



GESCHÄFTSBERICHT 2023

Perspektivwechsel für eine gute Versorgung

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

Redaktion:

Sigrid Hinteregger, Wencke Rüsenberg, Florian Lanz, Elke Niederhausen,
Verena Schröder (Bildredaktion), Markus Grunenberg (verantwortlich)
Koordination: Sigrid Hinteregger und Wencke Rüsenberg
Redaktionsschluss: 31.03.2024

Abbildungen: Alle Abbildungen und Tabellen sind, wenn nicht anders angegeben, eigene Darstellungen. Quelle ist, sofern nicht anders vermerkt, der GKV-Spitzenverband.

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: Umweltdruck Berlin GmbH
Fotonachweis auf Seite 125

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 2023.

Name und Logo sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Bestellnummer 2024-003

GESCHÄFTSBERICHT 2023

Perspektivwechsel
für eine gute Versorgung

Inhalt

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Reformen in Gesundheitswesen und Pflege – Halbzeitbilanz	10

Schwerpunkt Selbstverwaltung

Mitgliederversammlung 2023: Reformdiskussionen und Wahlen zum Verwaltungsrat 2024–2029	12
Selbstverwaltung – Grundfeste der sozialen Sicherung.....	16

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	19
Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss.....	21

Themen des Jahres

Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran	23
Gesundheitsdaten im Sinne der Versicherten nutzen.....	25
Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur.....	27
Bessere Versorgung durch elektronische Verordnungen	29
Digitale Gesundheitsanwendungen klarer regeln	30
Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege	31
Krankenhauslandschaft modern und bedarfsgerecht gestalten.....	33
Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung	36
Anhaltender Handlungsbedarf nach Pflegereform.....	38
Modellprogramm Personalbemessung in der Langzeitpflege	40
Reform der hochschulischen Pflegeausbildung.....	41
Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege	42
Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege beschlossen	43
Aufwertung der häuslichen Krankenpflege	44
Arzneimittelversorgung sichern	46
AMNOG – ein lernendes System.....	48
AMNOG-Bilanz 2023	51
Notfallversorgung bedarfsgerecht steuern.....	54
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken	55
Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung	57
Ambulantisierung voranbringen	58
Honoraranstieg von ca. 2 Mrd. Euro in der vertragsärztlichen Versorgung	59

Heilmittelversorgung braucht Qualität und Wirtschaftlichkeit.....	60
Hilfsmittelversorgung zukunftsfest gestalten	63
80 Prozent aller Hilfsmittel für GKV-Versicherte mehrkostenfrei.....	65
Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland.....	67
20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	68
Qualitätssicherung durch den G-BA: mehr Versorgung, weniger Dokumentation ..	70
Wissenschaftlich fundierte Versorgung chronisch kranker Menschen	71
Neues Qualitätsportal für Versicherte	73
Gesetzliche Weiterentwicklung des Innovationsfonds.....	76
Bilanz des Innovationsfonds 2023	77
GKV-Bündnis für Gesundheit neu aufgestellt	79
Nationale Präventionskonferenz legt zweiten Präventionsbericht vor.....	81
Weiterentwicklung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“	82
GKV-Finzen:	
Reformstau, dynamische Ausgaben und steigende Zusatzbeiträge	84
SPV-Finanzierung: Nachhaltige Stabilisierung weiterhin erforderlich	86
EU-Arzneimittelpaket: für sichere und bezahlbare Versorgung	89
EU-Patentrecht versorgungsorientiert weiterentwickeln	91
Europäischer Datenraum: grenzüberschreitend behandeln und forschen	92
Rahmenübereinkommen zu grenzüberschreitender Telearbeit.....	93
23. Weltkongress für Gesundheit und Sicherheit	94
Kommunikationsschwerpunkte 2023.....	96
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes.....	98

Anhang

Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2023	100
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats (3. Amtsperiode 2018–2023)	102
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats (3. Amtsperiode 2018–2023)	104
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029).....	106
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029).....	108
Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats (3. Amtsperiode 2018–2023).....	110
Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029).....	115
Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses	120
Organigramm	122
Publikationen.....	123
Bildnachweis.....	124

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ende 2023 wählten die Delegierten der Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes den Verwaltungsrat der vierten Amtsperiode. Für die soziale Selbstverwaltung wird weiterhin das Engagement für die Patientinnen und Patienten, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für die Interessen der Beitragszahlenden im Mittelpunkt des Handelns stehen. Dabei gilt der Grundsatz, eine hohe Qualität mit einer langfristigen Finanzierbarkeit der Versorgung in Einklang zu bringen. Auch in Zukunft sollen so für alle Versicherten ein modernes, leistungsfähiges und finanzierbares Gesundheits- und Pflegesystem und eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet sein. Nach diesen Maßgaben wird sich der Verwaltungsrat auch weiterhin für die notwendigen Reformen der Versorgungsstrukturen und der digitalen Transformation des Gesundheitswesens einsetzen.

Nach wie vor bestehen große ungelöste Herausforderungen. Patientinnen und Patienten müssen darauf vertrauen können, dass sie auch künftig zeitnah eine qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung erhalten. Allerdings ist ein zunehmender Reformstau zu verzeichnen. Wir fordern die Politik dringend auf, die nachhaltige finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung auf die Prioritätenliste zu setzen. Der Bund muss hier einer verantwortungsgerechten Finanzierung nachkommen und die im Koalitionsvertrag vereinbarten einnahmeseitigen Maßnahmen umsetzen. Dies betrifft die Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen ebenso wie kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Beziehende.

Angesichts der übermäßigen Forderungen der Länder zur Krankenhausfinanzierung mahnen wir: Die Reform der Krankenhausstrukturen muss konsequent auf die Versorgungsbedarfe der Patientinnen und Patienten und die Versorgungsqualität ausgerichtet werden. Keinesfalls dürfen mit dem Geld der Beitragszahlenden nach dem Gießkannenprinzip weiterhin ineffiziente Strukturen finanziert oder sogar zementiert werden. Schon jetzt tragen die Krankenkassen die ausbleibenden Investitionsmittel der Länder für die Krankenhäuser faktisch über die Betriebskosten mit. In den Reformprozessen steht die Selbstverwaltung mit ihrer Expertise zur Verfügung. Die Sorge um eine funktionierende Versorgung im Notfall treibt viele Menschen um. Auch die Reform der Notfallversorgung ist deshalb als besonders dringlich anzusehen.



Ebenso besteht in der Pflege weiterhin grundlegender Reformbedarf. Zurückgehende Pflegeangebote und ein sich deutlich abzeichnender Fachkräftemangel sind Warnsignale. Es ist derzeit nicht erkennbar, dass die notwendigen Weichenstellungen politisch angegangen werden. Hinzu kommt die dauerhaft angespannte Finanzsituation. Der Bund hat der Pflegeversicherung weder ihre Pandemieausgaben erstattet, noch finanziert er die versicherungsfremden Beiträge für die Rentenversicherung der pflegenden Angehörigen oder die Ausbildungskostenumlage. Diese Zusagen des Koalitionsvertrags bleiben unerfüllt. Darüber hinaus kommen die Länder noch immer nicht ihrer Finanzierungsverantwortung bei den Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen nach. Konkrete Vorschläge für Verbesserungen in der Langzeitpflege hat der Verwaltungsrat 2023 vorgelegt.

Ein anhaltender Reformstau zulasten der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und Beitragszahlenden wäre fatal. Die Probleme müssen nun endlich angegangen werden. Dazu wird die Selbstverwaltung ihren Beitrag leisten. Das erfordert aber auch, dass systematische Eingriffe der Politik in die Belange der Selbstverwaltung, wie die Verwendung von Beitragsmitteln für staatliche Aufgaben, unterbleiben. Wir betonen: Eine starke Selbstverwaltung ist ein wesentlicher Grundpfeiler für das Vertrauen in die soziale Sicherheit und den gesellschaftlichen Zusammenhalt, gerade in Zeiten starker Veränderungen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Susanne Wagenmann

Uwe Klemens

Vorwort des Vorstandes

Liebe Leserinnen und Leser,

angesichts der für alle Beteiligten offensichtlichen Handlungsbedarfe in der Gesundheits- und Pflegepolitik waren für 2023 tiefgreifende Strukturreformen erwartet worden. Wir müssen jedoch ernüchternd bilanzieren, dass das zurückliegende Jahr überwiegend ein strukturpolitischer Stillstand war.

Bei der Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung ist weiterhin kein schlüssiges Konzept für nachhaltige und stabile Finanzen zu erkennen. Schlimmer noch: Bund und Länder entziehen sich weiterhin ihrer Verantwortung sowohl bei der auskömmlichen Erstattung von versicherungsfremden Leistungen und Kosten für die Versorgung der Bürgergeldbeziehenden als auch bei den Investitionskosten für Krankenhäuser und Pflege. Mit der angespannten Haushaltslage wird die Politik nun umso mehr versucht sein, die Kosten für ihre Versäumnisse und weitere ausgabenwirksame Gesetze allein auf die Solidargemeinschaft abzuwälzen. Wir halten dem entgegen: Für weitere politische Vergütungszusagen gibt es keine finanziellen Spielräume. Ziel muss es jetzt sein, den Trend einer sich permanent nach oben drehenden Beitragssatzspirale mit tiefgreifenden Strukturmaßnahmen sowie einer angemessenen Bundesbeteiligung zu durchbrechen.

Mit viel Elan wurde im Jahr 2023 die Krankenhausreform gestartet. Nach über einem Jahr müssen wir jedoch feststellen, dass sich die Reformdiskussion zwischen Bund und Ländern in eine völlig falsche Richtung entwickelt hat. Statt auf mehr Qualität und höhere Bedarfsgerechtigkeit durch einen grundlegenden Strukturwandel zu setzen, hat sich die politische Debatte auf Finanzhilfen und eine Verlagerung von Finanzierungsaufgaben der Länder auf die GKV verengt. Die ungesteuerte Finanzierung ineffizienter Strukturen ist grundsätzlich abzulehnen! Dringend notwendig ist ein Perspektivwechsel: Im Mittelpunkt müssen wieder die Patientinnen und Patienten mit ihren Versorgungsbedarfen stehen. Dies muss für die längst überfälligen gesetzgeberischen Reformschritte handlungsleitend sein.

Grundlegende Defizite zeichnen sich mittlerweile auch in der Pflege ab. Mit der alternden Gesellschaft bei gleichzeitigem Fachkräftemangel stellen sich zunehmend Fragen nach der Sicherstellung pflegerischer Kapazitäten. Die zuletzt in der Tendenz sinkende Zahl an Pflegeplätzen sollte für die Politik ein Warnsignal sein, einem drohenden Mangel zeitnah entgegenzuwirken und die vielschichtigen Handlungsbedarfe der sozialen Pflegeversicherung mit allen Beteiligten anzugehen.



In der Rückschau auf das vergangene Jahr sind zumindest die Digitalgesetze versorgungspolitisch ein echter Fortschritt bei der Transformation in ein digitales, vernetztes sowie datengestütztes Gesundheitswesen. Zentrale Bausteine bilden die Umstellung auf eine freiwillige, widerspruchsbasierte elektronische Patientenakte sowie die bessere Versorgungssteuerung und -gestaltung für die Versicherten durch die Nutzbarmachung verfügbarer Gesundheitsdaten.

Festzuhalten bleibt: Ein weiteres Jahr ohne nennenswerte strukturelle Maßnahmen können sich das Gesundheitswesen und die Pflege nicht leisten. Es braucht im Jahr 2024 einen reformpolitischen Neustart! In der verbleibenden Legislaturperiode muss der Grundstein für eine dauerhaft hochwertige und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung gelegt werden. Die Politik sollte dabei wieder verstärkt auf die Erfahrung und Expertise der gemeinsamen und sozialen Selbstverwaltung Wert legen.

Der GKV-Spitzenverband wird die notwendigen, aber mittlerweile von einigen polemisch geführten Debatten mit der gebotenen Sachlichkeit konstruktiv begleiten und seine Vorschläge für effizientere und bedarfsgerechtere Strukturen einbringen. Mit dem nun vorliegenden Geschäftsbericht können Sie sich an vielen Stellen einen Überblick über die von uns vertretenen Lösungsansätze verschaffen. Die Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie aller Versicherten und ihr Anspruch auf eine gute Versorgung sind für uns handlungsleitend.

Wir wünschen ihnen eine anregende Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des
Vorstandes

Gernot Kiefer
Stellvertretender
Vorsitzender
des Vorstandes

Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied
des Vorstandes

Reformen in Gesundheitswesen und Pflege – Halbzeitbilanz

Die digitale Transformation und die notwendigen Strukturreformen in Gesundheit und Pflege sind Voraussetzungen für ein zukunftsfestes Gesundheits- und Pflegesystem. Diese Erkenntnis gehört angesichts der drängender werdenden Herausforderungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung – insbesondere

Die Beitragszahlenden der GKV subventionieren den Bundeshaushalt jährlich in Milliardenhöhe.

Erhalt einer qualitätsgesicherten flächendeckenden Versorgung, Bewältigung des Fachkräftemangels, Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung – mittlerweile zum politischen Common Sense.

Zwar finden sich im Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und FDP dahingehend richtige Ansatzpunkte. Zur Halbzeit der laufenden Legislaturperiode bleibt aber die Feststellung, dass bei der Umsetzung der angekündigten Reformmaßnahmen deutlich mehr Vorhaben auf der Soll- als auf der Haben-Seite stehen. Zudem gehen einige der Vorhaben grundsätzlich in die falsche Richtung.

Maßnahmen für eine nachhaltig stabile GKV-Finanzierung fehlen

Die zentrale Reformbaustelle bleibt eine nachhaltige finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Koalitionsvertrag zeigt mit den abgestimmten Reformmaßnahmen richtige einnahmeseitige Ansätze auf:

- Zahlung höherer Beiträge für Bürgergeld-Beziehende
- Dynamisierung des Bundeszuschusses

Angesichts der angespannten Haushaltslage ist im Grundsatz zwar nachvollziehbar, dass die Spielräume des Bundes wesentlich eingeengt sind. Das entbindet den Bund aber nicht von der Verpflichtung, seiner Finanzverantwortung nachzukommen. Die Beitragszahlenden subventionieren den Bundeshaushalt jährlich in Milliardenhöhe.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV“ vorgelegt. Lange waren sie unter Verschluss gehalten worden – offensichtlich aus gutem Grund: Die Empfehlungen greifen zu kurz, um eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen. Angesichts der anhaltend dynamischen Ausgabenentwicklung bedarf es grundlegender, mittel- bis langfristig wirksamer Effizienzverbesserungen. Wichtig ist vor allem, dass keine weiteren Ausgabensteigerungen ohne wesentliche Verbesserungen der Versorgung erfolgen.

Überfällige Weichenstellungen bei der Digitalisierung eingeleitet

Mit der Digitalgesetzgebung machen Gesundheit und Pflege endlich große Schritte in Richtung Digitalzeitalter. Durch die Umstellung auf eine freiwillige, widerspruchsbasierte elektronische Patientenakte für alle Versicherten werden wichtige Impulse für eine konkrete Versorgungsverbesserung gesetzt. Auch künftig bleibt es eine dringliche Aufgabe, praktikable Alltagslösungen bei den Identifizierungsverfahren zu entwickeln, um einen niedrighschwelligem Zugang der Versicherten zu gewährleisten. Erfreulich ist, dass die Verfügbarkeit und die Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten bei der Gestaltung der Versorgung verbessert werden. Damit können die Potenziale zur Weiterentwicklung der Versorgung besser ausgeschöpft werden.

Notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung bleibt ungewiss

Im Vergleich zur Digitalisierung sind die Reformen der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen ins Stocken geraten. Im Grundsatz gehören insbesondere die Krankenhausreform und die Weiterentwicklung der Notfallversorgung zu den aus Sicht der Patientinnen und Patienten zentralen Vorhaben, um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. Fatal wäre es, dringend reformbedürftige, ineffiziente Strukturen mit zusätzlichen Finanzmitteln weiter zu konservieren. Ein Rückgriff auf Beitragsmittel zur Finanzierung von Länderaufgaben ist abzulehnen. Vielmehr muss die Krankenhausversorgung künftig entlang der medizinischen Bedarfe der Bevölkerung ausgerichtet werden. Dafür sind wirksame Struktur- und Qualitätsvorgaben sowie eine weitgehende Transparenz über die Versorgungsqualität notwendig. Die Länder stehen unverändert in der Verantwortung für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser.

Ein Rückgriff auf Beitragsmittel zur Finanzierung von Länderaufgaben zur notwendigen Transformation der Krankenhauslandschaft ist abzulehnen.

Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen als Richtschnur

Ob 2024 zum Reformjahr wird, bleibt offen. Klar ist, dass die Zeit für die angekündigten Projekte mit erheblicher Bedeutung für die Patientenversorgung zusehends knapper wird. Entscheidend ist, die notwendige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen einzuleiten und zugleich die Beitragsspirale zu durchbrechen. Einige der Vorhaben, wie die Entbudgetierung der vertragsärztlichen Versorgung, gehen allerdings in die falsche Richtung, da sie nicht zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen, sondern lediglich zu Mehrausgaben führen. Effizienzverbesserungen sollten nicht zuletzt angesichts knapper werdender Fachkräfte in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zur Richtschnur für Veränderungen werden. In dieser Hinsicht bleibt auch in der zweiten Hälfte dieser Legislaturperiode noch viel zu tun.

Mitgliederversammlung 2023: Reformdiskussionen und Wahlen zum Verwaltungsrat 2024–2029

Zum dritten Mal seit Gründung des GKV-Spitzenverbandes kamen die Delegierten der Krankenkassen am 13. Dezember 2023 in Berlin zur Mitgliederversammlung zusammen, um den Verwaltungsrat für die vierte Amtsperiode 2024–2029 zu wählen. Diese Wahl bildete nach den Sozialversicherungswahlen vom Mai 2023 und der Konstituierung der neu gewählten Selbstverwaltungsorgane in den Krankenkassen den Abschluss für die rund 120 Delegierten von etwa 70 Mitglieds-kassen,

Hintergrund

Alle sechs Jahre wählt die Mitgliederversammlung den Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Jede Krankenkasse entsendet dafür je eine Vertreterin bzw. einen Vertreter der Versicherten- sowie der Arbeitgeberseite als Delegierte. Eine Ausnahme bilden einige Ersatzkassen, die historisch bedingt zwei Versichertenvertreterinnen und -vertreter, aber keine Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeberseite stellen. Als Bindeglied zu den Mitglieds-kassen bildet die Mitgliederversammlung das grundlegende Selbstverwaltungsorgan des GKV-Spitzenverbandes. Der Verwaltungsrat trifft alle gesundheits- und sozialpolitischen Grundsatzentscheidungen, definiert die übergeordneten Ziele und Strategien, stellt den Haushalt auf und wählt den hauptamtlichen Vorstand des Verbandes.

die in insgesamt 20 Wahlgängen ihr Votum abgaben und gleichzeitig auch die Gelegenheit zu einem kassenarten-übergreifenden Austausch auf vielen Ebenen wahrnahmen. Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach war der Einladung zur Mitgliederversammlung gefolgt und hielt ein Grußwort.

Wertvolles ehrenamtliches Engagement

Zu ihrer Vorsitzenden wählte die Mitgliederversammlung die Versichertenvertreterin Angelika Kappe von der AOK Hessen. Als stellvertretender Vorsitzender wurde erneut Dietrich von Reyher von der Bosch BKK für die Arbeitgeberseite gewählt. Die bisherige Vorsitzende Roswitha Weinschenk wurde mit ausdrücklichem Dank für ihre Arbeit in den vergangenen sechs Jahren verabschiedet.

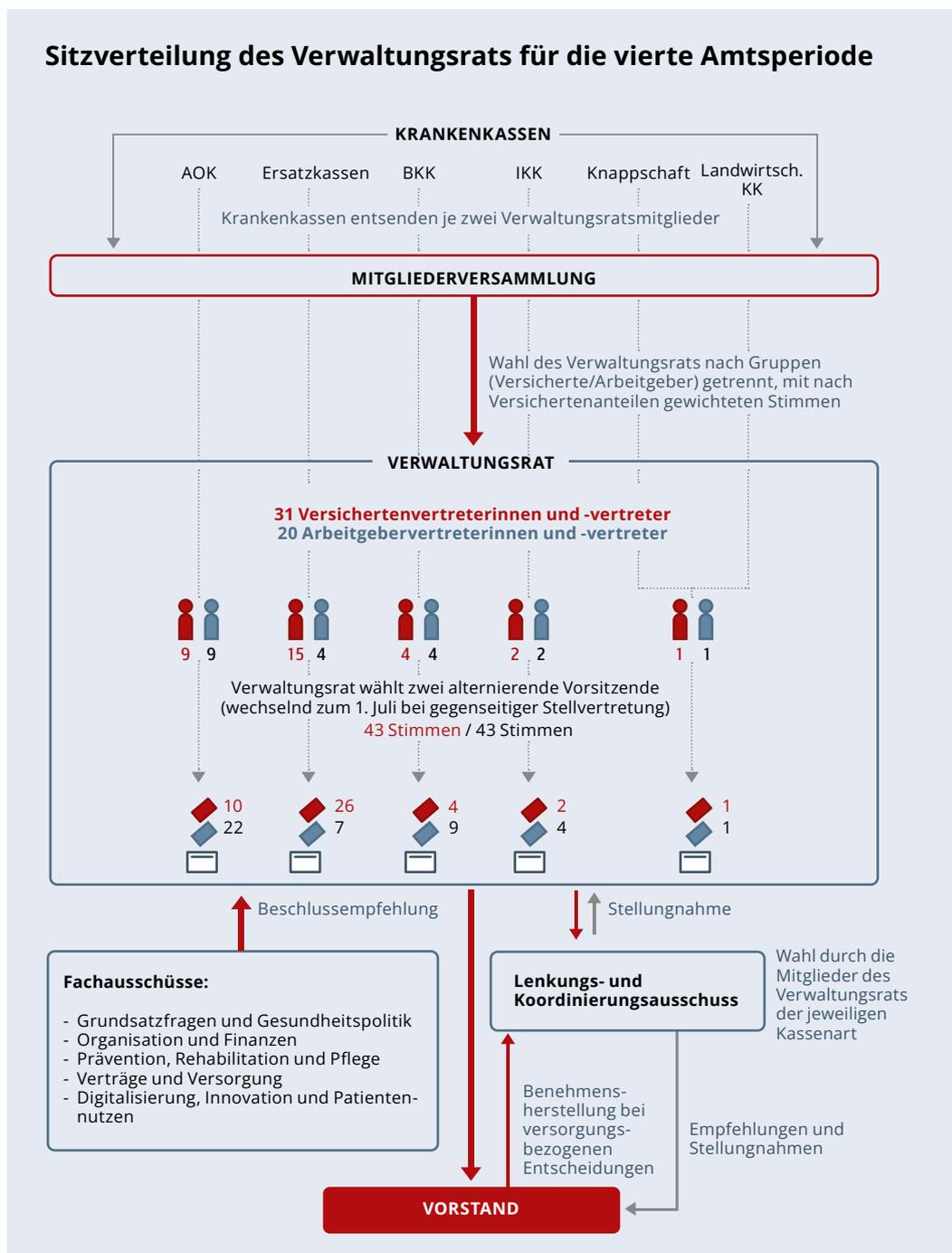


Kurzclip
Mitglieder-
versammlung

Zum Auftakt der Mitgliederversammlung blickte sie auf die vergangene Amtsperiode zurück und dankte dem amtierenden Verwaltungsrat, dass er mit seinen politischen Positionierungen den Gestaltungsanspruch der sozialen Selbstverwaltung klar formuliert habe. Weinschenk unterstrich den hohen Wert des ehrenamtlichen Engagements für die sozialen Sicherungssysteme und eine funktionierende Gesellschaft: Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter nahmen große Verantwortung wahr und füllten Entscheidungsräume, die ihnen der Gesetzgeber zuerkannt habe, qualifiziert aus. Damit finde Bürgerbeteiligung sehr konkret statt. Sie verband damit die Forderung, die Kompetenzen der Selbstverwaltung als Garant für gelebte Demokratie aus- und nicht abzubauen.

Anspruchsvolle Aufgaben

Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, zeichnete in ihrem Rückblick die zentralen Herausforderungen der auslaufenden Amtsperiode nach. Sie ging dabei auf die Pläne des früheren Gesundheitsministers Jens Spahn ein, die soziale Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband abzuschaffen. Den Sozialpartnern sollten an zentraler Stelle elementare Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für das Gesundheitswesen entzogen werden. Dem vehementen politischen Widerspruch seitens des Verwaltungsrats sei es zu verdanken, dass diese Pläne letztlich nicht realisiert wurden. Ein schwerwiegender Systembruch für



das selbstverwaltete Gesundheitswesen konnte erfolgreich abgewendet werden. Nicht zuletzt die Bewältigung der Corona-Pandemie habe gezeigt, so Dr. Pfeiffer, dass der deutsche Weg der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, bei dem die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung eine bedeutende Rolle spielen, ein guter Weg sei.

Grußwort des Bundesministers für Gesundheit

In seinem Grußwort ging Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach auf die schwierigen Rahmenbedingungen ein, unter denen die Bundesregierung Gesetze zur Modernisierung des Landes auf den Weg bringen müsse. Die nachhaltige Veränderung von Strukturen im Gesundheitswesen und der Verzicht auf Leistungskürzungen bildeten die Leitplanken für Reformen. Nach einem Überblick über Schwerpunkte der geplanten Krankenhausreform, Grundzüge einer Pharmastrategie und weitere Gesetzesvorhaben würdigte der Bundesgesundheitsminister die demokratischen Strukturen als Grundprinzip des Gesundheitssystems. Nur auf dieser Basis seien Reformmaßnahmen auf hohem Niveau zu realisieren und in die Fläche zu bringen.

Statement der Verwaltungsratsvorsitzenden für eine mutige Politik

Die amtierenden Vorsitzenden des Verwaltungsrats, Dr. Susanne Wagenmann und Uwe Klemens, sahen sich nach der Ansprache des Bundesgesundheitsministers zu einer Replik aus Perspektive der sozialen Selbstverwaltung veranlasst. Sie forderten die Politik auf, die Krankenhausreform mutig durchzusetzen und dem Forderungswettbewerb nach immer mehr Finanzmitteln nicht nachzugeben. Denn Strukturkonservatismus und die Verteilung von Mitteln nach dem Gießkannenprinzip führten nicht zu einer Verbesserung der Versorgung. Stattdessen seien auch die Länder gefordert, ihrer Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten im Krankenhausbereich hinreichend nachzukommen und Fehler der Vergangenheit zu beseitigen. Ausdrücklich boten die Vorsitzenden des Verwaltungsrats der Politik die Mitwirkung der gesetzlichen Krankenkassen als Partner bei einer Reform zugunsten einer qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgung an.

Krankenhausreform im Fokus

Ende August 2023 hatte sich der Verwaltungsrat zu den Bund-Länder-Eckpunkten der Krankenhausreform positioniert. Angesichts der hohen Relevanz des Themas und eine zukunftsorientierte Patientenversorgung war damals angeregt worden, das große Forum der Mitgliederversammlung als Plattform für eine breite Diskussion über die Krankenhausreform zu nutzen. Prof. Christian Karagiannidis, Mitglied der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, beschrieb die Ausgangslage und das Vorhaben der Krankenhausreform insbesondere in Verbindung mit der beabsichtigten Steigerung der Behandlungsqualität. Angesichts der zunehmenden Insolvenzmeldungen von Krankenhäusern und der daraus resultierenden wachsenden Verunsicherung in der Bevölkerung trat er für Transparenz, auch in der Kommunikation, ein. Überdies plädierte er für eine differenzierte Betrachtung der Personalsituation im stationären bzw. ambulanten Sektor und erläuterte die Folgen der demografischen Entwicklung für das deutsche



Gesundheitswesen. Eine bessere Nutzung der vorhandenen Personalkapazitäten, die Stärkung der Primärversorgung und der Ausbau der Ambulantisierung seien entscheidende Faktoren für die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft und die künftige Gesundheitsversorgung. Seinen Vortrag verknüpfte Prof. Karagiannidis mit einem Dank an den GKV-Spitzenverband für die wertvolle Unterstützung bei der Erarbeitung der Krankenhausreform.

Konstituierung des neuen Verwaltungsrats

Rund vier Wochen nach der Wahl durch die Mitgliederversammlung fand am 17. Januar 2024 die konstituierende Sitzung des neuen Verwaltungsrats statt. Die beiden Vorsitzenden Dr. Susanne Wagenmann (AOK Nordost, Vorsitzende) und Uwe Klemens (Techniker Krankenkasse, alternierender Vorsitzender) wurden im Amt bestätigt. Darüber hinaus wählte der Verwaltungsrat die Vorsitzenden und Mitglieder der fünf Fachausschüsse und benannte Vertreterinnen und Vertreter zur Mitwirkung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Angesichts der großen Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht, setzte der neue Verwaltungsrat wichtige inhaltliche Akzente: In einer öffentlichen Erklärung forderte er die Politik auf, die nachhaltige finanzielle Stabilisierung der GKV auf die Prioritätenliste zu setzen. Sowohl die Einnahme- als auch die Ausgabenseite müssen bei einer Reform in den Blick genommen werden. Daran wird der Verwaltungsrat die weiteren Vorhaben des Bundesgesundheitsministers messen.

Selbstverwaltung – Grundfeste der sozialen Sicherung

Die Selbstverwaltung ist als tragendes Prinzip des politischen Systems in Deutschland an verschiedenen Stellen verankert: auf kommunaler Ebene, in den beruflichen Organisationen, in der Sozialversicherung, im Bereich der Wissenschaft und des öffentlich-rechtlichen Rundfunks. Durch die Selbstverwaltung werden Bürgerinnen und Bürger an der Erfüllung staatlicher Aufgaben direkt beteiligt. Dies ist Ausdruck einer lebendigen Demokratie und trägt somit zum sozialen Frieden bei.

In der Sozialversicherung ist die soziale Selbstverwaltung eine tragende Säule des deutschen Sozialstaatsmodells. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist sie ein unverzichtbares Instrument der sozialen Mitbestimmung von Versicherten sowie Arbeitgebenden in unserem Solidarsystem. Dabei nimmt die soziale Selbstverwaltung die gesamte Bandbreite der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in den Blick.

Selbstverwaltung als Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips

In der Anwendung des sozialstaatlichen Prinzips der Subsidiarität bei der Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegt die Stärke des deutschen Gesundheits- und Pflegesystems: Der Gesetzgeber konzentriert sich auf die Vorgabe von Zielen und die Schaffung des gesetzlichen Rahmens. Die Selbstverwaltung trifft auf dieser Grundlage eigenverantwortlich Entscheidungen. Dies ermöglicht zum einen praxisnahe Lösungen. Zum anderen trägt der Interessenausgleich wesentlich zur Akzeptanz der Entscheidungen bei.

Der Ausgleich zwischen Versicherten- und Arbeitgeberinteressen ist eine Kernfunktion der Organisation der sozialen Selbstverwaltung. Maßgeblich ist in der GKV dabei die Zielsetzung einer sowohl hochwertigen als auch bezahlbaren gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die soziale Selbstverwaltung bringt diese Ziele mit dem jeweils bestehenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung in Einklang. Insbesondere während der Corona-Pandemie hat die Selbstverwaltung mit einer Vielzahl von praxistauglichen Lösungen ihre Leistungsfähigkeit demonstriert.

