



# Unser Plan für Reformen

Geschäftsbericht 2021



## **Impressum**

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

Telefon: 030 206288-0  
Telefax: 030 206288-88  
Email: [kontakt@gkv-spitzenverband.de](mailto:kontakt@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)  
Twitter: [@GKV\\_SV](https://twitter.com/GKV_SV)

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Nach § 217b Abs. 1 SGB V wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet, der von der Mitgliederversammlung gewählt wird. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht erfüllt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine satzungsgemäße Aufgabe, den Mitgliedern durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2021.

Redaktionsschluss: 07.04.2022  
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Elke Niederhausen,  
Verena Schröder (Bildredaktion), Klaus Meesters (verantwortlich)  
Koordination: René Kircher  
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH  
Druck: Senser Druck GmbH  
Fotonachweis auf Seite 127

Bestellnummer 2022-003

# **Unser Plan für Reformen**

Geschäftsbericht 2021

# Geschäftsbericht 2021

---

## Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden .....	6
Vorwort des Vorstandes .....	8
Moderne Versorgungsstrukturen und stabile Finanzen - Aufgaben für die Ampel .....	12
Bericht aus dem Verwaltungsrat .....	15

## Gremienarbeit

Wechsel an der Spitze des Verwaltungsrats .....	17
Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss .....	19
Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode .....	20

## Themen des Jahres

Finanzhilfen für Arzt- und Zahnarztpraxen .....	23
Sicherstellung der Krankenhaus-Versorgung .....	24
Absicherung von Impfungen und Testungen .....	28
Schutzschirm für die Pflege .....	30
Finanzieller Ausgleich für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen .....	32
GKV-Beitrag zur Entlastung der Wirtschaft in der Pandemie .....	33

Korrektur der vertragsärztlichen Vergütung .....	35
Verhandlung der ärztlichen Vergütung 2022 .....	37
Neue Leistungen in der Parodontitis-Behandlung .....	39
Stärkung der Versorgung von schwer psychisch Erkrankten .....	41

Keine Doppelfinanzierung von Krankenhausleistungen .....	44
Bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege .....	45
Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern .....	46

Reformen in der Pflege .....	49
Neues Personalbemessungsinstrument .....	51
Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte .....	53
Forschung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung .....	54
Herausforderungen für die soziale Pflegeversicherung .....	56

Bundeseinheitliche Regelungen für Heilmittel .....	58
AMNOG-Bilanz 2021 .....	60
Deckelung der Arzneimittelpreise nach Patentschutz .....	62
Preisvorschriften für Apotheken .....	63
Zukunftssichere Arzneimittelversorgung .....	64

Ausbau und Zukunft der Telematikinfrastruktur .....	67
Fortschritte in der Digitalisierung der Versorgung .....	69
Neue GKV-Leistung Digitale Gesundheitsanwendungen .....	71
Versorgungsangebot Digitale Pflegeanwendung .....	74
Neuordnung der Datentransparenz .....	75
Positionen zur Weiterentwicklung eines digitalen Gesundheitswesens .....	76

---

Innovationen in der Hilfsmittelversorgung .....	79
Höhere Transparenz über Mehrkosten für Hilfsmittel .....	81
Stärkung psychosozialer Gesundheit .....	83
Mehr gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in der Prävention .....	84
Rückhalt für die Selbstverwaltung durch Bundessozialgericht .....	85
Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung .....	88
Qualitätsvorgaben für die häusliche Krankenpflege .....	90
Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden .....	91
Zusammenführung von Krebsregisterdaten .....	92
Sechs Jahre Innovationsfonds .....	93
Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	95
GKV-Finanzen vorläufig stabilisiert .....	98
EU-Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien .....	104
Sicherer europäischer Datenraum .....	105
Krebsbekämpfung in Europa .....	106
Internationaler Austausch in Pandemiezeiten .....	107
Digitalisierung der grenzüberschreitenden Kostenabrechnung .....	108
Kommunikationsschwerpunkte 2021 .....	109
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes .....	110
<b>Anhang</b>	
Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2021 .....	112
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes .....	114
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes .....	116
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats .....	118
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses .....	123
Publikationen .....	126
Fotonachweis .....	127

# Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Beginn der Corona-Pandemie vor über zwei Jahren haben die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) alle Anstrengungen darauf ausgerichtet, ihren 73 Mio. Versicherten weiterhin eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Auf Grundlage ihrer bestehenden Gestaltungskompetenzen hat die Selbstverwaltung auf die veränderten Rahmenbedingungen und Anforderungen reagiert. Für die verschiedenen Versorgungsbereiche wurden flexible und sachgerechte Sonderregelungen gefunden.

Das subsidiär ausgerichtete Gesundheitswesen hat sich als gesamtgesellschaftlicher Stabilitätsfaktor auch in Krisenzeiten bewährt. Die Pandemie unterstreicht damit sowohl die Leistungsfähigkeit von GKV und SPV als auch die Bedeutung der sozialen und der gemeinsamen Selbstverwaltung. Unabhängig davon ist es notwendig, dass die Rechte der Selbstverwaltung gestärkt werden. Mittelfristig bedarf es zudem weitergehender Reformen, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für den Fall weiterer Krisen robust auszugestalten.

Darüber hinaus ergeben sich in dieser Legislaturperiode weitere wesentliche Herausforderungen, die pandemiebedingt zuletzt hintangestellt wurden. Diese betreffen u. a. die notwendige Modernisierung der Versorgungsstrukturen, eine bessere Versorgungsqualität, eine Entlastung von Pflegebedürftigen und Pflegekräften sowie eine nachhaltige Finanzierung von Gesundheit und Pflege. Aufgrund des immer drängenderen Handlungsbedarfs, der nicht nur aus der Pandemie, sondern auch aus teuren Reformen der vergangenen Legislaturperiode resultiert, müssen diese Aufgaben zeitnah angegangen werden.

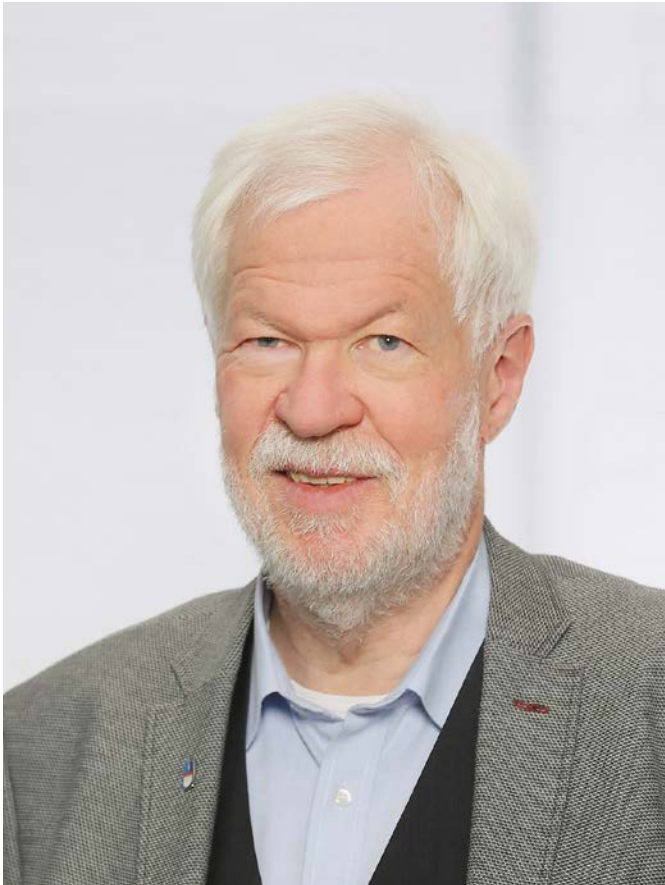
Hierfür hält der neue Koalitionsvertrag viele richtige und wegweisende Ansätze bereit, mit denen die Rahmenbedingungen für Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftige und deren Angehörige verbessert werden. Von großer Bedeutung wird es sein, für eine nachhaltig stabile Finanzsituation zu sorgen. Ein zentrales Anliegen des GKV-Spitzenverbandes ist es hierbei, dass insbesondere Leistungskürzungen und weitere Beitragsbelastungen ausgeschlossen werden.

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat unmittelbar vor der Bundestagswahl 2021 ein umfassendes Positionspapier zu allen Leistungsbereichen der GKV und der SPV beschlossen. Auf dieser Grundlage wird sich die Selbstverwaltung weiterhin engagiert mit konkreten Vorschlägen und Lösungen für eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung in die gesundheits- und pflegepolitische Debatte einbringen.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dr. Volker Hansen

  
Uwe Klemens



## Vorwort des Vorstandes

---



Liebe Leserinnen und Leser,

ein aus gesundheits- und pflegepolitischer Sicht turbulentes und weithin durch die Corona-Pandemie geprägtes Jahr 2021 liegt hinter uns. Die Stabilisierung der Versorgungsstrukturen hatte durch das Pandemiegeschehen nach wie vor oberste Priorität für die Politik, den GKV-Spitzenverband und seine Mitgliedskassen. Wichtige Weichen stellten zudem die Bundestagswahl und die Regierungsbildung, an deren Ende auf Bundesebene erstmals ein Ampel-Bündnis aus SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und FDP steht.

Abseits des akuten Pandemie-Managements sind die Aufgaben der neuen Regierung in der Gesundheits- und Pflegepolitik herausfordernd. Hoffnungsvoll stimmt, dass wichtige Reformthemen wie die Gestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen sowie deren Finanzierung im Koalitionsvertrag benannt sind. Auch das Bekenntnis zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege ist richtig.

Die Krankenkassen haben in den letzten Jahren diese Entwicklung konstruktiv begleitet und im Sinne der Patientinnen, Patienten und Versicherten mitgestaltet.

Die politisch Verantwortlichen sind gefordert, einen verlässlichen Finanzrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung und damit für 90 Prozent der Bevölkerung zu schaffen. Die Pandemie hat hier deutliche Spuren hinterlassen, auch wenn der GKV-Spitzenverband sich wiederholt erfolgreich für eine sachgerechte Steuerfinanzierung der Pandemiekosten eingesetzt hat. Die Rückkehr zu soliden Finanzen muss die Einnahmen- wie die Ausgabenseite gleichermaßen in den Blick nehmen. Während einnahmeseitig bereits richtige Schritte im Koalitionsvertrag vorgesehen sind, bestehen im Ausgabenbereich erhebliche Unsicherheiten, weil kaum konkrete Maßnahmen benannt sind und einige Vorhaben zusätzliche Ausgabenwirkung entfalten werden.



Ein deutliches Signal für stabile Finanzen ist auch in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Das Finanzloch im Jahr 2021 konnte nur durch die somit inzwischen verbrauchten Rücklagen ausgeglichen werden. Für das Jahr 2022 besteht nun dringender Handlungsbedarf. Mittelfristig ist eine tragfähige Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung notwendig, die Mehrkosten nicht allein den Beitragszahlenden und Pflegebedürftigen aufbürdet. Bundesmittel für versicherungsfremde Leistungen und die vorgesehenen Entlastungsmaßnahmen sind erste Schritte in die richtige Richtung, denen weitere folgen müssen.

Eine Herkulesaufgabe wird in dieser Legislaturperiode die längst überfällige Reform der Krankenhauslandschaft sein. Der pandemiebedingte Fokus auf die Krankenhäuser darf hierbei nicht zu einer weiteren Zementierung der reformbedürftigen Strukturen verleiten. Eine Neuordnung muss darauf abzielen, ein ausgewogenes Verhältnis

zwischen bedarfsgerechter Grundversorgung auf der einen Seite sowie Spezialisierung und Konzentration bestimmter Leistungen mit hoher Qualität auf der anderen Seite sicherzustellen.

Diese und weitere richtungsweisende Modernisierungsschritte müssen nun zügig eingeleitet werden, damit unser Gesundheitswesen und die Pflege zukunftsfest gestaltet und reformiert werden. Die dafür notwendigen Grundlagen zur Weiterentwicklung einer hochwertigen und finanzierbaren gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes in seinen Positionen für diese Legislaturperiode beschrieben. Mit diesen werden wir uns konstruktiv in den politischen Diskurs über den Reformbedarf und die gesetzliche Umsetzung einbringen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre mit unserem Geschäftsbericht 2021.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstandes



Gernot Kiefer  
Stellvertretender Vorsitzender des  
Vorstandes



Stefanie Stoff-Ahnis  
Mitglied des Vorstandes



ografie



# Moderne Versorgungsstrukturen und stabile Finanzen – Aufgaben für die Ampel

Für das Gesundheitswesen sind nach der hoffentlich bald auslaufenden Corona-Pandemie gewaltige Herausforderungen absehbar. Die tragenden Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Kranken- und Pflegekassen in der Lage waren und sind, auch kurzfristige Herausforderungen im Rahmen von Krisensituationen zu meistern.

## **GKV-Finanzen nachhaltig stabilisieren**

Allerdings hat die Pandemie ihre Spuren hinterlassen. Sie hat bereits zuvor bestehende Defizite offengelegt und teilweise erheblich verstärkt. Dringend notwendig sind vor allem vernetzte und digital beschleunigte Versorgungsstrukturen sowie eine an Qualität und Bedarf orientierte Krankenhausfinanzierung. Vor allem braucht es aber

Ideen und Mut, um zu langfristig tragfähigen Lösungen für die Finanzierung der GKV zu kommen. Im Wesentlichen geht es darum, die solidarische und beitragsbasierte Finanzierung beizubehalten und die GKV wieder von Konjunkturzyklen und kurzatmigen Steuer-Rettungsplänen unabhängig zu machen. Der Ampel-Regierung

sollte aber klar sein, dass die GKV-Finanzen nicht allein auf der Einnahmenseite in den Griff zu bekommen sind, sondern gleichzeitig durch Effizienzverbesserungen und Strukturreformen auf der Ausgabenseite begleitet werden müssen. Dabei muss die expansive Ausgabenpolitik der letzten Jahre beendet und Leistungskürzungen für die Versicherten müssen verhindert werden.

Während für das Jahr 2022 noch von stabilen Beiträgen auszugehen ist, sieht dies ab dem Jahr 2023 ganz anders aus. Um über das Jahr 2022 hinaus Stabilität zu gewährleisten, müssen bereits jetzt die gesetzgeberischen Weichen gestellt werden. Im Koalitionsvertrag sind hierfür wichtige Stellschrauben auf der Einnahmenseite genannt, allen voran die vorgesehenen höheren Beiträge

für die Beziehenden von Arbeitslosengeld II. Hier muss der Bund eine auskömmliche Finanzierung in Höhe von rd. 10 Mrd. Euro sicherstellen und damit die Übertragung des Arbeitsmarktrisikos vom Staat auf die Krankenkassen beenden.

## **Bund und Länder müssen Finanzierungsverantwortung übernehmen**

Im Koalitionsvertrag hätte sich der GKV-Spitzenverband weitere klare Aussagen zu einer sachgerechten Aufteilung der Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung zwischen Beitrags- und Steuerzahlenden gewünscht. So findet seit Jahren mit steigender Tendenz eine „Ausfallfinanzierung“ für unzureichende Krankenhausinvestitionen der Länder durch die Krankenkassen über die DRG-Vergütung statt. Die Maßnahmen aus dem Koalitionsvertrag werden ausgabenseitig zu weiteren Kostensteigerungen führen, denen aktuell noch keine Gegenfinanzierung gegenübersteht. Bereits jetzt kann festgestellt werden, dass die einnahmenseitigen Maßnahmen nicht ausreichen werden, den Wegfall des ergänzenden Bundeszuschusses aus dem Jahr 2022 in Höhe von 14 Mrd. Euro und eine auf die Krankenkassen zukommende vollständige pauschalierte Übernahme der medizinischen Behandlungskosten in Höhe von bis zu 3 Mrd. Euro zur finanziellen Entlastung der sozialen Pflegeversicherung (SPV) aufzufangen.

## **Arzneimittelmarkt reformieren**

Positiv zu sehen ist die im Koalitionsvertrag beschriebene Arzneimittelmarktreform, die die Rückwirkung der Erstattungsbeträge ab dem siebten Monat für neue patentgeschützte Arzneimittel sowie eine Verlängerung des Preismoratoriums über das Jahr 2022 hinaus vorsieht. Gleichzeitig ist es bedauerlich, dass die diskutierte Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel im Koalitionsvertrag nicht verankert ist. Dies hätte einen wesentlichen Entlastungseffekt von bis zu 6 Mrd. Euro gebracht und damit lebenswichtige Medikamente steuerlich den Grundnahrungsmitteln gleichgestellt. Die Anwendung des ermäßigten Steuersatzes auf Arzneimittel ist auch europarechtskonform.

**Im Wesentlichen geht es darum, die solidarische und beitragsbasierte Finanzierung beizubehalten und die GKV von Konjunkturzyklen und kurzatmigen Steuer-Rettungsplänen unabhängig zu machen.**

### **Sektorenübergreifende Versorgung**

Im Koalitionsvertrag finden sich gute Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der Versorgungsprozesse, u. a. eine verstärkte Ambulantisierung im stationären Bereich oder die Forcierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Notwendig ist auch die geplante Reform der Notfallversorgung, die in enger Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern in integrierten Notfallzentren zu gestalten ist.

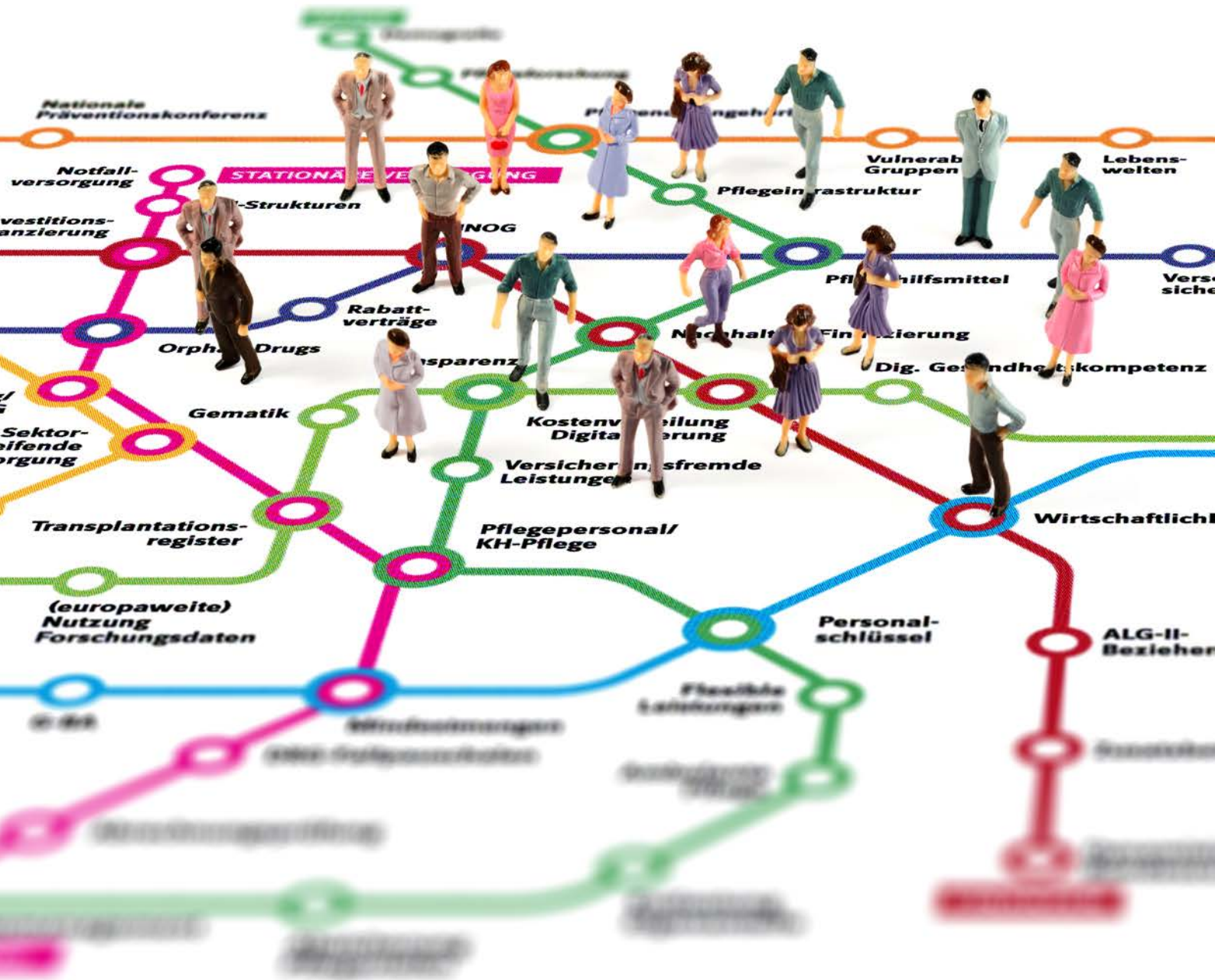
### **Krankenhausfinanzierung weiterentwickeln**

Klarere Aussagen hätte sich der GKV-Spitzenverband zu einer Krankenhausreform gewünscht, wenngleich das Bemühen zum Abbau des Reformstaus erkennbar wird. Die DRG-Vergütung wird nicht grundsätzlich zur Disposition gestellt, sondern sinnvollerweise durch eine Vorhaltekomponekte ergänzt. Eine Orientierung an einer qualitätsorientierten Vergütung wird allerdings ausgeblendet. Eine Regierungskommission soll darüber hinaus Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung unterbreiten – hoffentlich kein Hinweis auf langwierige Beratungen.

