wichtiges Anliegen, bundesweit einheitliche Anforderungen an die Zulassung von SAPV-Leistungserbringenden und die Ausgestaltung der Versorgung zu schaffen. Die neuen Verträge sollen Gewähr für eine hohe Versorgungsquali-

Zusammensetzung von SAPV-Teams



Darstellung: GKV-Spitzenverband

tät in diesem hochspezialisierten Leistungsbereich bieten, ohne dabei regionale Besonderheiten zu vernachlässigen. Aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen konnten die Verhandlungspartner insbesondere zur Organisation der SAPV, zum Aufbau der SAPV-Teams sowie zu den Grundsätzen der Vergütung keinen Konsens erzielen. Die Konfliktlösung musste über die gesetzlich vorgesehene unabhängige Schiedsperson erfolgen. Die strittigen Vertragsteile wurden mit Schiedsspruch vom 26. Oktober 2022 festgesetzt.

Der Schiedsspruch folgt den Verhandlungspositionen des GKV-Spitzenverbandes – insbesondere mit der Festlegung, dass SAPV-Teams über ein Kernteam aus entsprechend qualifizierten festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verfügen müssen. Zudem wurden die Grundlagen der Vergütungsverhandlungen festgelegt. Diese sehen eine gestehungskostenorientierte Vergütungssystematik mit entsprechenden Nachweis- und Transparenzverpflichtungen vor. Die Gestehungskosten eines SAPV-Teams beinhalten u. a.

die Personalkosten inkl. Personalnebenkosten und die Sachkosten, die für die Erbringung der SAPV erforderlich sind.

Ausblick

Die Rahmenverträge legen dem gesetzlichen Auftrag folgend bundeseinheitliche Zulassungsvoraussetzungen fest. Leistungsanbieter, die diese Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags. Leistungsanbieter, die bereits über einen Versorgungsvertrag verfügen, aber nicht alle strukturellen Anforderungen der Rahmenverträge erfüllen, müssen notwendige Anpassungen innerhalb einer Übergangszeit von fünf Jahren vornehmen. Die Rahmenverträge verknüpfen damit die kurz- und mittelfristigen Zielstellungen, einerseits die Versorgung durch bereits zugelassene Leistungserbringende weiterhin sicherzustellen und andererseits die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur auf Grundlage einheitlicher Anforderungen zu befördern.

Leistungserbringende der SAPV müssen bundesweit vergleichbare Anforderungen erfüllen.

Bessere Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken

Die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringenden ist für eine qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung von besonderer Bedeutung.

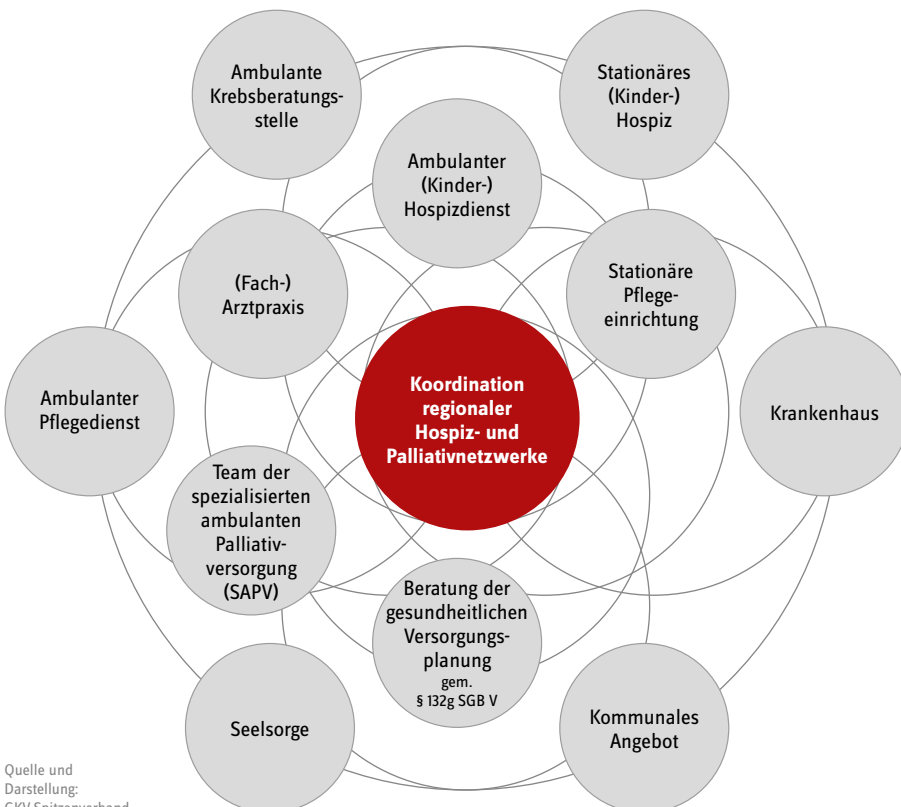
Um die Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu stärken, können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen seit dem 1. April 2022 in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt die Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke fördern. Von der Förderung profitieren Netzwerke, in denen sich z. B. Pflegedienste, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte oder auch spezialisierte Teams zusammenschließen haben, um die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen zu verbessern. Die Förderung zielt darauf ab, die Beteiligten besser miteinander zu koordinieren. Sie erhalten zudem Unterstützung beim regelmäßigen Austausch und der Zusammenarbeit mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten, z. B. mit lokalen Demenznetzwerken oder kommunalen Behörden.

GKV-Förderung setzt eine Beteiligung der Kommunen voraus

Die Förderung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen setzt voraus, dass sich auch der Kreis oder die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination mindestens in gleicher Höhe beteiligen. Laut Gesetz beträgt die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten der Netzwerkkordinierenden.

Der GKV-Spitzenverband hat die gesetzlich vorgesehene Förderrichtlinie, die mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, den kommunalen Spitzenverbänden sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgestimmt wurde, fristgerecht zum 31. März 2022 vorgelegt und damit die Grundlage für die Förderung auf Landesebene geschaffen.

Koordination regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Die Vernetzung mit weiteren Leistungserbringenden, die an der Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligt sind, ist für eine qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativversorgung von besonderer Bedeutung und deshalb Bestandteil des jeweiligen vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrags. Welche Impulse von der nun vorgesehenen finanziellen Förderung von Netzwerkkordinationen für den Aufbau von Hospiz- und Palliativnetzwerken ausgehen, bleibt abzuwarten. Aufschluss darüber dürfte ein Bericht über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung geben, den der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit bis 31. März 2025 vorzulegen hat.



zukunftsfähig

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss ist mit der Förderung von neuen

Versorgungsformen und Versorgungsforschung über den Innovationsfonds betraut. Damit sollen beispielsweise Impulse für sektorenübergreifende innovative Versorgungsmodelle gesetzt werden.

Evaluation und Zukunft des Innovationsfonds

Seit 2016 ist der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss mit der Förderung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschung über den Innovationsfonds betraut. Damit sollen Impulse für innovative Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung gesetzt werden. Zur Erprobung seiner Wirkungsweise wurde der Innovationsfonds zunächst auf vier Jahre befristet. 2019 führte die Prognos AG eine Evaluation der Struktur- und Prozessqualität durch. In deren Folge wurden im selben Jahr mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz die Fortführung des Innovationsfonds bis 2024 und dessen Weiterentwicklung beschlossen. Eine Entfristung sieht der GKV-Spitzenverband auch nach sieben Jahren Innovationsfonds als verfrüht an.

Ergebnisqualität aktuell noch nicht abschließend bewertbar

Im Jahr 2022 erstellte die Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein weiteres Gutachten zum Innovationsfonds. Dabei sollte der Fokus diesmal auf der Ergebnisqualität liegen. Der Bericht liegt seit April 2022 vor. Die Ergebnisqualität des Innovationsfonds sei anhand der untersuchten Daten zum Zeitpunkt der Gutachten-erstellung allerdings nicht abschließend bewertbar, urteilte die Prognos AG. Dennoch wurde die unbefristete Fortsetzung des Innovationsfonds empfohlen. Die Regierungsparteien hatten sie zudem bereits vor Abschluss der Evaluation in ihrem Koalitionsvertrag angekündigt.

Es lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen, ob es gelingt, insbesondere sektorenübergreifende innovative Modelle in die Regelversorgung zu bringen.

Weitere Erprobung notwendig

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Innovationsfonds zwar eher kleinteilig und in manchen Punkten sehr vage, aber mehrheitlich nachvollziehbar. Allerdings lässt sich auch nach sieben Jahren Innovationsfonds nicht abschließend beurteilen, ob das Ziel erreicht wurde, mit diesem Förderinstrument insbesondere sektorenübergreifende innovative Modelle in die Regelversorgung zu bringen. Entgegen der Empfehlung der Prognos AG fordert der GKV-Spitzenverband, den Innovationsfonds vorerst nur befristet zu verlängern und in dieser Zeit weiter zu evaluieren. Weiterhin sollte die jährliche Fördersumme von 200 Mio. Euro um mindestens 50 Mio. Euro reduziert werden, da die zur Verfügung stehende Fördersumme wiederholt nicht voll ausgeschöpft wurde.

Im Gutachten wird weiterhin angeregt, den Innovationsfonds auch zukünftig zu evaluieren, um das Förderinstrument fortlaufend an neue Erkenntnisse anzugleichen. Neben Anpassungsempfehlungen hinsichtlich Organisation, Förderprozess und Förderbekanntmachungen spricht sich die Prognos AG für eine stärkere Vernetzung von geförderten Projekten mit ähnlichen Themen aus.

Innovationsförderungen 2022 und Transferempfehlungen

Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen

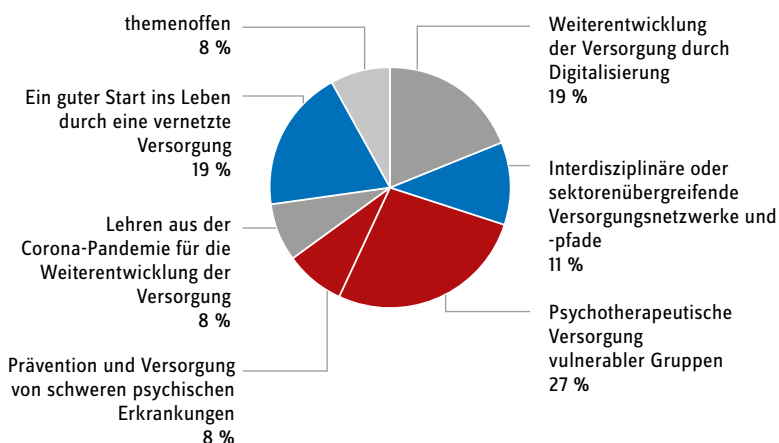
Im März 2022 veröffentlichte der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss Förderbekanntmachungen zur themenoffenen und themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen. 114 Ideenskizzen gingen ein. Davon wurden in der ersten Stufe 28 Projektideen ausgewählt, die ein vollständig ausgearbeitetes Konzept in Form eines

Vollantrags abgeben können. Hierfür haben die Bewerberinnen und Bewerber bis zu sechs Monate Zeit und können mit einem Förderbetrag bis maximal 75.000 Euro aus dem Innovationsfonds unterstützt werden. Darüber hinaus wurden 2022 die Vollerträge für die im Vorjahr ausgewählten und geförderten 30 Ideenskizzen Neue Versorgungsformen eingereicht. Hiervon wurden 16 Projekte zur weiteren Förderung ausgewählt.