Praxis- und Versichertennähe

Die soziale Selbstverwaltung der GKV und SPV zeichnet sich durch Praxis- und Versichertennähe aus. Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes gestalten die gesundheitliche und pflegerische Versorgung bedarfsgerecht und mit langfristig finanzierbaren Lösungen. Die Verwaltungsratsmitglieder kommen aus den

Sozialwahlen: Mitgestaltung und Mitbestimmung

Die Sozialversicherungswahlen – kurz Sozialwahlen – sind das demokratische Kernstück der sozialen Sicherungssysteme und bilden die Basis für deren selbstverwaltete, staatsferne Strukturen. Nach der Wahl zum Bundestag und zum Europäischen Parlament sind sie die größten Wahlen in Deutschland. Immerhin sind rund 90 % der Bevölkerung in der Sozialversicherung versichert. Die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung werden alle sechs Jahre neu gewählt und setzen sich in der Regel je zur Hälfte aus Vertreterinnen und Vertretern der Arbeitgebenden und der Versicherten zusammen, die ihre Aufgaben ehrenamtlich wahrnehmen. Versicherte und Arbeitgebende wählen ihre Vertreterinnen und Vertreter getrennt aufgrund von Vorschlagslisten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Mit der Stimmabgabe nehmen die Wählerinnen und Wähler ihr Recht auf gesellschaftliche Partizipation wahr und stärken darüber hinaus die zentralen Funktionen der Selbstverwaltung als wichtiger Bestandteil des Sozialstaats. Die gewählten Vertreterinnen und Vertreter in den Organen treffen wichtige organisatorische und strategische Entscheidungen. Sie vertreten die Interessen der Beitragszahlenden, der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen sowie der Rentnerinnen und Rentner und nehmen politisch Einfluss auf die Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme.

verschiedenen Regionen Deutschlands und kennen die Bedarfe der Menschen vor Ort. Durch die Nähe zur Lebenswirklichkeit besteht bei den Akteurinnen und Akteuren ein originäres Interesse an praxisnahen und bedarfsorientierten Entscheidungen. Zugleich bringt sich die soziale Selbstverwaltung mit konkreten Vorschlägen zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in politische Diskussionen ein und baut so Brücken von der konkreten Versorgung vor Ort hin zu gesetzgeberischen Entscheidungen.

Solidaritätsprinzip: Solidarität in der Gemeinschaft

Im Grundgesetz ist das Sozialstaatsprinzip verankert. Damit bekennt sich der deutsche Staat zur Absicherung von Lebensrisiken und zu einem solidarischen Ausgleich zwischen Bürgerinnen und Bürgern. GKV und SPV sind von diesem Grundgedanken der Solidargemeinschaft getragen. Alle Versicherten erhalten eine qualitativ hochwertige Versorgung und haben im Bedarfsfall Anspruch auf die notwendigen Leistungen – unabhängig von eingezahlten Beiträgen, Einkommen, Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand oder Herkunft.

Selbstverwaltung gewährleistet stabile Rahmenbedingungen

Angesichts multipler gesellschaftlicher Krisen ist die Selbstverwaltung ein Garant für Verlässlichkeit und Stabilität. In ihrer Geschichte hat die soziale Selbstverwaltung zahlreiche gesellschaftliche und politische Veränderungsprozesse aktiv begleitet und im Sinne der Beitragszahlenden gestaltet. Die selbstverwalteten sozialen Sicherungssysteme haben sich als flexibel und anpassungsfähig erwiesen.

Die Selbstverwaltung unterliegt keinen parteipolitischen Handlungserwägungen. Handlungsleitend ist eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung. Dazu trifft die Selbstverwaltung Entscheidungen nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin. In diesem Sinne gewährleistet die Selbstverwaltung stabile Rahmenbedingungen und verlässliche Entscheidungen unabhängig von wechselnden politischen Mehrheiten.

Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung stärken

Die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Selbstverwaltung müssen verbessert und ihre Gestaltungsmöglichkeiten gestärkt werden. Hierfür braucht es ein klares Bekenntnis und konkrete Entscheidungen des Gesetzgebers. Das funktionale Miteinander und eine klare Aufgabenteilung zwischen Selbstverwaltung und Politik müssen sichergestellt werden. Kontraproduktiv sind staatliche Eingriffe und politische

Maßgeblich ist die Zielsetzung einer sowohl hochwertigen als auch bezahlbaren gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die soziale Selbstverwaltung bringt diese Ziele mit dem jeweils bestehenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung in Einklang.

Entscheidungen bei Detailfragen zur Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Die zunehmenden Tendenzen zu staatlichen Kontroll-, Weisungs-, und Aufsichtsrechten engen den Gestaltungsraum und die Autonomie der Selbstverwaltung ein.

Dies setzt sich auch in der laufenden Legislaturperiode fort: Nach wie vor kommt der Bund seiner Verantwortung zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben nicht in ausreichendem Umfang nach.

Stattdessen wird die Finanzierung auf die Beitragszahlenden abgewälzt. Bei der vorgesehenen Einführung neuer Versorgungsstrukturen sind dirigistische Initiativrechte der Kommunen geplant. Zudem gibt es Bestrebungen, den Leistungskatalog detailliert auf Basis gesetzlicher Vorgaben festzulegen. All diese Pläne bedeuten eine Abkehr von den Vorteilen eines selbstverwalteten Gesundheitswesens. Hier braucht es dringend eine Trendumkehr, damit angemessene Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung gewährleistet werden.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Im letzten Jahr der 3. Amtsperiode haben der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes und seine fünf Fachausschüsse zahlreiche Entscheidungen getroffen und sich mit Positionen zu laufenden gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben maßgeblich in die politische Debatte eingebracht. Gerade vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen ist ein leistungsfähiger sozialer Schutz für den gesellschaftlichen Zusammenhalt von immenser Bedeutung.

Position zu den Eckpunkten für eine Krankenhausreform

Die Krankenhausreform steht im Fokus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion und wird bereits seit Jahren vom Verwaltungsrat gefordert. Seit der Empfehlung der Regierungskommission für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ haben der Verwaltungsrat und im Vorfeld seine zuständigen Fachausschüsse die weitere Entwicklung intensiv begleitet und die Reformansätze bewertet. Nach Vorliegen der Eckpunkte der Bund-Länder-Gruppe für eine Krankenhausreform hat der Verwaltungsrat ein Positionspapier beschlossen, in dem die Reformansätze begrüßt werden, aber auch auf Defizite hingewiesen wird. Aus Sicht des Verwaltungsrats sind bestehende Instrumente zur Qualitätssicherung beizubehalten, eine aufgabenadäquate Finanzierung zu gewährleisten und die Selbstverwaltung eng in den Umsetzungsprozess einzubeziehen. Eine Vorhaltefinanzierung von Leistungsstrukturen darf nicht die rückläufige Investitionsfinanzierung der Länder ersetzen.

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

Im Mittelpunkt der Gremienberatungen stand auch die Umsetzung der Neuregelung von § 20a Abs. 3–8 SGB V als Konsequenz aus dem Urteil des Bundessozialgerichts im Jahr 2021. Hierzu hatte sich der Verwaltungsrat bereits 2022 mit entsprechenden Formulierungsvorschlägen eingebracht. Mit der Neuregelung wurde die gesetzlich verpflichtende Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband beendet, die kassenartenübergreifenden Aktivitäten im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit wurden in GKV-eigene Strukturen überführt. Für die Umsetzung der gesetzlich festgelegten Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes wurde ein Verfahren zur Feststellung der Ausgaben und Aufwendungen sowie zur Verteilung und Verwaltung der Mittel für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten in der Satzung geregelt und vom Verwaltungsrat verabschiedet.

Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD)

Breiten Raum nahmen auch die Beratungen des Verwaltungsrats zum Gesetzgebungsverfahren zur Errichtung einer Stiftung UPD ein. Bereits 2022 hatte sich der Verwaltungsrat gegen die verpflichtende Finanzierung der UPD durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgesprochen und erklärt, dass Patienten- und

Verbraucherberatung an allererster Stelle eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe darstellt. Trotz der Finanzierungsverpflichtung aus GKV-Beitragsmitteln sah der Referentenentwurf weder relevante inhaltliche noch haushalterische Entscheidungsmöglichkeiten des GKV-Spitzenverbandes vor. Deshalb setzte der Verwaltungsrat seine deutliche Kritik an der Ausgestaltung des neuen Konstrukts der UPD 2023 fort. Als keine maßgeblichen Änderungen im Gesetzgebungsverfahren erkennbar wurden, fasste der Verwaltungsrat am 14. Juni 2023 den Beschluss, sich nicht an der Errichtung der UPD zu beteiligen, solange die Bedenken nicht ausgeräumt werden. Daraufhin wurden vonseiten des Bundesministeriums für Gesundheit die Befugnisse des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf die Widerspruchsrechte bei Haushaltsberatungen, den Zweck der Stiftung und die frühzeitige Durchführung einer Evaluation in der Satzung der UPD erweitert. Der Verwaltungsrat begleitete die Ausgestaltung der Satzung eng und hob schließlich seinen Beschluss vom 14. Juni 2023 wieder auf.

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zu Medizinischen Versorgungszentren

Vor dem Hintergrund der 2022 begonnenen öffentlichen Debatte über investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) verabschiedete der Verwaltungsrat ein gemeinsames Positionspapier der GKV zur gezielten Ausgestaltung von MVZ. Aus Sicht des Verwaltungsrats sind MVZ eine sinnvolle kooperative Versorgungsform zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Sorge bereitet dem Verwaltungsrat der in den letzten Jahren zu verzeichnende deutliche Anstieg der Anzahl der MVZ, der möglicherweise stärker auf ökonomische Interessen zurückzuführen ist und nachrangig dem bestehenden Versorgungsbedarf Rechnung trägt. In seinem Positionspapier hat der Verwaltungsrat den Handlungsbedarf beschrieben und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Für die weitere politische Diskussion wurde damit eine fundierte Grundlage geschaffen. Der Fokus muss wieder auf die Verbesserung der Versorgung der Versicherten gerichtet werden.

Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) stellt als Gremium zur Meinungsbildung und zum Informationsaustausch eine wichtige operative Verbindung zwischen Krankenkassen und GKV-Spitzenverband dar. Die Arbeit im LKA war 2023 durch die gesundheits- und pflegepolitischen Reformdebatten und Gesetzgebungsverfahren geprägt. Der LKA ist sich einig, dass Strukturreformen und die digitale Transformation für eine hochwertige, moderne und bedarfsgerechte Versorgung entscheidend sind. Das Gesundheitswesen muss mit Blick auf die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung, auf den technischen Fortschritt, die demografische Entwicklung und das verfügbare Fachkräfteangebot zukunftsfest ausgerichtet werden. Wichtig ist, dass die Maßnahmen im Interesse der Patientinnen und Patienten zu spürbar mehr Qualität und Effizienz der Versorgung führen und die Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen verbessern.

Krankenhausreform und Digitalisierung im Fokus

Die zentrale Reform der Krankenhausversorgung wurde im LKA ausführlich beraten. Nach Auffassung der GKV muss die Krankenhausreform darauf abzielen, mehr Qualität in der stationären Versorgung durch bundeseinheitliche Vorgaben zu erreichen und das bisher ungenutzte Ambulantisierungspotenzial zu heben. Die Vorschläge der Regierungskommission wurden im LKA regelmäßig erörtert und eine gemeinsame Positionierung der GKV, auch zu den angrenzenden Themenbereichen Rettungsdienst und Notfallversorgung, für die politische Arbeit formuliert.

Wiederkehrendes Thema im LKA war die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Zur Digitalstrategie des Bundesgesundheitsministeriums und zu den sich anschließenden zwei Digitalgesetzen erfolgte eine regelhafte Meinungsbildung. Wiederholt wurde betont, dass die Krankenkassen ihrer Verantwortung bei der zügigen Umsetzung digitaler Angebote nachkommen wollen und ihre Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne der Versicherten weiter ausgebaut werden müssen.

Ausblick

Nachdem im Jahresverlauf viele der angekündigten Gesetzgebungsverfahren stecken geblieben sind, müssen die Strukturreformen im Jahr 2024 für eine bedarfsgerechte zukunftsorientierte Versorgung endlich vorangebracht werden. Die erfolgreiche Aufgabenwahrnehmung des GKV-Spitzenverbandes im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie Beitragszahlenden wird auch davon bestimmt sein, dass die Krankenkassen ihre Expertise praktischer Versorgungsfragen über den LKA einbringen.



DIGITALISIERUNG

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen muss das Wohl der Patientinnen und Patienten ins Zentrum stellen. In ihrem Sinne müssen Strukturen verändert, Prozesse verbessert und Innovationen eingesetzt werden.

Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet voran

Das Digital-Gesetz ist einer von mehreren Bausteinen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Wesentlich darin ist die vom GKV-Spitzenverband befürwortete Umgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) zu einer Opt-Out-ePA, auch „ePA für alle“ genannt. Bei der bisherigen Opt-In-ePA werden die notwendigen Schritte zur Eröffnung der Akte und zur Authentifizierung von den Versicherten selbst angestoßen (Opt-In). Das erweist sich in der Praxis als sehr aufwendig. Entsprechend wird die kostenintensiv durch die Krankenkassen entwickelte ePA kaum genutzt.

Paradigmenwechsel: Opt-Out-ePA

Die Opt-Out-ePA wird in Zukunft allen Versicherten von ihrer Krankenkasse automatisch bereitgestellt. Wer keine Akte wünscht, kann gegenüber der Krankenkasse widersprechen (Opt-Out). Damit bleibt die ePA freiwillig. Der Zugang zur ePA und deren Nutzung werden deutlich erleichtert. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist das ein wichtiger Schritt, um die ePA als zentrale Datendrehscheibe mit deutlichem Mehrwert für die Versicherten zu etablieren.

Entscheidend für den Erfolg wird die Nutzung durch die Versicherten und die Leistungserbringenden sein. Die vom GKV-Spitzenverband geforderte Verpflichtung der Leistungserbringenden zur Befüllung der ePA mit Befunden, Laborwerten u. Ä. hat Eingang ins Digital-Gesetz gefunden, die befürworteten Sanktionsmöglichkeiten hingegen nicht. Notwendig ist aber auch eine Anhebung der Qualität der Systeme in Arztpraxen, Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen, damit dort alltagstaugliche und aufwandsarme Lösungen zur Verfügung stehen.

Die mit dem Digital-Gesetz angestoßene Neuausrichtung darf allerdings nicht dazu führen, dass überhastet ein unreifes ePA-Produkt eingeführt wird. Die Sicherheitsarchitektur der ePA wird grundlegend verändert. Gleichzeitig verpflichtet das Anfang 2024 in Kraft getretene Digital-Gesetz die Kassen, die ePA den Versicherten bis zum 15. Januar 2025 bereitzustellen. Damit bleiben nur zwölf Monate zur Umsetzung der ePA nach Vorliegen der finalen Spezifikationen der gematik und damit nur ein äußerst knapper Zeitraum. Die Krankenkassen tätigen massive Finanzinvestitionen und brauchen eine verlässliche und ausgereifte Grundlage. Zudem wäre es fatal für

Nutzen der ePA

- versichertengesteuerte Datendrehscheibe
- Erhöhung der Versorgungsqualität durch verbesserte Informationslage
- lebenslanger, sicherer Ablageort der persönlichen Gesundheitsdaten und Dokumente
- automatische Unterstützung des Medikationsprozesses
- Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen
- Möglichkeit der einfachen Forschungsdatenspende
- Daten zur pflegerischen Versorgung
- Abrechnungsdaten der Krankenkassen

die Akzeptanz, wenn die ePA zu ihrem Start nicht wie erwartet funktioniert. Eine Fristverschiebung auf den 1. Juli 2025 war allerdings im Gesetzgebungsverfahren nicht erreichbar.

Eigene E-Rezept-Apps der Krankenkassen

Mit den Änderungen im Digital-Gesetz können die Krankenkassen nun auch endlich eigene E-Rezept-Anwendungen anbieten. Diese werden in die ePA integriert und bieten im Hinblick auf das Medikationsmanagement einen erheblichen Mehrwert. Die Versicherten haben dann neben der E-Rezept-App der gematik die Möglichkeit, alle Daten direkt in der App ihrer Krankenkasse zu finden, über die sie auch Zugang zur ePA haben.

Spannungsfeld Datenschutz vs. Usability: Planungssicherheit für Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband setzt sich für eine nutzerfreundliche Ausgestaltung digitaler Anwendungen bei höchstmöglichem Datenschutz ein. In der Vergangenheit hat

Die ePA bleibt freiwillig, Zugang und Nutzung werden deutlich erleichtert – ein wichtiger Schritt, um die ePA als zentrale Datendrehscheibe mit deutlichem Mehrwert für die Versicherten zu etablieren.

es bei den Abstimmungen zum notwendigen Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) mit der gematik Schwierigkeiten gegeben, nutzerfreundliche Lösungen zu finden. Mit dem Digital-Gesetz werden sämtliche Einvernehmensregelungen zu Benehmensherstellungen herabgesetzt. Gleichzeitig sollen BSI und BfDI inhaltlich und strukturell besser in den Willens- und Entscheidungsprozess bei der gematik eingebunden werden. Zu diesem Zweck soll ein Beirat bei der gematik

eingerrichtet werden. Sichergestellt werden muss jedoch auch zukünftig, dass die Krankenkassen nicht erneut in den Konflikt zwischen gesetzlichen Aufgaben einerseits und datenschutzrechtlichen Auflagen der Datenschützer andererseits geraten.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Das Digital-Gesetz sieht eine Ausweitung des Fast-Track-Verfahrens auf DiGA der Medizinprodukte-Risikoklasse IIb vor. Dies lehnt der GKV-Spitzenverband ab, da es sich hierbei um Anwendungen zur Unterstützung diagnostischer oder therapeutischer Entscheidungen mit großer Tragweite handelt. Im Falle von Fehlfunktionen können lebensbedrohliche Situationen entstehen. Das aktuelle Antrags- und Bewertungsverfahren für DiGA durch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte wird vom GKV-Spitzenverband ohnehin kritisch gesehen und ist keinesfalls geeignet, auch Medizinprodukte höherer Risikoklassen zu umfassen. Hier sollten bewährte Verfahren der Selbstverwaltung wie die Methodenbewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss genutzt werden.

Gesundheitsdaten im Sinne der Versicherten nutzen

Neben dem Digital-Gesetz soll auch das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) die Digitalisierung im Gesundheitswesen und insbesondere die Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten vorantreiben. Mit Blick auf den entstehenden Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) soll in Deutschland ein rechtlicher und organisatorischer Rahmen geschaffen werden, u. a. durch eine Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten. Zudem räumt das Gesetz Krankenkassen und Leistungserbringenden mehr Möglichkeiten zur Nutzung von Gesundheitsdaten im Rahmen der Vermeidung von gesundheitlichen Risiken und zur Prävention ein (§ 25b SGB V, § 6 GDNG). Mögliche Anwendungsszenarien dieser positiven Neuregelung sind die Erkennung von seltenen Erkrankungen, Krebserkrankungen, schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen durch Arzneimittel, von Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor oder von Impfindikationen für Schutzimpfungen.

Vermeidung von Gesundheitsgefahren und Prävention

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Befugnisse und Aufgaben der Krankenkassen im Bereich der Prävention durch datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken setzt den Hebel an der richtigen Stelle an. Nur die Kassen verfügen über die Datengrundlage, leistungserbringer- und sektorenübergreifend Hinweise auf mögliche Gesundheitsrisiken oder Erkrankungen festzustellen. Dieser Service der gesundheitlichen Assistenz ist für die Versicherten freiwillig. Die neuen Möglichkeiten des Versorgungsmanagements werden vielen Versicherten zugutekommen und vermeidbare Nachteile abwenden.

Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten

Die neu einzurichtende Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für Gesundheitsdaten wird wesentlich für die Governance der nationalen Forschungsdateninfrastruktur zuständig sein: Sie wird einen öffentlichen Metadaten-Katalog führen, das Antragswesen begleiten und den Zugang zu Daten der klinischen Krebsregister und der Krankenkassen unterstützen, die zukünftig beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) verknüpft werden sollen. Verknüpfungen sind ebenfalls mit genomischen Daten aus dem Modellvorhaben nach § 64e SGB V (Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen) vorgesehen. Damit zeichnet sich eine dezentrale Dateninfrastruktur ab, die neue Potenziale von Gesundheitsdaten heben wird.

Berücksichtigt man, dass derzeit die über das Antragsverfahren beim FDZ zugänglichen Gesundheitsdaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommen bzw. durch diese mitfinanziert werden, die GKV somit der maßgebliche Datengeber

für den nationalen Gesundheitsdatenraum ist, fällt die im GDNG vorgesehene Beteiligung der GKV an der Governance allerdings deutlich zu gering aus. Die GKV ist ein wesentlicher Datenhalter, stellt also Daten zur Verfügung, und gleichzeitig Datennutzer für gesetzlich definierte Aufgaben zur Gestaltung der GKV-Versorgung in Deutschland. Diese besondere Rolle muss sich auch in besonderen Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechten widerspiegeln. Darüber hinaus sind Hochschulkliniken, welche über eigene Aktivitäten dezentrale Forschungsdatenbanken aufbauen, im GDNG noch nicht berücksichtigt. Inwieweit private Unternehmen in Zukunft ihre Gesundheitsdaten zur sekundären Nutzung in der öffentlichen Forschungsdateninfrastruktur zur Verfügung stellen müssen, bleibt abzuwarten.

Datenzugang für die Industrie

Eine gravierende Änderung bedeutet die Aufhebung des Akteursbezugs bei der Berechtigung zur Nutzung der Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Krankenkassen, die pseudonymisiert beim GKV-Spitzenverband gesammelt werden (Datentransparenzdaten). Diese Maßnahme zielt auf die Konformität mit dem EHDS ab und räumt der Industrie eine Nutzung der Daten zu gemeinwohlorientierten Zwecken ein. Mit dieser Erweiterung des Kreises der berechtigten Nutzerinnen und Nutzer wird absehbar das Ressourcenmanagement im Antragswesen des FDZ von großer Bedeutung sein. Anfragen der GKV sollten aufgrund ihrer häufig mit kurzen Fristsetzungen behafteten Auswertungsanforderungen (aber auch aufgrund ihrer Rolle als Daten- und Geldgeber) mit einem bevorzugten Antragsverfahren bedacht werden.

Gemeinwohlorientierte Datennutzung

Die Bewegung hin zu einer besseren Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten wird deutlich sichtbar; Fortschritte und eine Befreiung aus der Stagnation der vergangenen Jahre zeichnen sich im GDNG ab. Zweck und Beweggrund für die Erweiterung der Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten muss stets das Gemeinwohl sein. Hierbei müssen individueller Patientennutzen durch bestmögliche Betreuung und Therapie sowie vorausschauendes Wirtschaften für die Sicherstellung einer hochwertigen und bezahlbaren Versorgung für die Versichertengemeinschaft gleichermaßen erfüllt werden. Die Kranken- und Pflegekassen befinden sich an der Nahtstelle des solidarischen Ausgleichs individueller und gemeinschaftlicher Interessen. Mit der sinnvollen Öffnung der GKV-Daten für die Industrie im europäischen Rahmen entstehen aber auch neue Fragen: Das Gesundheitssystem und dessen Infrastruktur, in dem Gesundheitsdaten erzeugt und bereitgestellt werden, sind GKV-finanziert. Im Sinne einer Forschungsdividende muss ein Ausgleich für die Versichertengemeinschaft hergestellt werden, wenn mit öffentlichen Gesundheitsdaten u. a. privatwirtschaftliche Unternehmen beträchtliche Gewinne und Vorteile erzielen.

Weiterentwicklung der Telematikinfrastuktur

Die Telematikinfrastuktur (TI) ist die Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen. Ab Ende 2017 wurden zunächst Arzt- und Zahnarztpraxen an die TI angebunden. Ab 2020 folgten Apotheken und Krankenhäuser. Außerdem können sich auch Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, Hebammen, Physiotherapiepraxen und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an die TI anbinden, was aufgrund des für diese Einrichtungen noch geringen Mehrwertes nur zögerlich passiert. Häufig verfügen IT-Systeme der Leistungserbringenden nur unzureichend über die neuen Anwendungen. Mit der Umstellung auf die „ePA für alle“ sowie der verpflichtenden Nutzung des E-Rezepts wird sich das voraussichtlich ändern. Perspektivisch sollen sich auch Notfallsanitäterinnen und -sanitäter, Heilmittel-, Hilfsmittel- sowie Soziotherapie-Erbringende und zahntechnische Labore an die TI anbinden können.

Um stetig steigenden Kosten entgegenzuwirken, legte das Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Juli 2023 monatliche TI-Pauschalen für (Zahn-)Arztpraxen und Apotheken fest. Zuvor hatten die Vertragspartner untereinander keine Einigung erzielen können. Die TI-Pauschalen ersetzen die bisherige Einmalzahlung für die Erstausrüstung sowie die Quartalszahlungen für Betriebskosten. Alle aktuellen und zukünftigen Kosten sind durch die monatlichen Pauschalen (Flatrate) abgegolten. Werden Anwendungen nicht vorgehalten, kann die Pauschale gekürzt werden. Analog dazu trifft der GKV-Spitzenverband Vereinbarungen zur TI-Finanzierung mit den anderen genannten Leistungserbringenden.

Elektronisches Rezept (E-Rezept)

Für die Einlösung des E-Rezepts gibt es derzeit drei Möglichkeiten: Die E-Rezept-App der gematik, die Token-Lösung auf Papier und die Einlösung mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die E-Rezept-App gibt es bereits seit Mitte 2022. Sie ist aber kaum verbreitet. Bis Ende Oktober 2023 wurde die App nur ca. 650.000-mal heruntergeladen. Ursache ist die für Versicherte aufwendige Authentifizierung. Die Token-Lösung, ein ausgedruckter QR-Code, ist für den Übergang gedacht. Gegenüber dem analogen Rezept schafft sie mit dem reduzierten Medienbruch vor allem Vorteile für die Leistungserbringer bei der Abrechnung. Die dritte Möglichkeit, die Nutzung der eGK als Abrufmedium für das E-Rezept, besteht seit Mitte 2023. Hier ist keine aufwendige Authentifizierung erforderlich. Zudem verfügen alle Versicherten bereits über eine eGK. Seit 1. Januar 2024 besteht die gesetzlich geregelte verpflichtende Nutzung des E-Rezepts. Seitdem ist die Anzahl der E-Rezepte sprunghaft angestiegen: Im Wochendurchschnitt werden an Werktagen ca. 1,57 Millionen E-Rezepte eingelöst (Stand Mitte März 2024).

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die ePA der ersten Ausbaustufe steht gesetzlich Versicherten bereits seit 1. Januar 2021 zur Verfügung, eine zweite Ausbaustufe seit 1. Januar 2022. Mit ihr wurde u. a. ein feingranulares Berechtigungskonzept eingeführt. Den hohen Investitionskosten der Krankenkassen in die Entwicklung der ePA stehen allerdings bisher nur geringe Nutzungszahlen gegenüber: Bis Ende 2023 verfügten nur ca. 850.000 der mehr als 74 Mio. gesetzlich Versicherten über eine ePA (TI-Dashboard | gematik). Mit dem Digital-Gesetz soll daher der Umbau zur „ePA für alle“ erfolgen (siehe Beitrag S. 23).

Telematikinfrastruktur 2.0 (TI 2.0)

In der aktuellen TI 1.0 weisen sich die Beteiligten als Institution oder Person durch elektronische Identitäten in Form von Karten aus (Heilberufsausweis für Personen oder Security Modul Card für Institutionen). Die TI 1.0 ist ein geschlossenes Netz. Der Zugang erfolgt via VPN-Kanal über einen Konnektor. Ohne diese Hardware ist kein Zugang möglich. In der künftigen TI 2.0 wird es kein geschlossenes Netz mit physischen Zugangspunkten und Konnektor mehr geben, sondern einzelne Dienste, die die Berechtigung zum Zugang jeweils selbst prüfen (Zero Trust). Die Dienste der TI 2.0 sollen für alle Nutzergruppen über das Internet verfügbar sein, der Zugriff erfolgt direkt mittels ihrer Endgeräte. Hiermit soll die Nutzung teurer Hardware überflüssig und mobile Anwendungen möglich werden. Nach den Planungen der gematik (Stand 4. Quartal 2023) sollen bereits 2024 erste Funktionalitäten erlebbar werden. Die vollumfängliche Umstellung auf die TI 2.0 ist demnach für 2027 geplant.

Möglichkeiten zur Einlösung des E-Rezepts



E-Rezept-App
der gematik

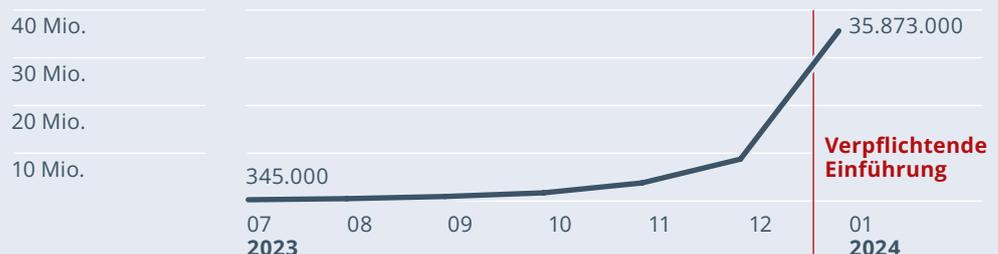


QR-Token auf Papier
ausgedruckt



elektronische
Gesundheitskarte (eGK)
als Transportmedium

Anzahl eingelöster E-Rezepte



Bessere Versorgung durch elektronische Verordnungen

Die derzeitigen papiergebundenen Verordnungsmuster sollen generell durch elektronische Verordnungen (eVO) ersetzt werden. Die hierzu erforderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen wurden vor allem durch das Digitale-Versorgung- und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz geregelt. Die gematik hat den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Voraussetzungen für die Übermittlung vertragsärztlicher eVO verschiedener Versorgungsbereiche über die Telematikinfrastruktur (TI) zu schaffen. Das E-Rezept für Arzneimittel ist seit dem 1. Januar 2024 gesetzlich verpflichtend zu nutzen. In weiteren Schritten ist zunächst vorgesehen, die eVO von digitalen Gesundheitsanwendungen, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege sowie anschließend von Heil-, Hilfs- und Verbandmitteln umzusetzen.

Strukturen und Prozesse optimieren

Die eVO bietet viele Vorteile. Versicherte und Leistungserbringende werden von Bürokratie entlastet, indem sie die Verordnungen nicht mehr postalisch an die Krankenkassen senden müssen. Zudem modernisieren die eVO die Verwaltungsverfahren bei den Krankenkassen, sodass Leistungsentscheidungen beschleunigt werden können. Der GKV-Spitzenverband arbeitet in Abstimmung mit den Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene konzeptionell an der Umsetzung. Ziel ist nicht, analoge Prozesse „eins zu eins“ zu digitalisieren, sondern vielmehr bestehende Strukturen zu verändern, Prozesse zu verbessern und Innovationen einzusetzen. Im Vordergrund steht dabei die Verbesserung der Versorgung der Versicherten.

Digitalisierung barrierefrei gestalten

Ein Hauptaugenmerk liegt derzeit auf der Umsetzung der eVO im Bereich der häuslichen Krankenpflege sowie der Hilfsmittelversorgung. Bei der konzeptionellen Ausgestaltung dieser Leistungsbereiche wird besondere Aufmerksamkeit darauf gerichtet, dass prinzipiell alle Versicherten von eVO profitieren können. Pflegebedingte und behinderungsspezifische Besonderheiten dürfen keine Barrieren für den Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung darstellen und müssen bei der Gestaltung der Prozesse der eVO berücksichtigt werden. Der GKV-Spitzenverband zeigt diese Besonderheiten gegenüber der gematik auf und setzt sich für eine Nutzung der Digitalisierung im Sinne der Versicherten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ein.

Pflegebedingte und behinderungsspezifische Besonderheiten dürfen keine Barrieren für den Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung darstellen und müssen bei der Gestaltung der Prozesse der eVO berücksichtigt werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen klarer regeln

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen Versicherte bei der Erkennung, Überwachung oder Behandlung von Krankheiten unterstützen und können ärztlich verordnet oder direkt von der Krankenkasse genehmigt werden. Allerdings legen die gesetzlichen Regeln, unter denen DiGA in den gesetzlichen Leistungskatalog integriert sind, zu wenig Wert auf den Patientennutzen und führen zu überhöhten Preisen.