### **Pflegeversicherung stärken**

In der SPV sollen versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige und die pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln finanziert werden, so wie der GKV-Spitzenverband es gefordert hatte. Positiv ist zudem, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen durch eine Herausnahme der Ausbildungskostenumlage reduziert werden sollen. Die vorgesehene Flexibilisierung und Dynamisierung von Leistungen sowie die Entlastung von Angehörigen durch eine Reihe von Maßnahmen sind wichtig und richtig. Während die SPV 2021 gerade noch auf eine schwarze Null kam, läuft sie in diesem Jahr, wenn weitere Maßnahmen ausbleiben, in ein Minus von rd. 3,4 Mrd. Euro. Die Ampel-Koalition muss handeln und hat deshalb im Koalitionsvertrag bereits eine Beitragserhöhung angekündigt.

**Während die SPV 2021 gerade noch auf eine schwarze Null kam, läuft sie in diesem Jahr, wenn weitere Maßnahmen ausbleiben, in ein Minus von rd. 3,4 Mrd. Euro.**



# Bericht aus dem Verwaltungsrat

Auch im Berichtsjahr 2021 standen die Beratungen des Verwaltungsrats und seiner Fachausschüsse im Zeichen der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Selbstverwaltung bewies mit den von ihr ergriffenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung auch in Krisenzeiten einmal mehr ihre Handlungsfähigkeit. Sie bleibt auch in Zukunft ein unverzichtbarer Akteur im Gesundheitswesen. Die zentrale Rolle der Selbstverwaltung unterstrich nicht zuletzt das Bundessozialgericht (BSG) mit einem denkwürdigen Urteil im Mai 2021. Aufgabe der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sei es, die Interessen der Beitragszahlenden zu vertreten. Vom Gesetzgeber erzwungene Zahlungen der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erklärte das Gericht für verfassungswidrig. Die vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2016 initiierte Klage gegen die aufsichtsrechtliche Maßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit wurde damit nach vielen Jahren erfolgreich zum Abschluss gebracht. Der Gesetzgeber ist darüber hinaus gefordert, die Selbstverwaltung auf ein solides Fundament zu stellen und die massive Beschneidung ihrer Rechte in der Vergangenheit zurückzunehmen.

## Konsequenzen aus dem BSG-Urteil

Das BSG-Urteil und die daraus zu ziehenden Konsequenzen standen im zweiten Halbjahr 2021 im Mittelpunkt der Gremienberatungen. Der Verwaltungsrat und die damit befassten Fachausschüsse betonten in ihren Beratungen, dass die Stärkung des kassenartenübergreifenden Engagements in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen des GKV-Bündnisses für Gesundheit weiterhin als Ziel verfolgt werden soll – allerdings in selbstgesteuerten Strukturen, ohne Beteiligung der BZgA. Zum weiteren Umgang des GKV-Spitzenverbandes mit der noch gültigen Gesetzesnorm wurden Eckpunkte als Grundlage für eine Änderungsvereinbarung mit der BZgA beschlossen und erfolgreich umgesetzt.

## Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode

Das Corona-Infektionsgeschehen hat trotz erfolgreicher Bewältigung durch das selbstverwaltete Gesundheitswesen die bestehenden Versorgungsdefizite offenkundig aufgezeigt. Die Erfahrungen aus der Pandemie sollten in die Überlegungen zur Reform der GKV und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) einfließen, um künftigen Herausforderungen besser gerecht werden zu können.

Seine Vorschläge adressierte der

Verwaltungsrat im Positionspapier für die neue Legislaturperiode deutlich an die Politik, konkrete Handlungsbedarfe in allen Versorgungsbereichen werden aufgezeigt. Eine Forderung ist zudem, die GKV-

Finanzierung langfristig zu stabilisieren und die Finanzverantwortung für pandemiebedingte oder versicherungsfremde Aufgaben klar zuzuordnen. In der SPV ist eine langfristige solide Absicherung des Pflegerisikos notwendig. Auch hierzu wurden konkrete Lösungsoptionen erarbeitet. Die Forderung nach der Stärkung der Selbstverwaltung wurde darüber hinaus klar formuliert. Im Vorfeld der Beratungen zum Positionspapier hat der Verwaltungsrat auf Empfehlung seiner Fachausschüsse Positionen zu Reformnotwendigkeiten in einzelnen Versorgungsbereichen verabschiedet, deren Inhalte in das Positionspapier für die 20. Legislaturperiode eingeflossen sind. Wesentliche Forderungen im Positionspapier, das im Vorfeld der Bundestagswahl an die Politik gerichtet wurde, haben die Vereinbarungen zu Gesundheit und Pflege im Koalitionsvertrag beeinflusst.

**Der Gesetzgeber ist gefordert, die Selbstverwaltung auf ein solides Fundament zu stellen und die massive Beschneidung ihrer Rechte in der Vergangenheit zurückzunehmen.**

## Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Mit seinem Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege vom Frühjahr 2021 machte der Verwaltungsrat deutlich, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens einerseits große Chancen bietet, bei den bereits durch den Gesetzgeber eingeleiteten Schritten andererseits aber erhebliches Optimierungspotenzial besteht.

**Der Verwaltungsrat fordert eine gerechte Lastenverteilung zwischen allen beteiligten Akteuren, die von der Digitalisierung profitieren.**

In dem Positionspapier werden im Detail die Defizite und der Weiterentwicklungsbedarf bei den systemischen Voraussetzungen, beim Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung und bei der konkreten Anwendung in der Praxis aufgezeigt sowie konkrete gesetzliche Änderungen gefordert. Kritisch wird die derzeitige Finanzierung der

Digitalisierung gesehen, die zu großen Teilen durch die GKV-Beitragszahlenden geleistet wird. Hier fordert der Verwaltungsrat eine gerechte Lastenverteilung zwischen

allen beteiligten Akteuren, die von der Digitalisierung profitieren. Kritisch wird auch die Art und Weise der Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) gesehen. Die fehlende medizinische Nutzenbewertung und die Preisfestlegung durch die Hersteller im ersten Jahr stellen sowohl den Mehrwert für die Versicherten als auch die Wirtschaftlichkeit der DiGA infrage. Nicht zuletzt wird in dem Positionspapier kritisiert, dass Entscheidungsbefugnisse auch in diesem Themenfeld zunehmend auf staatliche Einrichtungen übertragen werden und die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung geschwächt wird.

**Positionspapier zu patentgeschützten Arzneimitteln**

Die rasante Preisentwicklung insbesondere bei neuen patentgeschützten Arzneimitteln, die fast die Hälfte der Arzneimittelausgaben der GKV ausmachen, hat den Verwaltungsrat zu einer grundsätzlichen Positionierung in diesem Versorgungsfeld veranlasst. Angesichts beschleunigter Zulassungsverfahren durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) ist zum Zeitpunkt der Einführung für eine steigende Anzahl von Arzneimitteln die Wirksamkeit und Sicherheit für die Patientinnen und Patienten noch nicht ausreichend nachgewiesen. Diese Entwicklung kritisiert der Verwaltungsrat mit seinem Positionspapier „Echte Arzneimittelinnovationen fördern und die Versorgung stärken“ und beschreibt erforderliche Steuerungsmaßnahmen, um die Finanzierbarkeit und qualitätsvolle Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland sicherzustellen. Im Mittelpunkt des Positionspapiers stehen die Weiterentwicklung des bewährten AMNOG-Verfahrens, die Anpassung des Schnellzulassungsverfahrens der EMA zugunsten reiferer Zulassungsdaten und eine solide Preisbildung bei Arzneimittelinnovationen.



# Wechsel an der Spitze des Verwaltungsrats

Sein Name ist ein Synonym für Kontinuität: Nach fast 15 Jahren verabschiedete sich Dr. Volker Hansen (AOK) Ende 2021 als Mitglied und alternierender Vorsitzender aus dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Seit Mai 2007 hatte der promovierte Diplom-Volkswirt den Vorsitz als Arbeitgebervertreter im jährlichen Wechsel mit dem Vertreter der Versichertenseite, zunächst mit Willi Budde (BKK) und ab 2010 mit Christian Zahn (EK), inne. Mehr als fünf Jahre stand er zuletzt gemeinsam mit Uwe Klemens (EK) an der Spitze des Verwaltungsrats.

## Vorsitzender der ersten Stunde

Volker Hansen war bereits in der Gründungsphase eine der prägenden Figuren im Gefüge des GKV-Spitzenverbandes. Er gehörte im Frühjahr 2007 dem Errichtungsbeirat an, in dem die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen innerhalb von nur drei Monaten die Weichen stellten für die Gründung des neuen Verbandes als gemeinsame gesetzliche Vertretung aller Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene. Als am 1. Juli 2007 Dr. Doris Pfeiffer als erstes Mitglied des Vorstandes ihr Amt antrat, war der GKV-Spitzenverband gegründet und der gesetzliche Errichtungsauftrag erfüllt – ein neues Kapitel in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begann. Dr. Volker Hansen hatte in der folgenden Zeit großen Anteil daran, dass der GKV-Spitzenverband sich als engagierter Gestalter im Gesundheitswesen zügig etablierte und seine Position als einer der zentralen Akteure der Gesundheitsversorgung auf Bundesebene festigte.

„Mit einer Stimme für die GKV“ – mit diesem Anspruch verknüpfte Dr. Volker Hansen sein Mandat wie auch seine Verantwortung als exponierter Vertreter der sozialen Selbstverwaltung und vermittelte ihn in alle Richtungen. Sein Engagement war ein wesentlicher Beitrag dazu, dass sich, über die Kassenartengrenzen hinweg, zwischen den Gruppen im Verwaltungsrat wie auch zwischen Ehren- und Hauptamt schon bald nach der Errichtung eine vertrauensvolle und transparente Zusammenarbeit einstellte. Sie hat auch nach ein-

einhalb Jahrzehnten Bestand und ist eine starke, verlässliche Basis für den GKV-Spitzenverband, um als konstruktiver wie kritischer Begleiter der Gesundheitspolitik den Belangen der Versicherten sowie der Beitragszahlenden der GKV Geltung zu verschaffen.

Die Amtszeit von Dr. Volker Hansen war angesichts der breit gefächerten Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes durchweg von vielschichtigen Themen zur Gestaltung des hochkomplexen Systems der Gesundheitsversorgung in Deutschland gekennzeichnet. Zu den

Kernanliegen der Selbstverwaltung gehörte es von Beginn an auch, eine verantwortungsvolle Ressourcenbereitstellung für den Verband in Anbetracht seiner stetig wachsenden Aufgaben zu steuern. In den letzten zwei Jahren bestimmte die Corona-Pandemie mit ihren zahlreichen Auswirkungen und Erfordernissen weitgehend die Agenda.

## Vehementer Streiter für die Selbstverwaltung

Sein ehrenamtliches Wirken verband der langjährige Abteilungsleiter Soziale Sicherung bei der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) mit hoher Professionalität, Gelassenheit und Souveränität. Gegen immer wieder auftretende politische Bestrebungen, die Selbstverwaltung in ihren Rechten massiv einzuschränken, trat Volker Hansen gemeinsam mit seinen Co-Vorsitzenden von der Versichertenseite, zuletzt Uwe Klemens, und allen Mitgliedern des Verwaltungsrats vehement ein. Soziale Selbstverwaltung, staatsfern und autonom, war und ist für ihn gelebte Sozialpartnerschaft in gemeinsamer Verantwortung für Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Es seien viele Ziele und Meilensteine erreicht worden, blickte Dr. Volker Hansen nach der letztmalig von ihm geleiteten Sitzung des Verwaltungsrats im Dezember 2021 zurück. Eindrückliches Beispiel sei aktuell der Koalitionsvertrag der neuen Regierung,

**„Mit einer Stimme für die GKV“ – mit diesem Anspruch verknüpfte Dr. Volker Hansen sein Mandat.**

der im gesundheits- und pflegepolitischen Teil viele Positionen und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes reflektiere. Ein herausragender Erfolg sei das Urteil des Bundessozialgerichts zur Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, mit dem die Autonomie der Selbstverwaltung richtungsweisend gestärkt worden sei. Teil der Bilanz sei es aber auch, dass GKV und soziale Selbstverwaltung – gerade in den letzten Jahren – tiefgreifende Einschnitte hätten

**Mit dem Urteil des Bundessozialgerichts zur Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wurde die Autonomie der Selbstverwaltung richtungsweisend gestärkt.**

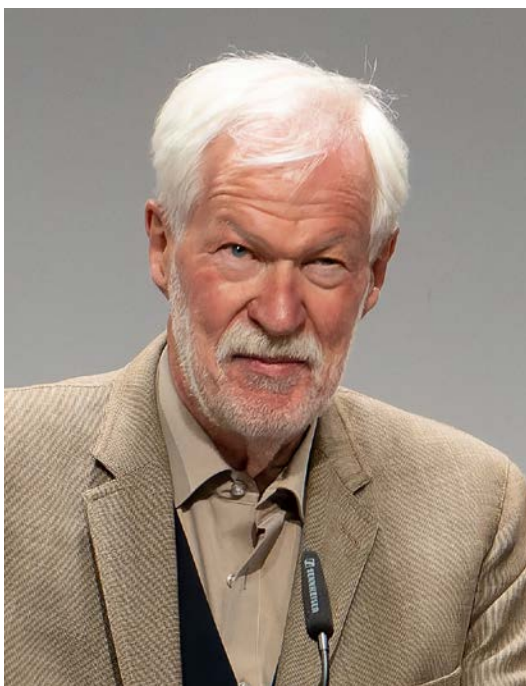
hinnehmen müssen. Sein Amt habe ihm dennoch ausnahmslos große Freude bereitet, unterstrich Dr. Volker Hansen; es sei mit vielen bereichernden Begegnungen, Gesprä-

chen und Diskussionen verbunden gewesen. Das Zusammenwirken von ehren- und hauptamtlich Handelnden als gut funktionierende Symbiose sei aus seiner Sicht eine unverzichtbare Grundlage gewesen. Im Mittelpunkt hätten über alle Ebenen hinweg der Austausch und das gemeinsame Ringen um den richtigen Weg für die GKV und die soziale Pflegeversicherung gestanden.

Er freue sich nun auf Entspannung und mehr Raum für persönliche Interessen ohne eng getaktete Sitzungstermine mit anspruchsvollen Tagesordnungen. Für die Zukunft der GKV wünscht er sich politische Weichenstellungen, die auf Nachhaltigkeit und Augenmaß beruhen. Der sozialen Selbstverwaltung wünscht er nach den Einschnitten der Vergangenheit eine Ausweitung ihrer Mitbestimmungs- und Gestaltungsrechte, die als Ausdruck gelebter Demokratie ihrer Bedeutung für das deutsche Gesundheitssystem angemessen Rechnung trägt.

#### **Nachfolgerin Dr. Susanne Wagenmann**

Zur Nachfolgerin von Dr. Volker Hansen wählte der Verwaltungsrat am 23. März 2022 die Diplom-Volkswirtin Dr. Susanne Wagenmann. Frau Dr. Wagenmann ist Arbeitgebervertreterin im Verwaltungsrat der AOK Nordost an. Seit November 2020 leitet sie die Abteilung Soziale Sicherung bei der BDA.



# Bericht aus dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss

Im Jahr 2020 wurde per Gesetz beim GKV-Spitzenverband mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss (LKA) ein neues Gremium geschaffen. Ihm gehören hauptamtliche Vorstandsmitglieder der Krankenkassen an, die ihre jeweilige Kassenart vertreten. Das neue Gremium stellt den kontinuierlichen Informationsfluss zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Mitglieds-kassen sicher und schafft eine organisatorische Verbindung zwischen operativem Geschäft – auf der Ebene der Mitglieds-kassen bzw. ihrer Verbände – und der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben – unter dem Dach des GKV-Spitzenverbandes.

## Schnelle Reaktion auf Pandemiegeschehen

Noch während der Etablierung 2020 mussten mit der ersten Welle der Corona-Pandemie wichtige gesundheits- und pflegepolitische Weichen gestellt und innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung kurzfristig abgestimmt werden. Auch im Jahr 2021 mit einem weiterhin dynamischen Pandemieverlauf konnte der GKV-Spitzenverband notwendige Regelungen in ständiger Rückkopplung mit dem LKA treffen. Dieser wird regelhaft im Vorfeld der Vorstandssitzungen zu Sachverhalten mit Versorgungsbezug eingebunden. Die zu treffenden Entscheidungen werden von der Fachebene des GKV-Spitzenverbandes unter Einbeziehung der Mitglieds-kassen und deren Verbänden beraten und vorbereitet.

## Digitale Versorgungsangebote im Interesse der Versicherten

Neben dem Pandemiegeschehen war 2021 auch die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ein zentrales Thema im LKA. Insbesondere die Digitalisierung und die Rolle der Krankenkassen dabei wurden intensiv beraten. Aus der Digitalgesetzgebung der 19. Legislaturperiode resultieren zahlreiche Umsetzungsaufgaben, die wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und die elektronische Patientenakte in den Verantwortungsbereich der Krankenkassen fallen. Im LKA wurde das weitere Vorgehen dazu abgestimmt. Gemeinsames

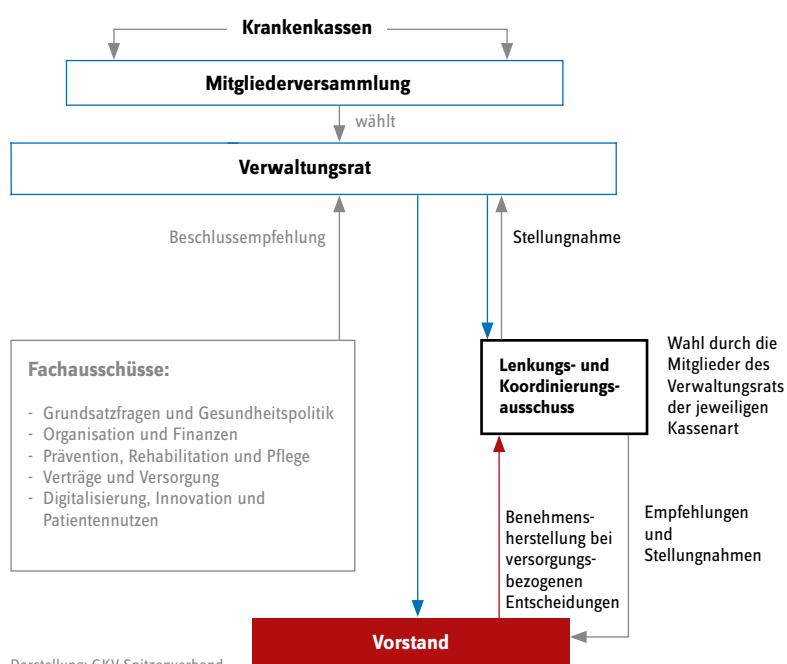
Ziel ist es, die Digitalisierungspotenziale in der Versorgung schnellstmöglich im Interesse der 73 Mio. gesetzlich Versicherten zu heben. Aufgrund der Nähe der Krankenkassen zu ihren Versicherten sollten diese auch die Versichertenkommunikation verantworten. Die Aufgabenerweiterung der gematik über deren technische Kernkompetenz bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur hinaus lehnt der LKA ab.

**Gemeinsames Ziel ist es, die Digitalisierungspotenziale in der Versorgung schnellstmöglich im Interesse der 73 Mio. gesetzlich Versicherten zu heben.**

## Gemeinsam neue Weichen stellen

Auch mit Blick auf die in der neuen Legislaturperiode zu erwartenden gesundheits- und pflegepolitischen Weichenstellungen sowie Herausforderungen wird die Anbindung der Mitglieds-kassen auch über den LKA für den GKV-Spitzenverband entscheidend sein, um tragfähige Lösungen für Versorgungsverbesserungen abzustimmen und gemeinsam an die politisch Verantwortlichen zu adressieren.

Der Lenkungs- und Koordinierungsausschuss in der Struktur des GKV-Spitzenverbandes



# Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode

---

Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes hat im Juni 2021 ein Positionspapier für die 20. Legislaturperiode 2021-2025 beschlossen. Mit der Zielsetzung, eine qualitativ hochwertige und bezahlbare gesundheitliche und pflegerische Versorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln, finden sich darin Vorschläge und Lösungen für das breite Spektrum der Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV).

## **Lehren aus der Corona-Pandemie ziehen**

Zentrale Handlungserfordernisse ergeben sich aufgrund der Corona-Pandemie. Seit Pandemiebeginn hat sich eindrucksvoll gezeigt, dass Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich auch in Krisenzeiten auf

eine bedarfsgerechte Versorgung verlassen können.

Das selbstverwaltete Gesundheitswesen hat sich in der Krise als gesamtgesellschaftlicher Stabilitäts-

faktor erwiesen. In der neuen Legislaturperiode sind die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie auszuwerten und Lehren für die Zukunft zu ziehen. Zugleich ist der bereits vor Pandemiebeginn bestehende Handlungsbedarf mehr als deutlich geworden.

**Strukturelle Veränderungen müssen dringend angegangen werden, um die Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten zu beseitigen.**

## **Strukturelle Probleme angehen**

Das Positionspapier zeigt wesentliche gesetzgeberische Weiterentwicklungsnotwendigkeiten auf, die unabhängig von der Pandemie bestehen. Strukturelle Veränderungen müssen dringend angegangen werden, um die grundlegenden Probleme im Zusammenhang mit der Unter-, Über- oder Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten zu beseitigen. Insbesondere sind die stationäre und ambulante Versorgung weiterzuentwickeln, um eine stärkere Spezialisierung, Kooperation und Zielgruppenorientierung zu ermöglichen. Im Rahmen einer an der Bevölkerungsstruktur orientierten Planung der Versorgungsstrukturen sind gestufte und vernetzte Behandlungsstrukturen zu stärken. Zudem muss die Qualität der gesundheitlichen Versorgung einen größeren Stellenwert bei der Planung und Vergütung erhalten.