Ideenskizzen Neue Versorgungsformen - Förderbekanntmachung 2022 nach Themenfeldern

Themenfeld	Anzahl
Interdisziplinäre Versorgungsangebote und geeignete Angebote im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf	5
Neue Versorgungsformen zur Entlastung von Pflegefachkräften	3
Einbindung von digitalen Technologien im Versorgungsalltag	7
Digitalisierung in der Heilmittelerbringung	2
Sozialraumbezogene Versorgungsmodelle unter Einbeziehung der kommunalen gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge	2
Stärkung der hausärztlichen Versorgung	5
Versorgungsmodelle für Kinder und Jugendliche	2
Themenoffene Ideenskizzen	2

Förderung Neue Versorgungsformen 2022



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

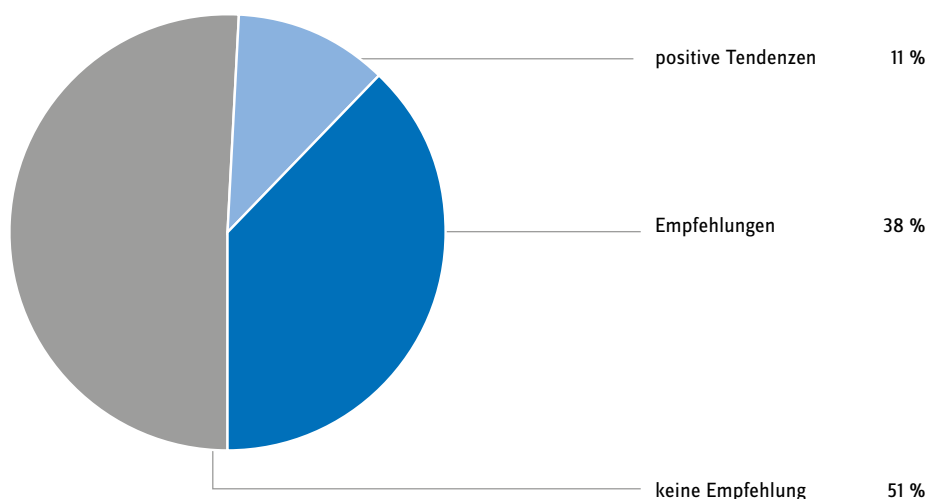
Förderbekanntmachung Versorgungsforschung sowie Teilbereich (Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien

Weiterhin veröffentlichte der Innovationsausschuss im Juni 2022 eine themenoffene und eine themenspezifische Förderbekanntmachung für den Förderbereich Versorgungsforschung sowie eine themenspezifische Bekanntmachung für den Teilbereich „(Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien“. Zu den sieben ausgeschriebenen Themenfeldern wurden 132, themenoffen weitere 99 Projektanträge eingereicht. Zur Förderbekanntmachung für die (Weiter-)Entwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien gingen 31 Anträge ein. Die Entscheidungen, welche von diesen Projekten durch den Innovationsfonds gefördert werden, fallen 2023.

Transfer in die Regelversorgung

Zu den Aufgaben des Innovationsausschusses zählt es, Empfehlungen abzugeben, ob und wie geförderte Projekte in die Regelversorgung überführt werden sollen. Es wurden insgesamt bereits 124 Transferempfehlungen zu beendeten Projekten veröffentlicht; 72 davon wurden im Jahr 2022 beschlossen. Im Bereich Versorgungsforschung wurden 83 beendete Projekte bewertet. Für 35 Projekte wurde eine Nutzbarmachung der Erkenntnisse empfohlen. Für 48 Projekte wurde keine Empfehlung ausgesprochen. Aufgrund festgestellter positiver Tendenzen bzw. Teilergebnisse wurden die Projektergebnisse aber in sieben Fällen an verschiedene Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet. Im Bereich Neue Versorgungsformen wurden 41 Projekte bewertet. Davon erhielten zwölf Projekte eine Empfehlung zur vollständigen oder teilweisen Überführung in die Regelversorgung, 29 Projekte erhielten keine Empfehlung. Von sieben dieser Projekte wurden dennoch die Ergebnisse an verschiedene Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil positive Tendenzen festgestellt worden waren.

Transferbeschlüsse des Innovationsausschusses (n = 124)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



europäisch

Gesundheitsdaten sollten europaweit für Forschung, Innovation und Politikgestaltung genutzt werden. Die Krankenkassen müssen dabei von Anfang an als zentrale Akteure in die Ausgestaltung des Europäischen Gesundheitsdatenraums einbezogen werden.

Diskussion um Europäischen Gesundheitsdatenraum

Elektronische Gesundheitsdaten sollen umfassend und grenzüberschreitend für Forschung, Innovation und politische Entscheidungen verfügbar gemacht werden.

Am 3. Mai 2022 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Verordnung über den Europäischen Gesundheitsdatenraum veröffentlicht. Darin ist vorgesehen, elektronische Patientenakten und weitere Behandlungsdaten grenzüberschreitend für die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in der EU verfügbar zu machen. Zudem sollen umfangreiche Gesundheitsdaten europaweit für Forschung, Innovation und Politikgestaltung genutzt werden können. Die Krankenkassen müssen als zentrale Akteure in die Ausgestaltung des Europäischen Gesundheitsdatenraums einbezogen werden.

Digitale Patientenakten für grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

Zur gesundheitlichen Versorgung sollen künftig E-Patientenakten-Systeme mit umfassenden Funktionen wie z. B. Patientenkurzakt, E-Rezepten, Laborberichten, medizinischen Bildern und Ent-

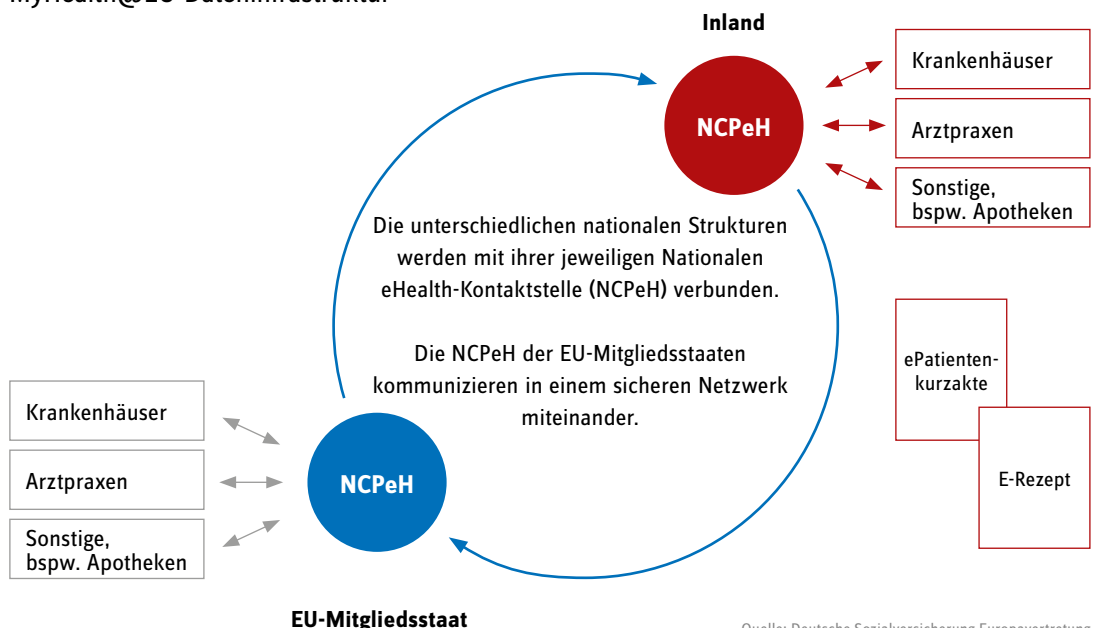
lassberichten europaweit zur Verfügung gestellt werden. Somit könnten Patientendaten auch bei der Behandlung im Ausland genutzt und elektronische Rezepte in einem anderen Mitgliedstaat oder auch online eingelöst werden.

Die Mitgliedstaaten sollen hierfür Leistungserbringende und Apotheken an die Infrastruktur anschließen und den grenzüberschreitenden Austausch von Patientendaten über nationale Kontaktpunkte ermöglichen. Außerdem ist geplant, E-Patientenakten-Systeme zu harmonisieren und Regeln für deren Inverkehrbringen zu schaffen. Mitgliedstaaten sollen telemedizinische Leistungen grenzüberschreitend unter denselben Bedingungen wie im nationalen Kontext zulassen.

Gesundheitsdaten sollen umfassend genutzt werden

Elektronische Gesundheitsdaten sollen nach dem Willen der Europäischen Kommission umfassend und grenzüberschreitend für Forschung, Innovation und politische Entscheidungen verfügbar gemacht werden. Zu diesen Daten gehören u. a.

MyHealth@EU-Dateninfrastruktur



Quelle: Deutsche Sozialversicherung Europavertretung
Darstellung: GKV-Spitzenverband

elektronische Patientenakten, Abrechnungsdaten, Daten elektronischer Register und Gesundheitsdaten aus klinischen Studien. Einen Nutzungsantrag soll grundsätzlich jede und jeder stellen können. Die Mitgliedstaaten sollen hierfür europaweit vernetzte nationale Stellen schaffen, die Kataloge verfügbarer Datensätze veröffentlichen, Nutzungsanträge genehmigen und Gebühren erheben können.

Zwischen Binnenmarkt und Gesundheitsversorgung

Die veröffentlichten Regelungen könnten tief in die Organisation der Telematikinfrastrukturen und Patientenakten-Systeme der Mitgliedstaaten eingreifen. Die Inhalte der Patientenakten, das Identifizierungsmanagement und Zugriffsrechte werden im Entwurf der Europäischen Kommission vorgegeben. Ferner behält sie sich vor, in nachgelagerten Rechtsakten weitere technische Vorgaben zu erlassen. Damit möchte sie nicht nur die europaweite Mobilität von Patientinnen und Patienten fördern, sondern auch einen europäischen Markt für digitale Gesundheitsprodukte schaffen.