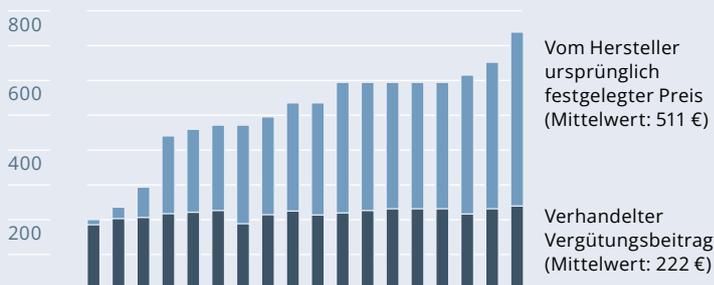
80 Prozent ohne Nutznachweis eingeführt

Ende 2023 waren 50 DiGA im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel gelistet und somit von der GKV erstattungsfähig. Mehr als 80 % der Anwendungen konnten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis keinen positiven Versorgungseffekt nachweisen. Sie wurden lediglich zur Erprobung aufgenommen. Von Beginn an dauerhaft gelistet wurde nur knapp jede fünfte DiGA, weil deren Nutzen direkt belegt werden konnte. Sechs DiGA wurden wieder aus dem Verzeichnis gestrichen.

Beliebige Preisbildung führt zu unverhältnismäßig hohen Preisen

Das Preisspektrum für DiGA reichte 2023 von 119 Euro bis 2.077 Euro – durchschnittlich rund 536 Euro. Die Herstellerpreise waren somit im Vergleich zum Durchschnittswert 2022 abermals gestiegen. Die eingeführten Höchstbeträge wirken dieser Entwicklung kaum entgegen. Lediglich zwei DiGA waren im ersten Jahr der freien Preisbildung von Höchstbeträgen betroffen. Der enorme Preisunterschied zwischen den von den Herstellern beliebig festgelegten Preisen und den verhandelten Vergütungsbeträgen zeigt deutlich, dass die Herstellerpreise nicht angemessen sind.

Hersteller- und Vergütungsbetrag ausgewählter DiGA im Vergleich (in Euro)



Wirtschaftlichkeit und Patientennutzen als Maßstab

Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) sieht vor, den verstärkten Einsatz von DiGA in der Versorgung zu fördern. Der GKV-Spitzenverband fordert in diesem Zusammenhang jedoch vom Gesetzgeber, klare Regeln für DiGA hinsichtlich Zugangsvoraussetzung, Nutznachweis und Wirtschaftlichkeit aufzustellen, wie sie auch für andere Leistungsbereiche in der GKV gelten.

Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

Der GKV-Spitzenverband hat mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz den Auftrag erhalten, ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege einzurichten. Das Kompetenzzentrum wird vorhandenes Wissen sichten, strukturieren und bündeln, Handlungsempfehlungen und Schulungen erarbeiten sowie den Austausch und die Vernetzung aller beteiligten Akteure unterstützen. Schon jetzt ist die Digitalisierung als Schwerpunkt- und Schnittstellenthema beim GKV-Spitzenverband verankert – mit Blick auf die Pflege beispielsweise im Rahmen des Modellprogramms zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (TI), im Rahmen des neuen Modellprogramms Telepflege sowie in verschiedenen Projekten im Zusammenhang mit dem Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Potenziale nutzen, Hürden abbauen

In die Digitalisierung der Pflege werden große Hoffnungen auf eine weitere Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen und der Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals gesetzt. Die Potenziale sind in der ambulanten und stationären Langzeitpflege bislang jedoch nicht annähernd ausgeschöpft. Das liegt u. a. an der Unübersichtlichkeit des Marktes, der Zurückhaltung bei Diensten und Einrichtungen und vielfach an Berührungsängsten und Vorbehalten bei Pflegenden und Pflegebedürftigen sowie an strukturellen Problemen, beispielsweise dem noch geringen Nutzen der TI. Dennoch kommen digitale Lösungen und Technologien in der medizinisch-pflegerischen Versorgung gegenwärtig durchaus zum Einsatz oder stehen zumindest theoretisch zur Verfügung. Beispiele dafür sind digitale Pflegedokumentationssysteme, Assistenztechnologien und, in ersten Ansätzen, Telepflege, mobile Apps für die Pflege bzw. digitale Pflegeanwendungen sowie Servicerobotik z. B. für den Transport von Wäsche. Allerdings gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Hindernisse für einen Transfer der Digitalisierung in die Pflegepraxis. Dazu gehören u. a. eine teilweise mangelhafte IT-Infrastruktur in den Einrichtungen und Diensten, fehlende Standards der Interoperabilität zwischen verschiedenen Systemen auf Herstellerseite, aber auch fehlende Nutznachweise der Wirksamkeit von digitalen Lösungen für die Pflege.

Pflege nachhaltig weiterentwickeln

Die Digitalisierung in der Pflege bietet vielversprechende Ansätze für eine nachhaltige Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Mit dem Kompetenzzentrum wird der GKV-Spitzenverband einen Beitrag dazu leisten, dass diese Entwicklung gelingen kann und gute sowie wirksame digitale Anwendungen im Sinne der Pflegebedürftigen leichter Eingang in die Praxis finden.



STATIONÄRE VERSORGUNG

Wir müssen die Reformdiskussion wieder vom Kopf auf die Füße stellen und erst über bessere Versorgungsstrukturen sprechen und dann über die Finanzierung – und nicht umgekehrt.

Krankenhauslandschaft modern und bedarfsgerecht gestalten

Am 6. Dezember 2022 hatte die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zusammen mit Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach eine weitreichende Empfehlung für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgestellt. Diese Dritte Empfehlung der Regierungskommission zielt darauf ab, den stationären Versorgungsbereich insgesamt neu zu ordnen. Neben einer Vergütungsreform wird eine weitreichende Anpassung der Versorgungsstruktur vorgeschlagen.

Reform der Krankenhausstruktur und -vergütung

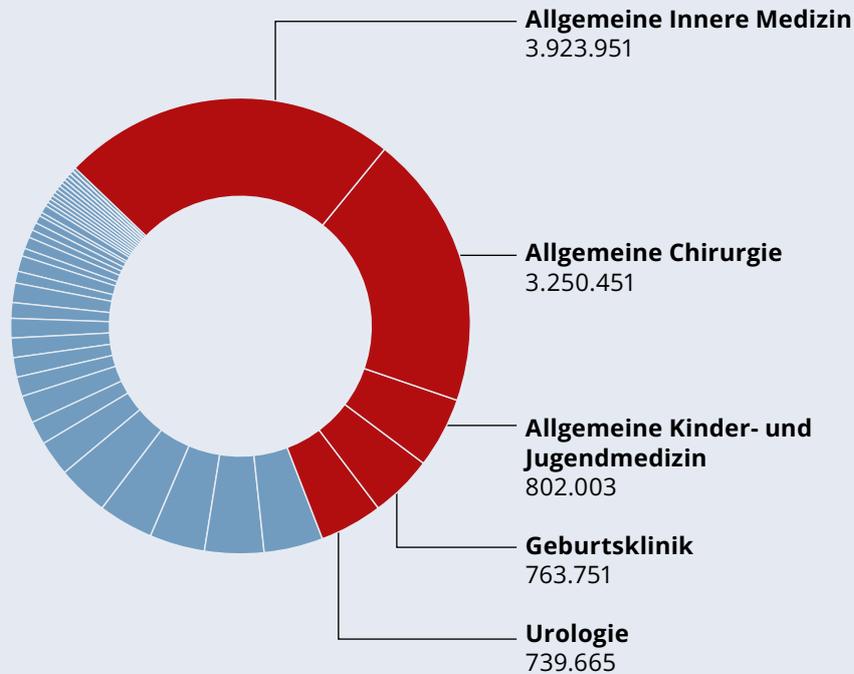
Die Empfehlung der Regierungskommission bildete die Grundlage für mehrmonatige Verhandlungen im Rahmen einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Am 10. Juli 2023 wurden die Eckpunkte für die geplante Krankenhausreform als Verhandlungsergebnis im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes positionierte sich am 31. August 2023 zu den Reformideen des Bund-Länder-Eckpunktepapiers. Er begrüßte die Einigung von Bund und Ländern auf Eckpunkte für eine Krankenhausreform. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Strukturreform überfällig, um eine zukunftsorientierte Patientenversorgung sicherzustellen.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nahm auf Basis der Eckpunkte von Bund und Ländern die Arbeit an einem Gesetzentwurf auf. Bis Ende Dezember 2023 zirkulierten mehrere Arbeitsentwürfe des BMG zum neuen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz. Ein erster Referentenentwurf liegt inzwischen vor.

Folgende Grundidee wird im Eckpunktepapier formuliert: Mit der Reform soll die bisher geltende leistungsabhängige Vergütung über Fallpauschalen um eine leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung ergänzt werden, die sich an sogenannten Leistungsgruppen der Krankenhäuser orientiert. Als Grundlage wird dabei die Leistungsgruppenordnung des Landes Nordrhein-Westfalen herangezogen. Im Ergebnis würde dies erstmals zu einer Zusammenführung von Vergütungsregelungen und landesrechtlicher Krankenhausplanung führen, die bislang weitgehend unabhängig voneinander sind.

Von zentraler Bedeutung ist neben der bundeseinheitlichen Strukturierung der Krankenhauslandschaft durch Leistungsgruppen, dass den Leistungsgruppen Qualitätsanforderungen zugeordnet werden, die verpflichtend erfüllt sein müssen. Die Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen sollen jedoch nicht die Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ersetzen. Vielmehr stellen sie krankenhauplanerische Mindestmerkmale dar. Grundsätzlich sollen

**Stationäre Fallzahlen 2021:
die 5 häufigsten somatischen Leistungsgruppen**
(ohne psychiatrische Versorgung)



nur Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe erfüllen, künftig in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden und entsprechende Leistungen erbringen dürfen. Den Ländern soll jedoch das Recht eingeräumt werden, Ausnahmen bei Nichterfüllung der krankenhauplanerischen Qualitätsanforderungen erteilen zu dürfen. Insgesamt soll der Versorgungsauftrag eines jeden Krankenhauses künftig – statt der bisherigen Fachabteilungen – detaillierter von den Ländern über die Leistungsgruppen zugeordnet werden können. Die Reform hat das Ziel, eine Konzentration der Leistungserbringung zur Erhöhung der Qualität zu fördern.

Misstände wie die im internationalen Vergleich hohen stationären Fallzahlen und Kosten werden mit der Reform ebenso angegangen wie auch der trotz des überdurchschnittlich vielen Personals vorhandene „relative Personalmangel“ im deutschen Gesundheitssystem.

Dieser Reformansatz wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. Im Rahmen des Reformprozesses müssen folgende Aspekte handlungsleitend sein:

- Restrukturierung und Modernisierung der Krankenhauslandschaft mit begleitender Leistungskonzentration
- flächendeckende Grundversorgung
- Bedarfs- und Qualitätsorientierung im Sinne einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten
- Finanzierbarkeit

Zwischenzeitlich hat das BMG das Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform eingeleitet. Der GKV-Spitzenverband wird sich im Rahmen der weiteren Beratungen für Änderungen im Sinne der Beitragszahlenden einsetzen. Dies gilt insbesondere für den geplanten Transformationsfonds. Die vorgesehene hälftige Finanzierung durch die GKV ist strikt abzulehnen.

Transparenz über Krankenhausqualität für Patientinnen und Patienten

Parallel zum Krankenhausreformgesetz hat das BMG einen Gesetzentwurf zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaus-transparenzgesetz) vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, Patientinnen und Patienten in verständlicher Weise darüber zu informieren, welches Krankenhaus welche Leistung in welcher Qualität erbringt. Implizit fördert diese Leistungstransparenz den Anreiz bei den Krankenhäusern, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern.

Hierzu soll ein im Internet zugängliches Transparenzverzeichnis, der sogenannte Klinik-Atlas, geschaffen werden, in dem ausgewählte Struktur- und Leistungsdaten aller Krankenhäuser in übersichtlicher Form zur Verfügung gestellt werden. Dafür wird vor allem auf bestehende Informationen wie beispielsweise aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zurückgegriffen. Neu hinzukommen sollen zudem Informationen wie die neuen Leistungsgruppen der Krankenhäuser.

Darüber hinaus wird im Krankenhaustransparenzgesetz die Einführung und Veröffentlichung der sogenannten Level bzw. Versorgungsstufen aller Krankenhäuser aufgegriffen. Anhand der Level-Einteilung werden Krankenhäuser danach unterschieden, ob sie Teil der Breiten-, Schwerpunkt- oder Maximalversorgung sind. Im Rahmen der Verhandlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform wurde jedoch genau diese Level-Einteilung von den Ländern stark kritisiert. Deren indirekte Einführung über das Krankenhaustransparenzgesetz lehnen die Länder ab.

Das Transparenzverzeichnis soll ab Mai 2024 online zugänglich sein. Informationen zu Leistungsgruppen und Levels sollen dann ab Oktober 2024 ergänzt werden. Gegenwärtig scheint dieser ohnehin ambitionierte Zeitplan kaum haltbar. Nach Beschluss des Gesetzes im Bundestag am 19. Oktober 2023 hat die Mehrheit der Länder im Bundesrat von ihrem Einspruchsrecht Gebrauch gemacht und das Gesetz in den Vermittlungsausschluss überwiesen. Am 21. Februar 2024 kam es zur Befassung im Vermittlungsausschuss mit dem Ergebnis, das vom Bundestag beschlossene Krankenhaustransparenzgesetz zu bestätigen. Der Bundesrat hat das Gesetz am 22. März 2024 gebilligt.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit dem Krankenhaustransparenzgesetz angestrebte Informiertheit von Patientinnen und Patienten über Leistungen und Qualität in den Krankenhäusern. Im Rahmen von Stellungnahmen und politischen Gesprächen hat sich der GKV-Spitzenverband dafür stark gemacht, weitere Qualitätsparameter in das Verzeichnis aufzunehmen. So konnte im Gesetzgebungsprozess erreicht werden, dass auch Angaben zu Mindestmengen oder die Notfallstufe des jeweiligen Krankenhauses im Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden. Darüber hinaus gibt es weitere Informationen, die für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung wären, so die Angabe, dass ein Land einem Krankenhaus eine Ausnahme bei den eigentlich verpflichtend zu erfüllenden Qualitätskriterien der Leistungsgruppen erteilt hat.

Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurde die Einführung der Pflegepersonalbemessung in Anlehnung an die Pflegepersonal-Regelung (PPR) 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 gesetzlich verankert. Zunächst wurde die PPR 2.0 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erprobt und soll im nächsten Schritt in Deutschland eingeführt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss ein nutzenbringendes Verfahren zur Pflegepersonalbemessung standardisiert, digital anwendbar, aufwandsarm und transparent sein sowie verschiedene Qualifikationen berücksichtigen. Diese Anforderungen erfüllt die PPR 2.0 derzeit nicht.

Vergütungsabschläge bei zu geringer Pflegepersonalbesetzung

Mit dem Ziel, Pflegepersonal aufzubauen, soll 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. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der PKV-Verband haben die Weiterentwicklung der eingeführten Pflegepersonalbedarfsbemessung bis Ende 2024 sicherzustellen (§ 137I SGB V). Dafür haben die Selbstverwaltungspartner einen externen Dienstleister beauftragt.

Pflegepersonalbemessung – standardisiert, digital, mit Qualifikationsmix

Bei der Weiterentwicklung der Pflegepersonalbemessung sollen insbesondere die standardisierte und digitale Anwendung sowie die bedarfsgerechte personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals nach bestimmten Qualifikationen berücksichtigt werden. Zudem sind Vorschläge zur Pflegepersonalbemessung in Notaufnahmen vorzulegen. Die Ergebnisse des Weiterentwicklungsauftrags sind für Ende 2024 vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband sieht die Einführung der PPR 2.0 kritisch. Solange kein Instrument verfügbar ist, das digital (ohne Zusatzdokumentation für Pflegekräfte) den Pflegepersonalbedarf standardisiert ermittelt, werden Pflegekräfte mit zusätzlicher Bürokratie belastet. Pflegekräfte müssen täglich zusätzlich jede Patientin und jeden Patienten in die Kategorien der PPR 2.0 einstufen. Das steht auch der aktuell debattierten notwendigen Entbürokratisierung entgegen. Ob die politischen Ziele mit diesem Vorhaben erreicht werden, wird sich zeigen. Die Pflegepersonalbemessung kann den Pflegepersonalmangel nicht beheben, sondern diesen lediglich sichtbar machen.



PFLEGE

Wer auf Pflege angewiesen ist, soll auch in Zukunft auf die solidarische Unterstützung durch die Pflegeversicherung bauen können. Die Gesellschaft als Ganze muss dieses Versprechen einlösen.

Anhaltender Handlungsbedarf nach Pflegereform

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) vor bald 30 Jahren wurde für Pflegebedürftige eine dauerhafte, verlässliche und individuelle Unterstützung geschaffen. Dieser gesamtgesellschaftliche Erfolg kann jedoch nur langfristig aufrechterhalten werden, wenn alle Akteure – darunter Bund, Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen – die jeweiligen Verantwortungsbereiche gewissenhaft übernehmen. Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen erforderlich, um pflegebedürftige Personen und ihre Familien sowie die Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden insgesamt vor finanzieller Überforderung zu schützen.

Rechtliche Neuregelungen im Rahmen der Pflegereform

Am 26. Mai 2023 verabschiedete der Bundestag das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), mit dem u. a. vereinfachte Begutachtungsverfahren, erweiterte Refinanzierungsgrundlagen von Personalkosten sowie Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige einhergehen. Die verschiedenen Digitalisierungsbestrebungen in der Langzeitpflege werden in einem

Kompetenzzentrum gebündelt. Neben der differenzierten Berücksichtigung der Kinderanzahl erfolgten weitere Beitragssatzanpassungen zur kurzfristigen Stabilisierung der Finanzlage.

Die Maßnahmen der Pflegereform 2023 bleiben deutlich hinter den Zusagen im Koalitionsvertrag zurück. Die zusätzlich benötigten Finanzmittel sollen allein die Beitragszahlenden schultern.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes greifen diese Maßnahmen jedoch zu kurz und bleiben zudem deutlich hinter den Zusagen im Koalitionsvertrag zurück. Die zusätzlich benötigten Finanzmittel sollen allein die Beitragszahlenden schultern, während Bund und Länder ihrer Finanzierungsver-

antwortung nicht nachkommen. Eine nachhaltige Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung und ihrer Finanzierung ist erforderlich. In seinem Positionspapier zur Langzeitpflege unterbreitete der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im Juni 2023 dazu eine Reihe von Vorschlägen.

Attraktive Rahmenbedingungen für professionelle Pflegepersonen

Die Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal bleibt eine wichtige Aufgabe. Nur durch attraktive Arbeitsbedingungen ist es möglich, sowohl das bestehende Personal im Beruf zu halten als auch neue Kräfte zu gewinnen. Die Entlohnung ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Insbesondere stehen auch die Bereiche der Aus- und Fortbildung, Kompetenzübertragung, Gesundheitsförderung und Familienvereinbarkeit im Fokus. Zeitgleich können digitalisierte Prozesse dazu beitragen, das Personal zu entlasten.

Stärkung der familiären und ehrenamtlichen Pflege

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer wachsenden Zahl Pflegebedürftiger ist die Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Personen von besonderer Bedeutung. Für den Erhalt bzw. eine Stärkung der Pflegebereitschaft familiärer Unterstützungssysteme sind flexible Leistungsansprüche vorzusehen, die mit den individuellen Lebensentwürfen pflegebedürftiger Personen und ihrer An- und Zugehörigen kompatibel sind.

Ausgewogene Finanzierungsverantwortung

Eine solide finanzielle Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist essenziell, um das Vertrauen der Bevölkerung in diesen Sozialversicherungszweig zu erhalten. Der Gesetzgeber hat daher dafür Sorge zu tragen, dass pflegebedürftige Personen bei der Inanspruchnahme von notwendigen Pflegeleistungen wirtschaftlich nicht überfordert werden. Gleichzeitig ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten. Somit hat der Gesetzgeber eine ausgewogene Verteilung der Finanzierungsverantwortung festzulegen und deren Einhaltung sicherzustellen.

Gesicherte Finanzierungsgrundlagen für Infrastrukturentwicklungen

Für eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Pflegeinfrastruktur mit professionellen und ehrenamtlichen Strukturen ist eine gute kommunale Pflegeplanung erforderlich. Neben der finanziellen Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur obliegt den Ländern auch die Ausbildung in Form der schulischen und hochschulischen Qualifizierung. Diese beiden zugewiesenen Kompetenzbereiche sollten mit der Verpflichtung einhergehen, die Ausbildungs- und Investitionskosten vollständig zu tragen. Dies würde die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege monatlich um durchschnittlich 590 Euro verringern.

Klare Abgrenzung der Aufgaben der SPV

Die SPV trägt aktuell in erheblichem Umfang die Kosten für Aufgaben des Bundes. Aus der Sicherung der Pflegeinfrastruktur während der Corona-Pandemie wurden bis heute rund 5,3 Mrd. Euro nicht erstattet. Weitere 3,5 Mrd. Euro fließen derzeit jährlich für Rentenbeiträge pflegender Angehöriger ab. Zeitgleich wurde im Jahr 2023 eine vierjährige Aussetzung des erst 2022 eingeführten jährlichen Bundeszuschusses in Höhe von 1 Mrd. Euro beschlossen. Während dringend notwendige nachhaltige Strukturreformen in der pflegerischen Versorgung weiterhin ausbleiben, wird der Ausgleich von versicherungsfremden Mehrausgaben und zusätzlich benötigten Finanzmitteln ausschließlich den Beitragszahlenden zugemutet. Der Bund muss endlich seiner Verantwortung gerecht werden.

Modellprogramm Personalbemessung in der Langzeitpflege

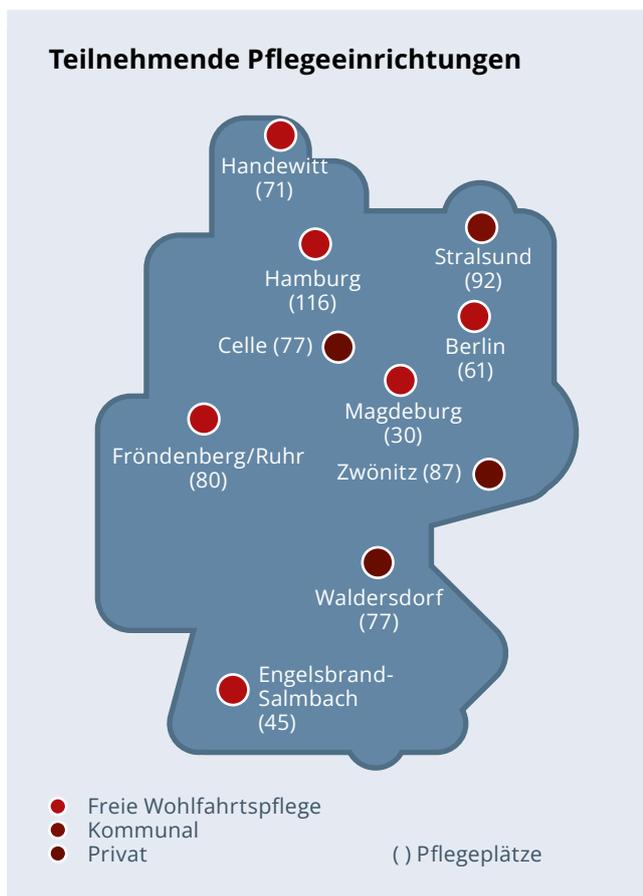
Ende des Jahres 2022 hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms den Auftrag zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung eines Personalbemessungsinstruments für die vollstationäre Pflege vergeben. Auch angesichts einer herausfordernden Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation soll geprüft werden, ob zukünftige Anpassungen der aktuell gültigen Personalanhaltswerte notwendig und möglich sind. Weiteres Ziel ist die Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für den qualifikationsorientierten Personaleinsatz in der stationären Langzeitpflege und begleitende Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung sowie der Digitalisierung und des Technikeinsatzes.

Impulse für bessere Pflege

Das Konzept wird aktuell in zehn stationären Pflegeeinrichtungen in zehn Bundesländern erprobt und evaluiert. Es soll anschließend bundesweit verfügbar sein.

Abschließende Ergebnisse aus dem Modellprogramm werden 2025 erwartet. Der GKV-Spitzenverband verspricht sich davon wichtige Impulse für die Verbesserung der Versorgungsqualität sowie der Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der professionellen Pflege.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Etablierung einer bundeseinheitlichen Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die wissenschaftlich fundiert ist und sich am Versorgungsbedarf der Pflegebedürftigen orientiert. Ein solches Instrument kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern, Mittel effizient einzusetzen und dadurch Pflegebedürftige vor finanzieller Überlastung zu schützen. Für die Umsetzung der Personalbemessung sind allerdings die Ausbildungskapazitäten insbesondere für Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in den Ländern auszubauen. Darüber hinaus sind auch Ansätze zur wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der ambulanten Pflege dringend erforderlich, welche ab dem Jahr 2024 als weiterer Baustein im Modellprogramm adressiert werden.



Reform der hochschulischen Pflegeausbildung

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz zielt darauf ab, die hochschulische Pflegeausbildung attraktiver zu gestalten und mehr Pflegepersonen für den akademischen Ausbildungsweg zu gewinnen. Pflege-Studierende erhalten ab dem Jahr 2025 für die gesamte Dauer ihres Studiums eine höhere Vergütung. Rückwirkend soll dies auch für diejenigen gelten, die ihr Studium früher begonnen haben. Zudem wird die Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung in das bestehende Finanzierungssystem der beruflichen Pflegeausbildung integriert. Der GKV-Spitzenverband kritisiert, dass damit die Zuzahlung seitens pflegebedürftiger Menschen weiter steigen wird.

Bedeutung der Neuregelung

Die akademische Ausbildung in der Pflege ist bisher kein Selbstläufer. Nur ca. 1–2 % der Auszubildenden in der Pflege entscheiden sich bisher dafür. Deshalb ist es richtig, den akademischen Ausbildungsweg in der Pflege attraktiver zu gestalten. Ob dies mit einer höheren Vergütung erreicht wird, bleibt abzuwarten.

Die Finanzierungsregelung für den praktischen Teil des Studiums lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Aufgrund der anteiligen Finanzierung der Ausbildungskosten wird der Zuzahlungsbetrag von pflegebedürftigen Menschen in Pflegeeinrichtungen weiter steigen. Nach der Koalitionsvereinbarung sollten sie jedoch von den Ausbildungskosten entlastet werden.

Finanzierung – der falsche Weg

Bereits 2020 war mit dem Pflegeberufegesetz die Entscheidung getroffen worden, dass die hochschulische Pflegeausbildung nicht von den Beitragszahlenden der Kranken- und Pflegeversicherung zu finanzieren ist. Die akademische Ausbildung ist eine hoheitliche Aufgabe des Staates, die nicht auf die Sozialversicherung verlagert werden darf. Sonst wäre vor dem Hintergrund des allgemeinen Fachkräftemangels zu befürchten, dass diese Gesetzesnovelle künftig die Blaupause für andere Studiengänge im Bereich Gesundheit und Pflege darstellt. Das wäre der falsche Weg.

Vergleich Ausbildungseintritte – Studieneintritte Pflege



Quellen: Statistisches Bundesamt; Statistischer Bericht – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2022; Bundesinstitut für Berufsbildung; BIBB-Pflegepanel 2022/2023

Tarifliche Entlohnung in der Langzeitpflege

Seit September 2022 können ausschließlich Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihr Pflege- und Betreuungspersonal entweder nach Tarifvertrag, nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder nach dem sogenannten regional üblichen Entlohnungsniveau bezahlen. Die Zahlen für das Jahr 2023 zeigen, dass sich die tarifliche bzw. tariforientierte Entlohnung in der Altenpflege etabliert hat. Die neuen Durchschnittslöhne tragen dazu bei, die wichtige Arbeit der Pflegekräfte in Deutschland zu honorieren und gleichzeitig die Attraktivität von Pflegeberufen zu erhöhen.

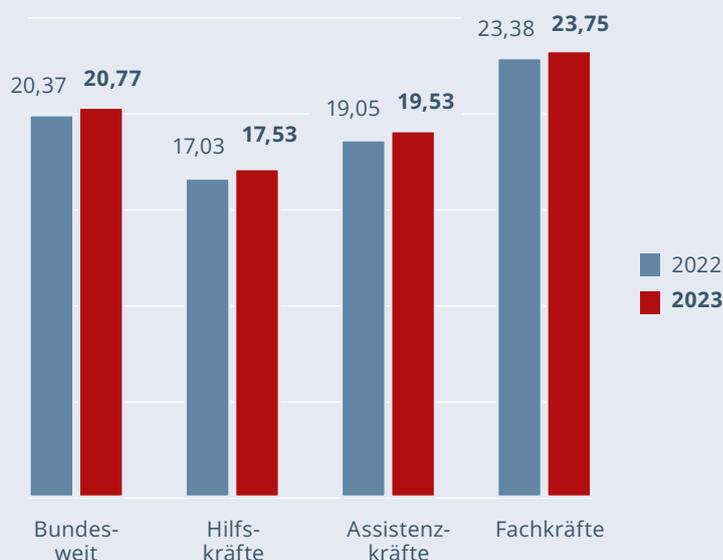
Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus

Dem GKV-Spitzenverband wurde die gesetzliche Aufgabe übertragen, eine Geschäftsstelle einzurichten, welche im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen jährlich Entlohnungsdaten tarifgebundener Einrichtungen zur Berechnung des regional üblichen Entlohnungsniveaus erhebt. 2023 gaben ca. 11.000 Pflegeeinrichtungen ihre Entlohnungsdaten an. Anhand dieser wurden die regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge für drei verschiedene Qualifikationsgruppen errechnet und zum 31. Oktober 2023

auf der Website des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht. Nicht tarifgebundene Pflegeeinrichtungen, die ihre Beschäftigten nach dem regional üblichen Entlohnungsniveau bezahlen, haben ab Veröffentlichung zwei Monate Zeit, die Höhe ihrer Vergütungen anzupassen.

Die Durchschnittslöhne sind je nach Bundesland zwischen 0,5 % und 6,8 % gestiegen. Dies bedeutet einen bundesweiten Anstieg um ca. 2 % im Vergleich zum Vorjahr. Die neuen Durchschnittslöhne betragen deutschlandweit im Schnitt zukünftig 17,53 Euro für Pflegehilfskräfte ohne Ausbildung (+2,94 % gegenüber 2022), 19,53 Euro für Pflegeassistenzkräfte (Hilfskräfte mit mindestens einjähriger Ausbildung, +2,52 %) und 23,75 Euro für Pflegefachkräfte (+1,58 %).

**Regional übliches Entlohnungsniveau
2022 und 2023 (Euro/Stunde)**



Rahmenempfehlungen zur außerklinischen Intensivpflege beschlossen

Mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-IPReG) überführte der Gesetzgeber die Regelungen zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) in neue leistungsrechtliche und leistungserbringerrechtliche Vorschriften. Der GKV-Spitzenverband vereinbarte mit den Organisationen der Leistungserbringenden zum 1. Juli 2023 Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit AKI. Erstmals gibt es nun bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für alle entsprechenden Versorgungssettings. Die Rahmenempfehlungen enthalten u. a.:

- Qualifikationsanforderungen an die leitenden sowie die an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte
- Anforderungen an die Pflegedokumentation
- Regelungen zu den Grundsätzen der Vergütung, zum Abrechnungsverfahren sowie zu Maßnahmen bei Vertragsverstößen
- Regelungen zur Bestimmung des Personalbedarfs in der Mehrfachversorgung
- bauliche und qualitative Anforderungen an betreiberorganisierte Wohneinheiten (2–12 Pflegeplätze)

Übergangsregelungen

Leistungserbringende, die ab 1. Juli 2023 erstmalig einen Vertragsabschluss begehren, müssen die Voraussetzungen der Rahmenempfehlungen vollständig erfüllen. Übergangsregelungen wurden für diejenigen Leistungserbringenden geschaffen, die zuvor bereits vertraglich geregelt AKI im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erbracht haben und die Voraussetzungen der neuen Rahmenempfehlungen zum 1. Juli 2023 noch nicht erfüllten. Binnen eines Jahres, bis 30. Juni 2024, müssen die Vertragspartner auf Landesebene bestehende Verträge durch neue auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen ablösen.