## **Finanzierung stabil und nachhaltig gestalten**

Angesichts der nicht zuletzt pandemiebedingt veränderten Finanzsituation der GKV braucht es dringend eine nachhaltige und aufgabengerechte Finanzierung. Auch künftig muss die Beitragsfinanzierung als zentrales Strukturelement aufrechterhalten werden. Handlungsbedarf besteht deshalb vor allem hinsichtlich einer Dynamisierung der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen und eines angemessenen Beitragsniveaus für versicherungspflichtige ALG II-Beziehende. Für eine Stabilisierung der Finanzen sind auch Effizienzsteigerungen auf der Ausgabenseite erforderlich.

### Gute Pflege sicherstellen

Auch in der neuen Legislaturperiode bleiben große Herausforderungen in der SPV bestehen. Unabdingbar ist eine langfristig solide und solidarische Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Zudem müssen die Länder und Kommunen ihren finanziellen Verpflichtungen zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur nachkommen. Zur Stärkung der Angehörigenpflege sind die Angebote zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen zu flexibilisieren, um sie besser den individuellen Bedarfen anpassen zu können. Die Sicherstellung der Pflege mit ausreichendem und qualifiziertem Personal ist drängender denn je.

### Selbstverwaltung stärken

Die soziale und die gemeinsame Selbstverwaltung als Rückgrat unseres Gesundheitswesens gilt es wieder zu stärken. Entgegen dem bisherigen Trend zu staatlichen Eingriffen muss das Subsidiaritätsprinzip künftig wieder für alle Bereiche des Gesundheitswesens leitend sein. Die Rechte der Verwaltungsräte der Krankenkassen müssen wiederhergestellt und ausgebaut werden. Zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements bedarf es besserer gesetzlicher Rahmenbedingungen.

### Verbesserungen für die Versicherten erreichen

Insgesamt stehen GKV und SPV in den nächsten Jahren vor großen Reformnotwendigkeiten. Der Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP benennt wichtige Themenfelder und greift erfreulicherweise wesentliche Anliegen des GKV-Spitzenverbandes auf. Auf Basis des Positionspapiers wird sich der GKV-Spitzenverband an der politischen Diskussion beteiligen und für Verbesserungen für Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige und ihre Angehörigen einsetzen.

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



Studienplanung

COVID-19: Die Pandemie



Psy



Pandemie-  
folgen

mie

BZgA

wissenschaftliche  
Anfragen

COVID-19: Die Pandemie

Statt



# Finanzhilfen für Arzt- und Zahnarztpraxen

Um die vertragsärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie dauerhaft sicherzustellen, wurden die für das Jahr 2020 befristet beschlossenen finanziellen Hilfsmaßnahmen ab dem 1. Januar 2021 in angepasster Form fortgesetzt. Ziel der Maßnahmen ist es, pandemiebedingte Umsatzrückgänge der Vertragsarztpraxen zu kompensieren.

## Ausgleichszahlungen für Vertragsarztpraxen

Mit dem Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite von März 2021 erfolgte eine grundsätzliche und unbefristete Regelung der Gewährung von Ausgleichszahlungen an Vertragsarztpraxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die seit März des Jahres 2020 geltende Regelung, wonach KVen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit von Leistungserbringenden bei sinkenden Fallzahlen vorsehen sollen, wurde ab Januar 2021 für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) verlängert und auch auf Leistungen ausgeweitet, die außerhalb der MGV vergütet werden. Den Krankenkassen entstehen seit dem Jahr 2021 somit keine zusätzlichen Kosten für die Erstattung von Umsatzrückgängen infolge einer Pandemie, da diese Erstattungen grundsätzlich aus der MGV zu begleichen sind, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zu zahlen ist. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass gebildete und noch nicht aufgelöste Rückstellungen der KVen im Rahmen der Honorarverteilung ebenfalls berücksichtigt werden sollen.

## Schutzausrüstung für Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte

Mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hatte der GKV-Spitzenverband im März 2020 eine befristete Vereinbarung über die Ausstattung von Schwerpunktpraxen mit zentral beschaffter Schutzausrüstung im Zusammenhang mit dem Coronavirus getroffen. Die Vereinbarung war mehrfach verlängert worden und ist zum 31. März 2021 ausgelaufen.

## Abgeltung besonderer Aufwände in Zahnarztpraxen

Um den pandemiebedingt erhöhten Aufwänden in den Zahnarztpraxen Rechnung zu tragen, haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband im Frühjahr 2021 auf eine Vereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrags Zahnärzte verständigt. Die Vereinbarung sieht eine bundeseinheitliche pauschalierte Abgeltung besonderer Aufwände vor. Dazu zählen Aufwände, die im Rahmen der Patientenbehandlung und im Bereich der Sachkosten entstanden sind, z. B. für die zusätzliche Anschaffung von medizinischen Masken, Einmalhandschuhen oder Händedesinfektionsmitteln. Das maximale Finanzvolumen dieser Regelung wurde auf 275 Mio. Euro festgelegt. Zum Ausschluss einer Doppelfinanzierung durch die Krankenkassen wurden in der Vereinbarung Regelungen zum Abzugsverfahren festgelegt. Soweit Krankenkassen über die jeweilige Vergütungsvereinbarung oder über sonstige Vereinbarungen bereits besondere Aufwände im zweiten Quartal abgegolten haben, konnten diese von dem zu leistenden Betrag abgezogen werden.

**Den Krankenkassen entstehen seit dem Jahr 2021 keine zusätzlichen Kosten für die Erstattung von Umsatzrückgängen in den Vertragsarztpraxen infolge einer Pandemie.**

# Sicherstellung der Krankenhaus-Versorgung

Mit Beginn der Corona-Pandemie standen besonders die Krankenhäuser im Zentrum des politischen Handelns. Um eine drohende Überlastung von klinischen Kapazitäten insbesondere im intensivmedizinischen Bereich zu verhindern, wurden die nachfolgend dargestellten Maßnahmen ergriffen und dafür erhebliche finanzielle Mittel bereitgestellt.

## **Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschläge**

Während der ersten Welle der Pandemie im Frühjahr 2020 wurden alle Krankenhäuser aufgefordert, Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten. Zur Kompensation erhielten die Krankenhäuser sogenannte Freihaltepauschalen aus Bundesmitteln. Mit dem Einsetzen der zweiten Welle wurde diese Finanzierungsregelung ab November 2020 zielgerichteter ausgestaltet: Es wurden bundeseinheitliche Kriterien festgelegt, nach denen die Länder Krankenhäuser zur Freihaltung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten bestimmen. Im Gegenzug erhalten diese Krankenhäuser für dadurch entgangene Einnahmen Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln. Im weiteren Verlauf der Pandemie wurden diese Kriterien laufend angepasst. Die Höhe der gestuften Freihaltepauschalen blieb dabei für somatische Häuser unverändert (360-760 Euro pro freigehaltenes Bett und Tag), psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hatten keinen Anspruch auf Freihaltepauschalen.

**Insgesamt wurden von März 2020 bis Mitte Februar 2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung in mehreren Wellen insgesamt rd. 16,8 Mrd. Euro an Freihaltepauschalen aus Bundesmitteln ausgezahlt.**

Anfänglich waren dabei nur Krankenhäuser bestimmbar, die die umfassende oder erweiterte Notfallversorgungsstufe vereinbart haben oder die dafür notwendigen Strukturen aufweisen. Nachrangig konnten auch Häuser der Basisnotfallversorgung bestimmt werden. Mit den Rechtsverordnungen vom Dezember 2020 und Januar 2021 wurde der Kreis der anspruchsberechtigten Häuser schrittweise erweitert, so z. B. auf Spezialversorger, die über eine spezielle Expertise bei

der Behandlung von Lungen- und Herzerkrankungen verfügen. Grundlage dafür ist eine Übersicht der Krankenhausstandorte, welche das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach bundeseinheitlich festgelegten Kriterien erstellt.

Neben diesen fachlichen Voraussetzungen wurden Schwellenwerte definiert (COVID-19-Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, freie Intensivkapazitäten in den Regionen) und mehrfach angepasst. Durch Verordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden die Regelungen insgesamt fünfmal modifiziert und verlängert. Zur Umsetzung haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband jeweils das Nähere in Ausgleichszahlungsvereinbarungen festgelegt. Nach einer letzten Verlängerung ist die Regelung zu den Freihaltepauschalen im Juni 2021 ausgelaufen. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 wurde mit Blick auf die erneute dynamische Entwicklung der Corona-Pandemie die Regelung für den Zeitraum vom 15. November 2021 bis zum 31. Dezember 2021 wieder reaktiviert. Per Rechtsverordnung hat das BMG Ende 2021 den Geltungszeitraum bis zum 19. März 2022 verlängert. Durch die wiederholte Erweiterung der Bestimmungskriterien und das Absenken der Schwellenwerte wurde der Kreis der anspruchsberechtigten Krankenhäuser fortlaufend vergrößert. Aus den rund 430 Kliniken mit erweiterter oder umfassender Notfallversorgung sind so mehr als 1.000 geworden. Insgesamt wurden von März 2020 bis Mitte Februar 2022 vom Bundesamt für Soziale Sicherung in mehreren Wellen insgesamt rd. 16,8 Mrd. Euro an Freihaltepauschalen aus Bundesmitteln ausgezahlt.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. November 2021 wurde eine weitere Regelung zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser in



der Pandemie aufgenommen. Im Gegensatz zu den Freihaltepauschalen, die sich am Bettenleerstand orientierten, erhalten nunmehr diejenigen Krankenhäuser einen Versorgungsaufschlag, die Patientinnen und Patienten mit einer COVID-19-Infektion behandeln. Der Versorgungsaufschlag wird aus Bundesmitteln finanziert und gilt für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. November 2021 und dem 19. März 2022 aufgenommen wurden.

Die Versorgungsaufschläge liegen je nach Krankenhaus bei bis zu 9.500 Euro je Fall und sind anders als die Freihaltepauschalen im Rahmen der Corona-Ausgleiche von den Krankenhäusern lediglich zu 50 % anzurechnen. Bis Ende des Jahres 2021 wurden bereits 683,5 Mio. Euro an die Krankenhäuser ausgezahlt (Stand: Mitte Februar 2022).

### Corona-Ausgleich 2021 einschließlich Abschlagszahlungen

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurde ein krankenhausesindividueller Corona-Ausgleich eingeführt, der die Krankenhäuser vor einem pandemiebedingten Erlösrückgang im Jahr 2020 schützen soll. Zur Ermittlung werden bei einer Ganzjahresbetrachtung die krankenhausesindividuellen Erlöse 2020 den Erlösen 2019 gegenübergestellt. Bei der Ermittlung der Erlöse

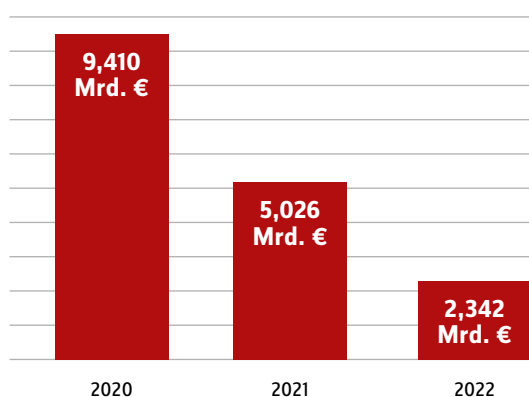
für das Jahr 2020 waren auch die im Jahr 2020 gezahlten Freihaltepauschalen zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene hatten hierzu Mitte Dezember 2020 eine entsprechende Umsetzungsvereinbarung getroffen.

Für das Jahr 2021 sieht die Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom April 2021 einen ähnlichen Ausgleichsmechanismus vor. Die zentralen Festlegungen entsprechen denen der Umsetzungsvereinbarung vom Dezember 2020. So werden die Höhe des Ausgleichssatzes für den entstandenen Erlösrückgang und die Anrechnungsquote der Freihaltepauschalen in der Verordnung auf jeweils 85 % festgelegt. Die Ende 2021 eingeführten Versorgungsaufschläge sind lediglich zu 50 % anzurechnen.

**Krankenhäuser hatten im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 Anspruch auf einen Zuschlag zur Finanzierung von pandemiebedingten, nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten.**

Die Verordnung ermöglicht es zudem jenen Krankenhäusern, die keine Freihaltepauschalen erhalten, Abschlagszahlungen auf den Corona-Ausgleich 2021 zu fordern, um so ihre Zahlungsfähigkeit sicherzustellen. Dies betrifft insbesondere psychiatrische und psychosomatische Häuser. Die geleisteten Abschlagszahlungen werden vollumfänglich im Rahmen des Ausgleichs angerechnet. Hierfür konnte auf

### Auszahlung von Freihaltepauschalen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung



Quelle: BAS, Stand 15.02.2022  
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Bundesebene die COVID-19-Abschlagszahlungsvereinbarung geschlossen werden.

Zur Regelung des Corona-Ausgleichs 2021 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene fristgerecht Ende Juli 2021 eine Vereinbarung geschlossen. Diese bildet die Basis für die Verhandlungen zum Corona-Ausgleich vor Ort, die auf Verlangen eines Krankenhausträgers unabhängig von den Budgetverhandlungen stattfinden können. Weitere Erlösausgleiche für das Jahr 2021 sind ausgeschlossen.

Mit der zweiten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 30. Dezember 2021 wurde auch für das Jahr 2022 ein Corona-Ausgleich auf der Grundlage der Erlöse 2019 beschlossen.

#### **Corona-Mehrkostenzuschlag**

Krankenhäuser hatten im Zeitraum von Oktober 2020 bis Dezember 2021 Anspruch auf einen Zuschlag zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die pandemiebedingt im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten

entstanden sind. Zur Sicherstellung der Finanzierung haben die DKG und der GKV-Spitzenverband zunächst vorläufige Zuschläge vereinbart. Die Höhe des Zuschlags hat sich im Zeitverlauf je Fall von 50 Euro im 4. Quartal 2020

auf 40 Euro im 1. Halbjahr 2021 bzw. 20 Euro im 2. Halbjahr 2021 reduziert. Bei mit dem Coronavirus infizierten Patientinnen und Patienten war jeweils ein Zuschlag in Höhe des doppelten Betrags vorgesehen. Im Einzelfall können die Kliniken oder Krankenkassen im Jahr 2022 nachträglich eine Spitzabrechnung fordern, wenn die gezahlten Beträge zu einer deutlichen Über- oder Unterdeckung der pandemiebedingten Mehrkosten geführt haben. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben entsprechend dem Auftrag im KHZG die näheren Vorgaben zu den Kostenarten und den Anforderungen an den Nachweis festgelegt.

**An die Regelung von 2020 anknüpfend stellte der Bund 2021 eine erweiterte Sonderleistung für Pflegekräfte im Krankenhaus in Höhe von 450 Mio. Euro bereit.**

#### **Corona-Prämie für Beschäftigte in Krankenhäusern**

Um die besonderen Herausforderungen und Belastungen von Pflegekräften in den Kliniken während der Corona-Pandemie zu würdigen, hat der Gesetzgeber sogenannte Corona-Prämien beschlossen. Bei der im Jahr 2020 beschlossenen Prämie (nach § 26a Krankenhausfinanzierungsgesetz) wurden 100 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und anteilig von der privaten Krankenversicherung an 433 belastete Krankenhäuser im November 2020 ausgezahlt. Der Krankenhausträger entschied im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der begünstigten Personen sowie über die jeweilige Höhe des Betrags. Im Jahr 2021 erfolgte der Nachweis der Krankenhäuser über die zweckentsprechende Mittelverwendung. Das Gesetz sieht vor, dass Krankenhäuser die Mittel zurückzahlen müssen, sofern diese nicht zweckentsprechend verwendet wurden oder die Nachweisführung nicht entsprechend erfolgte. Der GKV-Spitzenverband leitete die Mittel aus der Liquiditätsreserve an die Krankenhäuser weiter.

An die Regelung von 2020 anknüpfend stellte der Bund 2021 eine erweiterte Sonderleistung für Pflegekräfte im Krankenhaus in Höhe von 450 Mio. Euro bereit. Der GKV-Spitzenverband hat anhand eines definierten Verteilungsmechanismus Mitte April 2021 die Mittelweiterleitung an 983 Krankenhäuser vorgenommen. Analog zu der ersten Prämienregelung entschied der Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der begünstigten Personen sowie über die jeweilige Höhe des Betrags und sollte bis Ende Juni 2021 die Auszahlung an die Prämienempfängerinnen und -empfänger vornehmen. Das Nachweisverfahren zur zweckentsprechenden Mittelverwendung endet im März 2022. Wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder wurde die Nachweisführung nicht entsprechend vorgenommen, sind die Mittel an den GKV-Spitzenverband zurückzuzahlen.

### Intensivbettenförderung und DIVI-Intensivregister

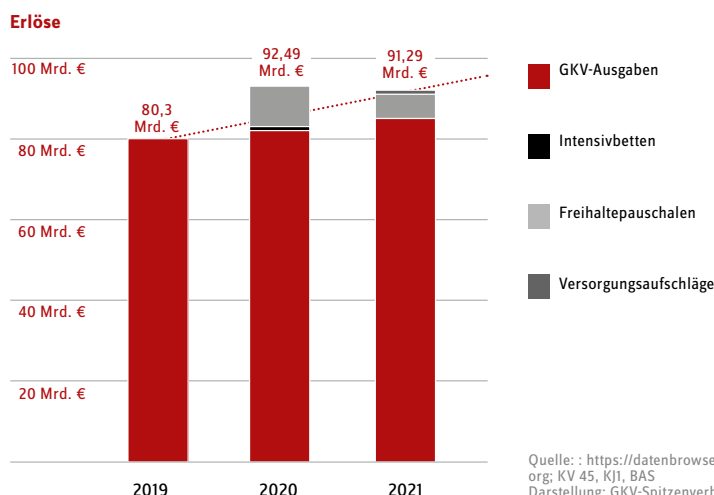
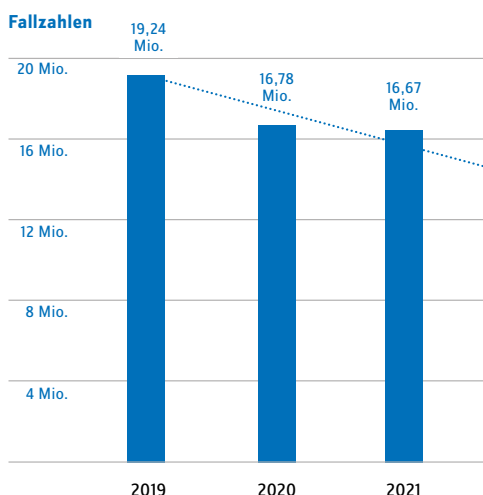
Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde neu geregelt, dass Krankenhäuser für Intensivbetten, die bis September 2020 aufgerüstet oder zusätzlich geschaffen wurden, einen pauschalen Bonus in Höhe von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde genehmigte die Beschaffung. Etwa 686 Mio. Euro wurden an die Krankenhäuser überwiesen. Dies entspricht rechnerisch rund 13.700 neuen bzw. aufgerüsteten Intensivbetten. Zudem sorgte die DIVI Intensivregister-Verordnung dafür, dass alle Krankenhäuser täglich diejenigen Intensivbettenkapazitäten an das Register melden, für die tatsächlich auch ausreichend Personal bereitgehalten wird. Der rasche Aufbau des DIVI-Intensivregisters brachte erstmalig Transparenz über die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland. Das DIVI-Intensivregister wurde im Zeitverlauf weiterentwickelt und zeigt mittlerweile auch eine Notfallreservekapazität an Intensivbetten auf sowie die Differenzierung der Behandlungskapazitäten nach Art des Behandlungsplatzes. Ein solches Echtzeit-Monitoring sollte auf alle Betten in der Krankenhausversorgung ausgeweitet werden.

### Mehr Transparenz über Intensivbettenförderung notwendig

Das erstmals systematische Monitoring von Klinikkapazitäten machte bestehende Probleme deutlich, die es dringend zu beheben gilt. Das Statistische Bundesamt weist im Jahr 2019 einen Intensivbettenbestand von 26.319 Betten aus. Betrachtet man im DIVI-Intensivregister die betreibbaren Betten und die Bettennotfallreserve, so besteht bundesweit eine ungeklärte Differenz. Unklar ist auch, wie viele bereits vorhandene Betten zu Intensivbetten aufgerüstet wurden. Auch der Bundesrechnungshof monierte in seinem Bericht vom Juni 2021, dass nicht nachvollziehbar sei, wo die geförderten Betten stehen. Das Gesetz sieht bisher keine Nachweisführung der Mittelverwendung gegenüber der kostentragenden gesetzlichen Krankenversicherung vor. Daher fordert der GKV-Spitzenverband mehr Transparenz über die zweckentsprechende Mittelverwendung und den Verbleib der geförderten Intensivbetten.

**Der GKV-Spitzenverband fordert mehr Transparenz über die zweckentsprechende Mittelverwendung und den Verbleib der geförderten Intensivbetten.**

### Fallzahlen und Erlöse



Quelle: : <https://datenbrowser.inek.org/>; KV 45, KJ1, BAS  
Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Absicherung von Impfungen und Testungen

**Der GKV-Spitzenverband forderte wiederholt ein, für eine wirtschaftliche Leistungserbringung das relationale Verhältnis zu anderen medizinischen Leistungen im Blick zu behalten.**

Schutzimpfungen sind ein zentrales Instrument, um die Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen und das Risiko für schwere Krankheitsverläufe zu reduzieren. Unter Berücksichtigung infektiologischer Erkenntnisse, der jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission sowie der Versorgungslage mit Impfstoffen wurde eine fortlaufende Evaluation der Coronavirus-Impfverordnung festgelegt. Dies führte im Verlauf des Jahres 2021 zu Anpassungen u. a. hinsichtlich impfstoffspezifischer Empfehlungen oder der zu impfenden Personengruppen. Zudem erfolgten im Hinblick auf das dynamische Infektionsgeschehen regelmäßige Anpassungen der Coronavirus-Testverordnung. Die aufgrund dieser Verordnungen resultierenden Ausgaben werden vom Bund erstattet.