Auch in Bezug auf die Weiterverwertung elektronischer Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation und politische Entscheidungen gehen die Kommissionsvorschläge sehr weit. Die einzubeziehenden Kategorien elektronischer Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung sind ebenso umfangreich wie deren Verwendungszwecke. Insbesondere die Kategorien Entwicklungs- und Innovationstätigkeiten sowie Training, Testen und Bewerten von Algorithmen könnten Spielraum für eine kommerzielle Nutzung schaffen, die kritisch zu hinterfragen ist.

Krankenversicherung als Schlüsselakteur

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die nationalen Systeme im Europäischen Gesundheitsdatenraum so zu vernetzen, dass es nicht zu Eingriffen in die nationalen Telematikinfrastrukturen kommt und die Anwendung der EU-Datenschutzgrundverordnung klar geregelt ist.

Die nationalen Sozialsysteme generieren und verarbeiten Daten zur Optimierung der nationalen und regionalen Versorgungsstrukturen. Krankenkassen sollten daher nicht nur als Datenlieferanten, sondern als Schlüsselakteure des Europäischen Gesundheitsdatenraums betrachtet und von Beginn an eingebunden werden. Dies umfasst die Mitsprache bei der dezentralen Bereitstellung anonymisierter Daten, die zielgerichtet für Forschungszwecke mit tatsächlichem Mehrwert in der Versorgung und mit einem gesamtgesellschaftlichen Nutzen verfügbar gemacht werden sollten.

Krankenkassen sollten nicht nur als Datenlieferanten, sondern als Schlüsselakteure des Europäischen Gesundheitsdatenraums betrachtet und von Beginn an eingebunden werden.

Der GKV-Spitzenverband, die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSV) sowie die European Social Insurance Platform hatten sich bereits in die Vorbereitung des Gesetzgebungsverfahrens mit Positionspapieren und Beiträgen sowie in Expertengruppen auf EU-Ebene eingebracht. Gemeinsam mit der DSV-Europavertretung hat der GKV-Spitzenverband 2022 eine ausführliche Stellungnahme zum Verordnungsvorschlag vorgelegt.

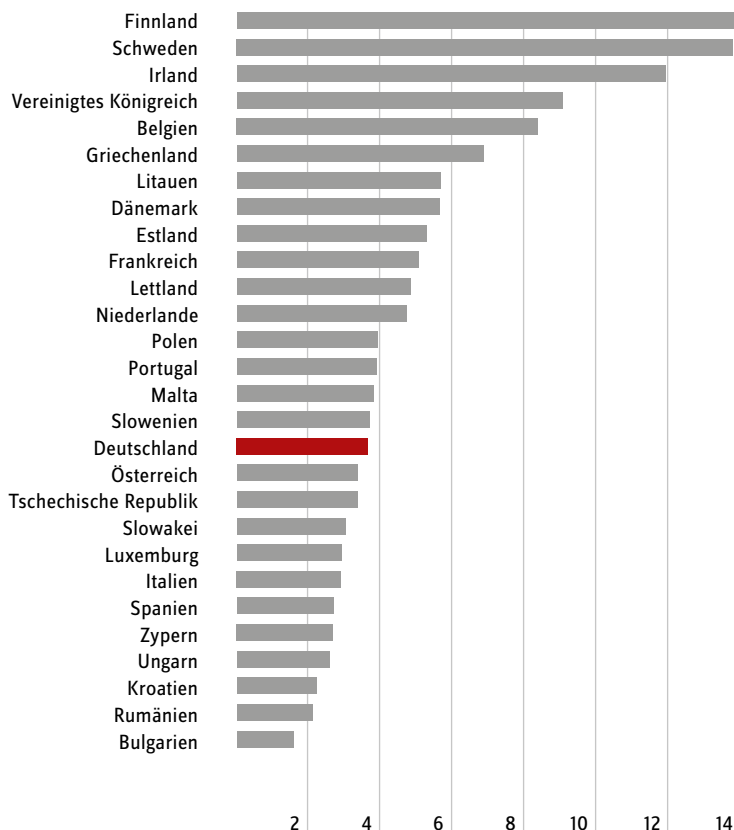
Europas Plan gegen Krebs

Europas Plan gegen den Krebs ist eine der Prioritäten der Europäischen Kommission. Er umfasst Initiativen zu Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie Lebensqualität von Krebskranken und -überlebenden. Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSV) hat sich nun zu zwei konkreten Initiativen der Europäischen Kommission zur Alkohol- und Tabakprävention positioniert.

Alkoholsteuer für gezielte gesundheitliche Impulse

Bei jährlich über 20.000 Menschen in Deutschland ist Alkohol Ursache einer Krebserkrankung. Im europäischen Vergleich gehört Deutschland zu den Ländern mit niedrigen Alkoholsteuern.

Verbrauchssteuer pro 700 ml mit 40 % Alkohol in Euro, Stand Juli 2021



Anders als bei Tabak wird die Steuerungswirkung von Alkoholsteuern auf den Konsum hierzulande kaum genutzt. Die Alkopop-Steuer ist dabei die Ausnahme. Im Rahmen der Konsultation Verbrauchsteuern auf Alkohol und alkoholische Getränke forderte die DSV-Europavertretung, die Europäische Kommission müsse ihrer Verpflichtung zum Schutz der Gesundheit nachkommen und die Mindeststeuersätze für alkoholische Getränke anheben. Über die Besteuerung sollten gezielt gesundheitliche Impulse für die Mitgliedstaaten gesetzt werden.

Die Überprüfung der Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste zur Werbung für alkoholische Getränke sowie die bestehenden Absatzförderungsmaßnahmen für Alkohol sind ein wichtiger Schritt. Auch die harmonisierte Kennzeichnung mit Nährwertinformationen auf Etiketten ist eine wichtige Maßnahme zur Verringerung von alkoholbedingten gesundheitlichen Schäden.

Tabakfreie Generation

Die DSV-Europavertretung begrüßt in ihrem Beitrag zur Evaluierung des Rechtsrahmens für die Eindämmung des Tabakgebrauchs auch das ehrgeizige Ziel, den Tabakkonsum von derzeit 25 % der Bevölkerung auf unter 5 % zu senken und damit eine „tabakfreie Generation“ bis 2040 zu schaffen. Wichtige Bausteine sind dabei die Erhöhung der Tabaksteuer sowie die Ausweitung der Besteuerung auf neuartige Tabak- und nikotinhalte Produkte. Es ist sinnvoll, dass diese Produkte hohen und harmonisierten Steuersätzen unterliegen. Ein weiterer Baustein ist die Ausweitung und Verschärfung der Empfehlung des Rates der EU für mehr rauchfreie Umgebungen auch im Freien. Passivrauchen erhöht das Risiko für Lungenkrebs um 20 bis 30 % und steigert das Risiko, an koronarer Herzkrankheit zu erkranken und zu sterben.

Die Initiativen der EU zur Tabak- und Alkoholprävention sind Grundlage für verhaltensbezogene Präventionsansätze der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Quelle: Europäische Kommission, Nach: Thomas Locher (2021). © 1937-2023 Tax Foundation. <https://taxfoundation.org/distilled-spirits-taxes-europe-2021/>. Lizenziert unter: CC BY-NC 4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode>. Exzerpt der Tabelle. Darstellung: GKV-Spitzenverband

Europäische Arzneimittelgesetzgebung

Gemeinsam mit der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung (DSV) und der European Social Insurance Platform (ESIP) begleitet der GKV-Spitzenverband aktuelle Gesetzgebungsverfahren auf europäischer Ebene und bringt sich auch im Voraus mit Positionspapieren und Konsultationsbeiträgen in deren Vorbereitung ein.

Arzneimittelstrategie

Bereits im Rahmen der im November 2020 vorgestellten Arzneimittelstrategie kündigte die Europäische Kommission an, das allgemeine EU-Arzneimittelrecht sowie die Verordnungen über Arzneimittel für seltene und pädiatrische Erkrankungen zu überarbeiten. Entsprechende Gesetzesentwürfe hatte sie für Ende 2022 angekündigt, dann jedoch ins Folgejahr verschoben.

Eine öffentliche Konsultation deckte ein breites Spektrum an Themen zur Vorbereitung der Gesetzgebungsverfahren ab, darunter die folgenden:

- gleichwertiger Zugang von Patientinnen und Patienten zu Arzneimitteln in allen Mitgliedstaaten
- Sicherheit der Arzneimittelversorgung
- Vermeidung von Lieferengpässen
- Angemessenheit bestehender Anreizsysteme für Arzneimittelentwicklungen

Die DSV-Europavertretung und die ESIP forderten in ihren Beiträgen, die Arzneimittelversorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten wirtschaftlich, zuverlässig und innovationsfreundlich zu gestalten. Zur Förderung von Innovationen müssen Anreize künftig passgenau gesetzt werden. Die Bewertung der Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit darf nicht auf die Zeit nach der Zulassung verlagert und die hohen Anforderungen an die Evidenz dürfen nicht relativiert werden. Randomisierte klinische Studien müssen der Goldstandard bleiben. Mit der europäischen Zulassung von Arzneimitteln muss auch die Verpflichtung einhergehen, diese in allen Mitgliedstaaten auf den Markt zu bringen. Im Hinblick auf die Versorgungssicherheit sollten die Mitgliedstaaten ein gemeinsames

Meldesystem für Engpässe einrichten und Sanktionsmöglichkeiten erhalten.

Antimikrobielle Resistenz

Laut einem Sonderbericht des Europäischen Rechnungshofs besteht eine hohe Gesundheitsbelastung durch Antibiotikaresistenzen. Insbesondere die Abgabe von antimikrobiellen Tierarzneimitteln ist noch immer zu hoch. Sie ist mitverantwortlich dafür, dass Menschen zunehmend auch gegenüber Reserveantibiotika Resistenzen entwickeln. Die DSV-Europavertretung begrüßt daher die von der Europäischen Kommission vorgeschlagene Empfehlung für umfassendere Maßnahmen gegen Resistenzen gegenüber antimikrobiellen Mittel. Die Maßnahmen sollen dazu beitragen, deren Wirksamkeit für Menschen und Tiere zu erhalten und die Entwicklung neuer therapeutischer und diagnostischer Instrumente fördern.

Vor allem müssen der Gebrauch wichtiger Reserveantibiotika auf humanmedizinische Zwecke begrenzt und der Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung insgesamt reduziert werden. Darüber hinaus sollte der Infektionsprävention ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Es muss stärker in Programme für einen verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika und in begleitende Medienkampagnen investiert werden. Die Infektionsprävention und -bekämpfung müssen verstärkt werden. Durch Hygienemaßnahmen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Personal- und Patientenschulungen, aktualisierte Behandlungsleitlinien etc. können Infektionen vermieden und ein unsachgemäßer Einsatz von Antibiotika verhindert werden.