Ausblick

Nicht zuletzt die teilweise festgestellten Qualitätsdefizite in der AKI haben zu den gesetzlichen Änderungen im Rahmen des IPReG geführt. Mit diesen Rahmenempfehlungen sind nun alle Regelungsbestandteile des IPReG zur außerklinischen Intensivpflege auf Bundesebene umgesetzt. Sie haben mit ihren prozessorientierten und bundeseinheitlichen strukturellen Ansätzen das Potenzial, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Ob sie diese Wirkung tatsächlich entfalten, wird sich nicht zuletzt aufgrund der erforderlichen Anpassungsprozesse erst nach einer mehrjährigen Übergangsphase zeigen.

Aufwertung der häuslichen Krankenpflege

2018 hatte die damalige Bundesregierung die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen, unter anderem mit dem Ziel, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und das Berufsbild insgesamt attraktiver zu machen. Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) wurde im Ergebnis festgehalten, dass Pflegefachkräfte mehr Verantwortung bei der inhaltlichen Ausgestaltung der HKP übernehmen sollen.

Erweiterte Kompetenzen

Im Rahmen der erweiterten Versorgungskompetenz können Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer einzelner verordnungsfähiger Maßnahmen der HKP bestimmen. Die entsprechenden Rahmenvorgaben hatte der Gemeinsame Bundesausschuss 2022 in die HKP-Richtlinie aufgenommen. Sie regeln auch, wann ein erneuter Arztkontakt notwendig ist und wie der Pflegedienst die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt zu informieren hat.

Qualifikation und Erfahrung

Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der von ihnen verordneten Leistungen hatten

der GKV-Spitzenverband und die Pflegeverbände auf Bundesebene in Rahmenempfehlungen festzulegen. Da in den Beratungen kein Einvernehmen erzielt werden konnte, erfolgte die Festlegung per Schiedsspruch am 28. November 2023. Pflegefachkräfte mit erweiterter Versorgungskompetenz müssen demnach eine geeignete Berufsausbildung in Kombination mit entsprechender Berufserfahrung nachweisen. Spezifische Weiterbildungen sind nicht erforderlich. Die Rahmenempfehlungen traten zum 1. Februar 2024 in Kraft.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes wurden damit wichtige Grundlagen geschaffen, um Pflegefachkräften bei der Verordnung im Rahmen der HKP mehr Kompetenzen einzuräumen und dadurch auch die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Pflegefachkräfte mit der notwendigen fachlichen Qualifikation werden in ausreichender Zahl verfügbar sein, sodass eine flächendeckende Umsetzung machbar erscheint. Die konkreten Regelungen bedürfen noch einer Umsetzung in den Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten.

Erforderliche Qualifikationen für erweiterte Versorgungskompetenz bei HKP



Pflegefachperson mit 3-jähriger **Ausbildung**



12 Monate **Berufserfahrung** (davon 6 Monate in der ambulanten Pflege) innerhalb der letzten 8 Jahre



Qualifizierte Pflegefachperson, welche die Voraussetzungen für erweiterte Versorgungskompetenz erfüllt



ARZNEIMITTEL

Die Verfügbarkeit dringend benötigter Arzneimittel muss jederzeit gesichert sein. Mit einem umfassenden Monitoringsystem könnten drohende Engpässe rechtzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Arzneimittelversorgung sichern

Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) wurde erstmals seit 2020 wieder eine gesetzliche Maßnahme zur Bekämpfung von Lieferengpässen ergriffen. Die Grundidee ist, dass die Generika-Versorgung über ein höheres Erstattungs-niveau wirtschaftlich attraktiver werden könnte. Dazu sollen bestimmte Festbeträge an- oder aufgehoben, das bestehende Preismoratorium gelockert und Rabattvertragsmöglichkeiten für die Krankenkassen durch weitere Vorgaben eingeschränkt werden. Jedoch sind die Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht Ursache der weltweit bestehenden Lieferprobleme. Das Gesetz wird daher vor allem dazu führen, dass die Arzneimittelausgaben weiter steigen, ohne dass eine bessere Versorgungslage garantiert ist.

Zur Sicherstellung einer dauerhaften Versorgungssicherheit ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vielmehr von zentraler Bedeutung, die Transparenz über die Verfügbarkeit von Arzneimitteln zu verbessern. Im Gesetz ist hierfür zwar die Einrichtung eines Frühwarnsystems vorgesehen. Dieses beschränkt sich jedoch lediglich auf bestimmte Arzneimittel. Zudem agiert es nicht anlasslos, sondern basiert auf konkret anzufordernden Daten. Nur mit einem umfassenden Monitoringsystem, in dem permanent und ohne besonderen Anlass Daten zur Verfügbarkeit erhoben und allen Beteiligten bereitgestellt werden, wäre es möglich, drohende Engpässe rechtzeitig erkennen und konkrete Gegenmaßnahmen treffen zu können.

Unabhängig vom ALBVVG hat der GKV-Spitzenverband 2023 Festbeträge für bestimmte Kinder-Arzneimittel und Antibiotika ausgesetzt. Dies erfolgte angesichts einer angespannten Infektionslage im Winter 2022/23 und daraus resultierenden Verfügbarkeitsproblemen in den Apotheken. So konnten Versicherte vor möglicherweise aus eigener Tasche zu leistenden Aufzahlungen geschützt werden.

Richtige Entwicklungsanreize für Reserveantibiotika setzen

Mit zunehmender Häufigkeit wird weltweit das Auftreten multiresistenter Erreger beobachtet. Trotz dieser wachsenden Bedrohung sind in den letzten Jahren nur wenige Antibiotika entwickelt und zugelassen worden, die als Reserveantibiotika gegen Infektionen mit diesen Erregern wirksam sind. Der GKV-Spitzenverband unterstützt daher die Intention des Gesetzgebers, Anreize für die Entwicklung von Reserveantibiotika zu geben, sieht jedoch die bestehende gesetzliche Regelung kritisch.

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV wurden im Jahr 2020 Reserveantibiotika in der frühen Nutzenbewertung privilegiert. Sie sind seither von der Pflicht zur Einreichung von Unterlagen über den medizinischen Zusatznutzen befreit. Ihr Zusatznutzen gilt automatisch als belegt. Der G-BA beschließt

einzig Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung der Reserveantibiotika unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Resistenzsituation. Mit dem ALBVVG erfolgte eine weitere Privilegierung: Für Reserveantibiotika wurde der vom pharmazeutischen Unternehmen bei erstmaligem Inverkehrbringen frei wählbare Abgabepreis gesetzlich zum Erstattungsbetrag bestimmt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dieses Vorgehen verfehlt: Es besteht weder Transparenz darüber, welches finanzielle Volumen für einen Anreiz zur Entwicklung von Reserveantibiotika für Deutschland tatsächlich erforderlich ist, noch besteht die Möglichkeit der gesundheitsökonomischen Abbildung der Effekte dieser nationalen Fördermaßnahme. Somit bleibt unklar, ob dadurch tatsächlich Entwicklung und Zulassung von Reserveantibiotika in Deutschland und Europa gefördert werden. Anstelle der bestehenden Regelung spricht sich der GKV-Spitzenverband für die Beteiligung Deutschlands an Fördermaßnahmen auf europäischer Ebene aus. Diese sollten die Forschung an bestimmten, vorab definierten Reserveantibiotika sowie deren Entwicklung fördern bzw. auf die Bereitstellung bereits entwickelter Reserveantibiotika gegen die mengenunabhängige Zahlung eines fixen Betrags abheben.

Abstufungen der Arzneimittelverfügbarkeit

Vorrätiges Arzneimittel

Das nach den Regelungen des Rahmenvertrags § 129 SGB V auszuwählende Arzneimittel ist in der Apotheke vorhanden und kann sofort an die Patientinnen und Patienten abgegeben werden.

Verfügbares/Lieferfähiges Arzneimittel

Das nach den Regelungen des Rahmenvertrags auszuwählende Arzneimittel kann innerhalb einer angemessenen Zeit durch die Apotheke beim Großhandel beschafft werden.

Abgabe eines alternativen Arzneimittels möglich

Das nach den Regelungen des Rahmenvertrags auszuwählende Arzneimittel kann in der Apotheke durch ein alternatives Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff / gleicher Darreichungsform ersetzt werden.

Ärztliche Verordnung eines alternativen Arzneimittels möglich

Anstelle des nicht verfügbaren Arzneimittels kann ein Arzneimittel mit alternativer Darreichungsform oder vergleichbarem Wirkstoff ärztlich verordnet werden.

Keine alternative Versorgung möglich

Es gibt keine Alternativen zu dem nicht verfügbaren Arzneimittel. Erst hier besteht ein echter Versorgungsengpass.

AMNOG – ein lernendes System

Am 8. November 2022 trat das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinStG) in Kraft. Mit der Zielsetzung, die finanzielle Stabilität der GKV durch Effizienzverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung zu sichern und ein bestehendes Milliardendefizit auszugleichen, wurden im Arzneimittelbereich mehrere Änderungen bei der Preisbildung von neuen Arzneimitteln vorgenommen. Die Einsparungen durch die Maßnahmen bleiben deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurück. Die sonstige Wirkung des Gesetzes auf den Arzneimittelmarkt ist Gegenstand einer laufenden Evaluation.

Abschläge für Kombinationsarzneimittel

Für neue Arzneimittel, die in Kombination eingesetzt werden, wurden Preisabschläge in einem zweistufigen Konzept geregelt:

- Benennung von in Kombinationstherapie einsetzbaren Arzneimitteln in den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Ermittlung tatsächlich in Kombination eingesetzter Arzneimittel als Basis des Anspruchs der Krankenkassen auf 20 % Rabatt.

Am 5. Oktober 2023 fasste der G-BA einen Ergänzungsbeschluss zu den Kombinationsarzneimitteln bereits bewerteter Arzneimittel und legte seine Methodik zur Bestimmung dieser Kombinationspartner fest. Grundlage für die Benennung sind die jeweils gültigen Fachinformationen. Der G-BA hatte sich mehrheitlich dafür entschieden, ausschließlich dann Kombinationen zu bestimmen, wenn in der Fachinformation des bewerteten Arzneimittels Angaben zu einem kombinierten Einsatz vorhanden sind. Für andere Kombinationstherapien können keine Abschläge geltend gemacht werden. Gänzlich ausgenommen von der Benennung als Kombinationspartner wurden Wirkstoffe, für die die Zulassung eine Kombination ausdrücklich ausschließt, sowie die besonders privilegierten Reserveantibiotika.

Bis 31. Oktober 2023 sollte der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der pharmazeutischen Industrie das Nähere zur Umsetzung

Eine Stabilisierung der GKV-Finzen ist mit den neuen gesetzlichen Regelungen vor dem Hintergrund der enorm wachsenden Ausgaben nicht erzielbar.

des Kombiabschlags, insbesondere zur Feststellung und Abgrenzung abschlagspflichtiger Kombinationseinsätze in den Abrechnungsdaten regeln. Der Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes sieht ein Filtermodell vor, das es den Krankenkassen ermöglicht, auf Basis ihrer Abrechnungsdaten den Kombinationseinsatz zu identifizieren und gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen abzurechnen. Trotz ausführlicher Beratungen mit den Industrieverbänden konnten grundlegende Differenzen bis Ende der Frist nicht ausgeräumt

werden, sodass nun das Bundesministerium für Gesundheit im Wege der Ersatzvornahme das Nähere zum Kombinationsabschlag festsetzen muss.

Rückwirkende Geltung des Erstattungsbetrags

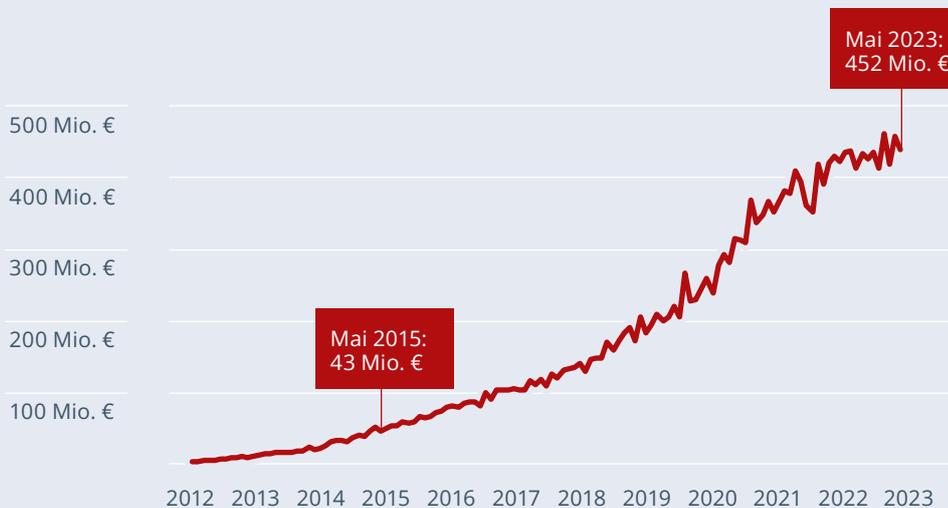
Als weitere Maßnahme zur Ausgabensenkung wurde mit dem GKV-FinStG festgelegt, dass der verhandelte Erstattungsbetrag für ein Arzneimittel rückwirkend schon ab dem siebten Monat nach der Markteinführung oder beispielsweise auch nach der Zulassung für neue Anwendungsgebiete gilt. Die Einsparungen beliefen sich zwischen Oktober 2022 und April 2023 auf etwas über 70 Mio. Euro. Das durch den Gesetzgeber avisierte Einsparziel von 150 Mio. Euro pro Jahr scheint allerdings auch mittelfristig nicht erreichbar zu sein.

Flankierend war ein Anspruch der Krankenkassen gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen festgelegt worden, einen Ausgleich für Überzahlungen bei Umsatzsteuer und Handelszuschlägen durch die anfangs überhöhten Listenpreise zu erhalten. Die Schiedsstelle legte dies jedoch in mehreren Schiedsverfahren zur Festsetzung von Ausgleichsansprüchen nicht zugrunde. Eine Klarstellung über den Anspruchsumfang wurde erst mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) im Juli 2023 explizit in den Gesetzestext übernommen. Dies wird zu einer weiteren finanziellen Entlastungswirkung von ca. 10 Mio. Euro pro Jahr führen.

Absenkung der Umsatzschwelle für Orphan Drugs

Orphan Drugs haben sich zu einem wesentlichen Kostentreiber der Arzneimittel Ausgaben entwickelt. Allein 2022 wurden damit im ambulanten AMNOG-Markt rund 5 Mrd. Euro Umsatz erzielt (vgl. Abb.). Das bedeutet: Fast jeder vierte Euro wurde für ein Arzneimittel für seltene Leiden ausgegeben, während nur etwa jede 100. Tagesdosis auf diese entfällt.

Ambulante Ausgaben für Orphan Drugs (2012–2023)



Quelle: GAmSI; eigene Berechnung

Durch die Neuregelung des GKV-FinStG wurde die Umsatzschwelle für einen vollständigen Nachweis des Zusatznutzens von Arzneimitteln für seltene Leiden (Orphan Drugs) von 50 Mio. Euro pro Jahr auf nun 30 Mio. Euro abgesenkt. Bei Überschreitung dieser Umsatzgrenze wird das Arzneimittel einer vollständigen Nutzenbewertung unterzogen. Ziel der Regelung sind eine Verbesserung der Transparenz zum tatsächlichen Zusatznutzen von Orphan Drugs und die Senkung der Ausgaben in diesem Sektor.

Mittelfristig sollen durch die abgesenkte Umsatzschwelle 100 Mio. Euro jährlich eingespart werden. Analysen zeigen aber, dass derart hohe Einsparungen nicht einmal mit einer Umsatzschwelle von 20 Mio. Euro erzielt werden könnten.

Arzneimittel im Off-Label-Use als zweckmäßige Vergleichstherapie

Neben den auf Einsparungen ausgerichteten Maßnahmen des GKV-FinStG wurden mit dem ALBVVG klare gesetzliche Regelungen getroffen, wann der G-BA in seinem Beschluss zur Nutzenbewertung die Zweckmäßigkeit eines Off-Label-Use feststellen und diesen als Vergleichstherapie heranziehen kann. Das wurde nötig, nachdem vom Bundessozialgericht im Februar 2023 das bisherige Vorgehen, in Beschlüssen zur frühen Nutzenbewertung nicht zugelassene Therapien als Vergleichsmaßstab zu bestimmen, als rechtswidrig erkannt wurde. Voraussetzung für die Bestimmung eines Off-Label-Use ist nach dem ALBVVG, dass eine solche Therapie nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im zu bewertenden Anwendungsgebiet als Therapiestandard oder Teil des Therapiestandards gilt. Darüber hinaus muss gelten, dass vor Zulassung des zu bewertenden Arzneimittels entweder keine zugelassenen Therapien zur Verfügung standen oder nicht zugelassene Therapien für einzelne oder für alle Patientinnen und Patienten den zugelassenen Therapien regelhaft vorzuziehen waren.

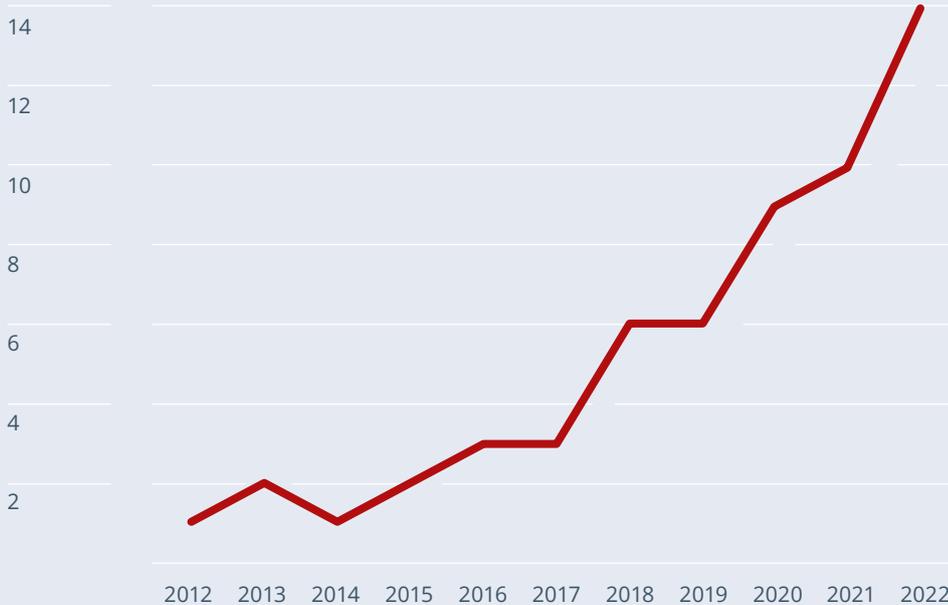
Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellt die gesetzliche Neuregelung einen ausgewogenen Kompromiss dar, durch den sichergestellt wird, dass die Bewertungsmaßstäbe in der frühen Nutzenbewertung und das Leistungsrecht in der GKV zum Off-Label-Use im Gleichklang bleiben. Allerdings muss die Entscheidung zu einem Off-Label-Use als zweckmäßige Vergleichstherapie künftig zwingend mit einer Feststellung verbunden werden, welche Rolle dem Off-Label-Use in der Versorgung (noch) zukommt und ob weitere Maßnahmen zu dessen Überführung in die Versorgung der Versicherten getroffen werden müssen. Bis November 2023 hatte der G-BA erste Beschlüsse zur Nutzenbewertung gefasst, in denen eine Bewertung im Vergleich zu einem Off-Label-Use vorgenommen wurde. Die Herausforderungen der neuen Regelungen wurden dabei deutlich.

AMNOG-Bilanz 2023

Von Januar 2011 bis Ende Oktober 2023 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 978 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte mehr als 3.107 Beratungsverfahren durch. 31 von 91 Freistellungsverfahren endeten mit einer Freistellung des Arzneimittels von der Nutzenbewertung durch den G-BA. Zu insgesamt 371 Wirkstoffen existieren Erstattungsbeträge. Davon wurden 341 durch Einigung der Vertragsparteien erzielt, 30 Verfahren wurden mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen. Acht zunächst erstattungsbetragsregelte Wirkstoffe wurden in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet.

Mit Stand 31. Dezember 2023 liefen zu 64 Wirkstoffen Erstattungsbetragsverhandlungen und zwei Schiedsverfahren. Davon waren 40 Neuverhandlungen, die aufgrund neu gefasster G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden waren.

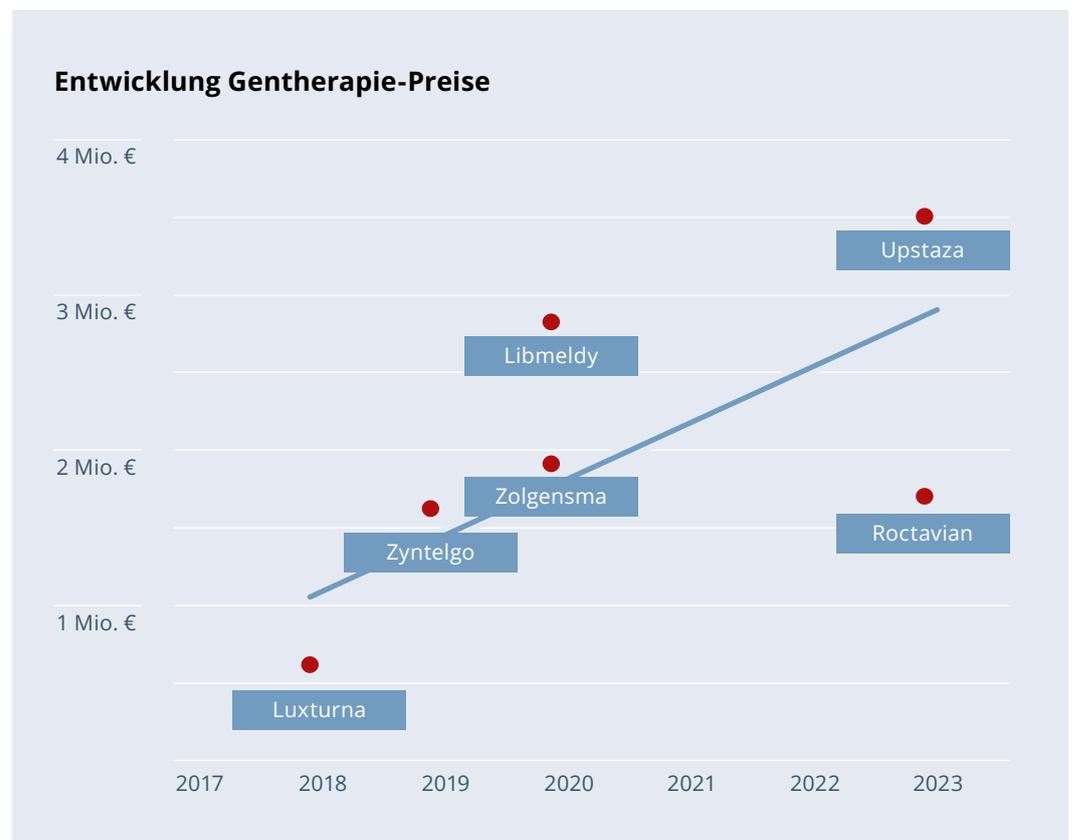
Entwicklung Zulassungszahlen ATMP-Arzneimittel in Deutschland



Quelle: PEI-Bekanntmachung Nr. 508 im BAnz AT 09.08.2023 B5

Steigende Zulassungszahlen bei teuren Zell- und Gentherapien

Die Anzahl der Zulassungen von neuartigen Zell- und Gentherapien steigt über die letzten Jahre an (vgl. Abb. S. 51). In Deutschland wurden seit 2012 insgesamt 14 sogenannte ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products) eingeführt. Die häufig als Orphan Drugs zugelassenen und als Einmaltherapien konzipierten Arzneimittel zeichnen sich meist durch einen neuartigen Wirkmechanismus aus und stellen oft einen Heilungserfolg in Aussicht. Es handelt sich hier um sehr hochpreisige Arzneimittel – Tendenz steigend, insbesondere bei den seit 2017 in den Markt eingetretenen Gentherapien.





VERSORGUNGSSTRUKTUREN

Patientinnen und Patienten müssen in genau die Versorgungsstrukturen geleitet werden, die ihrem Bedarf entsprechen. Das rettet im Notfall Leben.

Notfallversorgung bedarfsgerecht steuern

Mit der Definition der stationären Notfallstufen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden 2018 erstmals die stationären Notfallstrukturen in Deutschland transparent gemacht. Allerdings fehlt in der stationären und ambulanten Notfallversorgung noch immer die Orientierung am konkreten Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Die Notfallversorgung kann nur dann patientenorientierter und effizienter gestaltet werden, wenn Patientinnen und Patienten in die Versorgungsstrukturen geleitet werden, die ihrem Bedarf entsprechen. Zugleich müssen solche Krankenhausstandorte ausgewählt werden, die unter Versorgungsgesichtspunkten am besten geeignet sind.

Die im Januar 2024 veröffentlichten Eckpunkte des BMG für eine Reform der Notfallversorgung gehen in die richtige Richtung. Sie sehen die Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) vor. Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenhäuser schließen hierzu Kooperationsvereinbarungen. INZ sollen aus einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen“), der Notaufnahme des Krankenhauses und einer KV-Notdienstpraxis bestehen und gesetzlich festgelegte Öffnungszeiten anbieten. Nachdem Hilfesuchende eine Ersteinschätzung ihres Behandlungsbedarfs erhalten haben, sollen sie in die entsprechende Struktur weitergeleitet werden. Nicht alle Hilfesuchenden, die in einem INZ vorstellig werden, sind akut behandlungsbedürftig. In solchen Fällen sollte auch in Zukunft die gezielte Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, ggf. mit Terminvermittlung, erfolgen können.

Bundeseinheitliche Kriterien für die Auswahl von INZ-Standorten

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes müssen sich sowohl die Standortauswahl von INZ als auch deren Öffnungszeiten am Patientenaufkommen orientieren, um eine Entlastung der Notaufnahmen und eine schnellstmögliche Behandlung vor Ort zu erreichen. Denn die Inanspruchnahme variiert zwischen den Krankenhausstandorten stark. Es braucht daher bundeseinheitliche Vorgaben zur Standortauswahl, die in den Eckpunkten jedoch offengelassen sind. Die vom BMG einberufene Regierungskommission empfiehlt den Aufbau von INZ an allen Krankenhausstandorten mit erweiterter oder umfassender Notfallstufe. Zur Weiterentwicklung dieser Idee schlägt der GKV-Spitzenverband vor, neben den Notfallstufen der Krankenhäuser folgende Kriterien zugrunde zu legen:

- Versorgungsbedarf der regionalen Bevölkerung
- Erreichbarkeit
- personelle und technische Ausstattung

Diese Kriterien zur Standortauswahl sowie insbesondere technische und personelle Mindestanforderungen an INZ sollte der G-BA bundeseinheitlich festlegen.

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken

Mit dem geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) soll Versorgungsdefiziten in ländlichen, strukturschwachen Regionen begegnet werden. Dafür müssen Anreize für die Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten geschaffen und bestehende Möglichkeiten für regionalspezifische Versorgungsangebote erweitert werden. Als wesentliche Bausteine sind Primärversorgungszentren, Gesundheitskioske und Gesundheitsregionen vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband macht sich im Interesse der Versicherten seit Langem für die Stärkung der Primärversorgung und der Prävention sowie für die Förderung der Vernetzung von Praxen stark. Jedoch müssen doppelte Versorgungsstrukturen vermieden werden. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben dürfen nicht auf die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgewälzt werden.

Primärversorgungszentren

Im ländlichen Raum sollen Primärversorgungszentren haus- und fachärztliche Versorgung unter einem Dach anbieten. Ziel ist die Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Regionen und die Steigerung der Attraktivität einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land. Die Primärversorgungszentren sind durch berufsgruppenübergreifende, koordinierte und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet. Sie können von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) errichtet werden, die jeweils mindestens über drei volle Hausarztsitze verfügen. Vorgesehen sind Kooperationsverträge mit Gesundheitskiosken, Facharztpraxen und nichtärztlichen Leistungserbringenden. Die Übertragung der konkreten Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zur Gründung von Primärversorgungszentren an die Bundesmantelvertragspartner ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zielführend.

Gesundheitskioske: Finanzierungsanteil der Kommunen zu gering

In sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen sollen mit den Gesundheitskiosken niedrigschwellige Beratungsangebote geschaffen werden, die über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Präventionsangebote und soziale Hilfen informieren. Die Errichtung soll in der gemeinsamen Verantwortung von Kommunen und GKV liegen, unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung. Der Ansatz der Gesundheitskioske adressiert ein reales gesellschaftliches Problem und hat grundsätzlich das Potenzial, gesundheitsfördernde Aktivitäten auszubauen und zu gesundheitlicher

Die Gesundheitsversorgung erkrankter Versicherter ist Kernaufgabe der GKV, der Ausgleich sozialer Verhältnisse hingegen ist Aufgabe von Ländern und Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge.

Chancengleichheit beizutragen. Die Gesundheitsversorgung erkrankter Versicherter ist Kernaufgabe der GKV, der Ausgleich sozialer Verhältnisse hingegen ist Aufgabe von Ländern und Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge. Das vorgesehene alleinige Initiativrecht der Kommunen und insbesondere der Finanzierungsanteil der Kommunen in Höhe von nur 20 % werden dem nicht gerecht und daher abgelehnt. Die Evaluation der Gesundheitskioske muss eine entscheidende Rolle für deren dauerhafte Implementierung spielen. Leistungen, die keinen belegbaren medizinischen Nutzen haben, dürfen nicht aus Beitragsmitteln finanziert werden.

Gesundheitsregionen

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung ist weiterhin vorgesehen, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder kreisfreien Städten einen Vertrag zur Etablierung von Gesundheitsregionen schließen. So sollen regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention behoben, Schnittstellen überwunden und der Zugang zur regionalen Versorgung verbessert werden. Sofern die Kreise und kreisfreien Städte die teilnehmenden Leistungserbringenden benennen, qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregionen machen und zur hälftigen Übernahme der Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregionen bereit sind, entsteht für Krankenkassen eine Verpflichtung, Vertragsverhandlungen über die Gründung einer Gesundheitsregion aufzunehmen. Die mit der Einführung der Gesundheitsregionen verfolgte Zielsetzung ist zu begrüßen und wird auch bereits seit 2019 durch das Kommunale Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit unterstützt. Allerdings muss auch hier jeder Akteur entsprechend seinen Aufgaben einen angemessenen Beitrag leisten.