## **Schutzimpfungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte**

Ab April 2021 wurden zur Sicherstellung eines flächendeckenden Impfangebots Vertragsärztinnen und -ärzte in die Impfkampagne einbezogen. Dabei regelte die Verordnung neben Abrechnung, Dokumentation und Meldung von Impfdaten auch die Erstattung der Impfvergütung durch den Bund und die Höhe der Vergütung für verschiedene Leistungen:

- 28 Euro je Impfung bzw. 36 Euro je Impfung an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember
- 10 Euro je Impfberatung ohne Impfung
- 35 Euro je Hausbesuch
- 6 Euro je Impfzertifikat bzw. 2 Euro bei Erstellung mittels Informationstechnik
- 2 Euro je Nachtrag im Impfausweis

Der GKV-Spitzenverband forderte wiederholt ein, für eine wirtschaftliche Leistungserbringung das relationale Verhältnis zu anderen medizinischen Leistungen im Blick zu behalten. Bei einer sonstigen Impfvergütung von 8 Euro, wie sie regional mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart ist, wäre für die Corona-Impfung inklusive Teilnahme an der Impfsurveillance eine Vergütung von bis zu 10 Euro sachgerecht.

## **Bürgertestung**

Testungen blieben insbesondere vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der Fallzahlen im Jahresverlauf von entscheidender Bedeutung. Daher wurde ein umfangreicher Anspruch auf Antigen-Schnelltests, die sogenannte Bürgertestung, eingeführt. Im Verlauf des Jahres 2021 konnte allen Bürgerinnen und Bürgern ein Impfangebot unterbreitet werden, sodass das Angebot der Bürgertestungen für den Zeitraum von Oktober 2021 bis November 2021 auf ausgewählte Personengruppen beschränkt wurde. Angesichts der erneut dynamischen Entwicklung des Infektionsgeschehens erfolgte ab Mitte November 2021 die Aufhebung der Beschränkung der Bürgertestungen.

## **Corona-Testungen im Rahmen der Krankenbehandlung**

Die Abrechnung von Corona-Testungen im Rahmen der Krankenbehandlung erfolgen gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM). Goldstandard bleibt nach wie vor der PCR-Test, dessen Kosten für die Durchführung von zuvor 39,40 Euro zum 1. Juli 2021 auf 35 Euro im EBM abgesenkt werden konnte. Die Vergütung des Antigen-Labortests blieb unverändert bei 10,80 Euro.

### **Corona-Testungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung**

Mit dem Zweiten Bevölkerungsschutzgesetz hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, ein Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu vereinbaren. Mit diesem sollen die Kosten abgegolten werden, die den Krankenhäusern für Testungen von Patientinnen und Patienten entstehen, die zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden. Die Höhe des Zusatzentgelts für PCR-Testungen wurde durch die Bundesschiedsstelle im Juni 2020 festgesetzt und im weiteren Verlauf der Pandemie an die aktuelle Marktsituation angepasst.

Seit Oktober 2020 ist die Abrechnung des Antigen-Tests zum direkten Erregernachweis über ein Zusatzentgelt möglich. Im Laufe der Pandemie sind auch die Preise für Antigen-Tests deutlich gefallen, auf diese Entwicklung wurde mit der Anpassung der Vereinbarung zum 1. August 2021 reagiert. Das bisher undifferenzierte Zusatzentgelt für den Antigen-Test wurde in ein Zusatzentgelt für Antigen-Tests mittels Labordiagnostik (19,00 Euro) und PoC-Antigen-Tests (11,50 Euro) aufgespalten. Die Abrechnung von Antigen-Selbsttests zur ausschließlichen Eigenanwendung wird explizit ausgeschlossen. Die Zahl der Testungen stieg im Laufe der dritten und vierten Welle weiter an und verharrte auf diesem hohen Niveau. Im Bundesdurchschnitt werden über 85 % der aufgenommenen Patientinnen und Patienten auf das Coronavirus getestet.

**Die Zahl der Testungen stieg im Laufe der dritten und vierten Welle weiter an und verharrte auf diesem hohen Niveau.**

# Schutzschirm für die Pflege

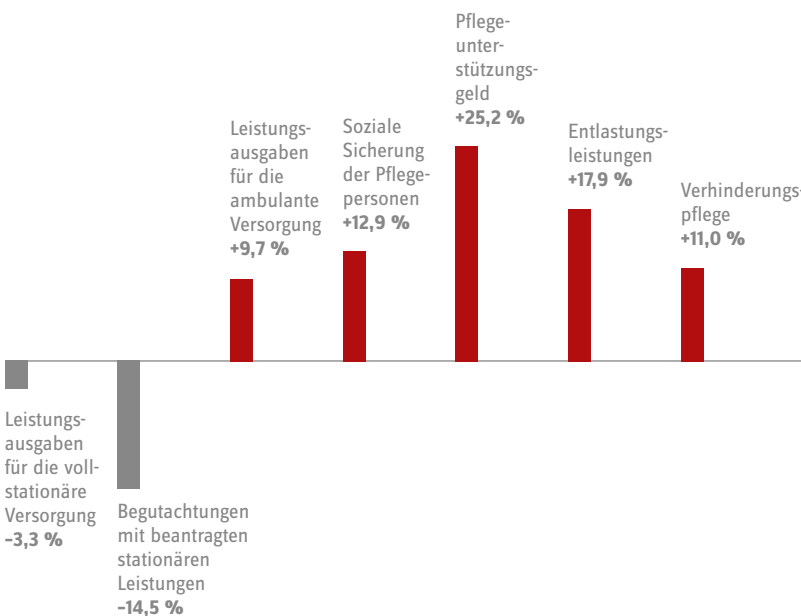
**Der GKV-Spitzenverband hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie dafür eingesetzt, die stationäre und ambulante Pflege über einen Schutzschirm abzusichern.**

Der Gesetzgeber hatte bereits im Frühjahr 2020 eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, die zum einen die Stabilisierung der pflegerischen Versorgung während der Corona-Pandemie zum Ziel hatten und zum anderen die finanzielle Absicherung der Leistungserbringenden. Die Maßnahmen waren an die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag gekoppelt. Sie wurden zunächst bis September 2020 befristet und seitdem mehrfach verlängert, zuletzt durch die Dritte Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Maßnahmen während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie bis zum 30. Juni 2022.

Folgende Maßnahmen wirkten auch im Jahr 2021 fort:

- Flexibilisierung der Vorgaben zur Leistungserbringung und zur Leistungsanspruchnahme im häuslichen Bereich
- Erhöhung der Freistellungstage für pflegende Angehörige bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung zur Organisation oder Sicherstellung der pflegerischen Versorgung von 10 auf 20 Arbeitstage
- Anhebung des Leistungsbetrags für Pflegehilfsmittel von 40 auf 60 Euro
- Ausgleich pandemiebedingter Mehrausgaben sowie Mindereinnahmen von Pflegeeinrichtungen durch die soziale Pflegeversicherung (SPV) (z. B. höhere Personal- und Sachausgaben, Einnahmeausfälle durch Nichtanspruchnahme von Leistungen, Kosten für außerordentliche Antigen-Tests)

## Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen für das Jahr 2021



## Die Leistungsanspruchnahme verlagerte sich mit der Corona-Pandemie verstärkt in die eigene Häuslichkeit der Pflegebedürftigen

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband hat sich seit Beginn der Corona-Pandemie dafür eingesetzt, die stationäre und ambulante Pflege über einen Schutzschirm abzusichern. Die geschaffenen Maßnahmen zur kurzfristigen Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen waren nachvollziehbar und erforderlich, auch wenn dies mit nicht unerheblichem Erfüllungsaufwand für die Verwaltung der Kranken- und Pflegekassen verbunden ist. Perspektivisch muss es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Zielsetzung sein, dass bei gefestigt abklingendem Pandemiegeschehen, regelmäßigen Testungen sowie Drittimpfungen alle Beteiligten – die Pflegebedürftigen, die Pflegenden und die Pflegekassen – wieder verantwortungsvoll zu normalen Verhältnissen zurückkehren.

## Sicherheitsvorkehrungen für Pflegebedürftigkeits-Begutachtungen

Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konnten seit Mitte März 2020 auch ohne Untersuchung der bzw. des Versicherten im eigenen Wohnbereich erfolgen, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung der Beteiligten mit dem Coronavirus zwingend erforderlich war. Die entsprechende gesetzliche Rege-

lung wurde zuletzt mit der Dritten Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Maßnahmen während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie bis zum 30. Juni 2022 verlängert. Bis zu diesem Zeitpunkt behielten auch die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband entwickelten Maßgaben zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit während der Corona-Pandemie ihre Gültigkeit.

In diesen Maßgaben war zu regeln, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung ohne Untersuchung der oder des Versicherten im eigenen Wohnbereich zu erfolgen hatte bzw. in welchen Fällen auf die persönliche Begutachtung ganz zu verzichten war. In den letztgenannten Fällen konnte die Pflegebegutachtung anhand vorliegender Unterlagen und als strukturiertes Telefoninterview erfolgen. Die Maßgaben wurden laufend an die Entwicklungen in der Corona-Pandemie angepasst.

### Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen unter Pandemiebedingungen

Aufgrund der Corona-Pandemie wurden Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen temporär von März bis Ende September 2020 insbesondere zum Schutz der pflegebedürftigen Menschen vor einer Infektion ausgesetzt. Angesichts steigender Infektionszahlen hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Vorschlag von GKV-Spitzenverband und MDS zugestimmt, die Aussetzung der Regel-Qualitätsprüfung bis März 2021 zu verlängern.

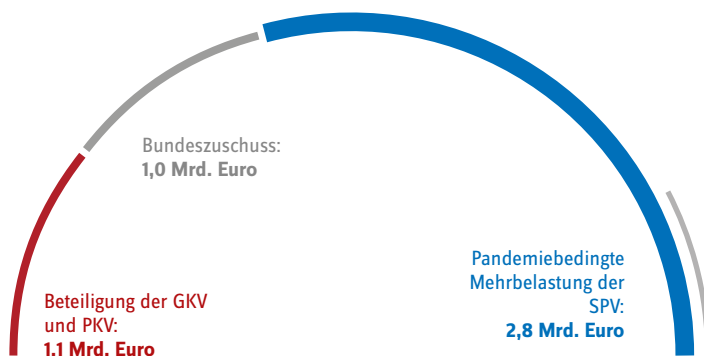
Gemäß dem Ende März 2021 in Kraft getretenen EpiLage-Fortgeltungsgesetz war im Zeitraum vom Oktober 2020 bis Dezember 2021 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regel-Qualitätsprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort dies aufgrund der Corona-Pandemie zuließ. Die durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgten unter Beachtung besonderer Anforderungen an die Hygiene.

Ebenfalls auf Grundlage des EpiLage-Fortgeltungsgesetzes hatte der GKV-Spitzenverband im April 2021 im Benehmen mit dem MDS und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem BMG in Regelungen das Nähere zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen während der Corona-Pandemie beschlossen. Die Regelungen wurden im Oktober 2021 aufgrund zwischenzeitlich vorgenommener Anpassungen im Infektionsschutzgesetz und dem Fortschreiten der Impfung der Bevölkerung gegen das Coronavirus aktualisiert.

**Von Oktober 2020 bis Dezember 2021 war in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regel-Qualitätsprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort dies aufgrund der Corona-Pandemie zuließ.**

### Pflegeschutzschirm: Finanzierung der Corona-Maßnahmen in der Pflege

2021 geltend gemachte Erstattungsbeträge von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag: **ca. 4,9 Mrd. Euro**



Zum Vergleich: pandemiebedingte Mehrbelastung der SPV 2020: **0,8 Mrd. Euro**

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Finanzieller Ausgleich für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz im März 2020 gesetzlich geregelten Ausgleichsansprüche von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mindererlöse aufgrund pandemiebedingter Minderbelegungen wurden durch Verordnungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bis Juni 2021 verlängert. Auf dieser Grundlage wurden aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds über das Bundesamt für Soziale Sicherung Ausgleichszahlungen für Erlösausfälle in Höhe von 60 % bzw. 50 % der durchschnittlichen Vergütung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geleistet. Für den Ausgleichszeitraum von November 2020 bis Juni 2021 wurden über diesen Rettungsschirm rund 250 Mio. Euro aufgebracht.

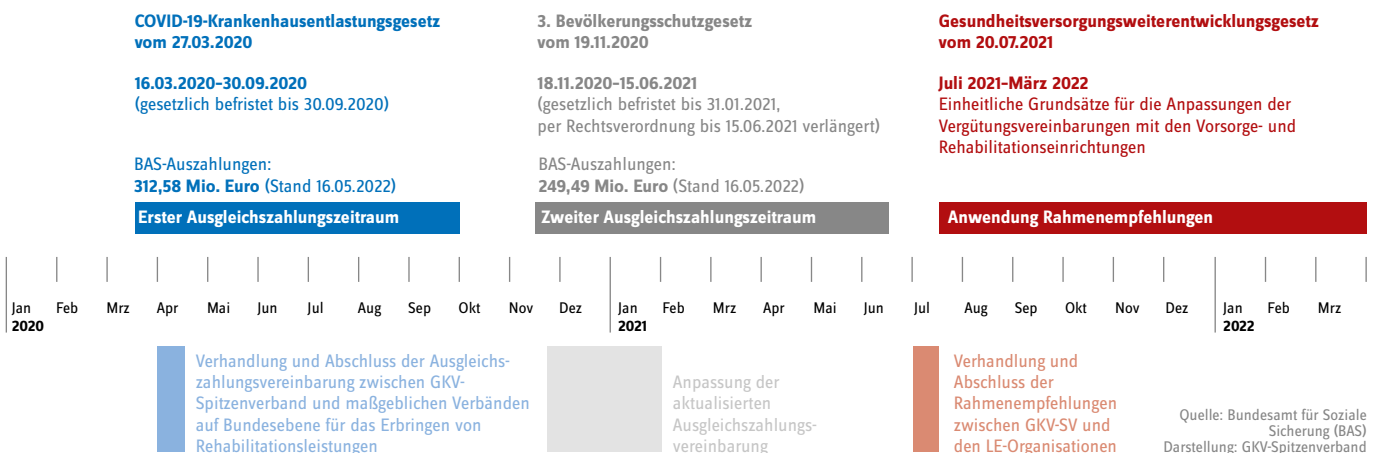
**Insgesamt erhielten die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom September 2020 bis Dezember 2021 über 560 Mio. Euro zusätzlich aus Beitragsgeldern der GKV-Versicherten.**

Insgesamt wurden die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen – einschließlich der im Vorjahr bis September 2020 geleisteten Ausgleichszahlungen – mit über 560 Mio. Euro aus Beitragsgeldern der GKV-Versicherten finanziell unterstützt (Stand: Dezember 2021). Für die Umsetzung des Verfahrens wurden in 13 Bundesländern jeweils Krankenkassen benannt. In den anderen Ländern führten Landesbehörden das Verfahren durch. Die grundlegenden Parameter hatte der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Leistungserbringenden in

der sogenannten Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation vereinbart.

**Anpassung der Vergütungsvereinbarungen**  
Zeitweise parallel zu diesem gesetzlichen Rettungsschirm wurden die Krankenkassen durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz von Dezember 2020 und im Wege einer entsprechenden Verordnung des BMG dazu verpflichtet, für den Zeitraum Oktober 2020 bis Dezember 2021 Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen an die durch die Corona-Pandemie bedingte besondere Situation vorzunehmen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband wurde in diesem Kontext durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von Juli 2021 beauftragt, sich mit den Leistungserbringerorganisationen auf einheitliche Grundsätze für die Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen zu verständigen. Im Juli 2021 traten die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation zu Corona-Sonderregelungen fristgerecht in Kraft. Sie definieren die Bedingungen für die Zahlung von Zuschlägen für pandemiebedingte Mehraufwendungen und Minderbelegungen. Per Rechtsverordnung wurde die Anwendung der bestehenden Regelung bis März 2022 verlängert.

## Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V





# GKV-Beitrag zur Entlastung der Wirtschaft in der Pandemie

---

Die Corona-Pandemie stellte in den Jahren 2020 und 2021 eine ernsthafte Herausforderung auch für die Wirtschaft dar. Produktionsrückgänge und vorübergehende Schließungen von Läden, Dienstleistungsunternehmen und Gastronomiebetrieben wurden seitens der Bundesregierung mit Hilfen für die betroffenen Wirtschaftsbereiche und einem breit aufgestellten Maßnahmenpaket zur Abfederung der wirtschaftlichen Auswirkungen flankiert. Der GKV-Spitzenverband hatte von Anfang an die Notwendigkeit unterstrichen, den Unternehmen, die sich trotz der Hilfen des Bundes in ernsthaften Zahlungsschwierigkeiten befanden, durch geeignete Maßnahmen auch seitens der Sozialversicherung entgegenzukommen.

## **Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen**

Im Fokus stand die Stundung von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen sowie von Beiträgen, die von den Mitgliedern selbst zu zahlen sind. In der Zeit von März 2020 bis September 2021 wurden die Beiträge deshalb im Zuge eines vereinfachten Verfahrens gestundet. Hierzu gehörte insbesondere der Verzicht auf ansonsten übliche Sicherheitsleistungen sowie auf Säumniszuschläge und Mahngebühren. Ganz entscheidend war dabei der niedrigschwellige Zugang zum Stundungs-

verfahren. Vollstreckungsmaßnahmen wurden weitgehend ausgesetzt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die staatlichen Unterstützungsleistungen anfangs nur zeitverzögert auf den Weg gebracht werden konnten und den betroffenen Betrieben teils erst nach einigen Wochen zufließen, wurde von den eröffneten Möglichkeiten großzügig Gebrauch gemacht.

Die Maßnahmen wurden regelmäßig in enger Abstimmung mit der Bundesregierung sowie den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern neu bewertet und monatlich fortgeschrieben. Allein im Jahr 2021 wurden Beiträge der Arbeitgeberseite in einer Größenordnung von deutlich über 800 Mio. Euro gestundet. Nachhaltige finanzielle Auswirkungen ergaben sich für die gesetzliche Krankenversicherung sowie für die Sozialversicherung insgesamt trotz des beachtlichen Volumens dennoch nicht, da diese Zahlungsausfälle vorübergehend aus den Rücklagen ausgeglichen werden konnten. Das Zahlungsverhalten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie der betroffenen Mitglieder entsprach in aller Regel dem vereinbarten Stundungsprozedere.

**Allein im Jahr 2021 wurden Beiträge der Arbeitgeberseite in einer Größenordnung von deutlich über 800 Mio. Euro gestundet.**



**eRezept**

**Ambulantisierung/  
Hybrid-DRG**

**Hebammen**

**Sektor-  
übergreifende  
Versorgung**

**Gematik**

**Transplantations-  
register**

# Korrektur der vertragsärztlichen Vergütung

Um Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, werden seit September 2019 vertragsärztliche Leistungen für Neupatientinnen und -patienten, Leistungen in offenen Sprechstunden und bei Terminvermittlungen finanziell gefördert. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) legte der Gesetzgeber fest, dass diese Leistungen von den Krankenkassen zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), d. h. extrabudgetär vergütet werden. Damit Leistungen nicht doppelt finanziert werden, wurde die MGV um die in den ersten zwölf Monaten angefallenen geförderten Leistungen bereinigt. Für die beiden größten Konstellationen Neupatientinnen und -patienten sowie offene Sprechstunden fiel von September 2019 bis August 2020 allerdings mit 2,488 Mrd. Euro deutlich weniger Leistungsvolumen an, als bei vollständiger Umsetzung der Förderung (geschätzte 4,1 Mrd. Euro) möglich gewesen wäre. Ursächlich hierfür war neben dem generellen Inanspruchnahmerückgang aufgrund der Corona-Pandemie in erster Linie eine bewusste Unterkennzeichnung, um der Bereinigung zu entgehen. Der Gesetzgeber hat darauf reagiert und mit dem Tierarzneimittelgesetz (TAMG) ab Juli 2021 ein Korrekturverfahren der MGV-Bereinigung vorgeschrieben sowie eine Kennzeichnungspflicht eingeführt.

## Neues Korrekturverfahren

Für die beiden Konstellationen Neupatientinnen und -patienten sowie offene Sprechstunden wurden im ursprünglichen Bereinigungszeitraum 2,235 Mrd. Euro bereinigt. Die Differenz zu dem extrabudgetär abgerechneten Leistungsvolumen von 2,488 Mrd. Euro ergibt sich durch die politisch gewollte finanzielle Förderung dieser Leistungen. Das Korrekturverfahren betrifft hingegen die Lücke zwischen dem bislang der Bereinigung zugrunde liegenden Leistungsvolumen von 2,488 Mrd. Euro und dem zukünftig zu erwartenden Leistungsvolumen von geschätzt 4,1 Mrd. Euro. Der Bewertungsausschuss soll für den Zeitraum Juli 2021 bis Dezember 2022 Korrekturbeträge für die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit bislang

unvollständiger Bereinigung beschließen. So wird der im Jahr 2018 auf Neupatientinnen und -patienten entfallende Anteil der abgerechneten MGV-Leistungen als Referenz für den Korrekturzeitraum vorgegeben. Für offene Sprechstunden wird der höchste im ersten Jahr in einem KV-Bezirk erzielte Anteil an allen abgerechneten MGV-Leistungen als Referenz für den Korrekturzeitraum vorgegeben.