Die Erforschung und Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel, alternativer Behandlungen und Impfstoffe sind wichtige Elemente im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen. Im Rahmen der anstehenden Überarbeitung der Arzneimittel-

Die Bewertung der Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit von Arzneimitteln darf nicht auf die Zeit nach der Zulassung verlagert werden.

gesetzgebung sind deshalb die Anreize für die Entwicklung von Reserveantibiotika zu modifizieren. Dabei sollten gezielt ungedeckte medizinische Bedarfe adressiert werden.

Ergänzende Schutzzertifikate

Die Europäische Kommission prüft Maßnahmen, um das bestehende System der ergänzenden Schutzzertifikate für Arzneimittel (Supplementary Protection Certificates, SPCs) zu optimieren und dadurch transparenter und effizienter zu gestalten. SPCs sind ein Instrument zum Schutz geistigen Eigentums, das eine Verlängerung der Schutzdauer eines Patents für Arzneimittel um bis zu fünf Jahre bewirkt.

Die Erforschung und Entwicklung neuer antimikrobieller Mittel, alternativer Behandlungen und Impfstoffe sind wichtig im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen.

SPCs sollen kompensatorisch wirken, da Unternehmen erst nach erfolgreichen Zulassungsverfahren mit verpflichtenden klinischen Prüfungen patentierte Produkte vermarkten können. SPCs werden derzeit bei den nationalen Patentämtern gewährt. Die Erteilungsverfahren folgen dabei nicht immer den gleichen Erwägungen, sodass sich auch die Geltungsdauer der SPCs je nach EU-Mitgliedstaat unterscheiden können.

Die DSV-Europavertretung begrüßt, dass im Rahmen der Arzneimittelstrategie der Zugang zu Arzneimitteln sowie die Transparenz und der Wettbewerb gestärkt werden sollen. Der Zugang zu Arzneimitteln muss sichergestellt sein – und dies zu bezahlbaren Preisen. Daher ist es folgerichtig, dass die Europäische Kommission einen schnelleren flächendeckenden Markteintritt von Generika und Biosimilars bei der Neugestaltung der SPC-Regeln berücksichtigen will, um damit die nationalen Gesundheitsbudgets zu entlasten und eine bezahlbare Arzneimittelversorgung zu ermöglichen.

Digitalisierung des Nachrichten- und Datenaustauschs in der EU

Seit Ende 2021 nutzt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) alle Verfahren des Austauschs von Informationen der sozialen Sicherheit mit dem EU-Ausland in digitaler Form. Auf Grundlage des EESSI-Systems (Electronic Exchange of Social Security Information) können die gesetzlichen Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) sowie alle übrigen Träger der deutschen Sozialversicherung sämtliche Informationen mit Trägern in den anderen EU-Mitgliedstaaten in elektronischer Form austauschen. Alle Verfahren kommen nunmehr ohne die grenzüberschreitende Übermittlung von Papierdokumenten aus.

DVKA verantwortet den reibungslosen Nachrichten- und Datenaustausch

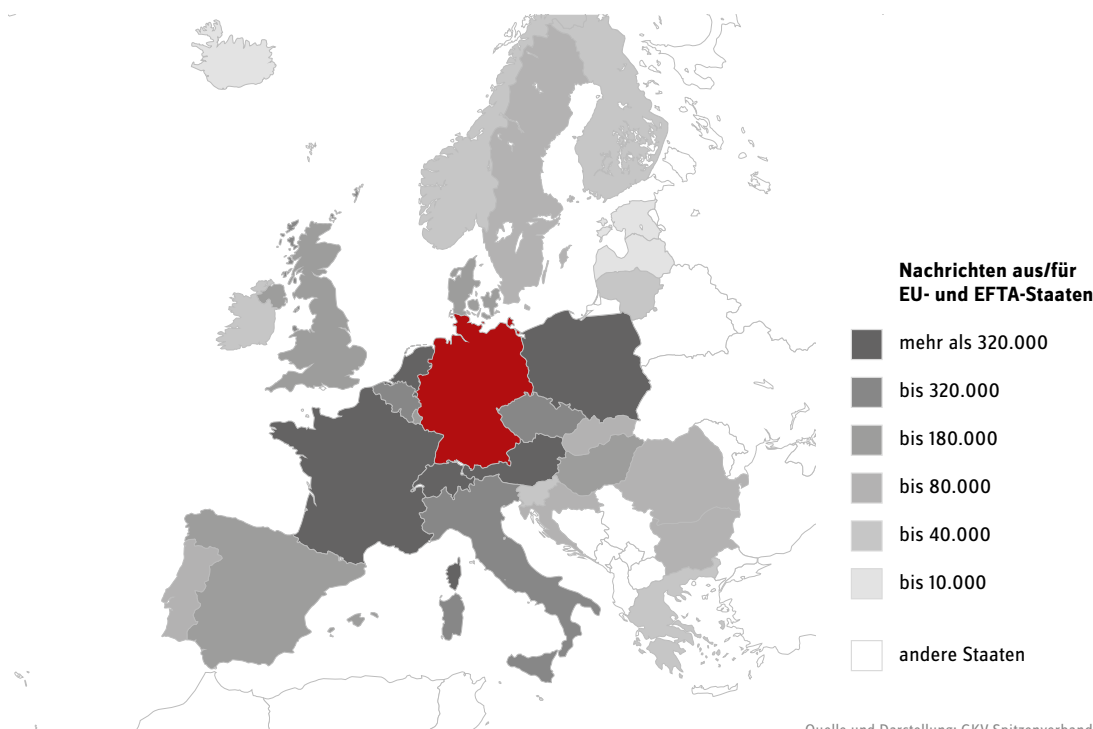
Die Verfahren dienen u. a. dem grenzüberschreitenden Austausch von Bescheinigungen über das anzuwendende Sozialversicherungsrecht (A1-Bescheinigung), Anspruchsbescheinigungen

und Kostenerstattungsinformationen zwischen den Mitgliedstaaten. Der Austausch zwischen den Trägern der sozialen Sicherung erfolgt schneller, sicherer und wirtschaftlicher. Versicherte können somit noch zügiger als bisher Rechte und Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung im Europäischen Ausland in Anspruch nehmen. Die Mobilität von Patientinnen und Patienten sowie Erwerbstätigen wird durch ein solides digitales Fundament unterstützt und kostengünstiger ausgestaltet.

Versicherte können noch zügiger als bisher Rechte und Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung im Europäischen Ausland in Anspruch nehmen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA ist für den Betrieb der voll digitalisierten Datendrehscheibe als Verbindung der GKV mit dem EU-Ausland verantwortlich. Speziell geschulte Kräfte stellen sicher, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen bei fachlichen Fragen und Problemen an die DVKA wenden

Nachrichten aus und für Deutschland 2022



Verzichtet man auf die Beanstandung ausländischer Forderungen unterhalb eines Mindestbetrags, lassen sich hohe Einspareffekte beim Verwaltungsaufwand erreichen.

können. Über ein international abgestimmtes Change-Management-Verfahren erfolgt die Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Fachverfahren im Dialog mit den Krankenkassen und den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene. Der technische Betrieb der Datendrehscheibe liegt in den bewährten Händen der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG GmbH), die dafür Sorge trägt, dass jede einzelne Nachricht zeitnah die Empfängerinnen und Empfänger erreicht.

GKV tauscht die meisten Nachrichten mit dem EU-Ausland aus

Sämtliche deutsche Krankenkassen haben die volligitalen EESSI-Verfahren sehr gut angenommen. Die intensive Nutzung durch die GKV führt dazu, dass Deutschland im EU-weiten Vergleich die meisten Informationen und Daten austauscht. 2022 wurden mehr als 3 Mio. Nachrichten ausgetauscht. Dies ist ein Anteil von 17,5 % am Gesamtvolumen in der EU (Stand: 1. Oktober 2022).

Unter Federführung der EU-Kommission wollen die Mitgliedstaaten in den kommenden Jahren die grenzüberschreitenden Geschäftsprozesse weiterentwickeln. Neue Anforderungen sollen berücksichtigt und Optimierungen der bestehenden Prozesse erarbeitet werden. Auch in Zukunft wird damit sichergestellt, dass die Versicherten auch im Europäischen Ausland Leistungen schnell und unkompliziert in Anspruch nehmen können und die Mobilität von Erwerbstätigen gefördert wird.

Verfahrensänderung flankiert Effizienzsteigerung durch Digitalisierung

Im Bereich der grenzüberschreitenden Kostenabrechnung bearbeiten die gesetzlichen Krankenkassen jedes Jahr ca. 3,2 Mio. Erstattungsanforderungen in Höhe von ca. 1,5 Mrd. Euro (jeweils 2021) aus ca. 35 Staaten innerhalb und

außerhalb der EU. Für die Bearbeitung entsteht ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der sich künftig durch die Einführung eines Mindestbetrags deutlich reduzieren lässt. Denn insbesondere die Bearbeitung beanstandeter Rechnungen über einen niedrigen Betrag ist in hohem Maße unwirtschaftlich. Verzichtet man auf die Beanstandung ausländischer Forderungen, die unterhalb eines gemeinsam festgelegten Mindestbetrags liegen, lassen sich hohe Einspareffekte beim Verwaltungsaufwand erreichen.

Wirtschaftliche Kostenabrechnung

Auch beim Abschluss von Rechnungsjahren kann es wirtschaftlich und zweckmäßig sein, auf die Klärung sämtlicher Forderungen auf Einzelfallbasis zu verzichten. Dies gilt insbesondere dann, wenn beide Seiten die entsprechenden eigenen Forderungen aufgeben und derartige ausländische Forderungen anerkennen. Zu diesem Zweck wurde § 219a Abs. 1 SGB V angepasst, in dem die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA beschrieben sind. Die Neufassung räumt die Befugnis ein, im Bereich der über- und zwischenstaatlichen Kostenabrechnung die oben beschriebenen Entscheidungen für eine wirtschaftliche und zweckmäßige Durchführung seiner Aufgaben zu treffen.

Die Details zu den beschriebenen Regelungen werden in einer Richtlinie festgelegt, die am 25. Mai 2022 in Kraft trat. Zu den Effekten der in der Richtlinie vorgesehenen Maßnahmen erfolgt ein jährlicher Austausch innerhalb der GKV. In diesem Rahmen werden auch weitere Maßnahmen erörtert werden können, um die Durchführung der über- und zwischenstaatlichen Kostenabrechnung noch effizienter zu gestalten.

IVSS-Weltforum 2022 in Marrakesch

Turnusgemäß fand vom 24. bis 28. Oktober 2022 das Weltforum für soziale Sicherheit in Marrakesch, Marokko, statt. Das alle drei Jahre von der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) organisierte Weltforum ist die bedeutendste internationale Zusammenkunft von Akteuren der sozialen Sicherheit. Es bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine gute Plattform zur Vernetzung, zum Wissenstransfer und zum internationalen Erfahrungsaustausch.