Erleichterung der Gründung von MVZ durch Kommunen

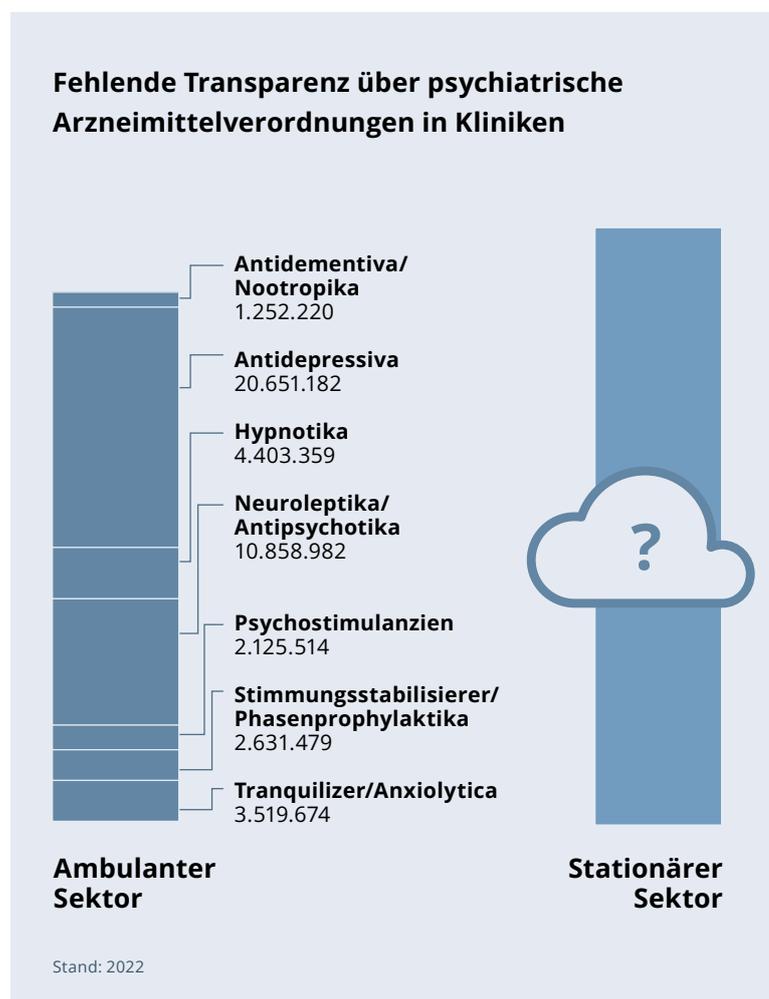
Kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und zur regionalspezifischen Gestaltung der Versorgungsstrukturen leisten. Zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung soll künftig ein Mechanismus zur Begrenzung der Sicherheitsleistungen von MVZ festgelegt werden. Die bisher unbegrenzten Sicherheitsleistungen wurden insbesondere vonseiten der Kommunen als Gründungshemmnisse für MVZ angeführt. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die verbesserten Gründungsmöglichkeiten für Kommunen ausdrücklich.

Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Die Regierungskoalition hat sich zum Ziel gesetzt, die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert auszubauen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu ein Zehn-Punkte-Papier zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung verfasst. Diese zehn Punkte lassen sich in zwei Komplexe bündeln: Zum einen geht es um die Flexibilisierung der Versorgung durch die Krankenhäuser, zum anderen um einen Erkenntnisgewinn über die Krankheitslast in der Bevölkerung und über die Versorgungskapazitäten. Wichtiges Anliegen ist zudem, mehr Transparenz über das Versorgungsgeschehen der Kliniken zu erreichen. So ist, anders als im ambulanten Bereich beispielsweise, bis heute nicht bekannt, in welchem Umfang welche Psychopharmaka in der Krankenhausversorgung verabreicht werden.

Versorgungssituation in Deutschland

Derzeit ist die psychiatrische Versorgung gekennzeichnet von einer im internationalen Vergleich nicht gerechtfertigten hohen Hospitalisierungsrate. Das Versorgungssystem ist sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Kostenträgerseite weitgehend einem historisch bedingten Sektorendenken verhaftet. Die überholte Struktur der Versorgung und die damit einhergehenden Schnittstellenprobleme sind insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen von Nachteil. Die demografische Entwicklung führt zusätzlich zu den nicht bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen zu einem gravierender werdenden Missverhältnis zwischen psychiatrischem Fachpersonal auf der einen und psychisch erkrankten Personen auf der anderen Seite. Die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes weisen einen Weg auf, diesen Herausforderungen wirksam zu begegnen.



Ambulantisierung voranbringen

Vordringliches Thema bei der Gestaltung einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung bleibt die Ambulantisierung vollstationärer Leistungen. So können unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden, die Sicherheit für Patientinnen und Patienten erhöht und ärztliches und pflegerisches Personal entlastet werden. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf dem Ambulanten Operieren (AOP) nach § 115b SGB V. Zudem hat der Gesetzgeber mit der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) finanzielle Anreize gesetzt, ausgewählte Leistungen ambulant zu erbringen. Die Umgestaltung soll dabei kostenneutral erfolgen.

Ambulantes Operieren

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 hat die gemeinsame Selbstverwaltung 2023 weitere Schritte zur Förderung der Ambulantisierung vollstationärer Leistungen unternommen. Zum 1. Januar 2024 wurde der AOP-Katalog erneut erweitert. Auf dieser Grundlage können zusätzlich bis zu 300.000 Krankenhausfälle in die ambulante Versorgung überführt werden. Darüber hinaus wurde ein Schweregradzuschlag für die Versorgung von Frakturen eingeführt. Die Vergütung für das ambulante Operieren durch Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgt weiterhin auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Hierdurch ist eine sachgerechte Vergütung sichergestellt. Der Bewertungsausschuss Ärzte hat parallel zum AOP-Prozess die Möglichkeiten der postoperativen Nachbeobachtung erweitert und setzt die kontinuierliche Überprüfung der Vergütung ambulanter Operationen fort.

Spezielle sektorengleiche Vergütung

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, bis Ende März 2023 einen Katalog von Leistungen zu definieren, die aufgrund ihres sehr hohen Ambulantisierungspotenzials durch eine eigene Vergütungsform gefördert werden sollen. Eine Einigung der Selbstverwaltungspartner wurde aufgrund stark divergierender Auffassungen zur Leistungsabgrenzung und Vergütung nicht erreicht. Das Bundesministerium für Gesundheit hat infolgedessen eine Rechtsverordnung vorgelegt, die in einem ersten Schritt eine sektorengleiche Vergütung für fünf Leistungsbereiche mit insgesamt ca. 200.000 ambulantisierbaren Krankenhausfällen vorsieht. Dieser Katalog soll nach dem Willen des Ordnungsgebers zeitnah erweitert werden. Die Erreichung des Ziels, stationäre Fälle bei einer mindestens finanzneutralen Umsetzung zu ambulantisieren, ist aufgrund der relativ hohen Vergütungen und Ausweichmöglichkeiten für Krankenhäuser kaum realistisch.

Honoraranstieg von ca. 2 Mrd. Euro in der vertragsärztlichen Versorgung

Auch im Jahr 2024 werden die Einkünfte der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten deutlich steigen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erhalten 2024 insgesamt ca. 2 Mrd. Euro mehr, wovon etwa 1,6 Mrd. Euro auf die Preis- und Mengenkomponente und etwa 430 Mio. Euro auf den Mengenanstieg bei extrabudgetären Leistungen und auf neue Leistungen zurückzuführen sind.

Schwierige Ausgangslage bei den Verhandlungen zum Orientierungswert

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderte in den Verhandlungen eine Anpassung des Orientierungswertes von über 10 % (Ausgabenanstieg: mehr als 4 Mrd. Euro). Diese Steigerung sollte aus Sicht der KBV die aktuell anhaltenden inflationsbedingten Belastungen im vertragsärztlichen Bereich kompensieren. Die Gesamtforderung der KBV setzte sich dabei im Wesentlichen aus der Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2024 sowie ergänzend aus einem nachträglichen Inflationsausgleich für das Jahr 2023, der Dynamisierung der Kostenpauschalen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und einem Zuschlag für den ärztlichen Mehraufwand bei auftretenden Arzneimittelengpässen zusammen. Der GKV-Spitzenverband wies dies zurück und bewertete eine Anpassung des Orientierungswertes in Höhe von 2,1 % (Ausgabenanstieg: rund 850 Mio. Euro) als sachgerecht. Im Antrag des GKV-Spitzenverbandes wurden sowohl die Entwicklung der Praxiskosten als auch die Kostendegression bei steigender Leistungsmenge vollständig berücksichtigt. Gleichzeitig beinhaltete er aufgrund der rückläufigen Überschussentwicklung und der hohen Inflation erstmals eine einmalige Erhöhung der Arztlohn-Komponente in Höhe von 1 %.

Preis- und Mengenkomponente

Mitte September 2023 konnte im angerufenen Erweiterten Bewertungsausschuss eine einvernehmliche Entscheidung zur Anpassung des Orientierungswertes im Jahr 2024 herbeigeführt werden. Er wurde zum 1. Januar 2024 um 3,85 % angehoben. Das entspricht einem Vergütungszuwachs im Jahr 2024 von rund 1,6 Mrd. Euro. Weiterhin haben sich die Beteiligten darauf verständigt, dass bei seiner Anpassung für das Jahr 2025 die Tariflohnsteigerungen bei medizinischen Fachangestellten ohne Zeitverzug zu berücksichtigen sind.

Der Bewertungsausschuss hat zudem die Veränderungsdaten der Morbiditätsstruktur, d. h. der Krankheitslast der GKV-Versicherten, als Empfehlung für das Jahr 2024 beschlossen. Der bundesweite Behandlungsbedarf steigt bei einer je hälftigen Gewichtung der diagnosebezogenen und der demografischen Veränderungsdaten voraussichtlich um ca. 60 Mio. Euro bzw. 0,21 %.

Heilmittelversorgung braucht Qualität und Wirtschaftlichkeit

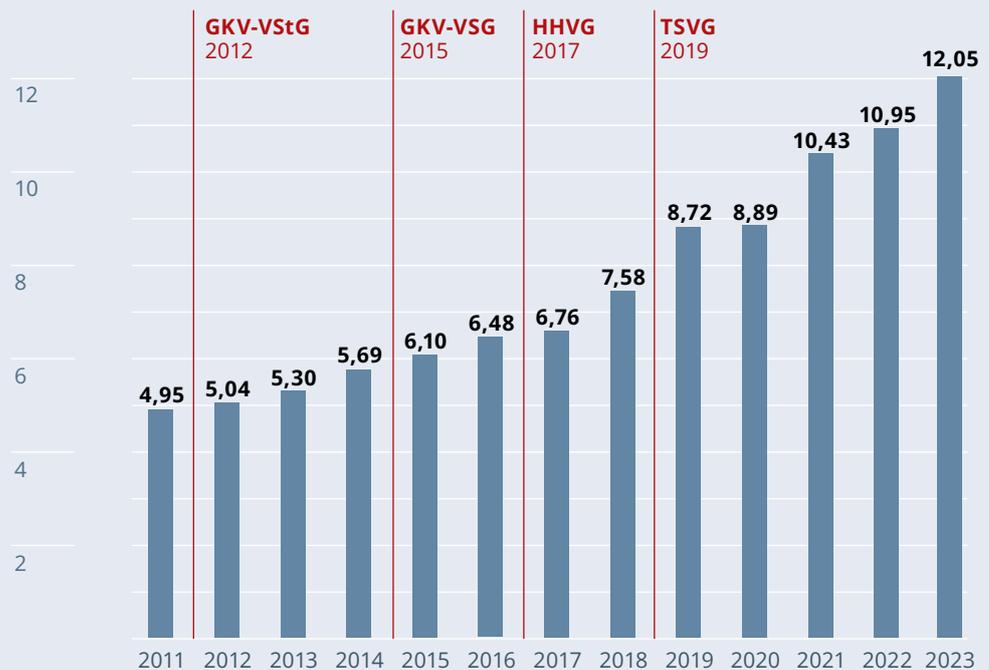
Heilmittelvergütungen steigen deutlich

Die Vergütungen in den fünf Heilmittelbereichen sind im Jahr 2023 nochmals deutlich angestiegen. Für physiotherapeutische Leistungen wurden die Preise durch die Schiedsstelle bereits zum 1. Januar 2023 um 8,47 % angehoben. In den Verhandlungen zu den neuen Preisen in der Physiotherapie ab 1. Januar 2024 konnte eine Anhebung der Vergütung um 6,44 % mit den vier physiotherapeutischen Berufsverbänden konsensual vereinbart werden. Im Bereich Ergotherapie wurden die Vergütungen zum 1. April 2023 um 9,48 % nach einer Entscheidung durch die Schiedsstelle erhöht. In der Ernährungstherapie und Podologie konnten die Vergütungsverhandlungen im Konsens mit den maßgeblichen Berufsverbänden abgeschlossen

Mit den Abschlüssen 2023 hat die gesetzliche Krankenversicherung bewiesen, dass sie Heilmittelerbringenden auch in herausfordernden Zeiten mit höheren Teuerungsraten ein auskömmliches Einkommen sichert.

handlungen zu den neuen Preisen in der Physiotherapie ab 1. Januar 2024 konnte eine Anhebung der Vergütung um 6,44 % mit den vier physiotherapeutischen Berufsverbänden konsensual vereinbart werden. Im Bereich Ergotherapie wurden die Vergütungen zum 1. April 2023 um 9,48 % nach einer Entscheidung durch die Schiedsstelle erhöht. In der Ernährungstherapie und Podologie konnten die Vergütungsverhandlungen im Konsens mit den maßgeblichen Berufsverbänden abgeschlossen

Ausgabenentwicklung Heilmittel und relevante Reformen (2011–2023)
(in Milliarden Euro)



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

werden. Es wurde dort jeweils eine zweistufige Anhebung der Vergütung bis 2025 vereinbart. Im Bereich Ernährungstherapie stiegen die Preise im Zeitraum vom 1. Juni 2023 bis zum 29. Februar 2024 um 8,95 %. Für den Zeitraum 1. März 2024 bis 31. Mai 2025 ist eine weitere Steigerung von 4,71 % vereinbart. In der Podologie wurden die Vergütungen zum 1. Juli 2023 um rund 7 % angehoben; nach einem Jahr erfolgt dann zum 1. Juli 2024 eine Steigerung um weitere 5 %. Im Heilmittelbereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie waren die Preise bereits beim erstmaligen Vertragsabschluss bis 30. Juni 2024 festgelegt worden.

Mit den Abschlüssen 2023 hat die gesetzliche Krankenversicherung bewiesen, dass sie Heilmittelerbringenden auch in herausfordernden Zeiten mit höheren Teuerungsraten ein auskömmliches Einkommen sichert. Die Entwicklung des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst sowie der Gewerbemieten und der Inflation finden sich in der Vergütung wieder.

Verhandlungen zu Blankoverordnungen

Der § 125a SGB V sieht die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vor, sogenannte Blankoverordnungen. Die Therapeutin oder der Therapeut können bei dieser Versorgungsform nach vorheriger ärztlicher Indikationsstellung selbst über die Art, Menge und Frequenz der Heilmittelbehandlung entscheiden. Im Bereich der Ergotherapie wurden die Inhalte für einen Vertrag nach § 125a SGB V am 14. Dezember 2023 durch die Schiedsstelle festgelegt. Mit Wirkung zum 1. April 2024 können Blankoverordnungen für insgesamt drei Diagnosegruppen gemäß Heilmittel-Richtlinie zur Anwendung kommen. In der Physiotherapie dauern Gespräche dazu noch an. In den anderen drei Heilmittelbereichen werden aktuell keine Verhandlungen dazu geführt.



HILFSMITTEL

30 Millionen Verordnungen jährlich. Hilfsmittel sind für viele Menschen unverzichtbar. Auf eine hohe Qualität muss Verlass sein, aber auch darauf, dass Hilfsmittel für alle bezahlbar bleiben.

Hilfsmittelversorgung zukunftsfest gestalten

Die Hilfsmittelversorgung in Deutschland basiert auf einem zuverlässigen und leistungsfähigen, aber auch teuren System. Pro Jahr werden rund 30 Mio. Hilfsmittelversorgungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Der Bedarf an Hilfsmitteln steigt kontinuierlich weiter an. Fehlsteuerungen im System gefährden jedoch auf Dauer das bisher erreichte Qualitätsniveau und die Wirtschaftlichkeit. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband die Steuerungsmöglichkeiten im Hilfsmittelbereich analysiert und daraus den versorgungspolitischen Handlungsbedarf abgeleitet. Er hat diesen in seinem Positionspapier für eine zukunftssteife Hilfsmittelversorgung an die politisch Verantwortlichen adressiert.

Fehlende Wettbewerbsinstrumente

Unterschiedliche Interpretationen der vertraglichen Rahmenbedingungen und die Rechtsentwicklung haben dazu geführt, dass bewährte Steuerungsmöglichkeiten nicht mehr genutzt werden können. So können Festbeträge für Hilfsmittel infolge der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht mehr als Preisregulativ herangezogen werden. Etwa 30 % der Ausgaben im Hilfsmittelbereich, die inzwischen insgesamt mehr als 10 Mrd. Euro pro Jahr betragen, können den festbetragsgeregelten Produktgruppen zugeordnet werden. Um in den betroffenen Bereichen unbegründete Ausgabensteigerungen zu vermeiden, fordert der GKV-Spitzenverband, die Festbetragsregelung für Hilfsmittel verfassungskonform und rechtssicher auszugestalten. Ergänzend sind die vertragsrechtlichen Handlungsspielräume zu erweitern. Dazu müssen insbesondere Ausschreibungen und Open-House-Verträge mit festen Qualitätskriterien, die auch über das Hilfsmittelverzeichnis hinausgehen können, wieder ermöglicht werden.

Überflüssige Bürokratie

Weitere Forderungen des GKV-Spitzenverbandes beziehen sich insbesondere auf den Abbau von Bürokratie:

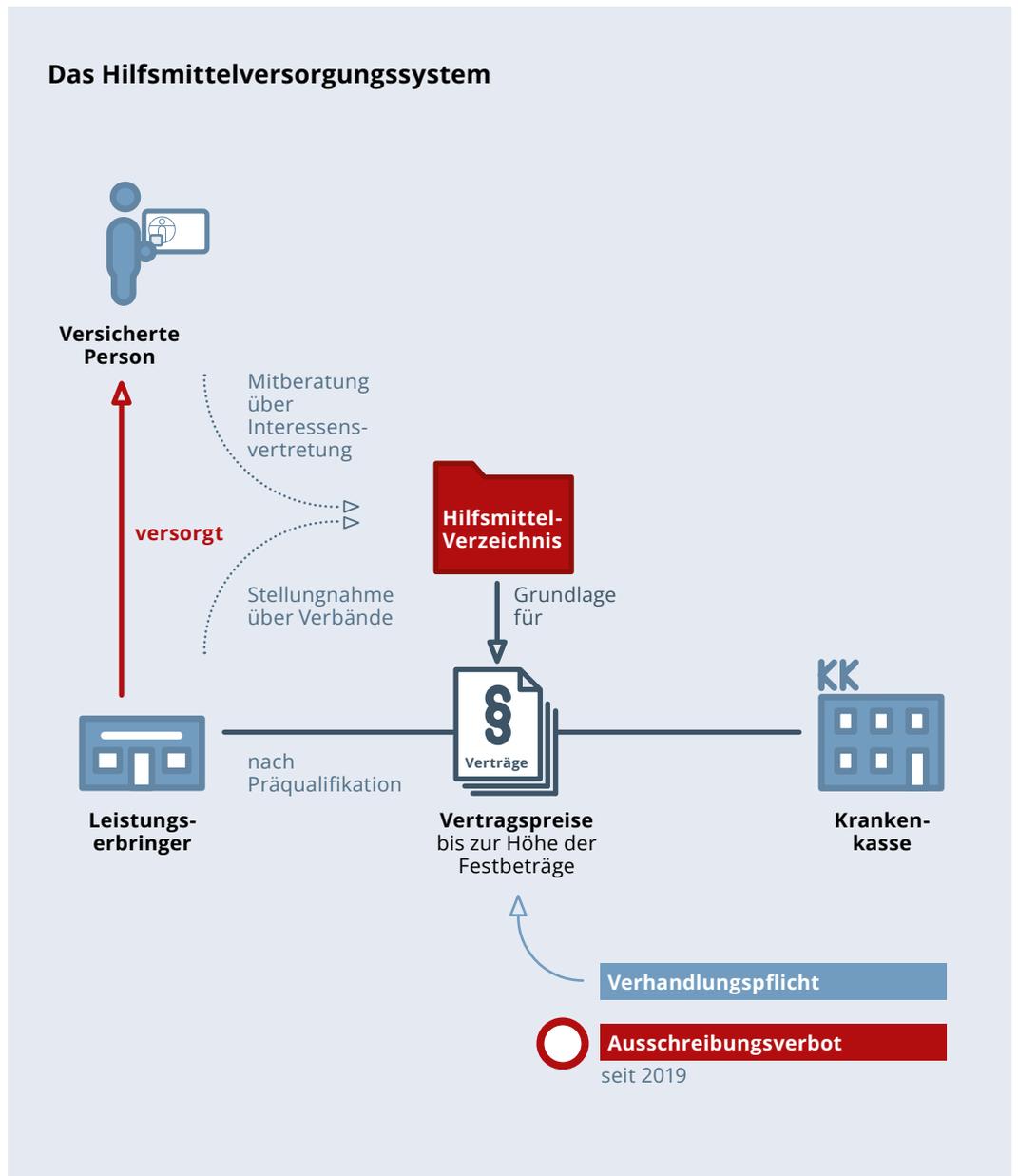
- Die Verhandlungspartner müssen Ergebnisse aus Schiedsverfahren verbindlich anerkennen und umsetzen. Aufwendige Schiedsverfahren sind verzichtbar, wenn im betroffenen Versorgungsbereich bereits Beitrittsverträge existieren.
- Die Krankenkassen sind von unnötigen, nicht umsetzbaren Betreiberpflichten (z. B. Führen eines

Urteil zu Festbeträgen für Hilfsmittel

Festbeträge im Hilfsmittelbereich müssen eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen und gleichzeitig wirtschaftlich sein. Sie begrenzen per Gesetz die Vertragspreise und greifen somit laut einer Entscheidung des Bundessozialgerichts in die Preisbildungsfreiheit der Leistungserbringenden ein. Der GKV-Spitzenverband sei daher nicht ermächtigt, auf Basis bisheriger Rechtsvorschriften Hilfsmittelfestbeträge weiterhin mit kalkulatorisch bestimmten Abgabepreisen festzusetzen. Er habe sich vielmehr an marktrealen Abgabepreisen zu orientieren. Diese existieren aber für den GKV-Markt bisher nicht.

Bestandsverzeichnisses und Medizinproduktebuches, messtechnische Kontrollen bei Hilfsmitteln mit Messfunktion) freizustellen, insbesondere soweit sie sich auf den Einsatz von Produkten in Gesundheitseinrichtungen beziehen oder im Verhältnis zum Risikopotenzial der Hilfsmittel unangemessen sind.

- Die Versicherten sollen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel einen festen pauschalen Leistungsbetrag erhalten, damit sie ihre Kaufentscheidung flexibel treffen können. Auch Leistungserbringende würden so von regulatorischen Anforderungen entbunden.
- Ferner müssen die Krankenkassen die Gründe für Mehrkosten auf digitalem Weg erfahren, damit das Vertragscontrolling effektiver und einfacher durchgeführt werden kann.
- Zur Vermeidung von Prüfaufwänden ist der ermäßigte Umsatzsteuersatz auf alle medizinischen Geräte und Hilfsmittel anzuwenden.



80 Prozent aller Hilfsmittel für GKV-Versicherte mehrkostenfrei

Bis vor einigen Jahren gab es so gut wie keine Erkenntnisse über das Ausmaß der Mehrkosten, die Versicherte für Hilfsmittelleistungen, die das medizinisch Notwendige übersteigen, gezahlt haben. Der GKV-Spitzenverband hat nunmehr zum fünften Mal in Folge den Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten, die Betroffene bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im jeweils vorangegangenen Jahr geleistet haben, präsentiert. Analysiert wurden für den Berichtszeitraum 2022 rund 30 Mio. Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabevolumen von über 10 Mrd. Euro.

Mehrkosten bei jedem fünften Hilfsmittel

Der Bericht zeigt, dass die Versicherten bei rund 6,3 Mio. Hilfsmittelversorgungen (ca. 20 %) Mehrkosten gezahlt haben, in Summe etwa 887 Mio. Euro. Die durchschnittlichen Mehrkosten pro Versicherten beliefen sich auf 142 Euro. Sie sind damit zwar moderat angestiegen (+4,4 %), blieben aber unterhalb der allgemeinen Preissteigerungen in Deutschland im Jahr 2022 (durchschnittlich 7,9 %). Insgesamt variiert der Mehrkostenanteil produktgruppenabhängig zwischen 0,1 % und 57,4 %. Im Bericht 2023 rangieren die Produktgruppen Brustprothesen, Einlagen, Hörhilfen und Sehhilfen hinsichtlich des prozentualen Anteils der Mehrkostenfälle weiterhin an erster Stelle.

Transparenzlevel nicht ausgeschöpft

Damit die Versicherten von den Leistungserbringenden nicht zu teureren, übermäßigen Versorgungsmöglichkeiten gedrängt oder unzureichend über die Möglichkeit mehrkostenfreier Versorgungsmöglichkeiten informiert werden, ist mehr Transparenz auch über die Gründe erforderlich, warum die Versicherten eine Mehrkostenversorgung gewählt haben. Um die Versicherten vor Übervorteilung zu schützen, sollten die Leistungserbringenden verpflichtet werden, den Krankenkassen die entsprechenden Informationen grundsätzlich auch elektronisch mit der Abrechnung zur Verfügung zu stellen. Hierzu fehlt allerdings die gesetzliche Grundlage.

Mehrkosten als Ausdruck der Wahlfreiheit der Versicherten

Die Krankenkassen haben in Verträgen mit den Leistungserbringenden sicherzustellen, dass für die Versicherten grundsätzlich eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien und auch im Einzelfall geeigneten Hilfsmitteln zur Verfügung steht. Gleichwohl haben die Versicherten die Möglichkeit, eine Hilfsmittelausstattung zu wählen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht. In diesem Fall müssen sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst tragen.



GESUNDHEITSWESEN

Als starke Stimme der GKV setzt sich der GKV-Spitzenverband für hohe Qualität und eine wissenschaftlich fundierte Versorgung für die Versicherten ein.

Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland

Im Oktober 2022 startete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Gesetzgebungsverfahren zur Reform der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die Reform sieht vor, dass die UPD künftig durch eine rechtsfähige Stiftung neu strukturiert und verstetigt wird. Sie soll alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus kostenfrei und unabhängig beraten. Der GKV-Spitzenverband wurde verpflichtet, dafür eine Stiftung bürgerlichen Rechts zu errichten und diese jedes Jahr mit 15 Mio. Euro aus Beitragsgeldern zu finanzieren. Allerdings räumte der damalige Referentenentwurf dem GKV-Spitzenverband keine hinreichenden Einflussmöglichkeiten insbesondere im Hinblick auf die wirtschaftliche Verwendung der Gelder ein.

Die umfassende Patientenberatung, die unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen ausgerichtet ist, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Resolution des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes

Deswegen bezog der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im November 2022 mit einer Resolution deutlich Stellung gegen die Finanzierung der UPD aus Beitragsgeldern. Er begründete dies insbesondere mit verfassungsrechtlichen Argumenten. Die umfassende Patientenberatung, die unabhängig von bestehenden Versicherungsverhältnissen auf sämtliche gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen ausgerichtet ist, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht mit Beitragsgeldern finanziert werden darf – schon gar nicht, wenn die Beitragszahlenden auf die Mittelverwendung keinen maßgeblichen Einfluss haben.

Erfolge im Gesetzgebungsverfahren

Aufgrund der Intervention des GKV-Spitzenverbandes wurden im Gesetzgebungsverfahren erhebliche Änderungen vorgenommen. So wurden beispielsweise seine Einflussmöglichkeiten im Hinblick auf die Sicherstellung der zweckentsprechenden und wirtschaftlichen Mittelverwendung verbessert. Ferner wurden die Kompetenzen und Gestaltungsspielräume des GKV-Spitzenverbandes bei der Errichtung der Stiftung erweitert.

Konstruktiver und schneller Errichtungsprozess

Nach Klärung weiterer offener Fragen legte der GKV-Spitzenverband in kurzer Zeit der Stiftungsaufsicht einen ausgewogenen Satzungsentwurf zur Genehmigung vor. Die Stiftung wurde am 13. Dezember 2023 anerkannt und ist somit errichtet. Der GKV-Spitzenverband wird die Arbeit der Stiftung „UPD“ weiter engagiert begleiten und vor allem darauf achten, dass die Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgebenden wirtschaftlich, effektiv und rechtmäßig verwendet werden.

20 Jahre Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

1,13 Mrd. Euro Gesamtschaden durch Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen – diese Summe ergibt sich aus der amtlichen polizeilichen Kriminalstatistik der letzten 20 Jahre. Um gegen Fehlverhalten vorzugehen, wurden 2004 die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschaffen. Aus Anlass des 20. Jahrestages der Einrichtung dieser Stellen bei den Kranken- und Pflegekassen lud der GKV-Spitzenverband zu einer Diskussionsveranstaltung ein.

Rückblick und Ausblick

Einleitend blickte die Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Dr. Susanne Wagenmann auf die entsprechende Gesetzgebung, die Impulse der Selbstverwaltung und die effektive Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen seit deren Gründung zurück. Auf Basis des [Fehlverhaltensberichts](#) des GKV-Spitzenverbandes vom Februar 2023 skizzierte sie notwendige Weiterentwicklungen. Zentrale Forderung ist die Schaffung rechtssicherer Rahmenbedingungen für eine vernetzte Bekämpfung von Fehlverhalten und den Einsatz von künstlicher Intelligenz.

Dunkelfeld endlich beleuchten

In der anschließenden Diskussion von Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Justiz und Gesundheitswesen wurde deutlich, dass der tatsächlich entstandene Schaden wahrscheinlich ein Vielfaches der amtlich festgestellten Zahlen beträgt. Obwohl sich die Justizministerkonferenz bereits 2022 für eine Studie zum Dunkelfeld kriminellen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen ausgesprochen hat, bleibt die Bundesregierung untätig. Und dies, obwohl jedes Jahr durch Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen hohe Millionenbeträge verloren

gehen – Geld, das in dunklen Kanälen versickert, statt sinnvoll in der medizinischen Versorgung eingesetzt werden zu können.





VERSORGUNGSQUALITÄT

Patientinnen und Patienten müssen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung vertrauen können, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt.

Qualitätssicherung durch den G-BA: mehr Versorgung, weniger Dokumentation

Im April 2022 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Maßnahmenkatalog zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung (QS) der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten beschlossen. Ziel ist es, die datengestützte QS zielgerichtet auf versorgungsrelevante Qualitätsprobleme auszurichten. Die Datenerhebung, die von den Ärztinnen und Ärzten in den Praxen und Krankenhäusern zu leisten ist, soll dabei mit so wenig Aufwand wie möglich verbunden sein.

Weiterentwicklung der QS-Verfahren vielversprechend

Im Auftrag des G-BA prüfte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) drei der bestehenden 15 QS-Verfahren beispielhaft und setzte Verbesserungen um. Die Ergebnisse der Weiterentwicklung sollen auch die methodische Grundlage für die Weiterentwicklung der restlichen zwölf QS-Verfahren bilden. Im Juli 2023 legte das IQTIG seinen Bericht vor. Die vom IQTIG empfohlene Optimierung der Anzahl notwendiger und methodisch belastbarer Indikatoren wird den händischen Datenerhebungsaufwand aufseiten der Ärztinnen und Ärzte um rund 24 % reduzieren. Die gezielte Umstellung der Datenerhebung von händischer Erfassung auf Nutzung von Routinedaten – gemeint sind Abrechnungsdaten, die bei den Krankenkassen vorliegen – kann zu weiteren Einsparungen von insgesamt bis zu 29 % führen. Hierzu bedarf es allerdings noch wissenschaftlicher Arbeitsschritte, mit denen das IQTIG vom G-BA nun beauftragt wurde. Zudem wird auf Initiative des GKV-Spitzenverbandes auch der Einsatz von Patientenbefragungen weiter ausgebaut. Diese sind sehr gut geeignet, um jenseits der ärztlichen Datenerhebung die Sicht von Patientinnen und Patienten auf die Indikationsstellung und den Behandlungserfolg für die Qualitätssicherung zu nutzen.