Die genaue Ausgestaltung dieses Korrekturverfahrens wurde nach Abstimmung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Januar 2022 vom Bewertungsausschuss beschlossen. Sie umfasst Detailfestlegungen zu folgenden Aspekten:

- Datengrundlage
- Abgrenzung der Leistungsmengen
- rechnerischer Umgang mit Neupraxen
- rechnerische Anwendung der Quotierung für MGV-Leistungen
- Verrechnung etwaiger Doppelbereinigung
- genaue Anwendung der Korrekturen im Rahmen der Rechnungslegung

Demnach stellen die KVn unter Verwendung der vom Bewertungsausschuss bestimmten Referenzwerte zunächst jeweils anhand vorläufiger Berechnungen sicher, dass die Bereinigungskorrekturen für den Korrekturzeitraum fristgerecht mit der Rechnungslegung im sechsten Monat nach Quartalsende finanzwirksam werden. Der Bewertungsausschuss beschließt außerdem quartalsweise die endgültigen KV-spezifischen Korrekturbeträge, wobei etwaige Abweichungen jeweils im Rahmen der Rechnungslegung des Folgequartals zu korrigieren sind. Die Bereinigungskorrektur wird voraussichtlich insgesamt ca. 1,5 Mrd. Euro umfassen.

**Für den Erfolg der gesetzlich vorgegebenen Zielsetzung, die Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, liegen bisher keine Belege vor.**

## MGV als Regelfinanzierung stärken

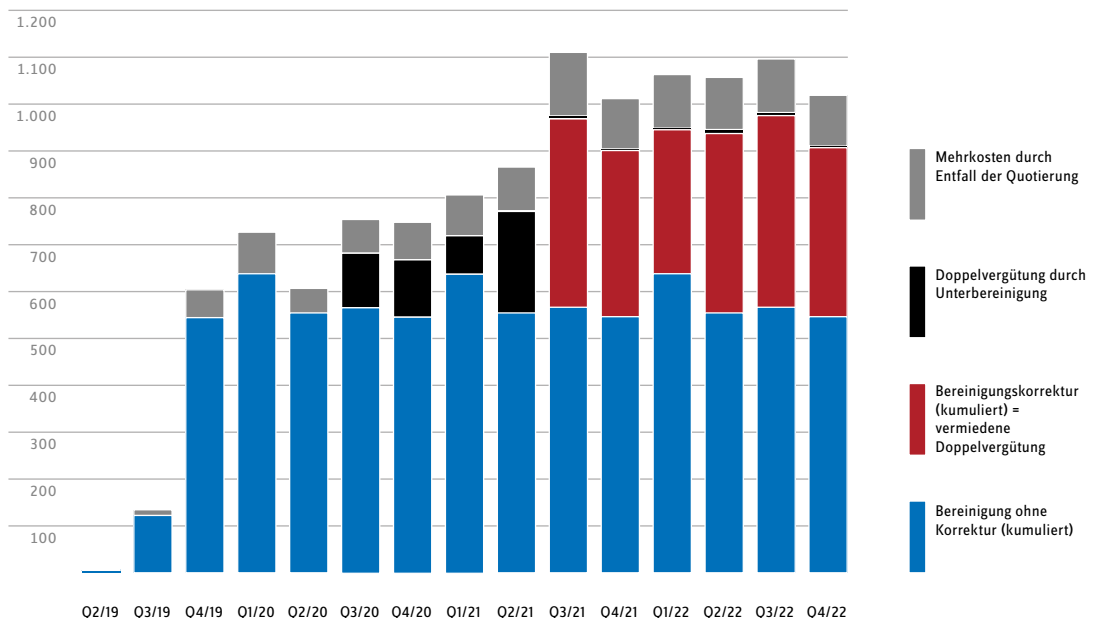
Für den Erfolg der mit dem TSVG verbundenen Zielsetzung, die Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen, liegen bisher keine Belege vor. Die Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversiche-

**Extrabudgetäre Vergütungsanreize sind nicht geeignet, Leistungsverbesserungen für die gesetzlich Versicherten zu erzielen.**

Die Krankenkassen mussten dennoch neben der gewünschten Förderung der betroffenen Leistungen in dem Zeitraum ab September 2020 bis zum Einsetzen der Korrektur am 1. Juli 2021 eine erhebliche Überzahlung von ca. 540 Mio. Euro leisten. Ohne den durch die Corona-Pandemie bedingten allgemeinen Rückgang der Leistungsanspruchnahme wäre diese Überzahlung sogar noch um einiges höher ausgefallen. Andererseits könnte die Beendigung des Korrekturzeitraums zum Folgejahresquartal nach Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zum Problem werden, wenn sich die pandemiebedingte Reduzierung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen fortsetzt und die absoluten Korrekturbeträge zu gering ausfallen lässt.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind extrabudgetäre Vergütungsanreize nicht dafür geeignet, Leistungsverbesserungen für die gesetzlich Versicherten zu erzielen. Vor diesem Hintergrund ist eine zunehmende Verlagerung des Vergütungsvolumens in die extrabudgetäre Gesamtvergütung (aktuell bereits ca. 40 % aller Leistungen) problematisch. Der GKV-Spitzenverband setzt sich daher für eine Stärkung der MGV als Regelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen sowie für eine zielgerichtete, versorgungsverbessernde Förderung ausgewählter einzelner Leistungen über extrabudgetäre Vergütungszuschläge ein. Dies erhöht die Planungssicherheit und Transparenz sowohl auf Kassen- als auch auf Ärzteseite und ist weniger anfällig für Bereinigungs- und Doppelvergütungseffekte sowie schwankendes Inanspruchnahmeverhalten in Sondersituationen wie einer Pandemie.

Finanzielle Auswirkungen des TSVG insgesamt in Mio. Euro (ab Q3/2021 Schätzung)



Quelle: eigene Berechnung  
Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Verhandlung der ärztlichen Vergütung 2022

Der Erweiterte Bewertungsausschuss beschloss im September 2021 gegen die Stimmen der Kassen- seite die Anpassung des Preises für ärztliche Leistungen (Orientierungswert) für das Jahr 2022. Zuvor war in den Verhandlungen im Bewertungs- ausschuss keine einvernehmliche Einigung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zustan- de gekommen. Zur Festlegung des Orientierungs- wertes wurde deshalb der Erweiterte Bewertungs- ausschuss zur Schlichtung angerufen.

## Konträre Positionen zur Kostenentwicklung in den Praxen

Die KBV hatte zunächst eine Erhöhung des Ori- entierungswertes um 5,262 % gefordert und dies mit der überdurchschnittlichen Entwicklung der Kosten in den Vertragsarztpraxen begründet. Aus Sicht der KBV seien insbesondere die Entwicklung der Personalkosten sowie die Berücksichtigung zusätzlich anfallender Kosten hierfür maßgeblich gewesen. Diese zusätzlichen Aufwände ergäben sich laut KBV aus angeblich gestiegenen Daten- schutz-Anforderungen und der Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sowie des elektronischen Rezepts.

Der GKV-Spitzenverband hatte dagegen die Bei- behaltung des Orientierungswertes in der Höhe des Jahres 2021 auch für das Jahr 2022 gefordert. Zur Begründung führte er an, dass im zugrunde gelegten Überprüfungszeitraum 2019 bis 2020 einerseits die Praxiskosten leicht rückläufig waren und andererseits die Vergütung der vertragsärzt- lichen Leistungen um über 5 % gestiegen war. Die im Vergleichsjahr gesunkenen Praxiskosten lassen sich u. a. darauf zurück- führen, dass infolge der Corona- Pandemie weniger vertrags- ärztliche Leistungen erbracht wurden, Personalkosten durch Kurzarbeit teilweise reduziert waren und der Mehrwertsteuer- satz vorübergehend abgesenkt worden war. Die hohen Vergütungssteigerungen sind eine Folge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), der sich weiterhin dynamisch entwi- ckelnden psychotherapeutischen Behandlungen und der gestiegenen Laborkosten infolge der flächendeckenden Tests auf das Coronavirus. Aus diesen Gründen und vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation der Krankenkassen sah der GKV-Spitzenverband keinen Spielraum für eine Erhöhung des Orientierungswertes.

**Im Überprüfungszeitraum 2019 bis 2020 waren die Praxiskosten leicht rückläufig, die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen war um über 5 % gestiegen.**

## Vertragsärztliche Vergütung 2022

Erhöhung des Orientierungswertes 2022 um 1,275 % (Preiskomponente)	ca. 0,5 Mrd. Euro
Anpassung der MGV 2022 aufgrund der Morbiditätsveränderung (Mengenkomponente)	ca. 0,06 Mrd. Euro
Mengenentwicklung der extrabudgetären Leistungen (EGV) 2022 (Annahme: 3 %)	ca. 0,6 Mrd. Euro
<b>Gesamtanstieg 2022</b>	<b>ca. 1,2 Mrd. Euro</b>

**In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2022 somit rund 1,2 Mrd. Euro zusätzlich.**

**Preiskomponente wird um 1,275 % erhöht**

Nachdem sich die Vertragspartner in den ersten Verhandlungsrunden aufgrund der unterschiedlichen Ausgangspositionen nicht auf eine Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2022 einigen konnten, legte der Erweiterte Bewertungsausschuss mit den Stimmen der KBV und gegen die Stimmen der Kassenseite eine Steigerung des Orientierungswertes um 1,275 % für das Jahr 2022 fest. Dies entspricht einem Vergütungszuwachs von ca. 500 Mio. Euro.

**Empfehlungen zur Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur (Mengenkomponente)**

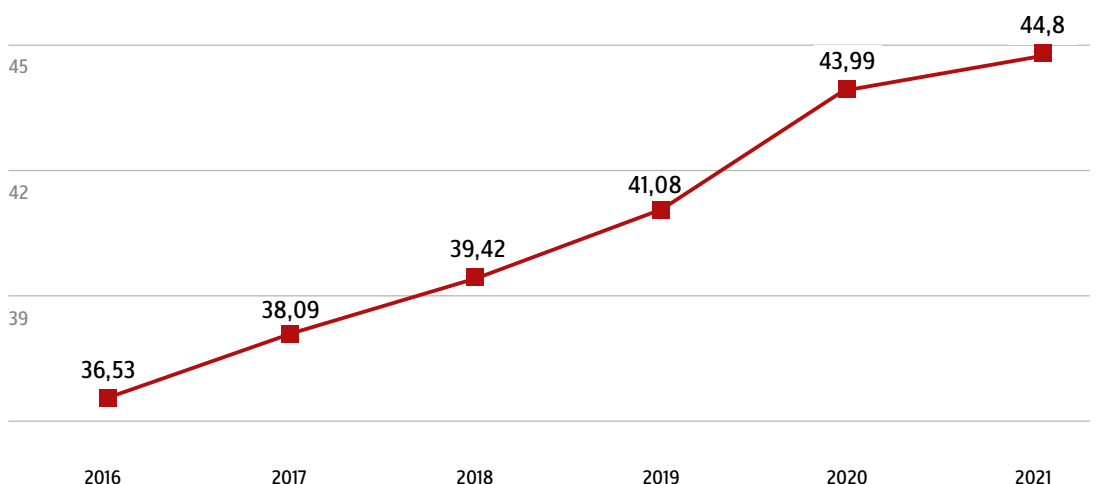
Der Bewertungsausschuss hat zudem die Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur, die die Krankheitslast der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen, als Empfehlung für das Jahr 2022 beschlossen. Der bundesweite Behandlungsbedarf steigt bei einer hälftigen Gewichtung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate im Jahr 2022 voraussichtlich um durchschnittlich ca. 0,24 % (ca. 60 Mio. Euro).

**Honorarsteigerungen um mindestens 1 Mrd. Euro für 2022**

Die Einkünfte der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte steigen aufgrund der gefassten Beschlüsse spürbar. Neben den Vergütungszuwächsen aus der Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente) und der Morbiditätsstruktur (Mengenkomponente) steigt auch die Menge der außerhalb des Budgets geförderten Leistungen, wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen und neu eingeführte Leistungen. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung auch im nächsten Jahr mit rund 3 % fortsetzt und die Honorare dadurch im Jahr 2022 voraussichtlich um weitere 600 Mio. Euro steigen. In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2022 somit rund 1,2 Mrd. Euro zusätzlich. Dies entspricht einem prozentualen Anstieg um 2,5 % im Vergleich zum Jahr 2021.

Noch nicht berücksichtigt sind in diesem Ausgabeanstieg die auf Landesebene zwischen den Gesamtvertragspartnern ggf. noch zusätzlich zu vereinbarenden Honorarsteigerungen, Ausgaben aufgrund zukünftiger gesetzlicher Regelungen und die aufgrund steigender Versichertenzahlen zu erwartenden Ausgaben.

Ausgaben für Ärztliche Behandlung in Milliarden Euro



Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten. Quelle: Amtliche Statistiken KJ 1, KV 45; Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Neue Leistungen in der Parodontitis-Behandlung

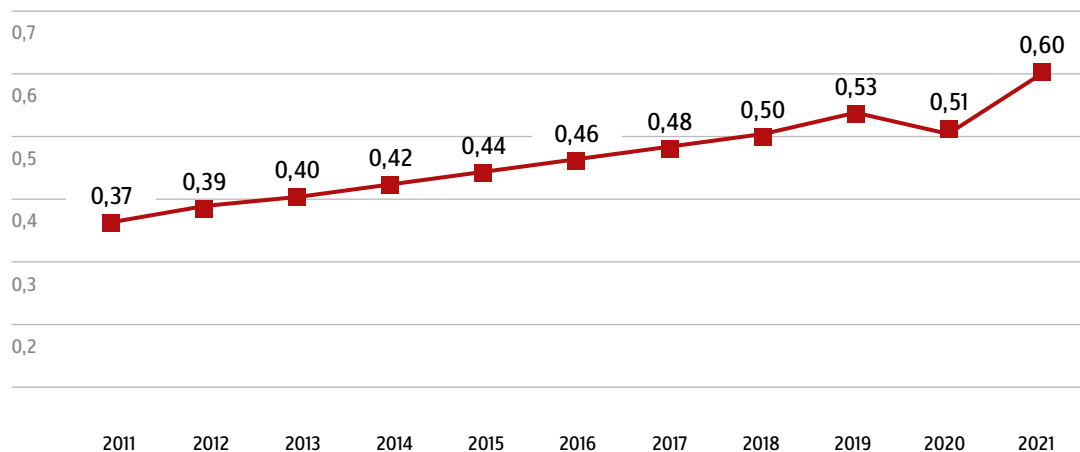
Zum Juli 2021 sind neue Regelungen für die Parodontitis-Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten in Kraft getreten. Im Zentrum der neuen Regelungen steht die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontal-Erkrankungen (PAR-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die PAR-Richtlinie basiert auf einer neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen (Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen). Sie setzt damit den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse um. Dies zieht ein verändertes Leistungsangebot und Änderungen im Ablauf der Parodontitis-Behandlung nach sich.

Aufbauend auf der Richtlinie hat der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen im zahnärztlichen Leistungsverzeichnis (BEMA) Leistungen für die Parodontitis-Behandlung festgelegt. Im Bereich der Diagnostik ist zukünftig die Schwere (Staging) und die Progression (Grading) der Parodontitis-Erkrankung zu erfassen. Kernleistung einer jeden Parodontitis-Therapie ist die antiinfektiöse Therapie (AIT), in der die entzündlichen Zahnfleischtaschen gereinigt werden. Je nach Tiefe der Zahnfleischtaschen kann

an einigen Zähnen zusätzlich zur AIT ggf. noch eine chirurgische Therapie durchgeführt werden. Drei bis sechs Monate nach Beendigung der AIT bzw. der chirurgischen Therapie erfolgt zukünftig eine Evaluation der parodontalen Befunde, um den Umfang der unterstützenden Parodontitis-Therapie (UPT) festzulegen. Die Aufnahme der UPT in den BEMA stellt eine der wesentlichen Neuerungen im Bereich der Parodontitis-Therapie dar. Die UPT zielt darauf ab, das Behandlungsergebnis einer Parodontitis-Therapie langfristig zu stabilisieren. Die Versicherten haben zukünftig regelhaft für zwei Jahre Anspruch auf eine UPT nach durchgeführter Parodontitis-Therapie. In Abhängigkeit vom Krankheitsfortschritt kann diese ein- bis dreimal jährlich durchgeführt werden. Bestandteil der UPT sind die Untersuchung des Parodontalzustands, Mundhygienekontrollen und Mundhygieneunterweisungen, eine Zahnreinigung sowie die Behandlung von weiterhin entzündeten Zahnfleischtaschen. Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen ist möglich, diese darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten. Die Verlängerung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

**Vulnerable Versicherte sollen einen vereinfachten Zugang zu einer Parodontitis-Behandlung erhalten.**

## Ausgaben für Parodontitis-Versorgung in Milliarden Euro



Quelle: Amtliche Statistiken KJ 1, KV 45  
Darstellung: GKV-Spitzenverband

**Versicherte haben Anspruch auf ein Parodontales Screening, mit dem frühe Formen von Zahnbetterkrankungen erfasst werden können.**

**Niedrigschwelliges Angebot für vulnerable Gruppen**

Zusätzlich hat der G-BA in der Behandlungs-Richtlinie geregelt, dass für besonders vulnerable Gruppen Leistungen zur Behandlung einer Parodontitis in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Verfügung stehen. Auf diesem Weg sollen diese Versicherten einen vereinfachten Zugang zu einer solchen Behandlung erhalten. Zu

den besonders vulnerablen Gruppen zählen:

- Personen, die einem Pflegegrad zugeordnet sind oder Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten und bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist
- Personen, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen
- Personen, bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist

Die modifizierten Leistungen werden für diese Gruppen anstelle der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontal-Erkrankungen gemäß der PAR-Richtlinie erbracht. Folgende Leistungen sind umfasst:

- Anamnese
- Befund und Diagnose als Grundlage für die Therapie
- antiinfektiöse und ggf. chirurgische Therapie
- UPT einschließlich Zahnreinigung und Behandlung entzündlicher Zahnfleischtaschen einmal je Kalenderhalbjahr für die Dauer von zwei Jahren

Um die Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung bei dieser Versichertengruppe niedrigschwellig zu ermöglichen, unterliegt diese keinem Antrags- oder Genehmigungsverfahren. Die Leistungen sind gegenüber der Krankenkasse jedoch zur Anzeige zu bringen.

**Erkrankungen frühzeitiger erkennen**

Schon seit Längerem haben die Versicherten Anspruch auf die Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI). Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Anhand des PSI können bereits frühe Formen von Zahnbetterkrankungen erfasst werden. Die Erhebung des PSI ist einer Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontal-Erkrankungen bzw. der Behandlung einer Parodontitis vorangestellt. Neu ist, dass die Versicherten zukünftig mittels eines Vordrucks schriftlich über das Screening-Ergebnis und mögliche Behandlungsnotwendigkeiten informiert sowie gegebenenfalls gleichzeitig auf die Notwendigkeit einer verbesserten Mundhygiene hingewiesen werden. Damit soll eine deutliche Verbindlichkeit der Information und der Entscheidungsfindung aufseiten der Versicherten erreicht werden. Es wird davon ausgegangen, dass die aus diesen Neuerungen resultierenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung einen mittleren bis hohen dreistelligen Millionenbetrag jährlich erreichen.



# Stärkung der Versorgung von schwer psychisch Erkrankten

Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz den Auftrag erteilt, neue Versorgungselemente einzuführen, die sich insbesondere an schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf richten. Der G-BA hat in der Folge im September 2021 eine Richtlinie beschlossen, die Regelungen zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe vorsieht.

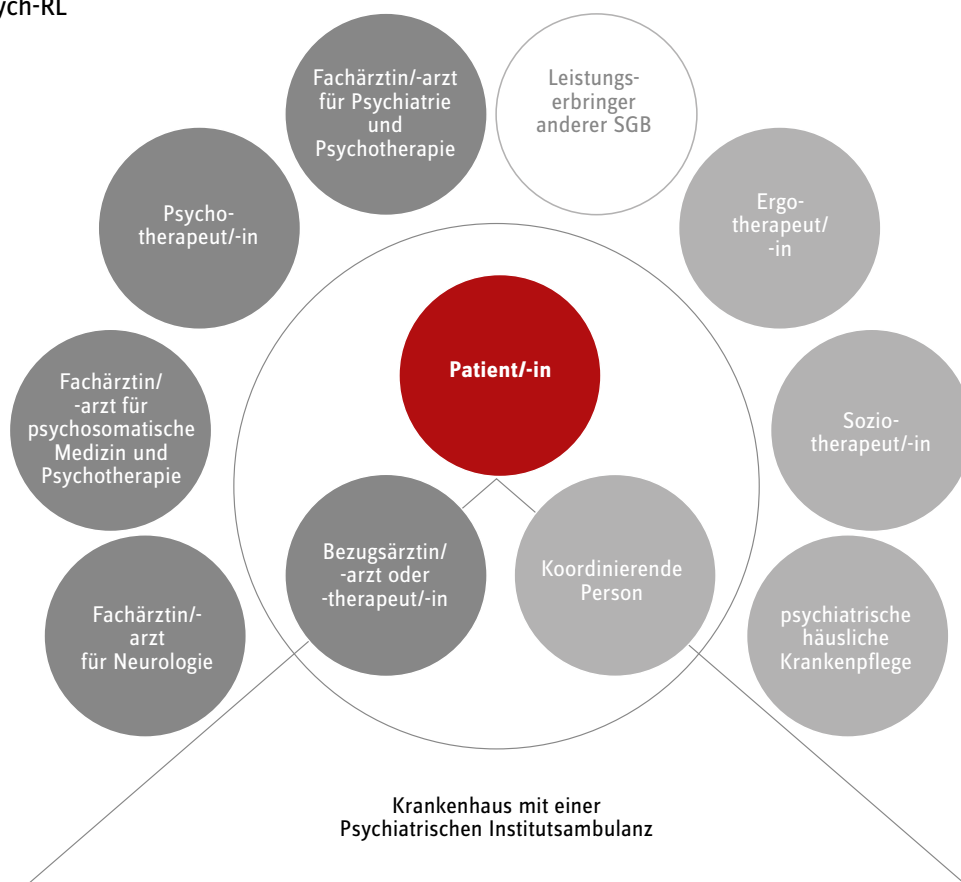
Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen erleben häufig deutliche Einschränkungen in ihrem Alltag. Diese Einschränkungen mindern auch die Fähigkeit der Betroffenen, notwendige und geeignete

Behandlungsmöglichkeiten zu finden und diese entsprechend in Anspruch zu nehmen. Dies kann zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen, womit weitere Einschränkungen der psychosozialen Fähigkeiten einhergehen.