Zeitgleich fanden außerdem die 34. Generalversammlung der IVSS und die 39. Tagung des Verwaltungsrats der IVSS sowie die Wahl des Präsidenten, des Schatzmeisters und der Vorstands- und Kontrollratsmitglieder der IVSS statt. Manfred Schoch, Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, wurde in seinem Amt als Mitglied des Vorstands der IVSS bestätigt und repräsentiert den GKV-Spitzenverband weiterhin an einflussreicher Stelle. Insgesamt wird Deutschland durch den GKV-Spitzenverband, die Renten- und Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der IVSS vertreten.

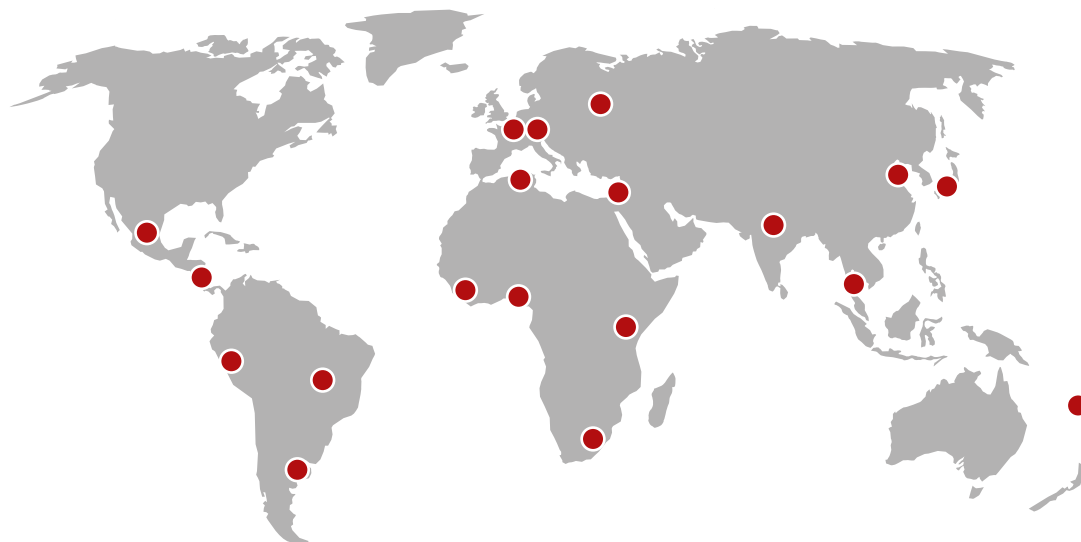
Soziale Sicherheit für widerstandsfähige und inklusive Gesellschaften

Weit über 1.000 Repräsentantinnen und Repräsentanten aus mehr als 135 Ländern haben 2022 am Weltforum teilgenommen, darunter Ministerinnen und Minister sowie leitende Fachleute aus den verschiedensten Bereichen und Arbeitsfeldern der sozialen Sicherheit. Über 225 Referentinnen und Referenten, die in mehr als 130 Sitzungen auftraten, haben u. a. über Strategien und Reformen der sozialen Sicherheit zur Bewältigung der Finanzierungs- und Nachhaltigkeitsherausforderungen z. B. in Hinsicht

auf die Bedürfnisse und Erfordernisse alternder Bevölkerungen vorgetragen und diskutiert. Nicht zuletzt galt die Aufmerksamkeit angesichts der Herausforderungen der Corona-Pandemie auch der Frage, wie dem globalen Bedarf an sozialer Sicherheit und Gerechtigkeit entsprochen werden kann und welche Erfahrungen, Lehren und langfristigen Auswirkungen der Pandemie zu erwarten sind.

Der Frage, wie dem globalen Bedarf an sozialer Sicherheit und Gerechtigkeit angesichts der Herausforderungen der Corona-Pandemie entsprochen werden kann, galt große Aufmerksamkeit.

IVSS - weltweit führende Organisation für soziale Sicherheit





engagiert

Als gemeinsame Stimme der gesetzlichen Krankenkassen verschafft der GKV-Spitzenverband rund 73 Millionen gesetzlich Versicherten auf Bundesebene Gehör. Seine rund 500 Mitarbeitenden arbeiten u. a. engagiert an der Umsetzung vielfältiger gesetzlich übertragener Aufgaben, wie z. B. Verhandlungen bundesweit gültiger Verträge und Vereinbarungen.

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gehen Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung hindeuten (SPV) - insbesondere Abrechnungsbetrug und Korruption. Der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes informierte den Verwaltungsrat über Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2020/2021. Der auch im Internet veröffentlichte Bericht führt darüber hinaus die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte seiner Mitglieder zu einer GKV-Gesamtsicht zusammen und leitet hieraus aktuelle Positionen und Forderungen ab.

Hohe Schäden trotz pandemiebedingtem Rückgang der verfolgten Fälle

Die Anzahl der von den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen verfolgten Neufälle ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um rund 17 % gesunken. Diese Entwicklung korrespondiert mit einem gleichzeitigen Rückgang der eingegangenen Hinweise um ca. 6,5 %. Mehr als 80 % aller Hinweise werden von externen Hinweisgebenden übermittelt. Trotz pandemiebedingt rückläufigem Hinweis- und Fallaufkommen konnten Forderungen in Höhe von rund 59,60 Mio. Euro gesichert werden. Dies stellt den zweithöchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung dar. Der ermittelbare „entstandene Schaden“ beläuft sich auf mehr als das Doppelte der gesicherten Forderungen: Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist GKV und SPV 2020/2021 ein Schaden in Höhe von ca. 131,90 Mio. Euro entstanden.

Die genaue Analyse der GKV-Gesamtsicht zeigt, dass die höchsten Forderungen im Leistungsbereich Häusliche Krankenpflege gesichert werden konnten. Erstmals sind in diesem Leistungsbereich aber auch die mit Abstand höchsten

Schäden entstanden. Die Pflege entwickelt sich damit zu einem Brennpunkt der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen.

Diese und weitere Ergebnisse des Berichts unterstreichen die Notwendigkeit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Die systematische Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erfolgt im Interesse der Versichertengemeinschaft. Um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig noch wirksamer zu gestalten, hat der GKV-Spitzenverband weitergehenden Handlungsbedarf festgestellt und zwei zentrale Maßnahmen gefordert: eine kriminologische Studie zum Dunkelfeld von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und den wirksamen Schutz von Hinweisgebenden.

Kriminologische Dunkelfeld-Studie

Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen ist ein „Kontrolldelikt“. Nach der Bewertung des Bundeskriminalamts muss von einem nicht unerheblichen Dunkelfeld sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch hinsichtlich der monetären Schäden ausgegangen werden. Wie bei der polizeilichen Kriminalstatistik ist deshalb auch die Aussagekraft der GKV-Gesamtsicht stark eingeschränkt, da bislang nur Hinweise, Fälle und Schäden beziffert werden können, die den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen tatsächlich bekannt geworden sind. Die Corona-Pandemie könnte die Entdeckungswahrscheinlichkeit zusätzlich beeinträchtigt und somit zu einer Vergrößerung des Dunkelfeldes beigetragen haben. Um den Umfang und die Struktur der Fehlverhaltenswirklichkeit im Gesundheitswesen abzubilden, ist ein Perspektivwechsel erforderlich. Zukünftig müssen auch kriminologische Evidenzen berücksichtigt werden. Der GKV-Spitzenverband fordert die Bundesregierung auf, eine unabhängig geförderte kriminologische Studie zum Dunkelfeld von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen in Auftrag zu geben.

Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist GKV und SPV 2020/2021 ein Schaden in Höhe von ca. 131,90 Mio. Euro entstanden.

Hinweisgeberschutz

Der wirksame Schutz von Hinweisgebenden ist ein wichtiger Baustein in der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Nur wenn Hinweisgebende sicher sein können, dass für sie kein persönlicher Schaden entsteht, werden sie bereit sein, Fehlverhalten zu melden und als Zeuginnen bzw. Zeugen auszusagen. Mit dem Hinweisgeberschutzgesetz (bei Redaktionsschluss noch nicht verabschiedet) soll die Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden, umgesetzt werden. Zugleich soll der Hinweisgeberschutz in der Bundesrepublik wirksam und nachhaltig verbessert werden. Doch das Hinweisgeberschutzgesetz würde im Gesundheitswesen nur für die Meldung von Informationen über Verstöße

gelten, die straf- oder bußgeldbewehrt sind. Der sachliche Anwendungsbereich würde damit nur Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen erfassen, bei denen die Krankenkassen gehalten sind, die Staatsanwaltschaft zu unterrichten (§ 197a Abs. 4 SGB V). Straffloses Fehlverhalten wie z. B. Verstöße gegen sozialgesetzliche oder vertragliche Verbote würde auch zukünftig nicht erfasst – etwa 90 % aller 2020/2021 verfolgten Neufälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Der Anwendungsbereich des Hinweisgeberschutzes sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes deshalb um die Anwendung auf sonstiges erhebliches Fehlverhalten erweitert werden, „dessen Aufdeckung im besonderen öffentlichen Interesse liegt“, wie im Koalitionsvertrag vereinbart.

Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht

Inhaltsbeschreibung	2018/2019	2020/2021	+/-	%	Tendenz
1 Anzahl der eingegangenen Hinweise	42.350	39.600	-2.750	-6,49	▼
1.1 Anzahl der externen Hinweise	34.542	32.702	-1.840	-5,33	▼
1.2 Anzahl der internen Hinweise	7.808	6.898	-910	-11,65	▼
2 Anzahl der verfolgten Fälle	43.644	43.792	+148	+0,34	▲
2.1 Anzahl verfolgter Bestandsfälle	15.447	20.451	+5.004	+32,39	▲
2.2 Anzahl verfolgter Neufälle	28.197	23.341	-4.856	-17,22	▼
3 Anzahl der abgeschlossenen Fälle	26.236	23.903	-2.333	-8,89	▼
4 Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	62.012.385	59.593.817	-2.418.568	-3,90	▼
5 Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	2.952	2.538	-414	-14,02	▼

Kommunikationsschwerpunkte 2022

Krankenhausreform, Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Lieferengpässe bei Arzneimitteln – diese Themen dominierten die Verbandskommunikation im vergangenen Jahr. Im Fokus dabei immer: die Forderungen des GKV-Spitzenverbandes nach besserer Versorgung der Versicherten.

Krankenhausreform

Die Vorschläge zur Reform der Krankenhausvergütung standen medial im Fokus. Der GKV-Spitzenverband hat sich mit Statements, Pressemitteilungen und Interviews engagiert in die Debatte eingebracht. Bereits im Frühsommer platzierte der Verband die Möglichkeiten für weit aus mehr ambulant erbringbare Operationen und bettete das Thema in den größeren Zusammenhang einer umfassenden Krankenhausreform ein.