Transparenz über Behandlungsqualität wichtig

Mit dem Beschluss der Empfehlungen des IQTIG durch den G-BA im November 2023 hat die Umsetzung der Empfehlungen unmittelbar begonnen. Die zwölf weiteren QS-Verfahren sollen bis Ende 2024 entsprechend weiterentwickelt werden. Ab 2025 soll die datenbasierte Qualitätssicherung des G-BA die Qualität der medizinischen Versorgung umfassend abbilden und in Bezug auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis bei der Datenerhebung optimiert sein. Gerade mit Blick auf das vom Gesetzgeber geplante Transparenzverzeichnis ist es wichtig, eine bestmögliche Datengrundlage hierfür vorzuhalten. Mit dem Transparenzverzeichnis soll eine laienverständliche und barrierefreie Übersicht über die Qualität der Behandlung in verschiedenen Krankenhäusern zur Verfügung stehen, damit Patientinnen und Patienten informierte Entscheidungen treffen können.

Wissenschaftlich fundierte Versorgung chronisch kranker Menschen

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, die gesetzlich Versicherten mit chronischen Erkrankungen von ihrer Krankenkasse angeboten werden können. DMP sollen eine leitliniengerechte, koordinierte medizinische Behandlung sicherstellen und dadurch eine optimale Versorgung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten gewährleisten. Die jeweiligen medizinischen Inhalte werden auf der Grundlage von gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen festgelegt und umfassen Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbar sind. Derzeit gibt es in Deutschland sechs in der Versorgung etablierte DMP, an denen insgesamt knapp 7,8 Mio. Menschen teilnehmen.

2023 bereits zugelassene DMP

- Asthma Bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Entwicklung und Zulassung neuer DMP

Die Entscheidung, ob eine chronische Erkrankung sich für ein DMP eignet, sowie die medizinische Ausgestaltung der Behandlungsprogramme obliegen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Bestehende DMP werden regelmäßig aktualisiert. Auf Grundlage der Vorgaben des G-BA werden Verträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Leistungserbringerseite geschlossen. Bevor ein Programm jedoch endgültig zugelassen werden kann, muss es durch das Bundesamt für Soziale Sicherung geprüft werden. Erst nach Erfüllung dieser Voraussetzungen können DMP den Versicherten angeboten werden. Für die folgenden sechs DMP hat der G-BA bereits die Vorgaben festgelegt. Sie müssen noch für die Versorgung zugelassen werden:

- Chronische Herzinsuffizienz
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose
- Rheumatoide Arthritis
- Adipositas

Der GKV-Spitzenverband rechnet damit, dass im kommenden Jahr weitere DMP Teil der Versorgung werden.

Vor besondere Herausforderungen stellte der Gesetzgeber die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den DMP Depression und Adipositas. Obwohl der G-BA beide Indikationen für nicht geeignet hielt, traf der Gesetzgeber die Entscheidung zur Entwicklung dieser DMP. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hat der G-BA trotzdem die bestmögliche Grundlage auch für diese DMP geschaffen.

Neues DMP Adipositas

Im November 2023 hat der G-BA die Vorgaben eines DMP Adipositas beschlossen und damit die Entwicklung des „jüngsten“ DMP abgeschlossen. In dieses DMP sollen zukünftig Patientinnen und Patienten mit Adipositas eingeschrieben werden können und nach aktuellen Behandlungsempfehlungen betreut werden. Besonderer Fokus wird im DMP Adipositas auf der Teilnahme an einem qualitätsgesicherten Schulungsprogramm liegen.

Digitale medizinische Anwendungen

Bei der Neuerstellung oder Aktualisierung eines DMP ist der G-BA gesetzlich dazu verpflichtet zu prüfen, inwieweit digitale medizinische Anwendungen (z. B. Apps) für eine Aufnahme in das jeweilige DMP geeignet sind. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss neben der Erfüllung formaler Voraussetzungen insbesondere ein Wirksamkeitsnachweis für eine Anwendung vorliegen, um auch bei digitalen Elementen den für die DMP üblichen Qualitätsstandard zu gewährleisten. Im Rahmen der im Sommer 2023 beschlossenen Aktualisierung des DMP Asthma bronchiale wurde erstmalig eine App zur Unterstützung der Selbstmanagementkompetenzen in ein DMP aufgenommen, da sie die Prüfkriterien des G-BA erfüllte.

Entwicklungsprozess eines Disease-Management-Programms



Neues Qualitätsportal für Versicherte

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz hat der GKV-Spitzenverband die gesetzliche Aufgabe erhalten, einrichtungsbezogene Ergebnisse aus dem QS-Reha®-Verfahren für Versicherte im Internet bereitzustellen: in übersichtlicher Form und allgemein verständlicher Sprache. Mithilfe des Online-Portals sollen Versicherte verschiedene Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vergleichen, um so ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver ausüben zu können. Denn zuvor wurden Informationen aus der Qualitätssicherung (QS) hinsichtlich Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und Patientenzufriedenheit nur an die beteiligten Einrichtungen selbst rückgemeldet sowie an die Krankenkassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Das neue QS-Reha®-Portal schafft nun auch Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten.

Neue Einrichtungssuche auf der QS-Reha®-Homepage

Seit September 2023 steht das neue QS-Portal als „Einrichtungssuche“ auf der bestehenden QS-Reha®-Homepage zur Verfügung (<https://www.qs-reha.de>). Dieses Modul bietet Versicherten und anderen Interessierten die Möglichkeit, sich verschiedene Informationen zur Struktur und Qualität von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen anzeigen zu lassen. Die Suche kann dabei nach Krankheitsbildern oder geografisch, auch mittels einer Deutschlandkarte, erfolgen. Eine erweiterte Suche ermöglicht das Filtern nach zusätzlichen relevanten Kriterien, insbesondere

The screenshot displays the 'Einrichtungssuche' (Facility Search) interface on the QS-Reha® website. At the top, navigation links include 'Das Verfahren', 'Indikationen', 'Erhebungen', and 'Projektinformationen'. The main heading is 'Einrichtungssuche'. Below the heading, a brief description explains that users can search for stationary or ambulatory rehabilitation facilities. The search form includes a radio button to select between 'ambulante Einrichtungen' and 'stationäre Einrichtungen', a text input for 'Postleitzahl oder Ort', a dropdown for 'Suchradius in km (maximal 200 km)', and a text input for 'Name der Einrichtung'. A 'Suchergebnisse eingrenzen' button is located below the form. A map of Germany shows search results with red location markers. On the right side, there are three informational boxes: 'Hinweis "Leichte Sprache"', 'Sie haben Fragen zur Einrichtungssuche?' with an 'E-Mail senden' link, and 'Weitere Informationen' with links for 'Hinweise zu den Daten', 'Hinweise zur Nutzung der Einrichtungssuche', and 'Informationen zum QS-Reha®-Verfahren (nicht in leichter Sprache)'. At the bottom, a table header shows columns for 'Struktur / Prozessqualität', 'Ergebnisqualität', and 'Patientenzufriedenheit'. An example entry is provided: 'Ex. Krankenhaus Cöttingen/Wende gGmbH Cösterne Rehabilitation'.

nach Ausstattungsmerkmalen wie z. B. Barrierefreiheit oder die Verfügbarkeit eines Schwimmbades, besonderen Ernährungsformen oder nach der Möglichkeit, in der Einrichtung in anderer als deutscher Sprache zu kommunizieren. Bis zu drei Einrichtungen können in ihren Ergebnissen verglichen und zusätzliche Informationen wie Kontaktdaten, Indikation und Entfernung ausgedruckt werden.

Das QS-Reha®-Verfahren als Basis der Einrichtungssuche

Grundlage der neuen Einrichtungssuche ist der für Zwecke der Qualitätssicherung erhobene Datenbestand innerhalb des QS-Reha®-Verfahrens. Aufgrund des im Verfahren definierten methodischen Vorgehens bestehen einzelne inhaltliche Limitierungen, die bei der Ausgestaltung des QS-Portals zu berücksichtigen waren:

- Es werden ausschließlich QS-Reha®-Daten genutzt, die von der unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.
- Es werden die Informationen der am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit hauptsächlicher Belegung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) veröffentlicht. Daten zur externen Qualitätssicherung über Einrichtungen in Hauptbelegung durch andere Rehabilitationsträger sind nicht im QS-Portal enthalten.
- Da die Daten aus dem QS-Reha®-Verfahren einbezogen werden, sind der dreijährige Rhythmus und die Zeitpunkte der Übermittlung vorgegeben.
- Die derzeit veröffentlichten Qualitätsdaten stammen aus dem aktuellen Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens (2021–2023). Daran haben 748 Fachabteilungen teilgenommen.
- Im QS-Reha®-Verfahren werden bisher elf Indikationen und die beiden Versorgungsformen ambulant und stationär abgebildet.

Die Anbindung der neuen Einrichtungssuche an die QS-Reha®-Homepage hat den Vorteil, dass sich Nutzerinnen und Nutzer neben der Suche auch umfassend und übersichtlich über Hintergründe zu Prozessen und Festlegungen innerhalb des QS-Reha®-Verfahrens informieren können.

Hinweis zur Veröffentlichung von QS-Daten der Rentenversicherung

Auch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat über das Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und zur Änderung anderer Gesetze (Gesetz Digitale Rentenübersicht) den Auftrag zur Veröffentlichung ihrer QS-Daten erhalten und eine eigene Webseite entwickelt. Damit Versicherte und Interessierte sich über die Qualität von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen informieren können, die entweder von der DRV oder der GKV geprüft werden, wird in den QS-Portalen auf die jeweils andere Webseite verlinkt.



INNOVATIONSFONDS

Wir müssen heute die Weichen stellen für die Versorgung von morgen. Gerade für den ländlichen Raum braucht es neue Impulse und evidenzbasierte Lösungen.

Gesetzliche Weiterentwicklung des Innovationsfonds

Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) beinhaltet unter anderem die Verstetigung und Weiterentwicklung des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Innovations-

Vor dem Hintergrund mehrfach nicht ausgeschöpfter Fördermittel und der insgesamt angespannten Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung wäre eine Absenkung der jährlichen Fördersumme um mind. 50 Mio. Euro angemessen.

fonds setzt wichtige Impulse zur Verbesserung der GKV-Versorgung, allerdings konnte die Zielerreichung des Fonds auf Basis der bislang vorliegenden Ergebnisse noch nicht belastbar nachgewiesen werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre darum eine befristete Verlängerung der angemessene Schritt gewesen. Vor dem Hintergrund mehrfach nicht ausgeschöpfter Fördermittel und der insgesamt angespannten Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Beibehaltung des bisherigen Fördervolumens und das Weiterbestehen der Mittelübertragbarkeit in folgende Haushaltsjahre ebenfalls nicht nachvollziehbar. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes wären eine Absenkung der jährlichen

Fördersumme um mind. 50 Mio. Euro und ein (mindestens teilweiser) Rückfluss nicht-verbrauchter Mittel an den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen angemessen gewesen.

Projekte mit kurzer Laufzeit zulasten wissenschaftlicher Evidenz

Im Digital-Gesetz ist weiterhin die Einführung einer neuen Projektkategorie neuer Versorgungsformen mit verkürzter Laufzeit („fast-track“: zwei statt drei bis vier Jahre) vorgesehen. Damit ist die Gefahr verbunden, dass methodische Standards und Prinzipien der Evidenzbasierung zugunsten schneller Ergebnisse unterlaufen werden. Zudem werden die vorgesehenen drei parallel laufenden Förderverfahren (einstufig, zweistufig und „fast-track“) im Bereich der neuen Versorgungsformen Antragstellende eher verunsichern. Mit einer Zunahme qualitativ hochwertiger Projektanträge ist hingegen nicht zu rechnen. Die Durchführung eines einstufigen Antragsverfahrens wie in den Jahren 2016 bis 2019 erscheint ausreichend.

Die vom Gesetz vorgesehene Fortsetzung der wissenschaftlichen Auswertung des Innovationsfonds und der Wegfall der (eingeschränkten) Förderquoten für den themenoffenen Bereich werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt. So können fernab von Quoten die besten Projekte zur Förderung ausgewählt werden. Dass die vom Innovationsausschuss in seinen Transferempfehlungen adressierten Akteure zukünftig verpflichtet sind, über eine mögliche Verwertung von Erkenntnissen zu berichten, stärkt die Transparenz und ist daher folgerichtig.

Bilanz des Innovationsfonds 2023

Der Innovationsausschuss veröffentlichte im März 2023 Förderbekanntmachungen zur themenoffenen und themenspezifischen Förderung von neuen Versorgungsformen. Es gingen 122 Ideenskizzen ein, wovon 39 Projektideen vom Innovationsausschuss für die zweite Antragsstufe ausgewählt wurden. Die ausgewählten Bewerberinnen und Bewerber haben nun bis zu sechs Monate Zeit, ein vollständig ausgearbeitetes Konzept in Form eines Vollantrags abzugeben. Dabei werden sie mit bis zu 75.000 Euro aus dem Innovationsfonds unterstützt.

Transferempfehlungen – aktueller Stand

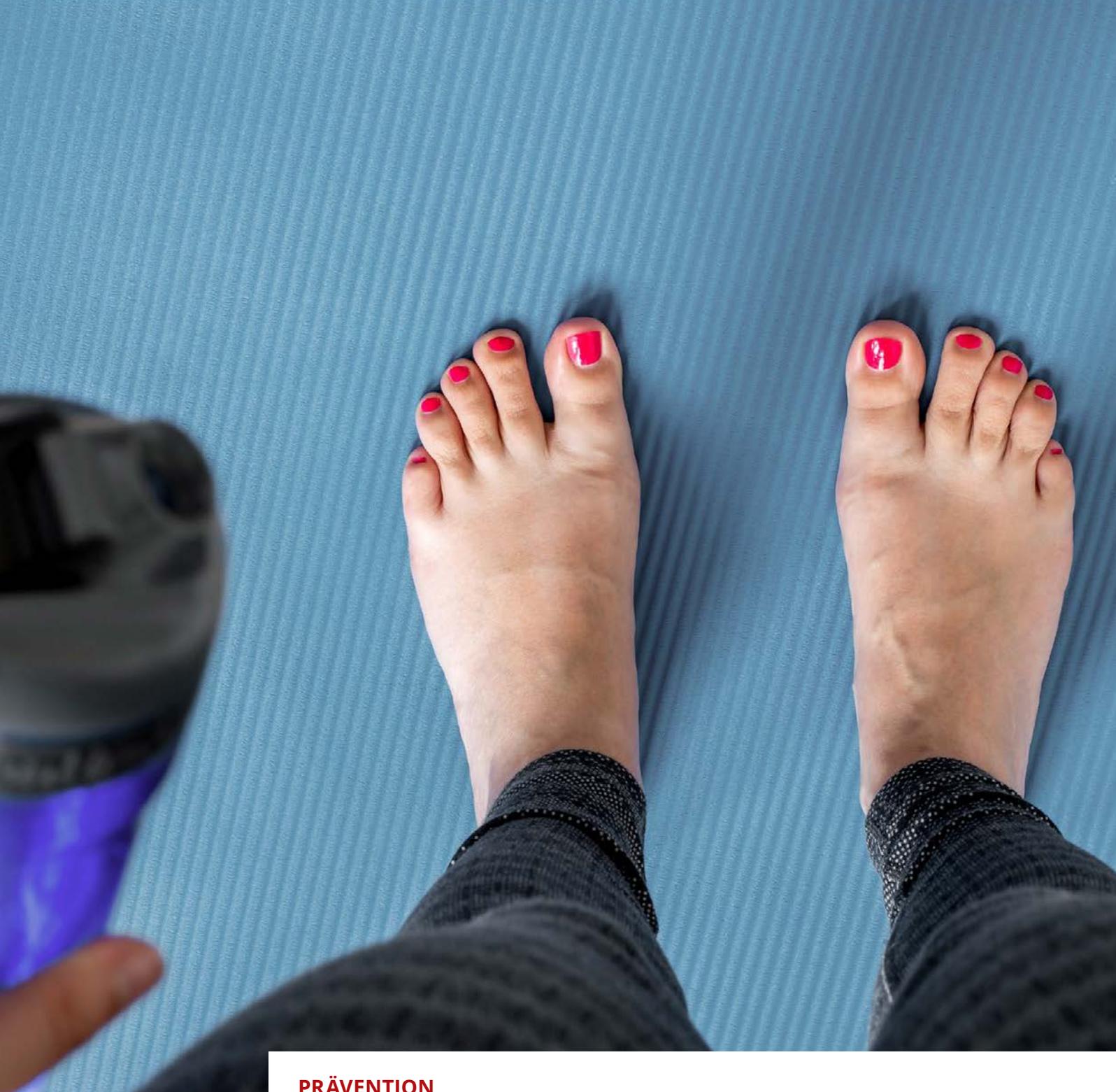
Damit die vom Innovationsfonds geförderten Projekte den Patientinnen und Patienten zugutekommen, hat der Innovationsausschuss die Aufgabe, Empfehlungen abzugeben, ob und wie Erkenntnisse aus geförderten Projekten in die Regelversorgung überführt werden sollen. Insgesamt wurden bis Jahresende 2023 Transferempfehlungen zu 181 beendeten Projekten veröffentlicht. Im Jahr 2023 wurden davon 57 beschlossen. Davon entfallen 20 Projekte auf den Bereich Neue Versorgungsformen und 37 Projekte auf den Bereich Versorgungsforschung. Es erhielten insgesamt 32 Projekte eine Empfehlung zur vollständigen oder teilweisen Überführung in die Regelversorgung, 25 Projekte erhielten keine Empfehlung. Für elf dieser Projekte wurden dennoch die Ergebnisse an verschiedene Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet, weil positive Tendenzen festgestellt worden waren.

Geförderte Projekte des Innovationsfonds 2023

Förderbereich	Anzahl eingereicher Ideenskizzen/ Projektanträge	Anzahl geförderter Ideenskizzen	Anzahl eingereicher Voll-/ Projektanträge	Anzahl geförderter Projekte
Neue Versorgungsformen (zweistufiges Verfahren)	122	39	26	19
Versorgungsforschung	236	n. o.	231*	35
(Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien	27	n. o.	31*	13

*2022 eingereicht

n. o. = noch offen, die Förderentscheidung wird 2024 getroffen



PRÄVENTION

Gesundheit ist ein hohes Gut. Diesen Gedanken gilt es in alle Lebensbereiche zu tragen. Angesichts von Klimawandel und Pandemien muss die Politik Gesundheitsaspekte bei sämtlichen Entscheidungen berücksichtigen.

GKV-Bündnis für Gesundheit neu aufgestellt

Mit der am 16. Mai 2023 in Kraft getretenen gesetzlichen Neuregelung des § 20a SGB V wird das GKV-Bündnis für Gesundheit – die kassenartenübergreifende Initiative zur Stärkung der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention – in Verantwortung und Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände fortgeführt und weiterentwickelt. Die Krankenkassen stellen hierfür ab 2024 jährlich ca. 40 Mio. Euro zur Verfügung. Die Aktivitäten des Bündnisses werden stärker auf die Landesebene verlagert, die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband entfällt.



Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften und landesspezifische Schwerpunkte

Um die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer kassenartenübergreifenden Aufgaben zu unterstützen, bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem Land Arbeitsgemeinschaften (LAG).

Ein Aufgabenschwerpunkt dieser LAG besteht in der länderspezifischen Gestaltung und Förderung von Maßnahmen zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarungen. Die seit 2019 bestehenden Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit werden in die zu gründenden LAG integriert. Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben, u. a. durch die Empfehlung von gemeinsamen und kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktsetzungen, durch Maßnahmen zur Unterstützung des Aufbaus und der Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen sowie durch die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte.

Das GKV-Bündnis für Gesundheit setzt positive Impulse für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung.

Umsetzung von Förder- und Bundesprogrammen

Seit Gründung des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Jahr 2016 wurden eine Vielzahl an Aktivitäten auf den Weg gebracht und gesundheitsfördernde Strukturen insbesondere auf kommunaler Ebene auf- und ausgebaut. Das GKV-Bündnis für Gesundheit knüpft unter den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen daran an und versteht sich als Impulsgeber in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung. So soll das bereits im Jahr 2019 gestartete Kommunale Förderprogramm weitergeführt und sukzessive um neue Fördermöglichkeiten für Kommunen erweitert werden. Bundesweite Programme werden zukünftig durch den GKV-Spitzenverband im Zusammenwirken mit den Programmpartnern fachlich koordiniert. Hierzu zählt beispielsweise das alkoholpräventive Programm „HaLT – Hart am Limit“ mit weit mehr als 120 Standorten in Deutschland. Hier fördern die gesetzlichen Krankenkassen zum einen reaktive Programmbestandteile wie Sofort-Interventionen



am Krankenbett bei Kindern und Jugendlichen, die mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus kamen. Zum anderen unterstützen sie alkoholpräventive Maßnahmen in Kommunen finanziell, sogenannte proaktive Programmbestandteile. Hierzu zählen die Qualifizierung von Fachkräften und die Unterstützung von Koordination und Vernetzung. Die bundesweite Koordination und fachliche Weiterentwicklung des „HaLT“-Programms liegt bei der Villa Schöpflin (Zentrum für Suchtprävention, Lörrach).

Übergreifende Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes

Neben der Abstimmung und Vorlage eines jährlichen Arbeitsprogramms unter Einbindung der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), dem Mitteleinzug und der Mittelverteilung an die Arbeitsgemeinschaften sowie der jährlichen Berichterstattung an das Bundesministerium für Gesundheit verantwortet der GKV-Spitzenverband auch die unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Wahrnehmung der Aufgaben der LAG und der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes. Die Ergebnisse dieser Evaluation sollen erstmals im Jahr 2027 vorgelegt werden.

Informationen über das GKV-Bündnis für Gesundheit werden auf dem Portal www.gkv-buendnis.de gebündelt und stehen der interessierten Fachöffentlichkeit zur Verfügung.

Nationale Präventionskonferenz legt zweiten Präventionsbericht vor

Im Juni 2023 übermittelte die Nationale Präventionskonferenz (NPK) ihren zweiten Präventionsbericht dem Bundesministerium für Gesundheit. Der Bericht schafft Transparenz über das auf dem Präventionsgesetz basierende Engagement der Mitglieder der NPK in der Prävention sowie Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Corona-Pandemie

Der Bericht zeigt, dass mit den Bundesrahmenempfehlungen die Grundlage für eine qualitätsgesicherte und zielgerichtete Stärkung der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten einschließlich der Arbeitswelt gelegt wurde. Unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarungen haben sich tragfähige Strukturen und stabile Kooperationen etabliert. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenarbeit gesetzlicher Krankenkassen mit Jobcentern und Agenturen für Arbeit an etwa 230 Standorten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation arbeitsloser Menschen. Viele Präventionsangebote konnten auch während der Corona-Pandemie weiter stattfinden, weil die Sozialversicherungsträger praktikable und kreative Lösungen für die Umsetzung unter den erschwerten Bedingungen gefunden haben.

Der Bericht analysiert zudem die Folgen der Corona-Pandemie und zeigt damit verbundene Handlungsbedarfe auf. Sozial benachteiligte Gruppen sind besonders von gesundheitlichen Nachteilen betroffen, aber gleichzeitig oft schwer mit Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Um allen Menschen eine Teilhabe zu ermöglichen, bedarf es verlässlicher sozialer Rahmenbedingungen und niedrigschwelliger Angebote.

Es braucht Verbindlichkeit aller verantwortlichen Akteure

Durch den „Health in All Policies“-Ansatz, Gesundheit gesamtgesellschaftlich in allen Politikfeldern zu verankern, können alle Determinanten der Gesundheit von Menschen, wie Gesundheits- und Risikoverhalten oder Lebens- und Arbeitsbedingungen, beeinflusst werden. Dies erfordert eine aufgabengerechte und gesicherte Finanzierung durch alle Zuständigen und Verantwortlichen auf allen föderalen Ebenen. Die nationale Präventionsstrategie kann ihr volles Potenzial nur entfalten, wenn über die Sozialversicherungsträger hinaus auch alle übrigen Akteure – insbesondere Länder und Kommunen – ihre gesundheitsfördernden Aufgaben verbindlich wahrnehmen und damit zu einer tragfähigen Struktur beitragen, die auch Krisen standhält.



Weiterentwicklung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“



Mit der Einführung des Präventionsgesetzes 2015 wurden präventive Leistungen der Pflegekassen in der stationären Pflege auf den Weg gebracht. Der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ steckt den Rahmen für die von den Pflegekassen geförderten Präventionsangebote wissenschaftlich begründet ab. In regelmäßigen Abständen vergibt der GKV-Spitzenverband Aufträge über die wissenschaftliche Evaluation dieser Leistungen. Neue Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklung des Leitfadens ein.

Erkenntnisse der Evaluation und Neufassung des Leitfadens

Von 2021 bis 2022 wurde die Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI durch die Prognos AG und die Fachhochschule Münster durchgeführt. In die Evaluation wurden alle Pflegekassen einbezogen, aber auch Verbände der Pflegeeinrichtungen und Vertretungen der Pflegebedürftigen. Die vielschichtigen Ergebnisse zeigen u. a., dass die Pflegekassen den Präventionsauftrag umfassend wahrnehmen und vielfältige Kooperationsstrukturen und

Die Evaluation hat gezeigt, dass die Pflegekassen den Präventionsauftrag umfassend wahrnehmen und vielfältige Kooperationsstrukturen und Informationswege aufgebaut haben, um stationäre Pflegeeinrichtungen mit ihren Präventionsangeboten zu erreichen.

Informationswege aufgebaut haben, um stationäre Pflegeeinrichtungen mit ihren Präventionsangeboten zu erreichen. Der Setting-Ansatz und die fünf Handlungsfelder der Prävention haben sich bewährt, wobei Präventionsaktivitäten zur Stärkung der körperlichen Aktivität, kognitive Ressourcen und psychosoziale Gesundheit häufiger umgesetzt werden als Konzepte zur Ernährung und zur Prävention von Gewalt. Im Ergebnis der Evaluation wurde der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ 2023 neu gefasst. Wichtige Anpassungen betreffen das kombinierte Vorgehen in den fünf Handlungsfeldern der Prävention, da die Evaluation ergab, dass kombinierte Angebote eher der

Lebenswirklichkeit pflegebedürftiger Menschen entsprechen. Neu eingeführt wurde ein Kapitel zur digital unterstützten Gesundheitsförderung und Prävention. Gestärkt werden gemeinsam erbrachte präventive Leistungen der Kranken- und Pflegekassen für pflegebedürftige Menschen und das Pflegepersonal in den stationären Einrichtungen. Nicht zuletzt werden klimarelevante Aspekte in der Neufassung des Leitfadens berücksichtigt.



FINANZIERUNG

Die Solidargemeinschaft ist auch ein Versprechen an zukünftige Generationen. Sie braucht ein solides und nachhaltiges Fundament.

GKV-Finanzen: Reformstau, dynamische Ausgaben und steigende Zusatzbeiträge

Bis Jahresende war noch davon auszugehen, dass die Krankenkassen das Jahr 2023 mit einem weitgehend ausgeglichenen Finanzergebnis abschließen würden. Möglich werden sollte dies durch diverse Finanztransfers, die der Gesetzgeber mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für das Jahr 2023 beschlossen hatte. Hierzu zählen insbesondere die von den Krankenkassen eingeforderte Vermögensabgabe in Höhe von rd. 2,5 Mrd. Euro sowie die Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Fonds in Höhe von rd. 4,7 Mrd. Euro. Zudem wurden die Beitragszahlenden mit höheren Zusatzbeiträgen belastet. Doch nach Bekanntgabe der vorläufigen Rechnungsergebnisse für das Gesamtjahr 2023 steht fest, dass die ergriffenen Maßnahmen nicht ausgereicht haben, die dynamisch steigenden Ausgaben auszugleichen. Die Ausgaben fielen um rd. 2 Mrd. Euro höher aus als noch vom GKV-Schätzerkreis im Herbst 2023 erwartet. Im Ergebnis realisierten die Krankenkassen 2023 ein Defizit von rd. 1,9 Mrd. Euro.

In Kenntnis der dynamischeren Ausgabenentwicklung ab dem 3. Quartal 2023 im Rahmen ihrer Haushaltsplanung und mit Blick auf die bereits prognostizierte Finanzierungslücke von rd. 3,2 Mrd. Euro mussten zahlreiche Krankenkassen im Dezember 2023 erneut Beitragssatzanhebungen beschließen. Zum Jahresbeginn 2024 stiegen die Zusatzbeitragssätze im Durchschnitt um weitere 0,2 Prozentpunkte. Im Oktober 2023 stellte sich die Finanzentwicklung für die Jahre 2023 und 2024 aus Sicht des Schätzerkreises im Einzelnen wie folgt dar.

Finanzentwicklung 2023

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) stiegen im Jahr 2023 kräftig um 5,2 % auf geschätzte 1.701 Mrd. Euro. Bei einem Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit geschätzte Beitragseinnahmen von rund 248,4 Mrd. Euro. Zusammen mit den sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds, insbesondere den Zuschüssen des Bundes (16,6 Mrd. Euro), beliefen sich die Gesamteinnahmen auf rund 277,5 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen für 2023 zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 273,7 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssenden Mittel waren der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zuzuführen.

Finanzprognose 2024

Für 2024 prognostizierte der Schätzerkreis einen weiteren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 5,4 % auf 1.794 Mrd. Euro. Auf dieser Basis werden Beitragseinnahmen in Höhe von 261,9 Mrd. Euro erwartet. Mit den weiteren

Einnahmen des Gesundheitsfonds, insbesondere den Beiträgen aus geringfügiger Beschäftigung, der Beteiligung des Bundes für versicherungsfremde Leistungen und den gesetzlichen Zuführungen aus der Liquiditätsreserve stehen im Jahr 2024 insgesamt 283,5 Mrd. Euro für Zuweisungen an die Krankenkassen bereit.

Demgegenüber wurden die Ausgaben der Krankenkassen auf 313,7 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht einem Anstieg um 5,8 % zum Vorjahr. Für die Krankenkassen ergibt sich damit für das Jahr 2024 eine rechnerische Unterdeckung ihrer Ausgaben durch die Zuweisungen von rund 30,2 Mrd. Euro bzw. umgerechnet ein Zusatzbeitragssatzbedarf von 1,68 %. Folgerichtig hat das Bundesministerium für Gesundheit den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2024 mit 1,7 % festgelegt.

Steigende Zusatzbeitragssätze

Zum Jahreswechsel haben 45 Krankenkassen mit rund 25 Mio. Mitgliedern ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen müssen. Fünf Krankenkassen konnten ihren Zusatzbeitragssatz senken und 44 Krankenkassen konstant halten. Die kassenspezifischen Zusatzbeitragssätze variieren nunmehr zwischen 0,7 % und 2,7 %. Im Durchschnitt sind sie von 1,51 % (01.12.2023) auf 1,70 % (01.01.2024) gestiegen und liegen damit bereits zu Jahresbeginn auf dem vom Gesundheitsministerium vorab festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzniveau.

Ausblick

Die aktuelle Entwicklung der Zusatzbeitragssätze sowie die unerwartet dynamische Ausgabenentwicklung führen eindrücklich vor Augen, dass der Gesetzgeber dringend noch in dieser Legislaturperiode eine nachhaltige Finanzreform beschließen muss. Neben einer Fortwirkung der Ausgabensteigerung aus 2023 drohen den Krankenkassen zusätzliche Finanzierungslasten, wenn der Gesetzgeber den Krankenhäusern mit einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte zusätzliche Mittel für 2024 gewähren sollte. Mehrausgaben für die Folgejahre drohen zudem mit der Einführung eines Transformationsfonds für die Krankenhausreform, bei der Reform der vertragsärztlichen Vergütung sowie mit der Einführung von vertraulichen Erstattungsbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel. Die Koalition ist dringend aufgefordert, bei den anstehenden Reformen die finanzielle Tragfähigkeit der GKV nicht zu überdehnen. Und sie muss die Kraft finden, die bereits im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur mittelfristigen Stabilisierung der GKV-Finanzierung umzusetzen, erstens die Dynamisierung der Bundesbeteiligung, zweitens die Zahlung angemessener Beiträge für Bürgergeld-Beziehende.