Um diese negative Dynamik zu unterbrechen und der Unter- und Fehlversorgung dieser Personengruppe entgegenzuwirken, wurden Regelungen getroffen, die auf den besonderen, komplexen Behandlungsbedarf fokussieren. Dabei werden sowohl die aktuelle psychische Symptomatik als auch somatische Begleiterkrankungen sowie das eingeschränkte psychosoziale Funktionsniveau in den Blick genommen.

**Um einer Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken, wurden Regelungen getroffen, die auf den besonderen, komplexen Behandlungsbedarf fokussieren.**

Versorgungsnetz für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen ärztlichen und therapeutischen Behandlungsbedarf gemäß KSVPsych-RL



### **Professionelle Koordination einer komplexen Behandlung**

Das zentrale Element dieser Komplexversorgung ist die systematische und kontinuierliche Begleitung der Patientinnen und Patienten durch eine koordinierende Person in einem Kooperationsverbund mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringenden. Für die Koordinationsfunktion sind zwei Organisationsmodelle möglich:

1. Die koordinierende Person ist bei der Ärztin oder dem Arzt bzw. der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten tätig, die oder der den Gesamtbehandlungsplan aufstellt, überprüft und ggf. anpasst.
2. In Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wird eine koordinierende Person tätig, und von in der PIA beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten wird der Gesamtbehandlungsplan erstellt.

Die Aufgaben der koordinierenden Person liegen darin, einerseits eine Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden herzustellen und andererseits den Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten zu halten. Die koordinierende Person wirkt

**Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übernehmen die Rolle einer professionellen Bezugsperson.**

auf die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans hin, vereinbart sofern nötig Termine bei Leistungserbringenden,

sucht die Patientin oder den Patienten bei Bedarf im häuslichen Umfeld auf, um die Lebenssituation zu verstehen, und hat einmal pro Woche mit der Patientin oder dem Patienten telefonischen oder persönlichen Kontakt.

### **Besseres Zusammenwirken ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufe**

Damit die koordinierende Person diesen Aufgaben gerecht werden kann, wird ein Kooperationsverbund geschaffen, in dem mindestens vier Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie sowie vier Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten tätig sind. Darüber hinaus sind Kooperationen mit mindestens einer bzw. einem nicht-ärztlichen Leistungserbringenden der Bereiche Soziotherapie, Ergotherapie oder psychiatrische Häusliche Krankenpflege (pHKP) und mit einem Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung vorgesehen.

Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Fachärztin oder einen Facharzt; diese oder dieser wird in der Regel Bezugsärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen oder relevante somatische Komorbiditäten vorliegen oder deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen. Ansonsten können Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gleichermaßen die Rolle einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten übernehmen.

Der gesetzliche Auftrag richtet sich auch aus rechtssystematischen Gründen ausschließlich an die Leistungserbringenden des SGB V. Die Richtlinie greift jedoch den Zusammenhang zwischen Leistungen der Krankenbehandlung und anderen Leistungsarten (z. B. Integration und Teilhabe) im Sinne einer Empfehlung auf.



Heilmittel

effizienz

Ambulantisierung/  
Hybrid-DRG

Orphan Drug

Sektor-  
übergreifende  
Versorgung

Gemat

Transplantation  
regist

Europawe  
ung  
ungs

# Keine Doppelfinanzierung von Krankenhausleistungen

Die drei zentralen Bausteine des DRG-Systems zur Abrechnung von Krankenhausleistungen sind die Entgeltkataloge, die Abrechnungsbestimmungen und die Kodierrichtlinien. 2021 konnten Vereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen und zu den Kodierrichtlinien abgeschlossen werden. Auf die Entgeltkataloge konnten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene hingegen nicht verständigen.

Im Zentrum der konfliktbehafteten Diskussion mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) stand die sogenannte Normierung des aG-DRG-Systems 2022. Dreh- und Angelpunkt war ein

erneut erheblicher Anstieg der Pflegepersonalkosten, der Fragen aufwirft. Im zweiten Jahr in Folge gab es im Pflegebereich eine Kostensteigerung von über 10 %. Das entspricht Mehrausgaben von ca. 1,8 Mrd. Euro jährlich. Ursächlich sind nur zum Teil ein tatsächlicher

Personalaufbau sowie tarifbedingte Steigerungen. Aktuelle Kostendaten belegen vielmehr strategische Umbuchungen in der Krankenhausabrechnung. Krankenträger buchen teilweise Personal, das eigentlich im Funktionsdienst tätig ist, in den Pflegedienst um, um auf diese Weise Mehreinnahmen zu erzielen.

## **GKV-Spitzenverband sieht Korrekturbedarf**

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes müssen die Mehrausgaben in Höhe von 1,8 Mrd. Euro um ca. 700 Mio. Euro nach unten korrigiert werden. Diese Summe ist im aG-DRG-System 2022 zu berücksichtigen, um eine Doppelfinanzierung auszuschließen. Daneben existiert mit Blick auf die im Jahr 2020 durchgeführte Normierung ein weiterer Korrekturbedarf in Höhe von 200 Mio. Euro. Diese sollten nachträglich für 2020 ausgegliedert werden (basisbereinigend rückwirkend für 2021), da entsprechende Kostenverschiebungen im Rahmen der Normierung des aG-DRG-Systems 2021 noch nicht nachvollzogen werden konnten.

Die DKG sah hingegen keinen Korrekturbedarf für 2022. Sie will vielmehr sachfremde Einzelaspekte wie Mengenrisiken und potenzielle Sachkostensteigerungen in die Debatte einbeziehen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre die von der DKG vorgeschlagene Vermengung verschiedener Sachverhalte ein Bruch mit dem seit Jahren konsentierten Regelwerk der DRG-Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

## **Gesundheitsministerium greift ein**

Anfang Oktober 2021 wurde das Scheitern der Verhandlungen erklärt. Das Bundesgesundheitsministerium hat infolgedessen im Rahmen einer Ersatzvornahme den Entgeltkatalog für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 festgelegt. Der Verordnungsgeber kommt darin zu dem Ergebnis, dass ein Normierungsbedarf aufgrund der dargestellten Doppelfinanzierungsproblematik begründet ist und demzufolge eine Absenkung der Bewertungsrelationen in Höhe von 175 Mio. Euro zu erfolgen hat. Mit der Ersatzvornahme wird somit das Ziel einer vollständigen Verhinderung einer Doppelfinanzierung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erreicht.

**Im zweiten Jahr in Folge gab es im Pflegebereich eine Kostensteigerung von über 10 %, die nur zum Teil auf tatsächlichen Personalaufbau zurückzuführen ist.**

# Bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege

Der Aufbau von Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern wird von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über zwei Förderprogramme finanziert: das Pflegestellen-Förderprogramm und das Programm zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Der GKV-Spitzenverband ist gesetzlich beauftragt, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) jährlich zur Jahresmitte über die Umsetzung zu berichten.

## Zusätzliches Pflegepersonal

Ende August 2021 hat der GKV-Spitzenverband dem BMG den fünften Bericht zur Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms in den Förderjahren 2016 bis 2019 vorgelegt. Dieser belegt, dass die GKV bislang rund 1,1 Mrd. Euro für den Aufbau von Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt hat. Allein im Jahr 2019 haben rund 890 Krankenhäuser von der Förderung profitiert und mit den Krankenkassen zusätzliche Mittel in Höhe von rund 683 Mio. Euro vereinbart.

Für alle vier Förderjahre wurde der Aufbau von etwa 10.100 Pflegepersonalstellen vereinbart. Inwiefern tatsächlich zusätzliche Pflegestellen aus den Vereinbarungen entstanden sind, lässt sich nur zeitversetzt über die Testate der Jahresabschlussprüfungen feststellen. Bisher sind mindestens 3.300 Vollzeitstellen nachweislich mit Fachpersonal besetzt worden. Weitere Testate, insbesondere für 2019, stehen noch aus. Seit dem Jahr 2020 werden gemäß der gesetzlichen Neuregelung zur Ausgliederung des Pflegebudgets aus dem DRG-System alle in den Kliniken anfallenden Pflegepersonalkosten von der GKV über das Pflegebudget refinanziert. Ein zusätzliches Pflegestellen-Förderprogramm ist seitdem verzichtbar.

## Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Im Zeitraum von 2019 bis 2024 können Kliniken bis zu 0,1 % (2019) bzw. 0,12 % (seit 2020) des Krankenhausbudgets zusätzlich erhalten, um damit Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu etablieren.

Übergeordnetes Ziel des Programms ist es, durch attraktive Arbeitsbedingungen mehr examinierte Pflegekräfte und Hebammen zu gewinnen.

Dem zweiten Bericht des GKV-Spitzenverbandes zufolge wurden für das Jahr 2019 rund 10 Mio. Euro von den Krankenkassen bereitgestellt. 237 Krankenhäuser nahmen die Mittel in Anspruch, um entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Das waren 19 % der anspruchsberechtigten Kliniken mit Budgetvereinbarung. Für das Förderjahr 2020 steht ein Großteil der Budgetabschlüsse noch aus, sodass bislang die Inanspruchnahme von 1,6 Mio. Euro durch 41 Kliniken belegt ist. In beiden Jahren wurden jeweils Maßnahmen in den Themenbereichen Kinder- bzw. Angehörigenbetreuung, Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle, Optimierung betrieblicher Prozesse, Einführung betrieblicher Zusatzleistungen wie z. B. Prämien und Maßnahmen zur Förderung des Wiedereinstiegs nach beruflicher Auszeit vereinbart. Dabei wurden in mehr als der Hälfte aller teilnehmenden Krankenhäuser Maßnahmen der unmittelbaren Unterstützung bei der Kinderbetreuung bzw. der Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger ergriffen.

**Bisher sind mindestens 3.300 Vollzeitstellen nachweislich mit Fachpersonal besetzt worden.**

# Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern

**Der GKV-Spitzenverband setzte sich dafür ein, Pflegepersonaluntergrenzen in allen bettenführenden Krankenhausbereichen einzuführen.**













Seit Januar 2019 gelten für Krankenhäuser verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Das Instrument „Pflegepersonaluntergrenzen“ schreibt je Bereich eine bestimmte Anzahl von Pflegekräften vor, die eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten versorgen. Wird im Monatsdurchschnitt weniger Pflegepersonal als vorgeschrieben eingesetzt, muss das Krankenhaus Vergütungsabschläge hinnehmen oder zukünftig die Anzahl an Patientinnen und Patienten reduzieren. Nachdem im Jahr 2020 pandemiebedingt die Regelungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) durch die Bundesregierung befristet ausgesetzt wurden, wa-

ren die Untergrenzen seit 1. Februar 2021 wieder in allen bislang geregelten pflegesensitiven Krankenhausbereichen verpflichtend anzuwenden.

## Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2022

Laut gesetzlichem Vorhaben sollte im Jahr 2021 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, wie vorhandene Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt und in welchen Krankenhausbereichen neue Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden. Wie bereits in den letzten Jahren kam jedoch keine Vereinbarung zustande. Daraufhin legte das Bundesgesundheitsministerium neue Pflegepersonaluntergrenzen für

Pflegepersonaluntergrenzen nach PpUGV (Stand: Dezember 2021)

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













Darstellung: GKV-Spitzenverband

die Bereiche Orthopädie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe fest und differenzierte den Bereich Pädiatrie nach den Teilbereichen allgemeine Pädiatrie, spezielle Pädiatrie und neonatologische Pädiatrie weiter aus. Der GKV-Spitzenverband setzte sich dafür ein, Pflegepersonaluntergrenzen in allen übrigen bettenführenden Krankenhausbereichen einzuführen.

**Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments**

DKG und GKV-Spitzenverband sollen zudem fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige damit beauftragen, bis 2024 ein Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern in der

unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu entwickeln und zu erproben. Der GKV-Spitzenverband will 2022 eine europaweite Ausschreibung dieses Entwicklungs- und Erprobungsauftrags auf den Weg bringen und verständigt sich hierfür mit den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene über die Leistungsinhalte. Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes beinhaltet hierbei, dass eine automatisierte Pflegepersonalbemessung auf Grundlage einer standardisierten digitalen Dokumentation von Pflegeassessment und Pflegeleistungen erfolgen soll.

Neurolog. Frührehabilitation		Neurolog. Schlaganfall-einheit		Allgemeine Pädiatrie		Spezielle Pädiatrie		Neonato-logische Pädiatrie		Gynäkologie und Geburts-hilfe	
											
5	12	3	5	6	10	6	14	3,5	5	8	18
10 %	10 %	-	-	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	-



**PFLEGE**

**Demografie**

**Pflegeforschung**

**Pflegende Angehörige**

**Vulnera  
Gruppe**

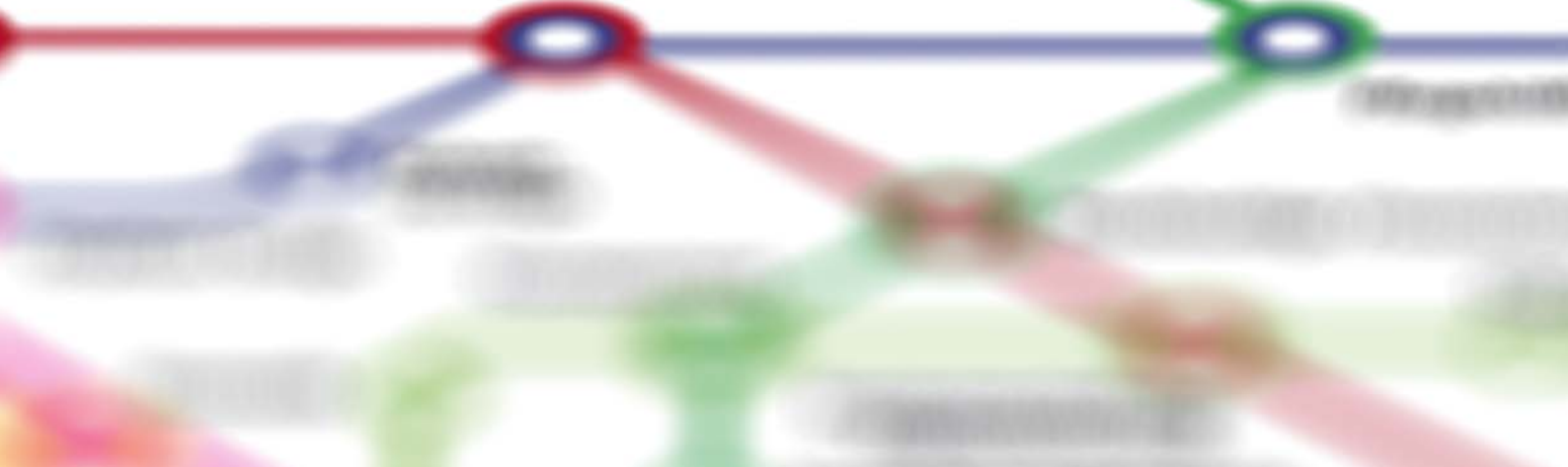
**STATIONÄRE VERSORGUNG**

**Pflegeinfrastruktur**

**KH-Strukturen**

**AMNOG**

renz





# Reformen in der Pflege

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) kurz vor dem Ende der Legislaturperiode eine pflegetherapeutische Reform verabschiedet, die finanzielle Auswirkungen auf Pflegekräfte, Pflegebedürftige und Beitragszahlende haben wird.

## Neue Zulassungsvoraussetzung für Pflegeeinrichtungen

Ab dem 1. September 2022 sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtet, ihre Beschäftigten in der Pflege und Betreuung mindestens in Tarifhöhe oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung zu entlohnen. Die Erfüllung dieser Vorgabe stellt für die Pflegeeinrichtungen eine neue Voraussetzung für die Zulassung zur Pflege durch die Landesverbände der Pflegekassen und den Sozialhilfeträger dar. Bereits bestehende Versorgungsverträge müssen entsprechend angepasst werden.

Der Gesetzgeber hat weiterhin geregelt, dass im Hinblick auf die Refinanzierung der höheren Personalkosten eine Entlohnung nicht als unwirtschaftlich von den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger abgelehnt werden kann, soweit die Entlohnung das regional übliche Entgeltniveau nicht um mehr als 10 % überschreitet. Das jeweilige regional übliche Entgeltniveau soll von den Landesverbänden der Pflegekassen ermittelt werden. Sie sollen sich dabei auf maßgebliche Informationen aus Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen stützen, die von tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen in der jeweiligen Region zu übermitteln sind.

Der GKV-Spitzenverband hatte bis September 2021 das Nähere zur Umsetzung der neuen Zulassungsvoraussetzung und zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus in Richtlinien festzulegen. Die beiden Richtlinien wurden fristgerecht beschlossen und traten nach der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales am 27. Januar 2022 in Kraft.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das mit den Neuregelungen verfolgte Ziel, eine angemessene Bezahlung und damit verbesserte Arbeitsbedingungen für Beschäftigte in der Pflege zu fördern. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens hat der GKV-Spitzenverband jedoch auch darauf hingewiesen, dass die neu vorgesehenen Regelungen für mehr Tarifbindung in der Pflege weder in sich schlüssig noch widerspruchsfrei sind. Der GKV-Spitzenverband sieht insbesondere die gesetzlich bestimmte Umsetzung einer Entlohnungsuntergrenze und einer Entlohnungsobergrenze kritisch: Den Pflegekassen wird nunmehr die Aufgabe zugewiesen, einerseits zu kontrollieren, dass Pflegeeinrichtungen ihren Beschäftigten eine bestimmte Mindestentlohnung zahlen, um zur pflegerischen Versorgung zugelassen werden zu können. Andererseits müssen sie im Rahmen des Abschlusses von Vergütungsvereinbarungen darauf achten, dass die Entlohnung bei nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen das kassenseitig zu ermittelnde regional übliche Entgeltniveau nicht überschreitet. Der GKV-Spitzenverband wird im Zuge der Umsetzung des BMG weiterhin auf Umsetzungsschwierigkeiten und gesetzlichen Nachbesserungsbedarf hinweisen.

## Beteiligung der SPV an den Eigenanteilen in der vollstationären Pflege

Ab Januar 2022 erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die vollstationär versorgt werden, einen Leistungszuschlag von der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die Höhe des Leistungszuschlags ist abhängig von der Dauer der vollstationären Versorgung und variiert zwischen 5 % und 70 % des jeweils zu zahlenden pflegebedingten Eigenanteils. Die Pflegeeinrichtung, die die jeweilige pflegebedürftige Person versorgt, soll der Pflegekasse neben dem Leistungsbetrag auch den Leistungszuschlag und den Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil in Rechnung stellen.

**Ab dem 1. September 2022 müssen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Beschäftigten in der Pflege und Betreuung mindestens in Tarifhöhe bezahlen.**

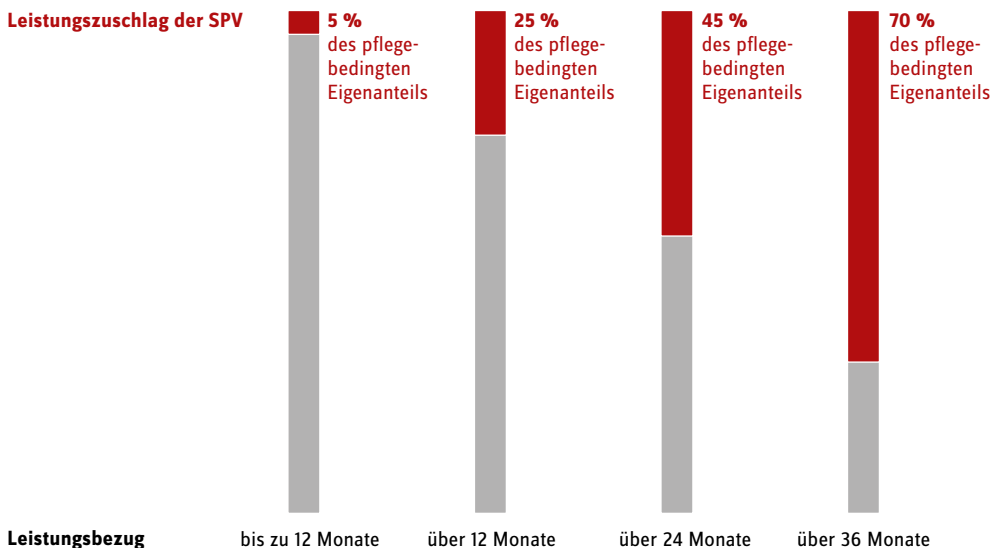
**Mit dem Beitragszuschlag für Kinderlose können die steigenden Ausgaben der SPV nur teilweise gedeckt werden.**

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit dieser Neuregelung verbundenen finanziellen Entlastungen pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Einrichtungen. Die Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der vollstationären Pflege sind zwischen 2017 und 2020 durchschnittlich um insgesamt mehr als 50 % gestiegen (von rund 550 Euro monatlich zum Stichtag 1. Januar 2017 auf rd. 830 Euro zum Stichtag 1. Januar 2021). Der GKV-Spitzenverband hat die Umsetzung der Neuregelung für die Pflegekassen konkretisiert.