Finanzsituation GKV und SPV

Die Finanzsituation der GKV mit einem prognostizierten Finanzdefizit von 17 Mrd. Euro für 2023 und das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, das diese Lücke schließen soll, zogen sich als roter Faden durch das Kommunikationsjahr. Auch die zunehmend schwierige Finanzlage der SPV mit schrumpfenden Rücklagen und steigenden Ausgaben wurde intensiv durch Pressearbeit begleitet.

Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Viel Raum nahmen in der Verbandskommunikation auch die verstärkt aufgetretenen Lieferengpässe bei bestimmten Kinderarzneimitteln und Krebsmedikamenten ein. Immer wieder brachte der GKV-Spitzenverband seine Forderungen ein, etwa nach mehr Transparenz über die Verfügbarkeit von Medikamenten.



Neues Veranstaltungsformat

60 Minuten, zwei Diskutierende, ein Thema: So lautet das Konzept von „GKV NOW“, einer neuen Veranstaltungsreihe des GKV-Spitzenverbandes, die ausschließlich per Livestream übertragen wird. Zuschauerinnen und Zuschauer können per Chat mitdiskutieren. Den Auftakt machte im März 2022 Dr. Doris Pfeiffer im Gespräch mit Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach zur Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung. Im Mai diskutierte Gernot Kiefer mit der Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Claudia Moll, über die Pflegepolitik der Ampel-Koalition.

Neues Medium

Eines der Verbandsziele für 2022 war die Etablierung von Bewegtbildinhalten in der Kommunikation des GKV-Spitzenverbandes. Mit ersten Formaten wie Video-Statements des Vorstandes und einem Clip über die Verwaltungsratssitzung im Dezember 2022 ist die Einführung des neuen Mediums gelungen. Der weitere Ausbau ist geplant.

Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2021

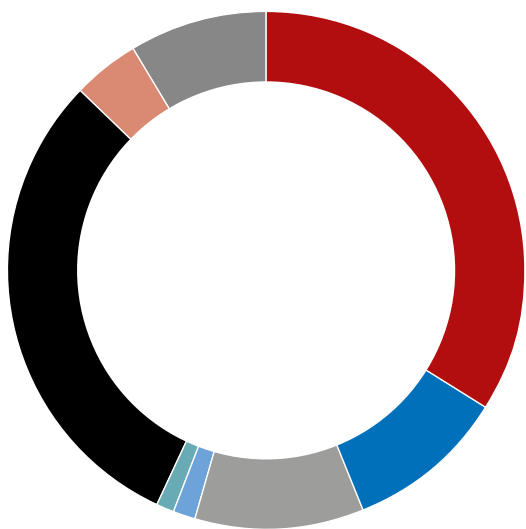
Im April 2022 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2021 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG. Geprüft wurden außerdem die Planungen und die Herangehensweise zur Umsetzung des IT-gestützten Verfahrens zur elektronischen Rechnungsbearbeitung. Die KPMG erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Der Verwaltungsrat nahm die Jahresrechnung 2021 daraufhin einstimmig ab und erteilte dem Vorstand am 22. Juni 2022 ebenfalls einstimmig die Entlastung.

Beitrag Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes 2022

Der Gesamthaushalt 2022 des GKV-Spitzenverbandes weist einen zu finanzierenden Gesamtbeitrag in Höhe von 237,2 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes und für den Teilhaushalt der DVKA sowie folgende zu finanzierende Umlagen:

- Sicherstellungszuschlag für die Hebammen nach § 134a Abs. 1b SGB V
- Förderung besonderer Therapieeinrichtungen nach § 65d SGB V
- Beschäftigtenverzeichnis ambulante Pflege nach § 293 Abs. 8 Satz 8 SGB V
- gematik GmbH nach § 316 SGB V
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD) nach § 65b SGB V
- Datentransparenz nach §§ 303a-f SGB V

Beitragsbestandteile Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes 2022



■ Beitrag Kernhaushalt GKV-Spitzenverband	80.873.000 €	
■ Beitrag Teilhaushalt DVKA	23.552.000 €	
■ Umlage Sicherstellungszuschlag Hebammen	24.951.000 €	
■ Umlage Förderung besonderer Therapieeinrichtungen	3.384.000 €	
■ Umlage Beschäftigtenverzeichnis ambulante Pflege	2.955.000 €	
Gesamtbeitrag für die Umlage je Versicherter zu finanzierender Haushaltsbestandteile	135.715.000 €	Kosten je Versicherter 1,85 €
■ Umlage gematik	71.461.000 €	
■ Umlage UPD	10.194.000 €	
■ Umlage Datentransparenz	19.859.000 €	
Gesamtbeitrag für die Umlage je Mitglied zu finanzierender Haushaltsbestandteile	101.514.000 €	Kosten je Mitglied 1,78 €
Beitrag Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes	237.229.000 €	

Gesamthaushalt 2023

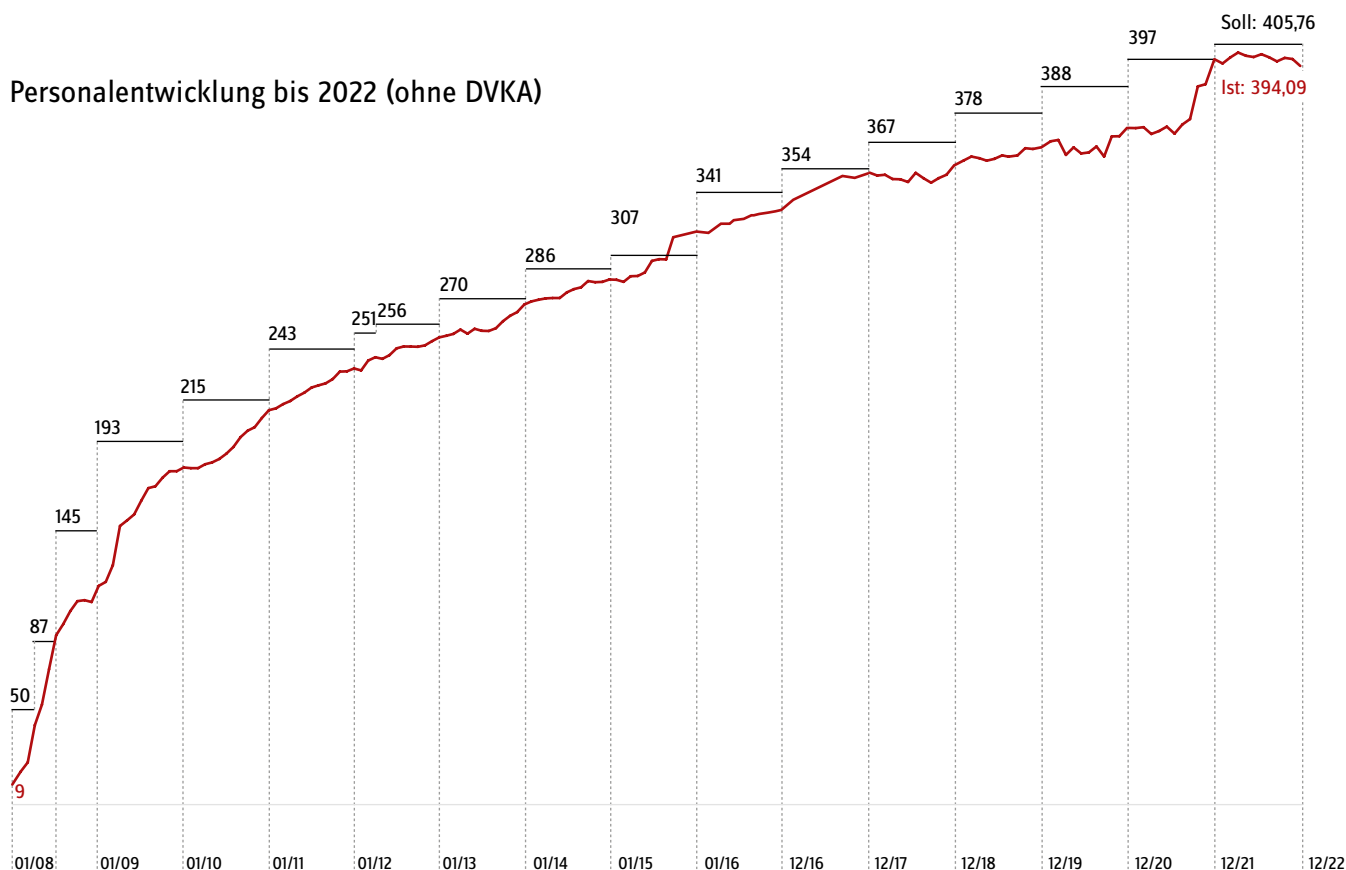
Der vom Vorstand am 26. September 2022 aufgestellte Gesamthaushalt 2023 wurde vom Verwaltungsrat einstimmig im Rahmen eines schriftlichen Beschlussverfahrens am 8. Dezember 2022 festgestellt und vom Bundesministerium für Gesundheit, als Aufsichtsbehörde des GKV-Spitzenverbandes, am 13. Dezember 2022 genehmigt. Der Gesamthaushalt 2023 des GKV-Spitzenverbandes weist einen auf die Mitgliedskassen umzulegenden Beitrag in Höhe von 258,9 Mio. Euro aus und fällt damit gegenüber dem Vorjahr um 21,7 Mio. Euro höher aus. Dies ist zum einen auf die entfallenen Umlagefinanzierungen für die gematik GmbH und für die Datentransparenz sowie zum anderen auf die Beiträge für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes und für den Teilhaushalt der DVKA zurückzuführen. Der Zuwachs bei den Beiträgen zum Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes

ergibt sich insbesondere aus den Betriebskosten des SV-Meldeportals nach § 95a SGB IV und des Qualitätssicherungsverfahrens in der Rehabilitation nach § 137d SGB V. Der Zuwachs bei den Beiträgen für den Teilhaushalt der DVKA ist insbesondere auf die Kosten für den Aufbau der nationalen eHealth-Kontaktstelle nach § 219d Abs. 6 SGB V zurückzuführen.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2022 insgesamt 532,62 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 405,76 Soll-Stellen und auf die DVKA 126,86 Soll-Stellen. Am 1. Dezember 2022 waren 507,30 Stellen besetzt. Davon 394,09 am Standort Berlin und 113,21 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt 95,2 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 97,1 %, bei der DVKA 89,2 %.