Die Beitragserhöhungen 2023 und 2024 führen eindrücklich vor Augen, dass der Gesetzgeber dringend noch in dieser Legislaturperiode eine nachhaltige Finanzreform beschließen muss.

Daneben ist die Ausgabenseite in den Blick zu nehmen und durch strukturelle Reformen zu entlasten. Wird der Reformstau nicht aufgelöst, wird sich die Beitragserhöhungsspirale immer weiter drehen.

SPV-Finanzierung: Nachhaltige Stabilisierung weiterhin erforderlich

Die nachhaltige Stabilisierung der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bleibt eine zentrale politische Aufgabe. Dies erfordert nicht zuletzt die demografische Entwicklung in Deutschland. Durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) konnte im Jahr 2023 eine kurzfristige Verbesserung der Finanzlage der SPV erzielt werden. Wichtige Maßnahmen stehen aber weiterhin aus: So belasten nach wie vor versicherungsfremde Ausgaben in Milliardenhöhe die Beitragszahlenden – Gelder, die nicht in gute Pflege investiert werden können.

Leichtes Einnahmenplus 2023

Maßgeblich für die vorübergehende Entspannung der Finanzsituation waren die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes von 3,05 auf 3,4 % und die Erhöhung des Zuschlags für Kinderlose von 0,35 auf 0,6 %, die zum 1. Juli 2023 wirksam wurden. Mitglieder der SPV mit mehreren Kindern wurden hingegen entlastet, mit 0,25 Beitragssatzpunkten je Kind ab dem zweiten und bis zum fünften Kind. Der Abschlag gilt, bis das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat. Zudem wurden die für das Jahr 2023 vorgeschriebenen Zuführungen des Ausgleichsfonds an den Pflegevorsorgefonds in Höhe von rund 1,7 Mrd. Euro in das Jahr 2024 verschoben, sodass dieser Betrag 2023 für den Finanzausgleich der SPV zur Verfügung stand und die finanzielle Situation temporär entlastet hat. Die SPV konnte daher im Jahr 2023 mit einem positiven Finanzergebnis von ca. 1,8 Mrd. Euro abschließen. Gleichzeitig mussten jedoch auch 0,5 Mrd. Euro an den Bund zurückgezahlt werden – ein Teil des Darlehens, das der Bund der SPV 2022 in Höhe von 1 Mrd. Euro zur Sicherstellung des Finanzausgleichs gewährt hatte. In Summe wuchs der Mittelbestand der SPV von 5,6 Mrd. Euro Ende 2022 auf 6,9 Mrd. Euro Ende 2023 leicht an.

Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die SPV

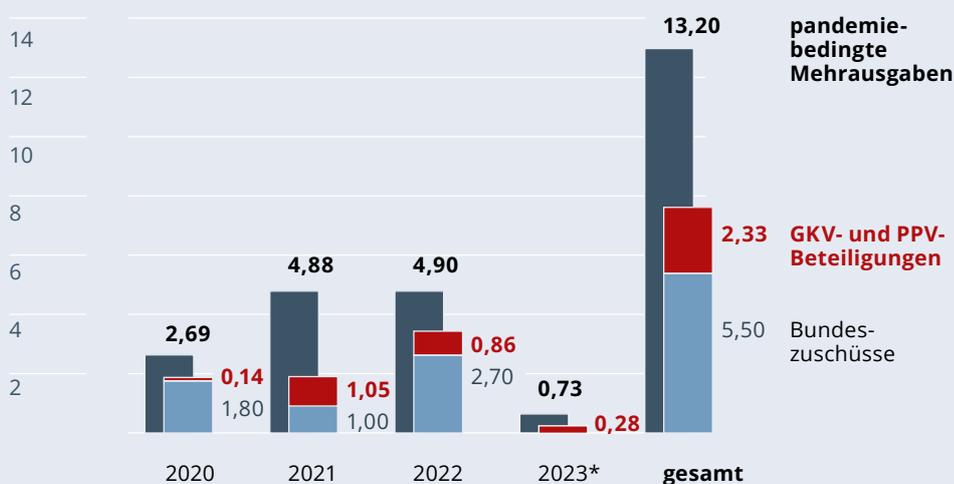
Im Koalitionsvertrag wurde aus gutem Grund vereinbart, versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren. Bei der Refinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie der noch ausstehenden vollständigen Erstattung der pandemiebedingten Mehrausgaben der Pflegekassen handelt es sich eindeutig um Bundesaufgaben, die aber bisher von den Beitragszahlenden der SPV geschultert werden. Mit dem PUEG wurde die Refinanzierung dieser Leistungen durch Steuermittel nicht umgesetzt, sodass die Finanzsituation der SPV weiterhin nachhaltig belastet wird. So mussten 2023 ca. 3,6 Mrd. Euro durch die Beitragszahlenden der SPV für die soziale Sicherung pflegender Angehöriger aufgebracht werden. Seit Gründung der SPV im Jahr 1995 summieren sich diese Ausgaben auf insgesamt ca. 39 Mrd. Euro.

Hinzu kommen für den Zeitraum 2020 bis 2023 ca. 13,1 Mrd. Euro an pandemiebedingten Mehrausgaben. Davon wurden nur 60 % durch Bundeszuschüsse (5,5 Mrd. Euro) sowie durch Beteiligungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (1,6 Mrd. Euro) und der privaten Pflegeversicherung (PPV) (0,8 Mrd. Euro) ausgeglichen. Die übrigen 40 % bzw. 5,2 Mrd. Euro wurden allein von den Beitragszahlenden der SPV finanziert und stehen damit nicht für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung der über 5 Mio. Leistungsempfängenden der SPV zur Verfügung.

Prognose 2024

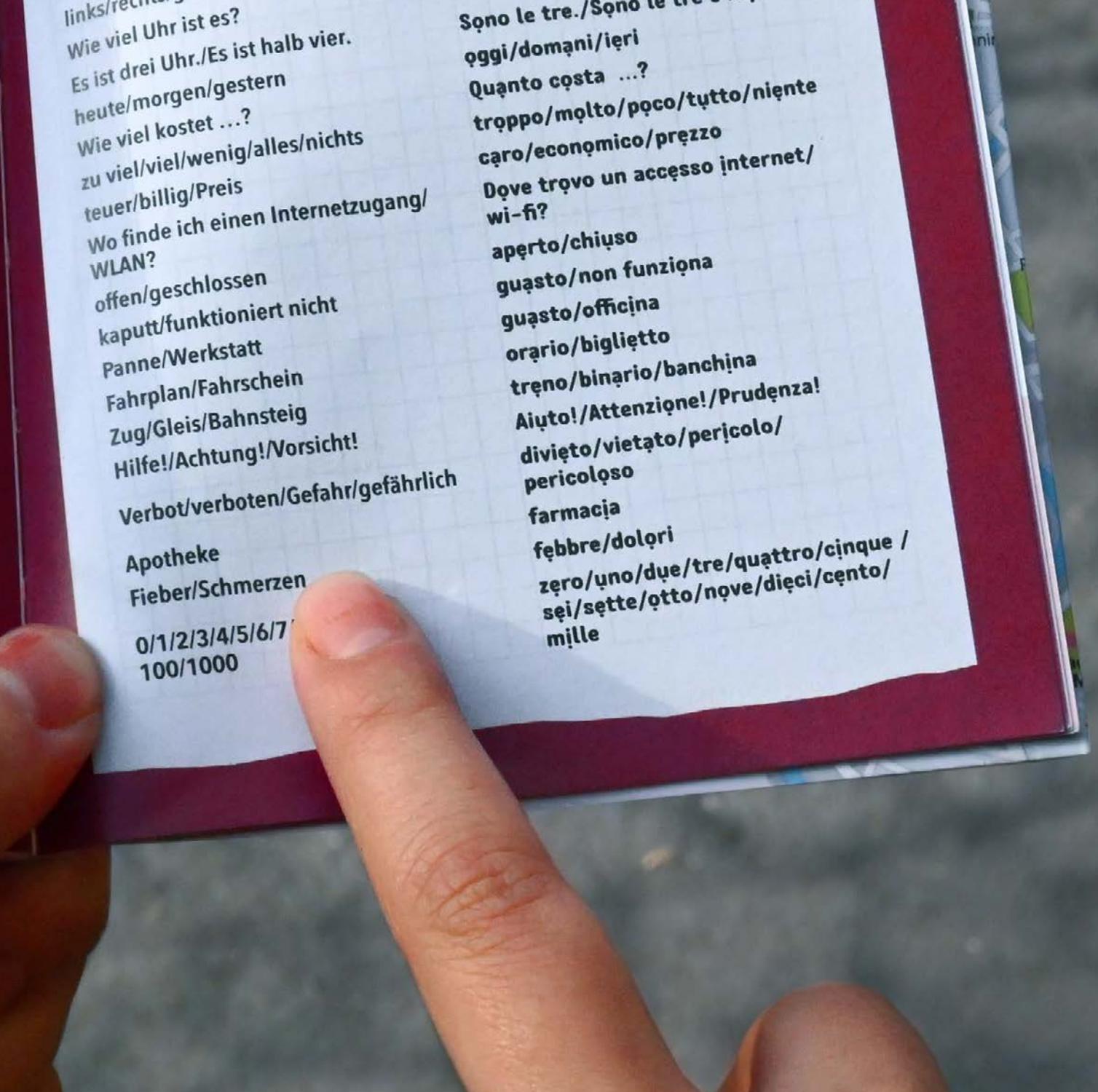
Im Jahr 2024 werden weitere Maßnahmen des PUEG wirksam. So werden die Beträge für das Pflegegeld und die Pflegesachleistungen um jeweils 5 % angehoben. Auch die Beteiligung der SPV an den Eigenanteilen in der vollstationären Pflege werden um 5 bis 10 Prozentpunkte angehoben. Ausgabenseitig spielt zudem die weiterhin steigende Zahl der Leistungsbeziehenden eine relevante Rolle. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Zahl der Leistungsbeziehenden erneut um rund 250.000 bis 300.000 steigen wird. Einnahmeseitig wird sich die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes, der 2024 erstmalig für das gesamte Jahr gilt, positiv auf das Beitragsvolumen auswirken. Die Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung der Kinderanzahl bei der Beitragsberechnung wird sich voraussichtlich kostenneutral auswirken. Ebenso dürfte auch die kombinierte Wirkung aus der Streichung des jährlichen Bundeszuschusses in Höhe von 1 Mrd. Euro und der geminderten Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds kostenneutral sein.

Pandemiebedingte Mehrausgaben, Refinanzierung und pandemiebedingte Mehrbelastung der SPV in Mrd. Euro



* 2023 vorläufige Werte

Quelle: Amtliche Statistik PV 45



EUROPA

Die soziale Flankierung der Mobilität innerhalb Europas ist eine der ältesten Errungenschaften des europäischen Projekts. Wer ins EU-Ausland reist oder dort arbeitet, kann sich auf eine gute Gesundheitsversorgung verlassen.

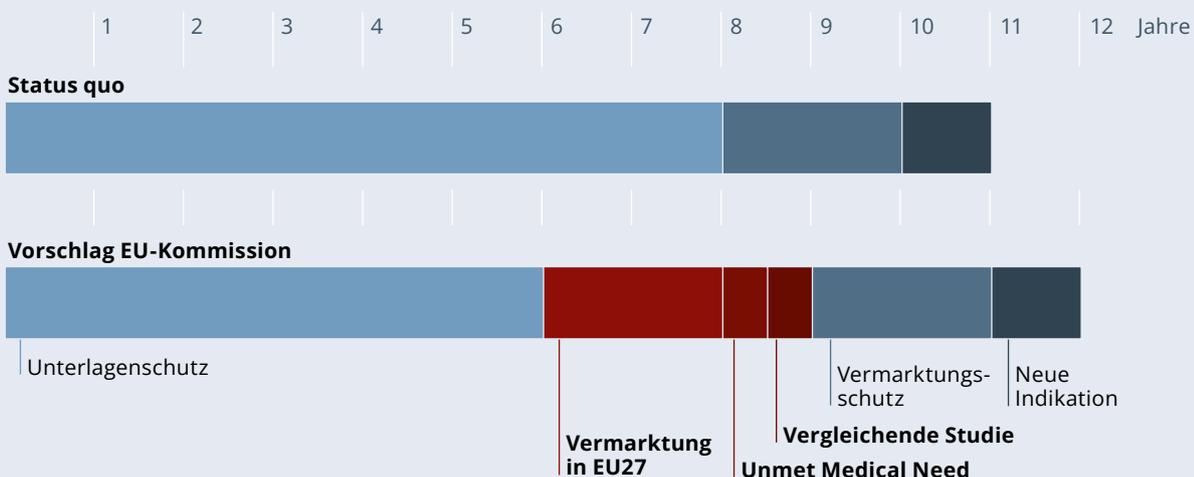
EU-Arzneimittelpaket: für sichere und bezahlbare Versorgung

Die Europäische Kommission hat im April 2023 ihr Arzneimittelpaket mit zwei Gesetzentwürfen und Vorschlägen zur Antibiotikaresistenz vorgelegt. Diese größte Reform des EU-Arzneimittelrechts seit mehr als 20 Jahren soll gleichzeitig den Zugang zu Arzneimitteln, ihre Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit verbessern und die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Pharmaindustrie sichern. Die Reform ist daher wichtig für die Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten auch in Deutschland sowie für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, weshalb sich der GKV-Spitzenverband im Interesse der Versicherten und Beitragszahlenden von Anfang an in den Gesetzgebungsprozess eingebracht hat.

Vorschläge der Europäischen Kommission

Ziel des EU-Arzneimittelpakets ist es, europaweit mehr Therapieoptionen verfügbar zu machen, Arzneimittelengpässe zu vermeiden und die finanzielle Tragfähigkeit der Gesundheitssysteme zu sichern bzw. zu verbessern. Es sollen Anreize für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln in allen 27 EU-Mitgliedstaaten geschaffen werden. Insbesondere Generika und Biosimilars sollen schneller verfügbar sein, um die Arzneimittelversorgung kostengünstiger zu machen. Darüber hinaus enthält das Paket Vorschläge zur Digitalisierung von Zulassungsverfahren, neue Anforderungen an Umweltverträglichkeit und Nachhaltigkeit von Arzneimitteln sowie Maßnahmen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen.

EU-Arzneimittelreform: Status quo und Vorschlag Europäische Kommission



Die Anreize für die Entwicklung neuer Arzneimittel sollen an neue Bedingungen geknüpft werden: Der Unterlagenschutz, der verhindert, dass neue Produkte von anderen Herstellern kopiert werden, soll verlängert werden, wenn ein Medikament in allen Mitgliedstaaten auf den Markt gebracht, für eine neue Indikation zugelassen oder in klinischen Studien seine Wirksamkeit gegenüber Vergleichstherapien statt Placebos getestet wird. Zusammen mit dem Vermarktungsschutz könnte es künftig bis zu zwölf Jahre und damit ein Jahr länger als bisher dauern, bis kostengünstigere Generika auf den Markt gebracht werden dürfen (siehe Grafik). Als zusätzlichen Anreiz für Innovationen im Bereich Antibiotika sieht das Gesetzespaket einen neuen übertragbaren Gutschein oder Voucher vor. Er gewährt ein zusätzliches Jahr Marktexklusivität für ein beliebiges Medikament und kann auch an einen anderen Pharmahersteller verkauft werden.

Die Europäische Kommission will das europaweite Problem der Arzneimittelengpässe durch mehr Markttransparenz und eine stärkere Rolle der Europäischen Arzneimittelagentur angehen. Die Arzneimittelhersteller sollen verpflichtet werden, Lieferengpässe und Rückrufe von Arzneimitteln frühzeitig zu melden und Präventionspläne gegen Engpässe zu entwickeln. Vorgesehen ist eine Liste kritischer Arzneimittel, auf deren Grundlage rechtsverbindliche Maßnahmen auf EU-Ebene ergriffen werden können, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Zugang, Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit patientenorientiert regeln

Der GKV-Spitzenverband, die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und die European Social Insurance Platform haben sich seit der Veröffentlichung kontinuierlich in die Beratungen zum EU-Arzneimittelpaket eingebracht. Besonders kritisch beurteilt der GKV-Spitzenverband, dass die Entwicklung neuartiger Antibiotika mithilfe wenig zielgenauer, aber potenziell sehr kostspieliger übertragbarer Gutscheine gefördert werden soll. Stattdessen schlägt er Forschungsförderung in kritischen Entwicklungsphasen neuer Antibiotika sowie mengenunabhängige Vergütungsmodelle für Reserveantibiotika vor. Der „schleichenden Pandemie“ antimikrobieller Resistenzen muss zudem durch eine umsichtige Verschreibung und Überwachung des Antibiotikaeinsatzes begegnet werden.

Kritisch bewertet der GKV-Spitzenverband auch die vorgeschlagenen Neuregelungen zu den Schutzfristen für patentgeschützte Arzneimittel. Zwar ist zu begrüßen, dass diese stärker an versorgungsrelevante Bedingungen geknüpft werden sollen. Eine in Summe längere Schutzdauer verzögert jedoch den Wettbewerb mit Generika. Dies widerspricht dem Ziel der Bezahlbarkeit und damit der Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme.

Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist die zuverlässige Verfügbarkeit von Arzneimitteln von zentraler Bedeutung. Da Arzneimittelengpässe eine europaweite Herausforderung darstellen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine europarechtliche Antwort zwingend erforderlich.

EU-Patentrecht versorgungsorientiert weiterentwickeln

Fast zeitgleich mit dem EU-Arzneimittelpaket hat die Europäische Kommission im April 2023 ihre Vorschläge zur Reform der Rechte des geistigen Eigentums im Bereich Arzneimittel veröffentlicht. Sie beeinflussen ebenfalls die Verfügbarkeit von Arzneimitteln für die Patientenversorgung und deren Bezahlbarkeit. Die Vorschläge umfassen die Neugestaltung standardessenzieller Patente, die verpflichtende Lizenzierung von Patenten in Krisensituationen und die Überarbeitung der Rechtsvorschriften über ergänzende Schutzzertifikate (Supplementary Protection Certificate, SPC). SPC verlängern den Schutz von Arzneimitteln nach Ablauf des Patentschutzes, um den Markteintritt von Generika zu verzögern. Bisher werden SPC von den nationalen Patentämtern erteilt. Ein zentrales Ziel ist es, ein einheitliches europäisches SPC und ein zentrales EU-Verfahren zu dessen Erlangung zu schaffen.

Rechte geistigen Eigentums müssen gesundheitliche EU-Ziele unterstützen

Laut einer von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebenen Studie verhindern Patente oder SPC bei 61 % der untersuchten Arzneimittel den Wettbewerb mit den preiswerteren Generika länger als der regulatorische Schutz des Arzneimittelrechts. Im Kontext der Reform des europäischen Arzneimittelrechts müssen daher auch die patentrechtlichen Regelungen überdacht werden, um die Balance zwischen Innovationsanreizen einerseits und der finanziellen Stabilität der Gesundheitssysteme andererseits zu wahren.

Der GKV-Spitzenverband und die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung unterstützen die Absicht, einheitliche europäische SPC zu erteilen, sofern dies den Wettbewerb fördert, Transparenz erhöht und zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung beiträgt. Die vereinfachte und kostengünstigere Beantragung von SPC sollte mit einer Verkürzung ihrer Schutzdauer einhergehen, um die EU-Ziele hinsichtlich des Zugangs, der Verfügbarkeit und der Bezahlbarkeit von Arzneimitteln zu erreichen. Darüber hinaus sollte eine digitale Datenbank für arzneimittelbezogene Schutzrechte eingerichtet werden, die für Generikahersteller, Gesundheitsbehörden und Kostenträger zugänglich ist und Transparenz schafft.

Mit dem Verordnungsentwurf zur Erteilung von Zwangslizenzen soll ermöglicht werden, im Falle einer Krisensituation – etwa gesundheitliche Notlagen auf Unionsebene – europaweit einheitlich Zwangslizenzen für krisenrelevante Produkte zu erteilen. Der GKV-Spitzenverband befürwortet diese Initiative. Das Verfahren sollte auf alle Situationen ausgeweitet werden, bei denen ein überwiegendes öffentliches Interesse auf Unionsebene besteht.

Europäischer Datenraum: grenzüberschreitend behandeln und forschen

Der im Jahr 2022 vorgelegte Verordnungsvorschlag zum Europäischen Gesundheitsdatenraum sorgte auch 2023 für Diskussionen auf europäischer Ebene. Er ist für die grenzüberschreitende Versorgung mobiler Patientinnen und Patienten ebenso wichtig wie für die patientenorientierte Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme. Versicherte sollen ihre elektronische Patientenakte und andere Behandlungsdaten grenzüberschreitend für ihre Gesundheitsversorgung nutzen können. Außerdem sollen Gesundheitsdaten europaweit für Forschung, Innovation und Politikgestaltung zur Verfügung stehen.

Schwierige Beratungen in Rat und Parlament

Das Europäische Parlament und der Rat der EU berieten getrennt über den Entwurf, um ihre jeweilige Position für die weiteren Verhandlungen festzulegen. In beiden Gesetzgebungsorganen gestaltete sich die Kompromissfindung jedoch schwierig, sodass das Gesetzgebungsverfahren im Jahr 2023 nicht abgeschlossen werden konnte. Das Europäische Parlament hatte überraschend sowohl dem Innen- als auch dem Gesundheitsausschuss die Federführung übertragen und die Beratungen über eine gemeinsame Position mehrfach vertagt. Die Abgeordneten sprachen sich insbesondere für die Gemeinwohlorientierung der Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung und Entwicklung aus sowie für das Widerspruchsrecht der Versicherten gegen die Nutzung ihrer Daten.

Auch im Gesundheitsministerrat kamen die Verhandlungen nur langsam voran. Hier wurde ebenfalls über das Einwilligungs- bzw. Verweigerungsrecht der Patientinnen und Patienten diskutiert. Darüber hinaus wollen die Mitgliedstaaten eine stärkere Priorisierung bei der Auswahl der Datenkategorien für die Sekundärdatennutzung vornehmen. Außerdem forderten sie mehr Mitbestimmungsrechte, insbesondere bei der Festlegung der technischen Spezifikationen.

Patienten- und gemeinwohlorientierte Datennutzung

Der GKV-Spitzenverband, die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und die European Social Insurance Platform haben die Beratungen eng begleitet. Ihre Expertise wird insbesondere für die künftige Umsetzung in den Gesundheitssystemen von Bedeutung sein. Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Ziel, die Nutzung von Gesundheitsdaten zu Forschungszwecken am Gemeinwohl auszurichten. So sollen Forschungsvorhaben einen Mehrwert für die Versorgung vorweisen und Forschungsergebnisse veröffentlicht werden müssen. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Nutzung von Daten der Solidargemeinschaft für die Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen preismindernd berücksichtigt wird.

Rahmenübereinkommen zu grenzüberschreitender Telearbeit

Auch nach Abflauen der Corona-Pandemie arbeiten viele Menschen weiterhin regelmäßig vom heimischen Schreibtisch aus. Da im Hinblick auf das anwendbare Sozialversicherungsrecht jedoch der physische Arbeitsort ein entscheidendes Kriterium ist, wirft dies bei vielen Grenzgängerinnen und Grenzgängern und deren Arbeitgebenden Fragen auf. Ein Rahmenübereinkommen des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) hat hier Klarheit geschaffen.

Die Rahmenvereinbarung Telearbeit klärt Fragen zur sozialen Absicherung

Das europäische Recht sieht vor, dass Sozialversicherungsbeiträge im Staat des Arbeitgebersitzes abzuführen sind, wenn die Tätigkeit bis maximal 25 % der Zeit im Wohnstaat ausgeübt wird. Bei Überschreiten dieser Grenze – etwa bei zwei Tagen Telearbeit pro Woche – würde eigentlich das Sozialversicherungsrecht des Wohnstaats anwendbar werden. Für Unternehmen sowie Beschäftigte, die einen solchen Wechsel des Sozialversicherungsrechts nicht wünschen, hat der GKV-Spitzenverband, DVKA eine Lösung herbeigeführt: In einer EU-Arbeitsgruppe haben sich Deutschland und weitere Staaten, darunter fast alle Nachbarstaaten Deutschlands, auf das „Rahmenübereinkommen bei gewöhnlicher grenzüberschreitender Telearbeit“ verständigt. Demnach kann eine Person auf Antrag in dem Staat versichert sein, in dem die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ansässig ist, wenn der Umfang der Telearbeit zu Hause unter 50 % liegt. So kann z. B. eine in Frankreich wohnende Angestellte eines deutschen Unternehmens künftig ca. zwei Tage pro Woche zu Hause arbeiten, ohne den Verlust ihrer deutschen Sozialversicherung fürchten zu müssen. Das Rahmenübereinkommen gilt seit dem 1. Juli 2023 und wurde auf fünf Jahre geschlossen. Es verlängert sich einmalig automatisch um weitere fünf Jahre. In diesem Zeitraum soll geprüft werden, ob das europäische Koordinationsrecht um eine neue Bestimmung für Telearbeit erweitert werden muss.

Wer profitiert und wie können Anträge gestellt werden?

Bislang interessieren sich vor allem Grenzgängerinnen und Grenzgänger mit Arbeitgebenden in der Schweiz für Ausnahmereinbarungen bei gewöhnlicher Telearbeit. Die meisten Anträge für Beschäftigte deutscher Unternehmen gingen bislang aus Frankreich ein. Grundsätzlich sind Anträge auf Ausnahmereinbarungen im Rahmen dieses Übereinkommens in dem Staat zu stellen, dessen Sozialversicherungsrecht gelten soll. Die Geltung der deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit beantragen Arbeitgebende elektronisch beim GKV-Spitzenverband, DVKA. Weitere Informationen unter: www.dvka.de

23. Weltkongress für Gesundheit und Sicherheit

Vom 27. bis 30. November 2023 fand der 23. Weltkongress zum Thema „Arbeitsschutz und Gesundheit am Arbeitsplatz“ in Sydney statt, ausgerichtet von der International Labour Organization (ILO) in Kooperation mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS). 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 123 Nationen diskutierten über Themen wie Arbeitssicherheit, Prävention und betriebliches Gesundheitsmanagement. Auch Deutschland war mit seiner Expertise aus den Sozialversicherungssystemen vertreten. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde durch Manfred Schoch, Mitglied im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes sowie im Vorstand der IVSS, repräsentiert.

Zugang zu Gesundheitsschutz verbessern

Im Fokus der Veranstaltung stand die Frage nach den Herausforderungen für den Zugang zu ausreichendem Gesundheitsschutz in einer sich durch Klimawandel und multiple Krisen ändernden Welt. Manfred Schoch, der als Experte der GKV für zwei Symposien des Weltkongresses als Speaker eingeladen worden war, diskutierte mit weiteren Teilnehmenden die Bedeutung der Sozialversicherungssysteme insbesondere im Hinblick auf eine stärkere Etablierung bzw. den Ausbau von Präventionsmaßnahmen in der Arbeitswelt. Laut neuem Bericht der ILO, der auf dem Weltkongress vorgestellt wurde, kommt es weltweit jedes Jahr zu rund drei Millionen arbeitsbedingten Todesfällen. Davon sind insgesamt 2,6 Millionen Todesfälle auf arbeitsbedingte Krankheiten zurückzuführen. Die drei häufigsten sind Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen und Atemwegserkrankungen. Arbeitsunfälle sind für weitere 330.000 Todesfälle verantwortlich.

Diese Zahlen unterstreichen die anhaltenden Herausforderungen beim Schutz der Gesundheit und Sicherheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern weltweit. Ziel muss es daher sein, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten, die allen Menschen weltweit eine medizinische Grundversorgung und einen soliden Arbeitsschutz gewährleisten.





VERBANDSARBEIT

Als gemeinsame Stimme der gesetzlichen Krankenkassen verschaffen wir rund 74 Millionen gesetzlich Versicherten auf Bundesebene Gehör.

Kommunikationsschwerpunkte 2023

Neben zahlreichen Presseaktivitäten war das Jahr durch eine Vielzahl von Veranstaltungen geprägt: Ob im Livestream oder vor Publikum – der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes diskutierte zentrale Themen mit Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen. Zudem wurde das 2022 neu eingeführte Medium der Bewegtbildinhalte ausgeweitet.

Ein Jahr im Zeichen der stationären Versorgung

Ein inhaltlicher Schwerpunkt des Jahres 2023 war die geplante Krankenhausreform. Gleich zweimal organisierte der GKV-Spitzenverband dazu eine politische Diskussion: Während die Bund-Länder-Gruppe an den Eckpunkten der Reform arbeitete, lud der Verband im März zu „GKV Live“ ein. Unter dem Titel „Revolution oder Reinfall?“ gingen Vorständin Stefanie Stoff-Ahnis sowie die eingeladenen Bundestagsabgeordneten und ein Experte aus der Wissenschaft der Frage nach, wie die Krankenhausreform die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern kann.



GKV NOW: Diskussion mit dem Gesundheitsminister

In der zweiten Jahreshälfte diskutierte Stefanie Stoff-Ahnis dann mit Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach erneut über das Thema: „Die Zukunft der Krankenhausversorgung“. Nur wenige Tage nachdem der Bundesrat das Krankenhaustransparenzgesetz vorerst gestoppt hatte, ging es bei „GKV NOW“ um die schwierige Krankenhausreform. Die Diskussion wurde per Livestream übertragen und kann abgerufen werden unter: https://gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/veranstaltungen/veranstaltungen.jsp

GKV Live: Pflegereform und Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Um aktuelle Herausforderungen der sozialen Pflegeversicherung ging es im Mai 2023: Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, diskutierte mit Bundestagsabgeordneten darüber, wie viel Sicherheit die Pflegeversicherung in Zukunft noch bringen kann.

Im November würdigte eine GKV-Live-Veranstaltung das 20. Jubiläum der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Eingangs blickte die Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Susanne Wagenmann, auf die vergangenen Jahre zurück. Dabei hob sie besonders die Rolle des GKV-Spitzenverbandes hervor. Anschließend diskutierte Gernot Kiefer mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wissenschaft und Justiz über die notwendigen Rahmenbedingungen für erfolgreiche Korruptionsbekämpfung.

Die Selbstverwaltung in 140 Sekunden

Mit Kurzfilmen fasste der GKV-Spitzenverband jede Sitzung des Verwaltungsrats und die Mitgliederversammlung am 13. Dezember 2023 zusammen. Die Filme zeigen kurzweilig die Themenvielfalt, mit denen sich der Verwaltungsrat beschäftigt. Pointierte O-Töne der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter geben die politische Positionierung des Verwaltungsrats wieder. So sollen Laien und Interessierte stärker über die wichtige Arbeit der Selbstverwaltung aufgeklärt werden.

Unsere Themen – kurz erklärt

Wie finanziert sich die GKV? Wie kommen neue Leistungen in die Versorgung? Und wie finanzieren sich Apotheken? Diese Fragen wurden in neu geschaffenen, animierten Erklärfilmen aufgegriffen, die u. a. in den sozialen Medien und auf der Homepage ausgespielt wurden. Die oft komplexen gesundheitspolitischen Themen werden so laienverständlich dargestellt.

Experteninterviews neu bei „90 Prozent“

Das E-Magazin „90 Prozent“ wurde mit Videointerviews angereichert. In jeder Ausgabe erscheint ein ca. fünfminütiges Interview mit einer Expertin oder einem Experten aus den Fachabteilungen des GKV-Spitzenverbandes. Sie berichten zu den Hintergründen ihrer Arbeit und erläutern die Positionen des GKV-Spitzenverbandes, beispielsweise zur Qualitätssicherung oder der Blankoverordnung im Heilmittelbereich.

Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

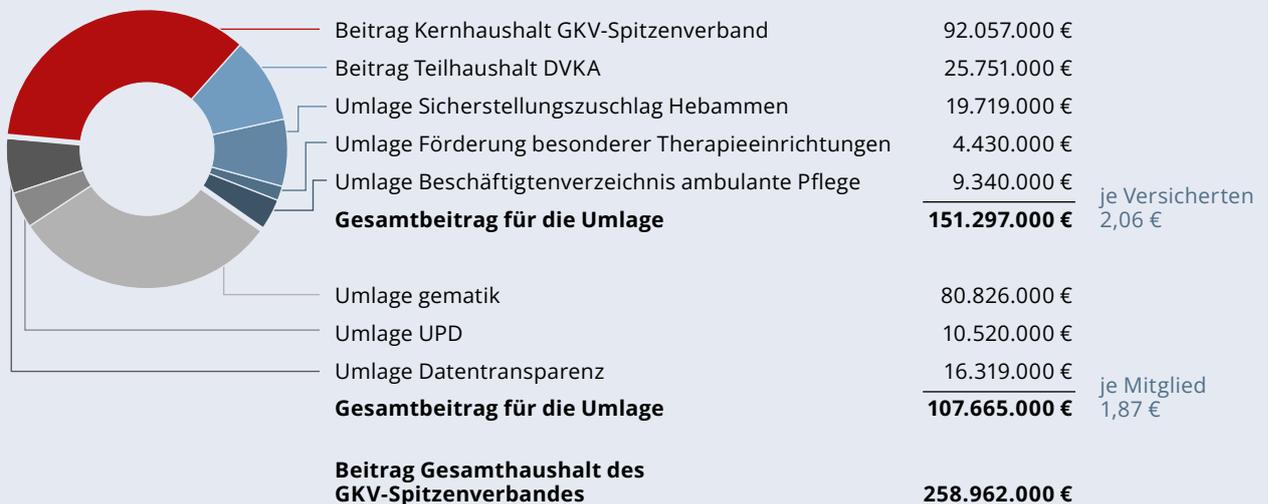
Jahresrechnung 2022

Im März 2023 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2021 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), erfolgte durch einen Wirtschaftsprüfer. Dieser erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Der Verwaltungsrat nahm die Jahresrechnung 2022 daraufhin einstimmig ab und erteilte dem Vorstand am 29. Juni 2023 ebenfalls einstimmig die Entlastung.

Gesamthaushalt 2024

Der vom Vorstand am 25. September 2023 aufgestellte Gesamthaushalt 2024 wurde vom Verwaltungsrat einstimmig am 15. November 2023 festgestellt und vom Bundesministerium für Gesundheit, als Aufsichtsbehörde des GKV-Spitzenverbandes, am 27. November 2023 genehmigt. Der Gesamthaushalt 2024 des GKV-Spitzenverbandes weist einen auf die Mitgliedskassen umzulegenden Beitrag in Höhe von 321,0 Mio. Euro aus und fällt damit gegenüber dem Vorjahr um 62,1 Mio. Euro höher aus. Dies ist insbesondere auf die im Gesamthaushalt 2024 enthaltenen Umlagefinanzierungen für die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) gemäß § 316 SGB V, den Sicherstellungszuschlag der Hebammen gemäß § 134a SGB V sowie die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (GKV-Bündnis für Gesundheit) gemäß § 20a SGB V zurückzuführen.

Gesamtverbandsbeitrag 2023

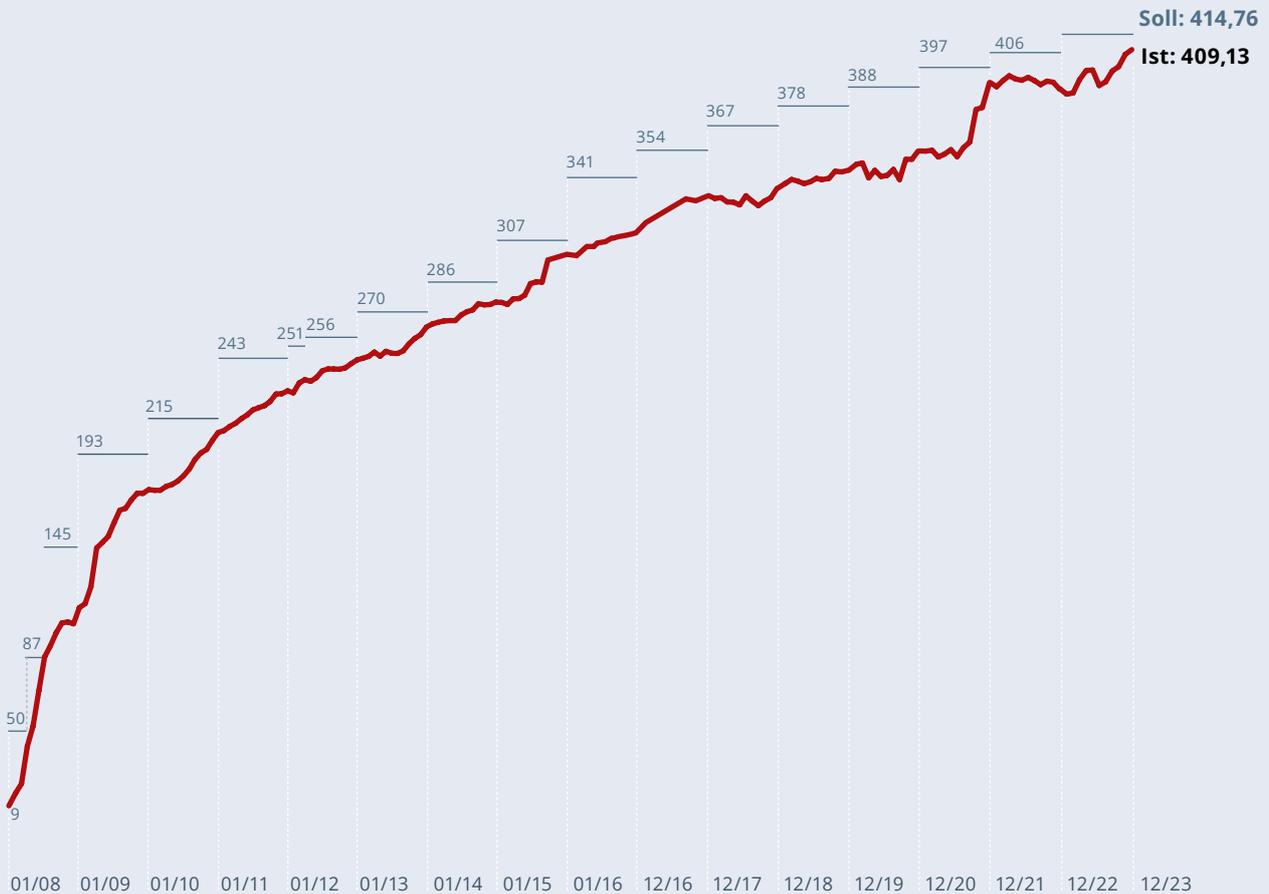


Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2023 insgesamt 542,62 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 414,76 Soll-Stellen und auf die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) 127,86 Soll-Stellen.

Am 1. Dezember 2023 waren 529,31 Stellen besetzt. Davon 409,13 am Standort Berlin und 120,18 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt 97,5 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 98,6 %, bei der DVKA 94,0 %.

Personalentwicklung (ohne DVKA)



Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2023

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen | 35. BKK Linde |
| 2. AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen | 36. BKK MAHLE |
| 3. AOK Baden-Württemberg | 37. bkk melitta hmr |
| 4. AOK Bayern – Die Gesundheitskasse | 38. BKK mkk – meine krankenkasse |
| 5. AOK Bremen/Bremerhaven | 39. BKK MTU |
| 6. AOK Nordost – Die Gesundheitskasse | 40. BKK PFAFF |
| 7. AOK NordWest – Die Gesundheitskasse | 41. BKK Pfalz |
| 8. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen | 42. BKK ProVita |
| 9. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse | 43. BKK Public |
| 10. AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse | 44. BKK PWC |
| 11. AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse | 45. BKK Rieker.RICOSTA.Weisser |
| 12. Audi BKK | 46. BKK Salzgitter |
| 13. BAHN-BKK | 47. BKK Scheufelen |
| 14. BARMER | 48. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg |
| 15. BERGISCHE KRANKENKASSE | 49. BKK Textilgruppe Hof |
| 16. Bertelsmann BKK | 50. BKK VDN |
| 17. Betriebskrankenkasse EWE | 51. BKK VerbundPlus |
| 18. Betriebskrankenkasse Miele | 52. BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE |
| 19. Betriebskrankenkasse Mobil | 53. BKK WERRA-MEISSNER |
| 20. Betriebskrankenkasse Technoform | 54. BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN |
| 21. BIG direkt gesund | 55. BKK Würth |
| 22. BKK Akzo Nobel Bayern | 56. BKK ZF & Partner |
| 23. BKK B. Braun Aesculap | 57. BKK_DürkoppAdler |
| 24. BKK Deutsche Bank AG | 58. BKK24 |
| 25. BKK Diakonie | 59. BMW BKK |
| 26. BKK EUREGIO | 60. Bosch BKK |
| 27. BKK evm | 61. Continentale Betriebskrankenkasse |
| 28. BKK exklusiv | 62. DAK-Gesundheit |
| 29. BKK Faber-Castell & Partner | 63. Debeka BKK |
| 30. BKK firmus | 64. energie-Betriebskrankenkasse |
| 31. BKK Freudenberg | 65. Ernst & Young BKK |
| 32. BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER | 66. Handelskrankenkasse (hkk) |
| 33. BKK Groz-Beckert | 67. Heimat Krankenkasse |
| 34. BKK Herkules | 68. HEK – Hanseatische Krankenkasse |
| | 69. IKK – Die Innovationskasse (IK) |
| | 70. IKK classic |
| | 71. IKK gesund plus |
| | 72. IKK Südwest |

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 73. IKK Brandenburg und Berlin | 86. SECURVITA BKK |
| 74. KARL MAYER BKK | 87. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) |
| 75. Kaufmännische Krankenkasse – KKH | 88. SKD BKK |
| 76. KNAPPSCHAFT | 89. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) |
| 77. Koenig & Bauer BKK | 90. Südzucker BKK |
| 78. Krones BKK | 91. Techniker Krankenkasse |
| 79. Mercedes-Benz BKK | 92. TUI BKK |
| 80. Merck BKK | 93. VIACTIV Krankenkasse |
| 81. mhplus Betriebskrankenkasse | 94. vivida bkk |
| 82. Novitas BKK | 95. WMF Betriebskrankenkasse |
| 83. Pronova BKK | |
| 84. R+V Betriebskrankenkasse | |
| 85. Salus BKK | |

Fusionen

Vereinigte Kasse

bkk melitta hmr

Fusionspartner

bkk melitta hmr
Betriebskrankenkasse BPW Bergische Achsen KG

Umbenennungen

BKK VBU (BKK Verkehrsbau Union) in BKK mkk – meine krankenkasse

Stichtag: 1. Januar 2024

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats (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
Ermler, 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
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
Neumeyer, Ronald-Mike	Handelskrankenkasse (hkk)
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
N. N.	BKK ProVita
N. N.	Pronova BKK
Parvanov, Ivor	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
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

Stichtag: 1. Dezember 2023

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats (3. Amtsperiode 2018–2023)

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Adrian, Quentin Carl	Techniker Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Berger, Silvia	IKK Südwest
Böntgen, Rolf-Dieter	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
Klemens, Luise	DAK-Gesundheit
Korschinsky, Ralf	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	BKK BPW Bergische Achsen KG
Hoffmann, Dr. Wolfgang	BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
Japing, Kim Nikolaj	Techniker Krankenkasse
Kastner, Helmut	IKK – Die Innovationskasse
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lotz, Anselm	IKK Brandenburg und Berlin
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (hkk)
Lunk, Rainer	IKK Südwest
N. N.	BAHN-BKK
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
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Söllner, 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 2023

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029)

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
Dittke, Helmut	IKK classic
Dreisbusch, Bernd	AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
Firsching, Frank	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Fritz, Anke	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Grabietz, Katharina	AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Hamers, Ludger	VIActiv Krankenkasse
Johannides, Meinhard	DAK-Gesundheit
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Kolsch, Dieter	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Kopmann, Carmen	DAK-Gesundheit
Krisch, Sylvi	BARMER
Kuche, Ines	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Lambertin, Knut	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Roer, Albert	BARMER
Schlipf, Dr. Ingrid	Techniker Krankenkasse
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schöne-Plaumann, Dr. Elke	BARMER
Schuder, Jürgen	HEK – Hanseatische Krankenkasse
Schultze, Roland	Handelskrankenkasse (hkk)
Stensitzky, Annette	Techniker Krankenkasse
Straßburger, Frank Hermann	KNAPPSCHAFT
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Treusch, Lars	AOK Baden-Württemberg
Vieweger, Birgitt	BARMER
Westphal, Vanessa	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Avenarius, Friedrich	AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Bauer, Karoline	AOK Baden-Württemberg
Bode, Dr. Axel	Pronova BKK
Breitenbach, Thomas	Techniker Krankenkasse
Kronsbein, Corinna	AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
Leitl, Robert	BIG direkt gesund
Lohmar-Micklin, Ingrid	IKK classic
Löhr, Ulrich	SVLFG
Meinecke, Christoph	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Mentz, Michaela	Continental Betriebskrankenkasse
Opritescu, Ute	Audi BKK
Parvanov, Ivor	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Saacke-Lumper, Angelika	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
Wunderlich, Peggy	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

Stichtag: 17. Januar 2024

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029)

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Appelius, Stephen	HEK – Hanseatische Krankenkasse
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Berger, Silvia	IKK Südwest
Best, Dirk	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Biereigel, Anne-Katrin	BIG direkt gesund
Böntgen, Rolf-Dieter	BERGISCHE KRANKENKASSE
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
Büricke, Andrea	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Conrad, Holger	BAHN-BKK
Dethlefs, Roswitha	HEK – Hanseatische Krankenkasse
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
Eberle, Birgit	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Ermiler, Christian	BARMER
Gerken-Stüdemann, Martina	Handelskrankenkasse (hkk)
Haase, Frank	DAK-Gesundheit
Habenicht, Werner	BKK Technoform
Hartwig, Deno	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Huppertz, Claudia	Bahn BKK
Jacobsmeier, Regina	DAK-Gesundheit
Kappe, Angelika	AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
Katzer, Dietmar	BARMER
Klemens, Luise	DAK-Gesundheit
Knauer, Olaf	IKK – Die Innovationskasse
Kolbe, Daniela	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Kommer, Ewald	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Korschinsky, Ralf	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kreis, Wolfgang	AOK Baden-Württemberg
Luprich, Gabriele	WMF BKK
Markiwitz, Diana	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Moldenhauer, Klaus	BARMER
Niggemeyer, Lars	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Reinhold, Silke	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Rennebeck, Aline	KNAPPSCHAFT
Richter, Martina	BARMER
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Roth, Inge	BARMER

Schäffer, Lutz	AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
Schulz, Karin	BARMER
Schwarz, Klaus	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Skirlo, Katrin	AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse
Speckert, Sandra	Handelskrankenkasse (hkk)
Spille, Ralf	DAK-Gesundheit
Spiller, Robert	BARMER
Täfler, Regina	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Tiesmeyer, Petra	IKK classic
Unger, Anke	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Visarius, Dr. Jutta	DAK-Gesundheit
Wagner, Christine	mhplus Betriebskrankenkasse
Wiedemann, Andrea	BARMER
Witte, Michael	Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Wozniak, Linda	VIATIV Krankenkasse

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Albrecht, Verena	AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Benzmüller, Gerd	IKK Südwest
Bley, Alexander	Novitas BKK
Braach, Henner	SVLFG
Brea Salvago, Dr. Anika	BAHN-BKK
Christmann, Marcel	AOK Bremen/Bremerhaven
Cordes, Jens	IKK – Die Innovationskasse
Couturier, Anke	BKK Linde
Debler, Christiane	Techniker Krankenkasse
Dörr, Elisabeth	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse
Driescher, Doris	AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Faltz, Dr. Laura	BIG direkt gesund
Heß, Johannes	AOK NordWest – Die Gesundheitskasse
Kostetzko, Daniel	AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lotz, Anselm	IKK Brandenburg und Berlin
Meine, Hans-Ulrich	Betriebskrankenkasse Mobil
Neumeyer, Ronald-Mike	Handelskrankenkasse (hkk)
Picker, Dr. Claudia	Pronova BKK
Reß, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Runge, Uwe	IKK gesund plus
Schindeler, Lene	Techniker Krankenkasse
Schomburg, Uwe	AOK Sachsen-Anhalt – Die Gesundheitskasse
Strauss, Dr. Ursula	AOK Baden-Württemberg
Suter, Karen-Julia	Techniker Krankenkasse
Ukena, Holger	Handelskrankenkasse (hkk)
Wendt, Torsten	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

Stichtag: 17. Januar 2024

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats (3. Amtsperiode 2018–2023)

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. N. N. (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)
- N. N. (BKK)
- 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. N. N. (BKK)
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
Plaumann, Karl-Heinz (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Aichberger, Helmut (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Nimz, Torsten (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Lersmacher, Monika (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Tölle, Hartmut (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
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 Leitl/Ludger Hamers (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Breitenbach, Thomas (EK)
2. Meinecke, Christoph (AOK)
3. Söllner, Wolfgang (AOK)
4. N. N. (BKK)
5. Leitl, 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)
- N. N. (BKK)
- Lotz, Anselm (IKK)
- Empl, Martin (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

- Klemens, Luise (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Goswinkel, 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 2023

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats (4. Amtsperiode 2024–2029)

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Hans-Jürgen Müller/Peggy Wunderlich (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Thomas, Dr. Anne (EK)
2. Wunderlich, Peggy (AOK)
3. Heß, Johannes (AOK)
4. Braach, Henner (SVLFG)
5. Opritescu, Ute (BKK)
6. Wollseifer, Hans Peter (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

1. Märtens, Dieter F. (EK)
2. Fritz, Anke (EK)
3. Schöne-Plaumann, Dr. Elke (EK)
4. Schultze, Roland (EK)
5. Westphal, Vanessa (AOK)
6. Lambertin, Knut (AOK)
7. Müller, Hans-Jürgen (IKK)
8. Strobel, Andreas (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Debler, Christiane (EK)
- Christmann, Marcel (AOK)
- Meinecke, Christoph (AOK)
- Löhr, Ulrich (SVLFG)
- Mentz, Michaela (BKK)
- Cordes, Jens (IKK)
- Leitl, Robert (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- Schuder, Jürgen (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Johannides, Meinhard (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Roer, Albrecht (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Detlefs, Roswitha (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Treich, Lars-Christian (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Kuche, Ines (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Rennebeck, Aline (Kn)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Hamers, Ludger (BKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Tiesmeyer, Petra (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Ludger Hamers/Bernd Wegner (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Wegner, Bernd (EK)
2. Bauer, Karoline (AOK)
3. Ropertz, Wolfgang (AOK)
4. Reyher, Dietrich von (BKK)
5. Bode, Dr. Axel (BKK)
6. Benzmüller, Gerd (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

1. Roer, Albert (EK)
2. Witte, Michael (EK)
3. Stensitzky, Annette (EK)
4. Dreibusch, Bernd (AOK)
5. Kuche, Ines (AOK)
6. Treusch, Lars-Christian (AOK)
7. Baer, Detlef (IKK)
8. Hamers, Ludger (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Neumeyer, Ronald-Mike (EK)
- Wendt, Torsten (AOK)
- Meinecke, Christoph (AOK)
- Bley, Alexander (BKK)
- Cordes, Jens (IKK)
- Runge, Uwe (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- Aichberger, Helmut (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Date, Achmed (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Westphal, Vanessa (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Kolsch, Dieter (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Grabietz, Katharina (AOK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Brendel, Roland (BKK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Habenicht, Werner (BKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Berger, Silvia (IKK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Sylvi Krisch/Dietrich von Reyher (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Winkler, Walter (EK)
2. Parvanov, Ivor (AOK)
3. Ropertz, Wolfgang (AOK)
4. Christmann, Marcel (AOK)
5. Reyher, Dietrich von (BKK)
6. Cordes, Jens (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

1. Krisch, Sylvi (EK)
2. Kopmann, Carmen (EK)
3. Schlipf, Dr. Ingrid (EK)
4. Düring, Annette (AOK)
5. Grabietz, Katharina (AOK)
6. Treusch, Lars-Christian (AOK)
7. Schoch, Manfred (BKK)
8. Rennebeck, Aline (Kn)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Breitenbach, Thomas (EK)
- Wendt, Torsten (AOK)
- Heß, Johannes (AOK)
- Schomburg, Uwe (AOK)
- Mentz, Michaela (BKK)
- Couturier, Anke (BKK)
- Runge, Uwe (IKK)
- Wollseifer, Hans Peter (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- Haase, Frank (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Wiedemann, Andrea (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Fritz, Anke (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Firsching, Frank (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Kuche, Ines (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Dreisbusch, Bernd (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Wozniak, Linda (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Krause, Helmut (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Tiesmeyer, Petra (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Knut Lambertin/Ulrich Löhr (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Winkler, Walter (EK)
2. Avenarius, Friedrich (AOK)
3. Christmann, Marcel (AOK)
4. Mentz, Michaela (BKK)
5. Lotz, Anselm (IKK)
6. Löhr, Ulrich (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

1. Date, Achmed (EK)
2. Spiller, Robert (EK)
3. Johannides, Meinhard (EK)
4. Aichberger, Helmut (EK)
5. Lambertin, Knut (AOK)
6. Wiedemeyer, Susanne (AOK)
7. Brendel, Roland (BKK)
8. Dittke, Helmut (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Wegner, Bernd (EK)
- Schomburg, Uwe (AOK)
- Kostetzko, Daniel (AOK)
- Parvanov, Ivor (AOK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Benzmüller, Gerd (IKK)
- Leitl, Robert (IKK)
- Braach, Henner (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

- Breher, Wilhelm (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Fritz, Anke (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Kopmann, Carmen (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Speckert, Sandra (EK)
 4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Westphal, Vanessa (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Treusch, Lars-Christian (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Luprich, Gabriele (BKK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Krause, Helmut (IKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Straßburger, Frank Hermann (Kn)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen

Vorsitzende: Frank Hermann Straßburger/Robert Leitl (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

1. Breitenbach, Thomas (EK)
2. Meinecke, Christoph (AOK)
3. Vogler, Dr. Bernd (AOK)
4. Opritescu, Ute (BKK)
5. Leitl, Robert (IKK)
6. Löhr, Ulrich (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

1. Breher, Wilhelm (EK)
2. Johannides, Meinhard (EK)
3. Vieweger, Birgitt (EK)
4. Firsching, Frank (AOK)
5. Kolsch, Dieter (AOK)
6. Schoch, Manfred (BKK)
7. Knauer, Olaf (IKK)
8. Straßburger, Frank Hermann (Kn)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Winkler, Walter (EK)
- Wendt, Torsten (AOK)
- Reß, Wolfgang (AOK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Lotz, Anselm (IKK)
- Braach, Henner (SVLFG)

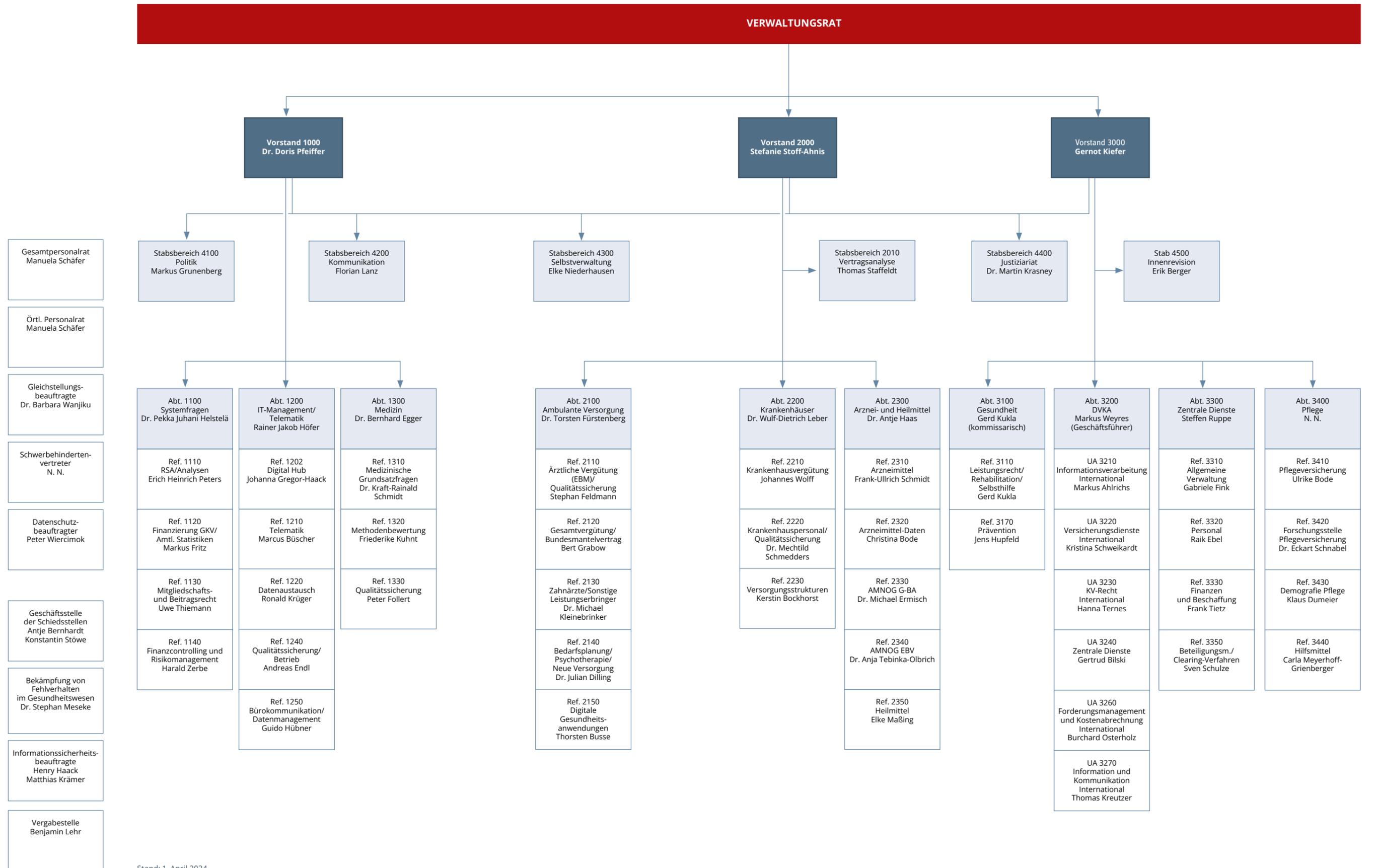
Versichertenvertreter/-innen

- Klemens, Luise (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Stensitzky, Annette (EK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Reinhold, Silke (EK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Ermler, Christian (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
Rennebeck, Aline (Kn)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Dittke, Helmut (IKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Strobel, Andreas (BKK)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

Kassenart	Ordentliches Mitglied	Stellvertretung
AOK	Stippler, Dr. Irmgard (AOK Bayern)	Teichert, Daniela (AOK Nordost)
	Ackermann, Tom (AOK NordWest)	Striebel, Rainer (AOK PLUS)
BKK	Demmler, Dr. Gertrud (SBK) (seit 01.07.2023 für Andrea Galle)	1. Stellvertretung Galle, Andrea (BKK mkk) (seit 01.07.2023 für Dr. Gertrud Demmler)
	Fuchs, Gerhard (Audi BKK)	2. Stellvertretung Stamm, Sabine (BERGISCHE KRANKENKASSE)
EK	Walkenhorst, Karen (TK)	1. Stellvertretung Kaiser, Lutz (Pronova BKK)
	Kafka, Torsten (HEK)	2. Stellvertretung Gerhardt, Jens (BMW BKK)
IKK	Hippler, Frank (IKK classic)	1. Stellvertretung Schwering, Simone (BARMER)
	Hillig, Ann (IKK gesund plus)	2. Stellvertretung Bodmer, Thomas (DAK-Gesundheit)
KNAPPSCHAFT	am Orde, Bettina	1. Stellvertretung Kaetsch, Peter (BIG direkt gesund)
SVLFG	Sehnert, Gerhard	2. Stellvertretung Loth, Prof. Dr. Jörg (IKK Südwest)
		keine Stellvertretung

Stichtag: 31. Dezember 2023



- Gesamtpersonalrat
Manuela Schäfer
- Örtl. Personalrat
Manuela Schäfer
- Gleichstellungsbeauftragte
Dr. Barbara Wanjiku
- Schwerbehindertenvertreter
N. N.
- Datenschutzbeauftragter
Peter Wiercimok
- Geschäftsstelle der Schiedsstellen
Antje Bernhardt
Konstantin Stöwe
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
Dr. Stephan Meseke
- Informationssicherheitsbeauftragte
Henry Haack
Matthias Krämer
- Vergabestelle
Benjamin Lehr

Publikationen

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
IGES Institut / Julia K. Wolff, Claudia Pflug, Deborah Meier, Paul Roll, Terese Dehl, Lennart Topalov, Hans-Dieter Nolting	Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Absatz 9 SGB XI. Evaluationsbericht im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.	Februar 2023
GKV-Spitzenverband	6. Bericht zur Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses gemäß § 139 Absatz 9 Satz 3 SGB V. Berichtszeitraum 01.03.2023–28.02.2023	März 2023
GKV-Spitzenverband	5. Bericht über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. Berichtszeitraum 01.03.2022–28.02.2023	Juni 2023
GKV-Spitzenverband	Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 9 SGB XI.	Juni 2023
GKV-Spitzenverband	Zehn-Punkte-Papier der GKV zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland.	Juni 2023
Die Nationale Präventionskonferenz (GKV-Spitzenverband, DGUV, SVLFG, DRV Bund sowie PKV-Verband)	Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Absatz 4 SGB V.	Juni 2023
GKV-Spitzenverband	Bedarfsgerechte Planung und Ausstattung von Integrierten Notfallzentren – Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes.	August 2023
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (Fassung vom 28.09.2023).	September 2023
GKV-Spitzenverband & MD Bund	Präventionsbericht 2023. Berichtsjahr 2022	November 2023
GKV-Spitzenverband	Reform des Rettungsdienstes – Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes.	November 2023
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Absatz 2 SGB V.	Dezember 2023
Clemens Tesch-Römer & Adelheid Kuhlmeiy	Gesundheitsverläufe im Alter – Wege in die Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Band 20), herausgegeben vom GKV-Spitzenverband	2023

Bildnachweis

- Titel: Bernie_Photo/iStock
- S. 7: Tom Maelsa/tommaelsa.com (2)
- S. 9: Tom Maelsa/tommaelsa.com (2), Florian Küttler <https://floriankuettler.de> (1)
- S. 15: Tom Maelsa/tommaelsa.com
- S. 22: Wavebreakmedia/iStock
- S. 32: SDI-Productions/iStock
- S. 37: David Petrus Ibars/iStock
- S. 45: Urbazone/iStock
- S. 53: Vladislav/iStock
- S. 62: gevende/iStock
- S. 66: CasaraGuru/iStock
- S. 68: Tom Maelsa/tommaelsa.com
- S. 69: Imyskin/iStock
- S. 75: Lord Henry Voton/iStock
- S. 78: Evelien Doosje/iStock
- S. 83: Marco Piunti/iStock
- S. 88: M. Dannel/BBGK
- S. 94: privat
- S. 95: HaveANiceDay/iStock
- S. 96: Tom Maelsa/tommaelsa.com

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
www.gkv-spitzenverband.de
X/Twitter: @GKV_SV



AB4

www.blauer-engel.de/uz195

Dieses Druckerzeugnis wurde mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