**Anhebung des Beitragssatzes für Kinderlose**

Um die Reformmaßnahmen zu finanzieren, wurde durch den Gesetzgeber der Beitragszuschlag für kinderlose Beitragszahlende zum 1. Januar 2022 um 0,1 auf 0,35 Beitragssatzpunkte angehoben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können die steigenden Ausgaben damit jedoch nur teilweise gedeckt werden. Eine zukunftsfeste Finanzierung der SPV ist weiterhin dringend erforderlich. Um die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, sind auch weitere Maßnahmen wie Bundeszuschüsse erforderlich.

Finanzielle Entlastung von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen ab 1. Januar 2022 gemäß dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung



Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Neues Personalbemessungsinstrument

Im Jahr 2020 hat die Universität Bremen unter Leitung von Prof. Heinz Rothgang den Entwurf für ein neues Personalbemessungsverfahren für die stationäre Pflege, den sogenannten Algorithmus 1.0, vorgelegt. Der Algorithmus 1.0 wurde vor dem Hintergrund des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des daraus abgeleiteten neuen Pflegeverständnisses entwickelt. Er ermöglicht es, den Bedarf an Pflegefach- sowie Pflegehilfs- und -assistenzkräften für vollstationäre Pflegeeinrichtungen abhängig von der jeweiligen Bewohnerstruktur zu berechnen. Nach den Ergebnissen der Universität Bremen werden zwar auch mehr Pflegefachpersonen benötigt, vor allem jedoch mehr Hilfs- und Assistenzkräfte. Für einen qualifikationsorientierten, effizienten Einsatz des Personals empfiehlt die Universität Bremen begleitende Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die bundeseinheitliche Bemessung des Pflegepersonals. Die Einführung eines neuen Personalbemessungssystems muss zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und gleichzeitig zu einer besseren Versorgung in den Pflegeheimen führen.

## Schrittweise Einführung

Aufbauend auf der wissenschaftlichen Grundlage hat der Gesetzgeber mehrere Schritte zur Umsetzung einer bundeseinheitlichen Personalbemessung zur Verbesserung der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen vorgesehen.

In einem ersten Schritt haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen aufgrund des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes seit Januar 2021 einen Anspruch auf die Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen nach bestimmten gesetzlich festgelegten Personalschlüsseln. Die Finanzierung erfolgt über einen Vergütungszuschlag, der von der jeweiligen Pflegekasse der pflegebedürftigen Person zu tragen bzw. von dem privaten Versicherungsunternehmen zu erstatten ist. Politisches Ziel ist es, mit diesem Hilfskräfte-Stellenprogramm bis zu 20.000 zusätzliche Hilfskraftstellen zu schaffen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu das Nähere für ein Verfahren zur Vereinbarung der Vergütungszuschläge festgelegt.

**Der GKV-Spitzenverband trägt u. a. mit einem Modellprogramm maßgeblich zur schrittweisen Umsetzung eines neuen Personalbemessungsverfahrens bei.**

Anzahl des finanzierten Pflegehilfskraftpersonals  
(Stand 31. Dezember 2021)

<b>Bewilligte Pflegehilfskraftstellen (VK)</b>	<b>3.724*</b>
davon	
Anzahl Stellen für Personen mit abgeschlossener Ausbildung (§ 85 Abs. 9 Nr. 1a SGB XI)	2.812
Anzahl Stellen für Personen, die berufsbegleitend mit der Ausbildung begonnen haben (§ 85 Abs. 9 Nr. 1b SGB XI)	228
Anzahl Stellen für Personen, die innerhalb von 2 Jahren ab Finanzierung über Vergütungszuschlag mit der berufsbegleitenden Ausbildung beginnen (§ 85 Abs. 9 Nr. 1c SGB XI)	644

\* Anzahl höher als Summe der Folgezeilen, da die Aufschlüsselung nach Qualifikation für einzelne Einrichtungen nicht vorliegt.

Quelle: PV 45;  
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Im nächsten Schritt hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung ab Juli 2023 bundeseinheitliche Personalschlüssel für Pflegefach- sowie für Pflegehilfs- und -assistenzkräfte für die unterschiedlichen Pflegegrade festgelegt. Diese basieren auf dem Algorithmus 1.0 und entsprechen rund 40 % des dort berechneten Personalmehrbedarfs.

### **Modellprogramm Personalbemessung**

Der GKV-Spitzenverband führt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Modellprogramm zur wissenschaftlich gestützten Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens durch. Die Ergebnisse sollen u. a. der Weiterentwicklung

**Im Rahmen des Modellprogramms wird ab dem Jahr 2022 ein Konzept für eine qualifikationsorientierte Aufgabenverteilung in der vollstationären pflegerischen Versorgung entwickelt und erprobt.**

der gesetzlichen Personalschlüssel dienen. Im Rahmen des Modellprogramms wird ab dem Jahr 2022 ein Konzept für eine qualifikationsorientierte Aufgabenverteilung in der vollstationären pflegerischen Versorgung entwickelt. Das Konzept wird flankiert von Maßnahmen zur Organisations-

und Personalentwicklung sowie der Digitalisierung und des Technikeinsatzes. Die Umsetzung des Konzepts soll erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden. Zudem wird eine Implementationsstrategie für eine anschließende flächendeckende Verbreitung und Umsetzung des erprobten Konzepts in allen vollstationären Einrichtungen entwickelt.

Die am Modellprogramm teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erhalten für die Erprobung des Konzepts eine Personalausstattung, die auf dem Algorithmus 1.0 basiert. Der Personalmehrbedarf der teilnehmenden Einrichtungen wird während der Projektlaufzeit aus Fördermitteln des Modellprogramms finanziert.

Die Konzepterprobung wird begleitend evaluiert. In der Evaluation werden u. a. die Qualität der Versorgung und die Zufriedenheit der Mitarbeiten-

den betrachtet. Zudem werden Erkenntnisse zu Verbesserungen der Effizienz des Personaleinsatzes gewonnen. Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse soll das Personalbemessungsinstrument angepasst und ein weiterentwickelter Algorithmus 2.0 empfohlen werden.

Der GKV-Spitzenverband erwartet aus dem Modellprogramm Erkenntnisse zur tatsächlich erforderlichen Erhöhung der Personalausstattung. Zudem wird die flächendeckende Einführung erprobter und bewährter Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen bzw. Digitalisierungsmaßnahmen für einen effektiven, effizienten und qualifikationsorientierten Personaleinsatz vorbereitet.

# Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte

Die Sicherstellung des Fachkräftebedarfs ist eine zentrale Herausforderung in der pflegerischen Versorgung. Nicht zuletzt in Zeiten der Pandemie zeigt sich nochmals deutlich die Notwendigkeit der Aufwertung des Pflegefachberufs, um dem drohenden Personalmangel entgegenzuwirken. Neben Finanzierungsfragen kommt der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine zentrale politische Bedeutung zu.

## Vorbereitung bundesweiter Modellvorhaben

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung werden die Krankenkassen verpflichtet, in jedem Bundesland kassenartenübergreifend ein Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung durchzuführen. Die Modellvorhaben sollen spätestens am 1. Januar 2023 beginnen und sind auf maximal vier Jahre befristet. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen

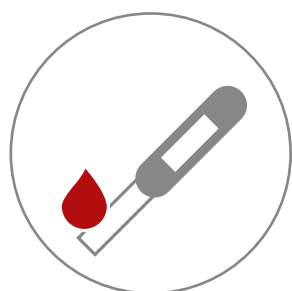
Spitzenorganisationen auf Bundesebene müssen bis zum 31. März 2022 einen Rahmenvertrag schließen, der Folgendes enthalten soll:

- Katalog ärztlicher Tätigkeiten, die von Pflegekräften mit entsprechender Zusatzqualifikation selbstständig durchgeführt werden können
- Vereinbarungen zur ausgewogenen Berücksichtigung aller Versorgungsbereiche bei Durchführung von Modellvorhaben
- einheitliche Vorgaben zur Abrechnung und zu Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit
- Rahmenvorgaben für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Diese gesetzliche Regelung ist ein Ergebnis des Strategieprozesses der Konzertierte(n) Aktion Pflege. Ziel der Regelung ist die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen, die selbstständig und eigenverantwortlich Tätigkeiten der Heilkunde ausüben.

**Nicht zuletzt in Zeiten der Pandemie zeigt sich nochmals deutlich die Notwendigkeit der Aufwertung des Pflegefachberufs.**

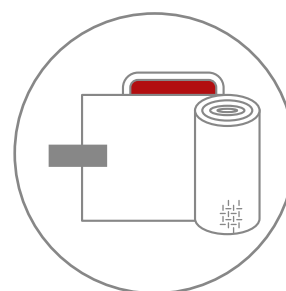
Heilkundliche Tätigkeitsfelder mit der Möglichkeit der Übertragung auf Pflegefachkräfte



Diabetes mellitus



Demenz



Chronische Wunden

# Forschung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

---

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung betreut die verschiedenen Modellprogramme zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und trägt damit zur wissenschaftlichen Fundierung pflegepolitischer Entscheidungen bei. Im Berichtsjahr war die Digitalisierung in der Pflege erneut eines der bedeutendsten Themen.

## **Digitale Anbindung von Pflegeeinrichtungen**

Der Gesetzgeber hat den GKV-Spitzenverband mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz damit beauftragt, ein Modellprogramm zur wissenschaftlich gestützten Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (TI) einzurichten. Im Zeitraum von 2020 bis 2024 wird der digitale, sektorenübergreifende Informationsaustausch in der ambulanten sowie stationären Versorgung Pflegebedürftiger erprobt. Seit 2021 nehmen 88 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen am Modellprogramm teil. In diesen Einrichtungen liegt der Fokus zunächst auf der Installation und Implementierung der technischen Infrastruktur sowie auf der Erprobung der derzeit und zukünftig für die Pflege verfügbaren Anwendungen. In einem ersten Schritt wird die Anwendung Kommunikation im Medizinwesen umgesetzt. Zu einem späteren Zeitpunkt kommen sukzessive weitere Anwendungen wie etwa das Notfalldaten-

management, der elektronische Medikationsplan sowie die elektronische Patientenakte hinzu.

Darüber hinaus werden im Rahmen des Modellprogramms ab 2022 in ausgewählten Projekten neue digitale Anwendungen erprobt, die gegenwärtig noch nicht Bestandteil der TI sind, jedoch Innovationspotenzial für den Pflegesektor bergen. Die Konzepte zielen z. B. auf die Anbindung vorhandener sektorenspezifischer Software (z. B. Pflegedokumentation) an die TI durch die Entwicklung offener Schnittstellen. Teile der Kommunikation zwischen verschiedenen Leistungserbringenden könnten dadurch standardisiert und digital über die TI erfolgen, um den sektorenübergreifenden Informationsaustausch sicherer zu machen, zu beschleunigen und zu verbessern. Weitere Konzepte zielen darauf ab, anhand konkreter Anwendungsfälle in der Pflege (z. B. Pflegeüberleitung ins oder aus dem Krankenhaus) Standards für den strukturierten Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Leistungserbringenden zu erarbeiten.

Das gesamte Modellprogramm wird wissenschaftlich evaluiert. Zentrale Erfolgskriterien sind:

- Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung
- Nutzen für die pflegebedürftigen Menschen und die Pflegeeinrichtungen
- Wirtschaftlichkeit

**Von 2020 bis 2024 wird der digitale, sektorenübergreifende Informationsaustausch in der ambulanten sowie stationären Versorgung Pflegebedürftiger erprobt.**

### Individualisierte Musik als Intervention bei Demenz

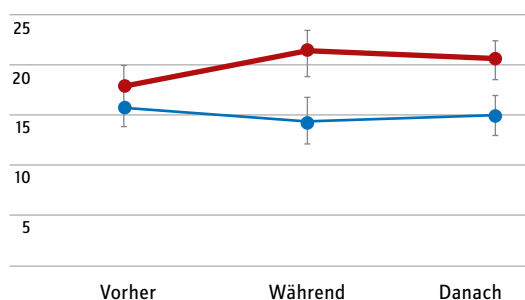
Demenzielle Erkrankungen bilden eine der großen Herausforderungen für alternde Gesellschaften, da sich eine erfolgreiche medikamentöse Therapie der Demenzen bislang nicht abzeichnet. Daher gewinnen nicht-medikamentöse Interventionen an Bedeutung, die dazu beitragen können, den Status der Erkrankten über längere Zeit zu stabilisieren, den Rückgang kognitiver Funktionen zu verzögern und die individuelle Lebensqualität zu erhöhen. Das geförderte und an der Universität Jena durchgeführte Modellprojekt „Individualisierte Musik für Menschen mit Demenz“ legt die erste randomisierte kontrollierte Studie zu individualisierten Musikinterventionen in der institutionellen Pflege in Deutschland vor. Die Studie wurde in fünf

stationären Pflegeeinrichtungen (Weimar, Erfurt, Jena) umgesetzt. Mehr als 100 Bewohnerinnen und Bewohner erhielten über einen Zeitraum von 18 Wochen ein Musikprogramm, das den individuellen Vorlieben entsprach und mit positiven Erfahrungen und Emotionen verbunden war. Die Ergebnisse zeigen u. a. eine Reduktion von Unruhezuständen, die Zunahme sozialer Partizipation und eine Vielzahl positiver Reaktionen auf die Musikintervention. Das Angebot, regelmäßig die eigene Lieblingsmusik zu hören, zeigt somit einen effektiven Weg in der Versorgung Demenzkranker auf. In einem weiteren Schritt wird das Projekt seit 2021 auf die häusliche Versorgung ausgeweitet. Im Rahmen des Projekts wird eine App entwickelt, damit zukünftig möglichst viele pflegebedürftige Menschen von dieser neuen Intervention profitieren können.

### Verhaltensbeobachtungen während der Intervention „Individualisierte Musik bei Demenz“

#### Freude

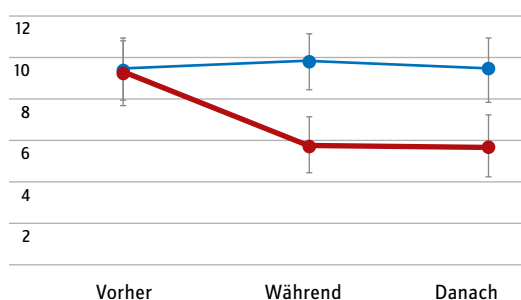
Häufigkeit in Prozent (besser: ▲)



● Interventionsgruppe (IG) ● Kontrollgruppe (KG)

#### Anspannung

Häufigkeit in Prozent (besser: ▼)



IG: n = 58; KG: n = 56

Quelle: Friedrich-Schiller-Universität Jena; Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Herausforderungen für die soziale Pflegeversicherung

**Unter der Annahme, dass pandemiebedingte Mehrausgaben bis Juni 2022 anfallen, entsteht im Jahr 2022 eine geschätzte Finanzierungslücke von 3,6 Mrd. Euro.**

Die Pandemie und deren Folgen haben die soziale Pflegeversicherung (SPV) auch im Jahr 2021 vor enorme finanzielle Herausforderungen gestellt. Durch die Erstattung von außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie durch die Coronatest-Aufwendungen belaufen sich die pandemiebedingten Mehrausgaben der SPV auf 4,9 Mrd. Euro. Zur Vermeidung eines Unterschreitens des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen wurde im Oktober 2021 ein Bundeszuschuss in Höhe von 1 Mrd. Euro an die SPV gezahlt. Durch die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung an den pandemiebedingten Mehrausgaben mit rd. 1,1 Mrd. Euro liegt die pandemiebedingte Nettobelastung der SPV im Jahr 2021 bei rd. 2,8 Mrd. Euro. Die SPV hat zum Jahresende 2021 das gesetzliche Mittel-Soll erfüllt, sodass die Zahlungsfähigkeit der Pflegekassen im Jahr 2021 gegeben war.

## Prognose für 2022

Die zum Januar 2022 finanzwirksam werdenden Pflegereformen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) führen nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes zu Mehrausgaben von 3,6 Mrd. Euro. Dem stehen Mehreinnahmen von 1,4 Mrd. Euro gegenüber. Davon entfallen 1 Mrd. Euro auf den jährlichen Bundeszuschuss ab dem Jahr 2022 und ca. 0,4 Mrd. Euro auf die Erhöhung des Beitragszuschlags für Kinderlose von 0,25 auf 0,35 Beitragszuschläge. Demnach wird die Finanzwirkung des

GVWG für das Jahr 2022 auf rd. -2,2 Mrd. Euro geschätzt. Unter der Annahme, dass pandemiebedingte Mehrausgaben bis Ende Juni 2022 anfallen, entsteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2022 eine Finanzierungslücke von 3,6 Mrd. Euro. Um das gesetzliche Mittel-Soll der SPV im Jahr 2022 nicht zu unterschreiten, bedürfte es unabhängig von der pauschalen Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der SPV in Höhe von jährlich 1 Mrd. Euro eines zusätzlichen Bundeszuschusses in Höhe von 3,6 Mrd. Euro. Andernfalls müsste der allgemeine Beitragssatz bereits Mitte 2022 von gegenwärtig 3,05 % auf 3,40 % angehoben werden. Dies könnte durch die Übernahme der versicherungsfremden, pandemiebedingten Mehrausgaben für die Jahre 2020–2022 durch den Bund abgewendet werden. Bei einer ergänzenden dauerhaften Übernahme der Sozialversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bund, wie sie im Koalitionsvertrag vorgesehen ist, wäre kein weiterer Bundeszuschuss bzw. keine Erhöhung des Beitragssatzes bis zum Jahresende 2024 notwendig.

## Zukunftsaufgaben

Die ausgewogene und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung bleibt damit eine der drängendsten Herausforderungen der neuen Legislaturperiode. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für einen angemessenen Bundeszuschuss ein, der zum einen die versicherungsfremden Leistungen abdeckt und zum anderen für eine spürbare Entlastung der Pflegebedürftigen sorgt. Zudem müssen die Länder und Kommunen ihren finanziellen Verpflichtungen zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur nachkommen.

## Einnahmen & Ausgaben der SPV 2021

Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Rechnungsergebnis
2020	50.616.110.779	49.077.357.862	<b>1.538.752.917</b>
2021	52.503.215.470	53.850.223.733	<b>-1.347.008.263</b>

Quelle: Amtliche Finanzstatistik (PV45); Darstellung: GKV-Spitzenverband





Pharmazeutische Industrie

Pharmazeutische Industrie

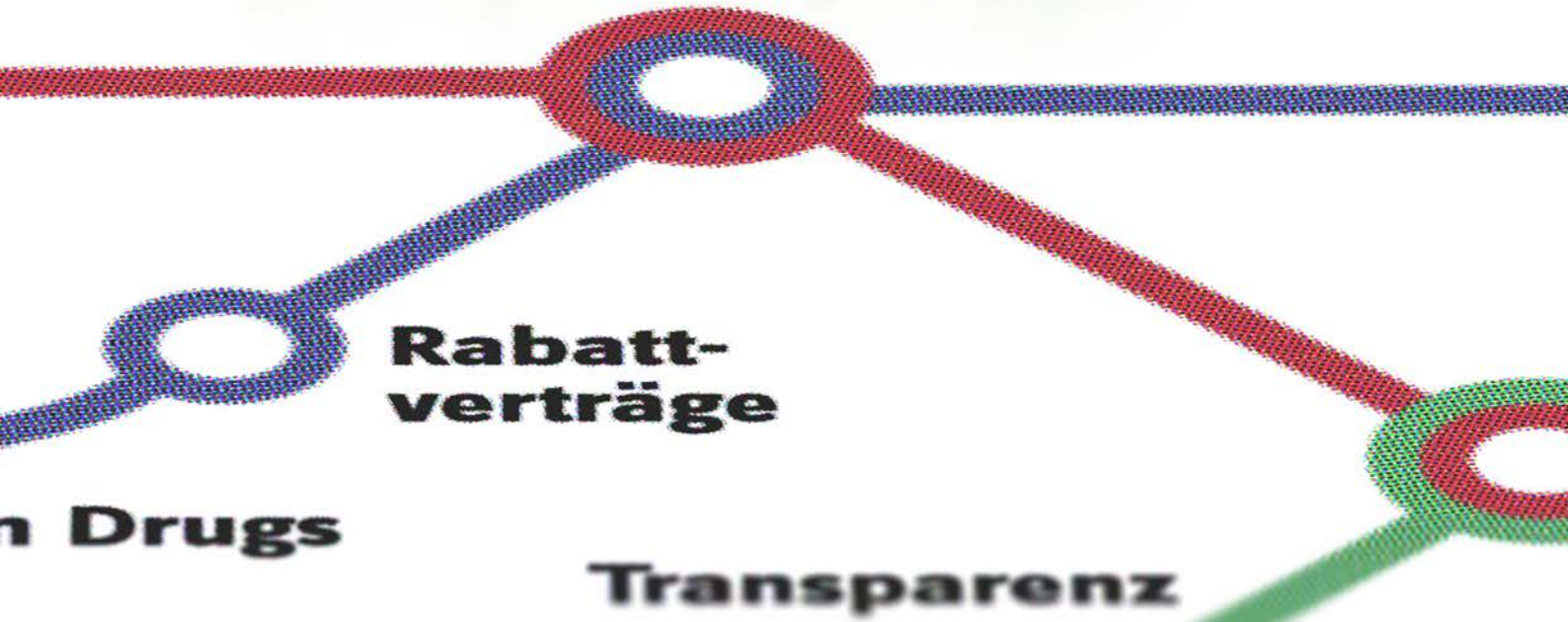
Pflegende A

INÄRIV

kturen



**AMNOG**



**Rabatt-  
verträge**

n Drugs

**Transparenz**

# Bundeseinheitliche Regelungen für Heilmittel

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden die maßgeblichen Verbände der Heilmittelerbringer und der GKV-Spitzenverband beauftragt, Verhandlungen zu bundeseinheitlichen Verträgen und zu den Heilmittelpreisen ab Januar 2021 zu führen. Damit waren die bisher auf Landes- bzw. Kassenebene getroffenen Vereinbarungen erstmalig auf Bundesebene zu verhandeln.