Personalentwicklung bis 2022 (ohne DVKA)



Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2022

1. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
2. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
3. AOK Baden-Württemberg
4. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
5. AOK Bremen/Bremerhaven
6. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
7. AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
8. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
9. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
10. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
11. AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
12. Audi BKK
13. BAHN-BKK
14. BARMER
15. BERGISCHE KRANKENKASSE
16. Bertelsmann BKK
17. Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG
18. Betriebskrankenkasse der G.M. Pfaff AG, Kaiserslautern
19. Betriebskrankenkasse EWE
20. Betriebskrankenkasse Miele
21. Betriebskrankenkasse Mobil
22. Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
23. Betriebskrankenkasse Technoform
24. BIG direkt gesund
25. BKK Akzo Nobel Bayern
26. BKK B. Braun Aesculap
27. BKK Deutsche Bank AG
28. BKK Diakonie
29. BKK EUREGIO
30. BKK evm
31. BKK exklusiv
32. BKK Faber-Castell & Partner
33. BKK firmus
34. BKK Freudenberg
35. BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
36. BKK Groz-Beckert
37. BKK Herkules
38. BKK Linde
39. BKK MAHLE
40. bkk melitta hmr
41. BKK MTU
42. BKK Pfalz
43. BKK ProVita
44. BKK Public
45. BKK Rieker.RICOSTA.Weisser
46. BKK Salzgitter
47. BKK Scheufelen
48. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
49. BKK Textilgruppe Hof
50. BKK VBU (BKK Verkehrsbau Union)
51. BKK VDN
52. BKK VerbundPlus
53. BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE
54. BKK WERRA-MEISSNER
55. BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
56. BKK-Würth
57. BKK ZF & Partner
58. BKK_DürkoppAdler
59. BKK24
60. BMW BKK
61. Bosch BKK
62. Continentale Betriebskrankenkasse
63. DAK-Gesundheit
64. Debeka BKK
65. energie-Betriebskrankenkasse
66. Ernst & Young BKK
67. Handelskrankenkasse (hkk)
68. Heimat Krankenkasse
69. HEK - Hanseatische Krankenkasse
70. IKK - Die Innovationskasse (IK)
71. IKK classic
72. IKK gesund plus
73. IKK Südwest
74. INNUNGSKRANKENKASSE BRANDENBURG UND BERLIN
75. KARL MAYER BKK
76. Kaufmännische Krankenkasse - KKH
77. KNAPPSCHAFT
78. Koenig & Bauer BKK
79. Krones Betriebskrankenkasse
80. Mercedes-Benz BKK
81. Merck BKK
82. mhplus Betriebskrankenkasse
83. Novitas BKK
84. Pronova BKK

-
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 85. R+V Betriebskrankenkasse | 91. Südzucker BKK |
| 86. Salus BKK | 92. Techniker Krankenkasse |
| 87. SECURVITA BKK | 93. TUI BKK |
| 88. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) | 94. VIACTIV Krankenkasse |
| 89. SKD BKK | 95. vivida bkk |
| 90. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) | 96. WMF Betriebskrankenkasse |

Stichtag: 4. Januar 2023

Fusionen

Vereinigte Kasse

Audi BKK

Umbenennung der Daimler BKK
in Mercedes-Benz BKK

Stichtag: 4. Januar 2023

Fusionspartner

Audi BKK
BKK STADT AUGSBURG

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
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
Dreisbusch, Bernd	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Ermiler, Christian	BARMER
Firsching, Frank	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Grabietz, Katharina	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Hamers, Ludger	VIACTIV Krankenkasse
Hindersmann, Nils	KNAPPSCHAFT
Holz, Elke	DAK-Gesundheit
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Kloppich, Iris	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Kolsch, Dieter	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Krisch, Sylvi	BARMER
Lambertin, Knut	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
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	Novitas BKK
Dohm, Rolf	Pronova BKK
Empl, Martin	SVLFG
Heß, Johannes	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Jehring, Stephan	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Leitl, Robert	BIG direkt gesund
Meinecke, Christoph	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Parvanov, Ivor	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ries, Manfred (bis 30.11.2022)	BKK ProVita
ROPERTZ, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Neumeyer, Ronald-Mike	Handelskrankenkasse (hkk)
Thomas, Dr. Anne	Techniker Krankenkasse
Vogler, Dr. Bernd	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Wagenmann, Dr. Susanne	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
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
Adrian, Quentin Carl	Techniker Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	INNUNGSKRANKENKASSE BRANDENBURG UND BERLIN
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Berger, Silvia	IKK Südwest
Böntgen, Rolf-Dieter	BERGISCHE KRANKENKASSE
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
Brück, Peter	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Coors, Jürgen	Mercedes-Benz BKK
Dehde, Klaus-Peter	BARMER
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
Faber, Werner	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Frackmann, Udo	Techniker Krankenkasse
Fritz, Anke	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Fritsch, Herbert	BARMER
Funke, Wolfgang	BARMER
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse
Grellmann, Norbert	IKK classic
Hauffe, Ulrike	BARMER
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Huppertz, Claudia	BAHN-BKK
Johannides, Meinhard	DAK-Gesundheit
Karp, Jens	IKK - Die Innovationskasse (IK)
Klemens, Luise	DAK-Gesundheit
Korschinsky, Ralph	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kuklenski, Mirko	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Löwenstein, Katrin von	BARMER
Lohre, Karl Werner	BARMER
Markiwitz, Diana	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Nimz, Torsten	Handelskrankenkasse (hkk)
Plaumann, Karl-Heinz	BARMER
Rennebeck, Aline	KNAPPSCHAFT
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Schäffer, Lutz	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Schmidt, Günther	BARMER
Schönewolf, André	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Scholz, Jendrik	IKK classic
Schorsch-Brandt, Dagmar	AOK Baden-Württemberg
Schümann, Heinrich Joachim	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Treuter, Uta	BARMER

Vieweger, Birgitt	BARMER
Wagner, Christine	mhplus Betriebskrankenkasse
Wagner, Dieter	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Weilbier, Thomas	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Wiedemann, Andrea	BARMER
Win, Thomas de	Pronova BKK
Witte, Michael	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Wonneberger, Klaus	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zierock, Carola	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Breitenbach, Thomas	Techniker Krankenkasse
Bußmeier, Uwe	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer Michael	AOK Baden-Württemberg
Fitzke, Helmut	Techniker Krankenkasse
Franke, Dr. Ralf	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Gural, Wolfgang	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Heins, Rudolf	SVLFG
Heymer, Dr. Gunnar	Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG
Hoffmann, Dr. Wolfgang	BKK VBU (BKK Verkehrsbau Union)
Japing, Kim Nikolaj	Techniker Krankenkasse
Kastner, Helmut	IKK - Die Innovationskasse (IK)
Kittner, Susanne	BAHN-BKK
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lotz, Anselm	INNUNGSKRANKENKASSE BRANDENBURG UND BERLIN
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (hkk)
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Nobereit, Sven	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Reinisch, Dr. Mark	BKK VerbundPlus
Runge, Uwe	IKK gesund plus
Schomburg, Uwe	AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Söller, Wolfgang	AOK - Bremen/Bremerhaven
Stehr, Axel	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Stollenwerk, Elmar	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Strichertz, Stephan	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse
Wolff, Michael	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

Stichtag: 1. Dezember 2022

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

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

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

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/-innen

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/-innen

- Söllner, Wolfgang (AOK)
- Meinecke, Christoph (AOK)
- Breitenbach, Thomas (EK)
- Heins, Rudolf (SVLFG)
- Ries, Manfred (BKK) (bis 30.11.2022)
- Lotz, Anselm (IKK)
- Wollseifer, Hans Peter (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- 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
Hindersmann, Nils (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: Bernd Wegner/Andreas Strobel (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Wegner, Bernd (EK)
2. Landrock, Dieter Jürgen (AOK)
3. Ropertz, Wolfgang (AOK)
4. Reyher, Dietrich von (BKK)
5. Ries, Manfred (BKK) (bis 30.11.2022)
6. Lunk, Rainer (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

1. Roer, Albert (EK)
2. Fritz, Anke (EK)
3. Stensitzky, Annette (EK)
4. Dreisbusch, Bernd (AOK)
5. Kloppich, Iris (AOK)
6. Tölle, Hartmut (AOK)
7. Baer, Detlef (IKK)
8. Strobel, Andreas (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

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

Versichertenvertreter/-innen

- Schröder, Dieter (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Wiedemann, Andrea (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Firsching, Frank (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Lersmacher, Monika (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Grabietz, Katharina (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/Nils Hindersmann (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

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

Versichertenvertreter/-innen

1. Date, Achmed (EK)
2. Holz, Elke (EK)
3. Gosewinkel, Friedrich (EK)
4. Düring, Annette (AOK)
5. Kolsch, Dieter (AOK)
6. Firsching, Frank (AOK)
7. Hindersmann, Nils (Kn)
8. Schoch, Manfred (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Nobereit, Sven (AOK)
- Heß, Johannes (AOK)
- Schomburg, Uwe (AOK)
- Fitzke, Helmut (EK)
- Franke, Dr. Ralf (BKK)
- N. N. (BKK)
- Runge, Uwe (IKK)
- Wollseifer, Hans Peter (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- Aichberger, Helmut (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Hauffe, Ulrike (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Brück, Peter (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Grabietz, Katharina (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Dreisbusch, Bernd (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/Knut Lambertin (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Avenarius, Friedrich (AOK)
2. Söller, Wolfgang (AOK)
3. Japing, Kim Nikolaj (EK)
4. Bley, Alexander (BKK)
5. Lotz, Anselm (IKK)
6. Empl, Martin (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

1. Ermler, Christian (EK)
2. Katzer, Dietmar (EK)
3. Johannides, Meinhard (EK)
4. Schröder, Dieter (EK)
5. Lambertin, Knut (AOK)
6. Wiedemeyer, Susanne (AOK)
7. Brendel, Roland (BKK)
8. Römer, Bert (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Schomburg, Uwe (AOK)
- Stollenwerk, Elmar (AOK)
- Parvanov, Ivor (AOK)
- Wegner, Bernd (EK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Runge, Uwe (IKK)
- Lunk, Rainer (IKK)
- Heins, Rudolf (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

- Breher, Wilhelm (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Plumann, 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
Rennebeck, Aline (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: Robert Leidl/Ludger Hamers (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Breitenbach, Thomas (EK)
2. Meinecke, Christoph (AOK)
3. Söller, Wolfgang (AOK)
4. Dohm, Rolf (BKK)
5. Leidl, Robert (IKK)
6. Heins, Rudolf (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

1. Krisch, Sylvi (EK)
2. Hoof, Walter (EK)
3. Vieweger, Birgitt (EK)
4. Kloppich, Iris (AOK)
5. Grabietz, Katharina (AOK)
6. Hamers, Ludger (BKK)
7. Krause, Helmut (IKK)
8. Rennebeck, Aline (Kn)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Japing, Kim Nikolaj (EK)
- Landrock, Dieter Jürgen (AOK)
- Selke, Prof. Dr. Manfred (AOK)
- Ries, Manfred (BKK)
- Lotz, Anselm (IKK)
- Empl, Martin (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

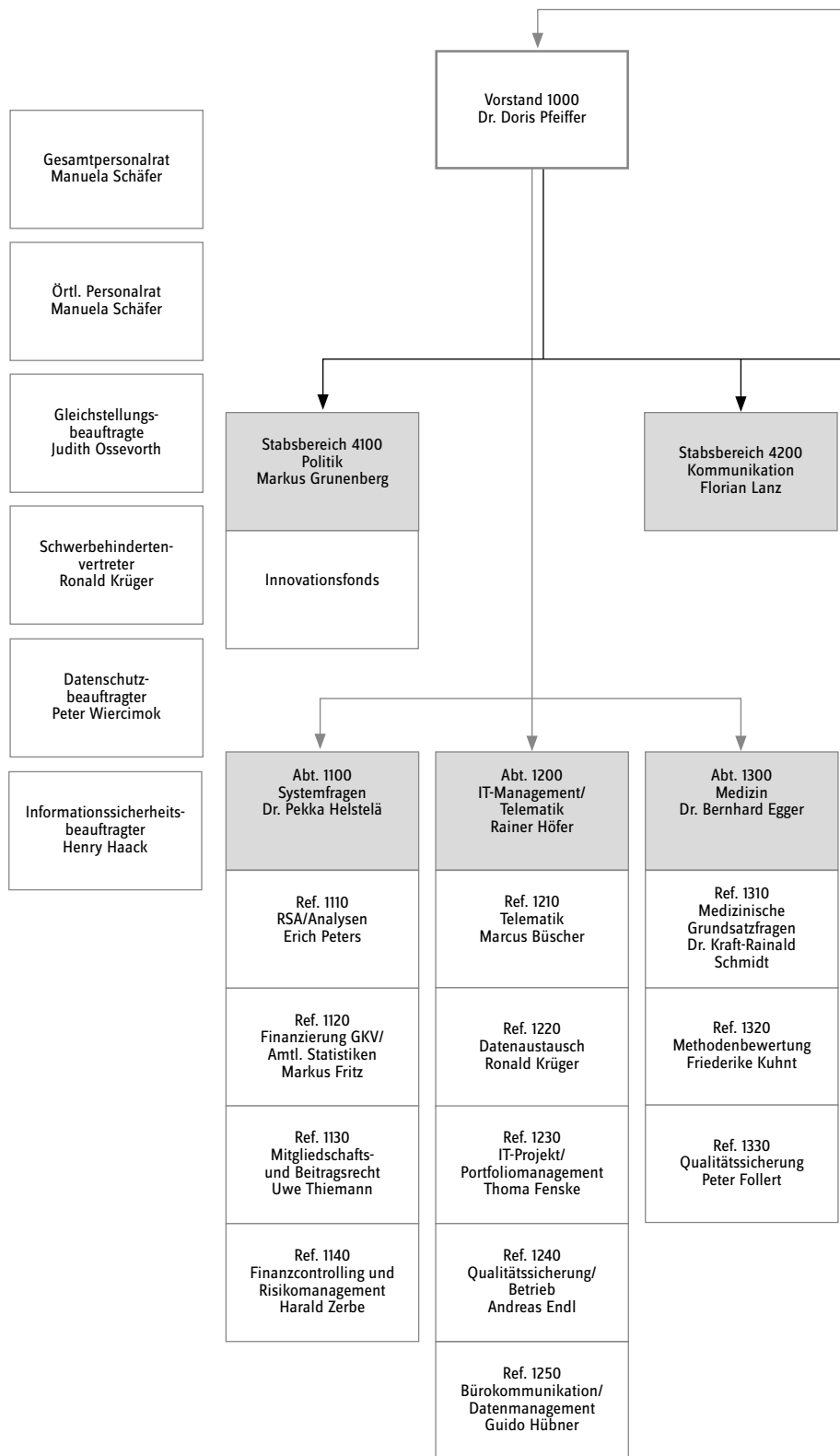
- Klemens, Luise (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Gosewinkel, Friedrich (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Brück, Peter (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Löwenstein, Katrin von (EK)
 4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Roloff, Sebastian (EK)
 5. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Dreisbusch, Bernd (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
Hindersmann, Nils (Kn)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

Stichtag: 1. Dezember 2022

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

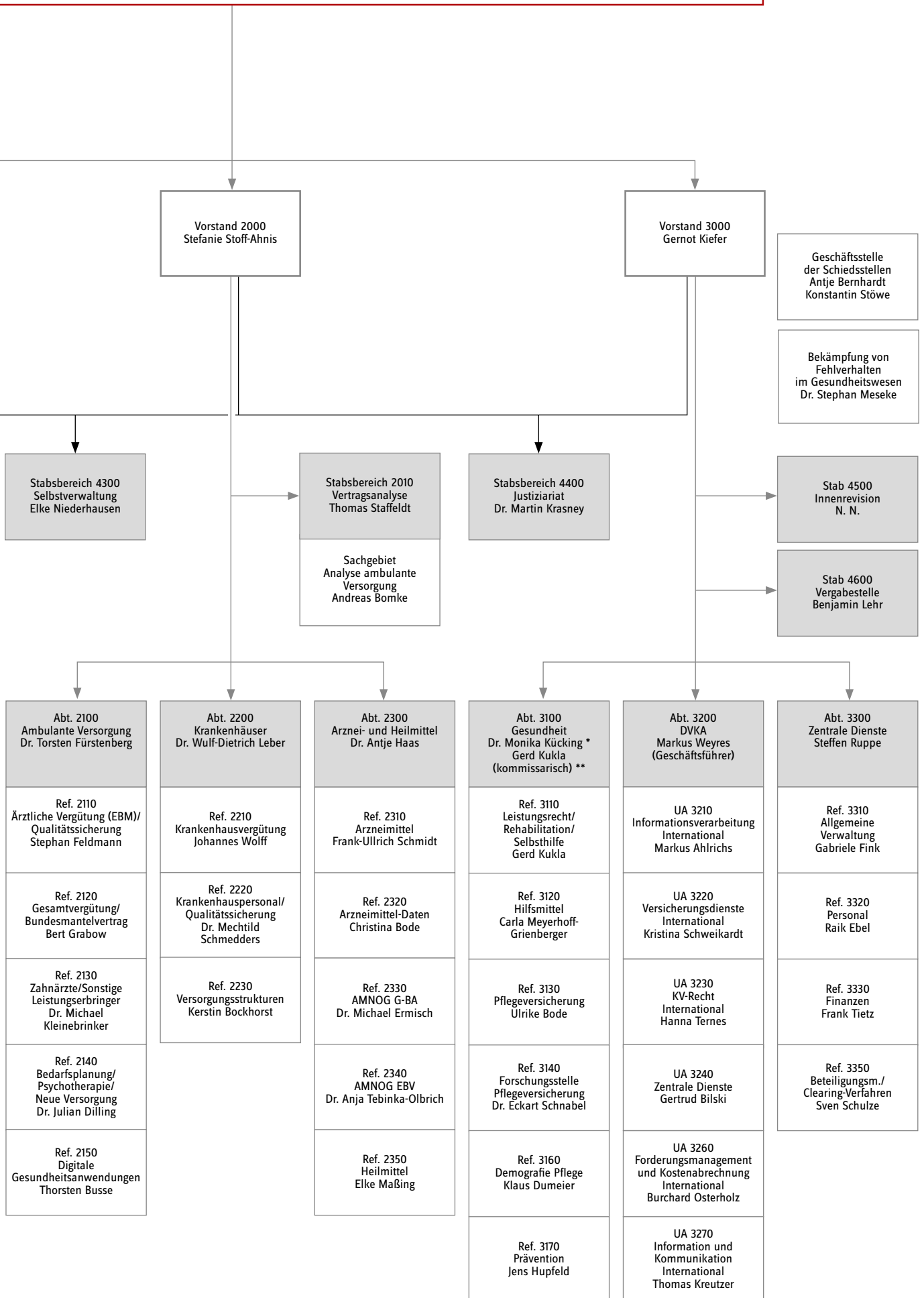
	Ordentliches Mitglied	Stellvertretung
AOK	Stippler, Dr. Irmgard (AOK Bayern)	Teichert, Daniela (AOK Nordost)
	Ackermann, Tom (AOK NordWest)	Striebel, Rainer (AOK PLUS)
BKK	Galle, Andrea (BKK VBU)	1. Stv. Demmler, Dr. Gertrud (SBK) 2. Stv. Stamm, Sabine (BERGISCHE KRANKENKASSE)
	Fuchs, Gerhard (Audi BKK)	1. Stv. Kaiser, Lutz (Pronova BKK) 2. Stv. Gerhardt, Jens (BMW BKK)
EK	Walkenhorst, Karen (TK)	Schwering, Simone (BARMER)
	Kafka, Torsten (HEK),	Bodmer, Thomas (DAK-Gesundheit)
IKK	Hippler, Frank (IKK classic)	1. Stv. Kaetsch, Peter (BIG direkt gesund) 2. Stv. Loth, Prof. Dr. Jörg (IKK Südwest)
	Hillig, Ann (IKK gesund plus)	keine Stellvertretung
KNAPPSCHAFT	am Orde, Bettina	Dr. Rainer Wilhelm (seit 14.03.2022 für Heinz-Günter Held)
SVLFG	Sehnert, Gerhard	Lex, Claudia

Organigramm GKV-Spitzenverband



Zuständigkeit in der Abteilungsleitung Gesundheit:
 * Ref. 3120, Ref. 3130, Ref. 3140, Ref. 3160
 ** Ref. 3110, Ref. 3170

Verwaltungsrat



Publikationen

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	5. Bericht zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 Absatz 9 Satz 3 SGB V. Berichtszeitraum 01.03.2021-28.02.2022	März 2022
GKV-Spitzenverband	4. Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen gemäß § 302 Absatz 5 SGB V	Juni 2022
GKV-Spitzenverband & MD Bund	Präventionsbericht 2022. Berichtsjahr 2021	November 2022
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V	Dezember 2022
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht) gemäß § 33a Abs. 6 SGB V, Berichtszeitraum: 01.09.2020-30.09.2022	Januar 2023 (Dezember 2022: Abgabe beim Bundesministerium für Gesundheit)

Fotonachweis

- S. 6 Tom Maelsa/tommaelsa.com (2)
- S. 8 Florian Küttler <https://floriankuettler.de/>
- S. 13 Film-Still, GKV-Spitzenverband
- S. 15 f. Andrea Katheder | fotografie www.andreakatheder.de (2)
- S. 111 Tom Maelsa/tommaelsa.com

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de



AB4

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