Diesem Auftrag voraus ging eine Reihe von Vergütungsanpassungen aufgrund gesetzlicher Änderungen in den letzten beiden Legislaturperioden. Zu den wesentlichen Regelungen gehörten die Einführung der Bundespreise zum Juli 2019, die Abkopplung der Heilmittelpreise von der Grundlohnsumme und die Anhebung der Preise aufgrund der Heilmittelpreisuntergrenzen. Von 2015 bis 2019 sind die Einnahmen der Heilmittelerbringer auf Grundlage dieser gesetzlichen Regelungen um 43 % gestiegen, nachdem im Vorfeld seitens der Leistungserbringenden Steigerungen von teilweise mehr als 80 % gefordert worden waren.

## Physiotherapie

Für den größten Heilmittelbereich Physiotherapie wurde der Vertrag mit Wirkung zu Anfang August 2021 durch die Schiedsstelle festgesetzt. Die bestehenden Preise wurden um 14,09 % angehoben. Da die abschließende Schiedsentscheidung erst nach Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Frist von drei Monaten getroffen wurde, waren zum Ausgleich der Vergütungsausfälle Zahlbeträge vorzusehen. Die Preise wurden aufgrund dessen im Zeitraum von August bis November 2021 vorübergehend um 26,67 % angehoben. Gegen die Schiedsstellenentscheidung klagten sowohl die Berufsverbände als auch der GKV-Spitzenverband, allerdings ohne aufschiebende Wirkung. So trat der Vertrag zum August 2021 in Kraft, die Vergütungsvereinbarung als Bestandteil des Vertrages hat eine Laufzeit bis Juli 2022.

## Ergotherapie

In der Ergotherapie wurde der Vertrag am 15. Dezember 2021 durch die Schiedsstelle mit Wirkung zum 1. Januar 2022 festgesetzt. Die bestehenden Preise wurden um 5,85 % angehoben. Da die abschließende Schiedsentscheidung nach Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Frist von drei Monaten getroffen wurde, waren Vergütungsausfälle auszugleichen. Die Preise werden von Januar bis September 2022 vorübergehend um 11,7 % angehoben. Gegen die Schiedsstellenfestsetzung wurde von den Berufsverbänden Klage erhoben.

## Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Der Vertrag für die Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie konnte zwischen dem GKV-Spitzenverband und drei der vier maßgeblichen Berufsverbände innerhalb der gesetzlichen Frist konsentiert werden. Da ein Berufsverband die Schiedsstelle angerufen hatte, konnte der Vertrag jedoch erst im März 2021 durch die Schiedsstelle in Kraft gesetzt werden. Er enthält eine in mehreren Stufen angelegte Vergütungsvereinbarung:

- zum 1. Januar 2021 +7,0 %
- zum 1. Januar 2022 +3,5 %
- zum 1. Januar 2023 +3,5 %
- zum 1. Oktober 2023 +3,5 %

Die Vereinbarung kann erstmals zum 30. Juni 2024 gekündigt werden.

## Podologie

Auch im Heilmittelbereich Podologie konnte der Vertrag innerhalb der gesetzlichen Frist konsentiert werden und trat zum Januar 2021 in Kraft. Der Vertrag beinhaltet ebenfalls eine mehrstufige Vergütungsvereinbarung, die erstmals zum 30. Juni 2023 gekündigt werden kann.

## Ernährungstherapie

Für die Ernährungstherapie wurde der Vertrag durch eine Entscheidung der Schiedsstelle am 15. Oktober 2021 final festgelegt. Die darin festgesetzten Preise wurden gegenüber dem bisherigen Preisniveau um 23,3 % angehoben. Sie gelten rückwirkend für Verordnungen ab 27. April 2021.

**Von 2015 bis 2019 sind die Einnahmen der Heilmittelerbringer auf Grundlage neuer gesetzlicher Regelungen um 43 % gestiegen.**

Die Vergütungsvereinbarung kann erstmals zum 30. April 2023 gekündigt werden.

### **Verträge mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V**

Mit dem TSVG wurden die maßgeblichen Berufsverbände und der GKV-Spitzenverband ferner damit beauftragt, Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung, die sogenannte Blankoversorgung, zu schließen. Es handelt sich dabei um eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelbringenden aufgrund einer vertrags(zahn)ärztlichen Diagnose und Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über Auswahl und Dauer der Therapie sowie Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Ursprünglich waren die Verträge bis März 2021 zu schließen. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde die gesetzliche Abschlussfrist jedoch auf den 30. September 2021 verschoben.

Im Heilmittelbereich Physiotherapie wurden nach Abschluss des Schiedsverfahrens auch Verhandlungen zu den Verträgen mit erweiterter Versorgungsverantwortung aufgenommen. Sie werden im Einvernehmen der Vertragsparteien über die gesetzliche Abschlussfrist hinaus bis voraussichtlich März 2022 andauern. In der Ergotherapie konnten aufgrund der erst im Dezember 2021 getroffenen Schiedsentscheidung zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V im Berichtsjahr 2021 keine Verhandlungen zur Blankoversorgung geführt werden. Im Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie ist zwischen den Vertragsparteien vereinbart, die Verhandlungen zur Blankoversorgung im Laufe des Jahres 2022 aufzunehmen. Für den Bereich Podologie wurde eine Verschiebung der Verhandlungen auf Ende Mai 2022 vertraglich vereinbart; in der Ernährungstherapie bis Ende 2024.

### **Regelung telemedizinisch erbringbarer Heilmittel**

Mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege wurde für Versicherte ein Rechtsanspruch auf telemedizinisch erbringbare Heilmittelleistungen geschaffen.

Die Vertragspartner haben die Einzelheiten und technischen Voraussetzungen für telemedizinisch erbringbare Heilmittelleistungen miteinander zu vereinbaren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte im Oktober 2021 allgemeine Voraussetzungen in den Heilmittel-Richtlinien festgelegt, die als Basis für die vertraglichen Regelungen dienen. Bis zum Inkrafttreten entsprechender vertraglicher Vereinbarungen ist die Videotherapie aufgrund von Corona-Ausnahmeregelungen befristet möglich.

**Mit dem Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege wurde für Versicherte ein Rechtsanspruch auf telemedizinisch erbringbare Heilmittelleistungen geschaffen.**

# AMNOG-Bilanz 2021

Von Januar 2011 bis Dezember 2021 führte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 769 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung mit 2.493 Beratungsverfahren bei Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt durch. Im selben Zeitraum wurden vom G-BA 97 Orphan-Drug-Bewertungen durchgeführt, wobei Orphan Drugs von Gesetzes wegen stets ein Zusatznutzen zuerkannt wird. 30 von 88 Anträgen zur Freistellung von der G-BA-Nutzenbewertung endeten mit einer Freistellung des Arzneimittels vom AMNOG-Verfahren.

**Pharmazeutische Unternehmen müssen unterhalb der Umsatzgrenze von 50 Mio. Euro keine Nachweise für einen Zusatznutzen von Orphan Drugs vorlegen.**

Zu insgesamt 290 Wirkstoffen existierten Ende 2021 Erstattungsbeträge. Davon wurden 264 durch Einigung der Vertragsparteien erzielt, 26 Verfahren wurden mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen. Im Dezember 2021

dauerten 60 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie sechs Schiedsverfahren an. Bei 31 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelt es sich um erneute Verhandlungen zu einem Wirkstoff, die aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbin-

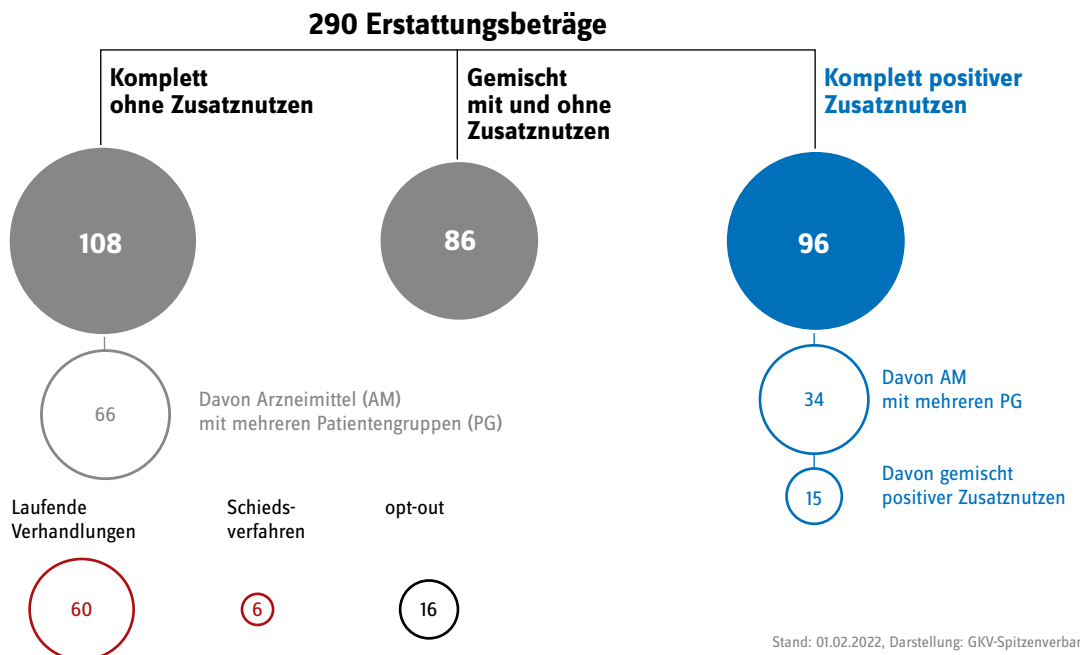
dung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder einer Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden waren.

Sechs Wirkstoffe wurden bislang ohne vorheriges Nutzenbewertungsverfahren direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet. Im Zeitraum September 2017 bis Dezember 2021 wurden sechs Festbeträge für vormals erstattungsbetragsregelte Wirkstoffe wirksam.

## Anwendungsbegleitende Datenerhebungen für Orphan Drugs

So lange der Umsatz eines Arzneimittels mit einem Orphan-Drug-Status aus dem Zulassungsverfahren unter 50 Mio. Euro innerhalb von zwölf Monaten liegt, nimmt der Gesetzgeber einen Zusatznutzen an. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen in diesem Fall keine entsprechenden Nachweise für einen Zusatznutzen vorlegen. Erst bei Überschreitung der Umsatzgrenze erfolgt eine reguläre, vollständige Nutzenbewertung mit allen Nachweispflichten für die pharmazeutischen Unternehmen.

## AMNOG-Bilanz



Stand: 01.02.2022, Darstellung: GKV-Spitzenverband

17 Wirkstoffe wurden bereits nach Überschreitung der Umsatzgrenze von 50 Mio. Euro einer vollständigen Nutzenbewertung unterzogen: Dreizehn erfuhren im Anschluss eine Neuverhandlung des Erstattungsbetrags, vier befanden sich Ende 2021 in einer laufenden Erstattungsbetragsverhandlung. Ein weiterer Wirkstoff befand sich in der G-BA-Nutzenbewertung.

Seit einer Gesetzesänderung 2019 kann der G-BA die Anwendung einzelner Orphan Drugs zwingend auch mit einer Datenerhebung aus der Versorgungspraxis verbinden, um bestehende Evidenzlücken durch aussagekräftige Versorgungsdaten zu füllen. Im Februar 2021 verpflichtete der G-BA zum ersten Mal ein pharmazeutisches Unternehmen dazu, durch eine anwendungsbegleitende Datenerhebung und Auswertung die Grundlage für eine erneute Nutzenbewertung zu schaffen. Für Zolgensma®, eine Gentherapie zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie bei Kindern, soll eine Registerstudie durchgeführt werden, anhand derer Aussagen zum therapeutischen Stand im Vergleich zu Behandlungsalternativen getroffen werden können. Dafür werden alle Ärztinnen und Ärzte, die Zolgensma® einsetzen wollen, verpflichtet, an der Datenerhebung mitzuwirken.

### AMNOG-Umsatzentwicklung im stationären Sektor 2020

Seit dem 3. Quartal 2021 liegen Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2020

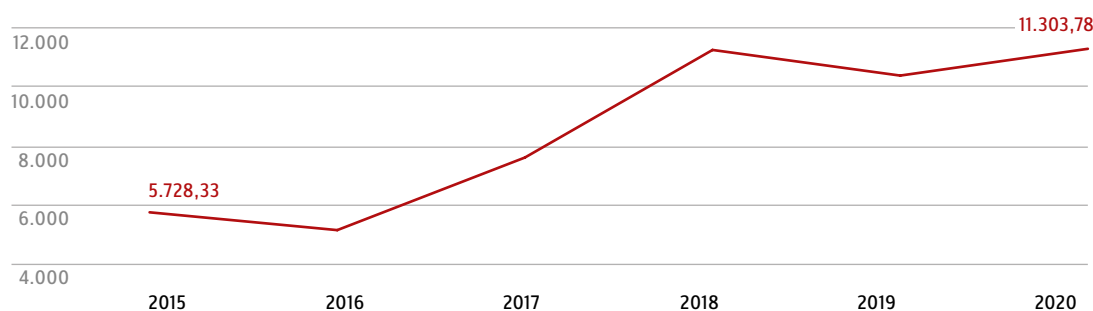
vor. Diese Daten ermöglichen eine Analyse der innerhalb eines Kalenderjahres von den Krankenkassen mit den Krankenhäusern abgerechneten Entgelte für neue und besonders teure Arzneimittel, die nicht über eine DRG-Fallpauschale abgedeckt sind.

Die aktualisierten Daten zeigen, dass die Krankenkassen im Jahr 2020 mit 934 Mio. Euro gut 40 % mehr für AMNOG-geregelte Arzneimittel ausgegeben haben als noch ein Jahr zuvor. Der entsprechende Anstieg betrug im ambulanten Sektor lediglich 23 %, was erneut die zunehmende Bedeutung des stationären Sektors im hochpreisigen Markt für patentgeschützte Arzneimittel hervorhebt.

**Der stationäre Sektor nimmt im hochpreisigen Markt für patentgeschützte Arzneimittel eine zunehmende Bedeutung ein.**

Auffallend ist zudem die Entwicklung der (durchschnittlichen) Entgelthöhe für AMNOG-Arzneimittel je abgerechnetem Fall. Demnach stieg dieser Wert von gut 5.700 Euro im Jahr 2015 auf mehr als 11.300 Euro im Jahr 2020. Noch gravierender fällt die Entwicklung bei den teuersten extra abgerechneten Entgelten für AMNOG-Arzneimittel im Zeitverlauf aus. Lag dieser Wert im Jahr 2015 noch bei 42.500 Euro (für den Einsatz des Wirkstoffs Defibrotid), mussten Krankenkassen im Jahr 2020 für Zolgensma® bereits 2,25 Mio. Euro zahlen.

### Kostenentwicklung von AMNOG-Arzneimitteln je abgerechnetem Fall im stationären Sektor in Euro



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Deckelung der Arzneimittelpreise nach Patentschutz

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung hat der Gesetzgeber eine Regelungslücke zur Preissteuerung von neuen Arzneimitteln geschlossen. Diese bestand zeitlich gesehen zwischen dem Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes und der möglichen Festsetzung eines Festbetrags. Es wurde klargestellt, dass nach Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes und dem damit markierten Ende der Marktexklusivität der Erstattungsbetrag für die bereits bekannten Arzneimittel und alle Nachfolgeprodukte als Höchstpreis fortgilt. Unterhalb dieses Höchstpreises können die pharmazeutischen Unternehmen ihre Abgabepreise frei gestalten.

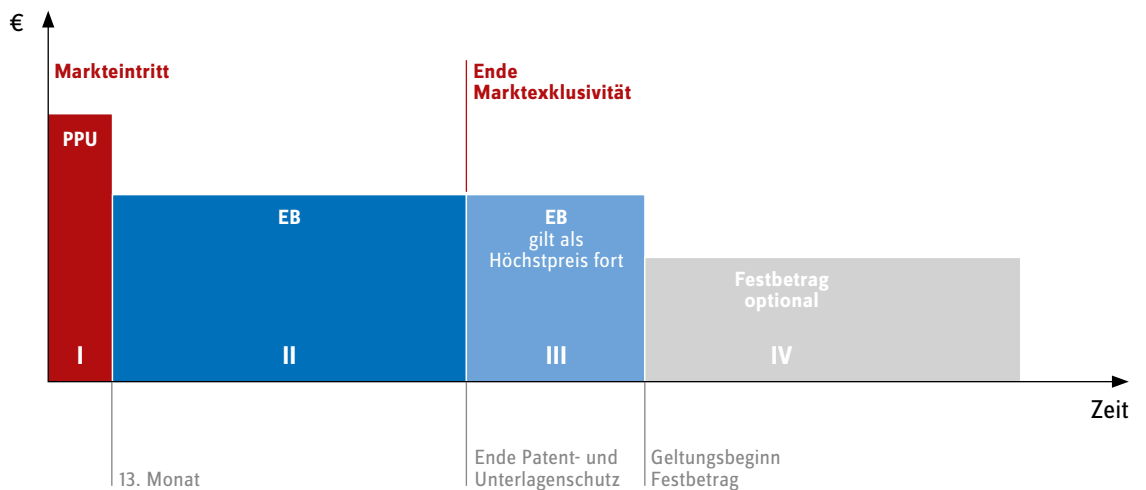
**Nach Ablauf des Unterlagen- und Patentschutzes gilt der Erstattungsbetrag für die bereits bekannten Arzneimittel und alle Nachfolgeprodukte als Höchstpreis fort.**

**Anpassung der Rahmenvereinbarung**  
Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der

pharmazeutischen Unternehmen sind beauftragt, das Nähere zur Bestimmung des höchstens zulässigen Abgabepreises (Höchstpreis) in einer Rahmenvereinbarung zu regeln. Erfolgt keine Einigung, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden fest. Für die Änderung der Vereinbarung ist eine gesetzliche Frist bis Januar 2022 vorgesehen.

**Höchstpreise müssen für alle Marktteilnehmenden berechenbar sein**  
Aufgabe der Verbände ist es, sachgerechte Vorgaben in die Rahmenvereinbarung aufzunehmen, die es allen Marktteilnehmenden ermöglichen, die zulässigen Höchstpreise für eine Neueinführung zu bestimmen. Dies beinhaltet eine Beschreibung der möglichen Preisstrukturmodelle (z. B. linear, flat), die Berechnungsschritte für das pharmazeutische Unternehmen sowie die Modalitäten der gesetzlich vorgesehenen Pflicht zur Veröffentlichung des Preisstrukturmodells durch den GKV-Spitzenverband.

Die Preisphasen eines neuen Arzneimittels



Legende: PPU = frei gewählter Preis des Pharmazeutischen Unternehmens; EB = Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Preisvorschriften für Apotheken

In Deutschland galten für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel nach dem Arzneimittelgesetz einheitliche Abgabepreise, von denen Apotheken nicht durch die Gewährung von Boni abweichen dürfen. Im Ausland tätige Versandapotheken boten Versicherten für die Einlösung von Rezepten ebensolche Boni an. Dieses Geschäftsmodell war Gegenstand eines Prozesses vor dem Europäischen Gerichtshof (EuGH), der es für rechtmäßig erklärte. Entsprechend ist die Regelung im Arzneimittelgesetz, die die Gewährung von Boni ausschließt, nicht vereinbar mit dem Europarecht.

## Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

Wesentlicher Zweck des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken war es nun, über eine sozialrechtliche Regelung Preisvorschriften einzuführen, die auch für ausländische Versandapotheken bindend sind. Apotheken sind danach verpflichtet, bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte als Sachleistungen die Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung einzuhalten und Versicherten keine Zuwendungen zu gewähren. Ausländische Versandapotheken haben hierzu bereits während des Gesetzgebungsprozesses die Notwendigkeit einer juristischen Klärung angekündigt.

Die Überprüfung der Einhaltung dieser Preisvorschriften wird durch die gesetzlichen Neuregelungen auf die Vertragspartner des gesetzlich vorgesehenen Rahmenvertrags, den Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) und den GKV-Spitzenverband, verlagert. Diese haben einen Konsens

darüber erzielt, im Rahmenvertrag für die Verhängung der Vertragsstrafen eine paritätische Stelle einzuführen, die mit Vertreterinnen und Vertretern des DAV und des GKV-Spitzenverbandes besetzt ist. Um das Haftungsrisiko zu minimieren, wurde eine Regelung vereinbart, nach der jeweils ausschließlich der DAV bzw. der GKV-Spitzenverband im Innenverhältnis das Haftungsrisiko trägt, wenn die Entscheidung ausschließlich aufgrund des Votums eines Partners getroffen wird.

## Pharmazeutische Dienstleistungen

Weiterhin wurden mit dem Gesetz Regelungen zu neuartigen pharmazeutischen Dienstleistungen aufgenommen, die von Apotheken für die Versicherten erbracht werden sollen. Sowohl die Art der Dienstleistung als auch die Umsetzung sind ebenfalls von den Vertragspartnern des Rahmenvertrags zu verhandeln. Zur Finanzierung dieser neuen Leistungen wird auf jede Fertigarzneimittelpackung ein Zuschlag von 20 Cent zzgl. Umsatzsteuer erhoben.

Die Vertragspartner haben sich darauf geeinigt, dass die allgemeinen vertraglichen Regelungen für alle zu vereinbarenden pharmazeutischen Dienstleistungen

sowie die Abrechnungsgrundlagen in einer Anlage zum Rahmenvertrag festgehalten werden. In Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der einzelnen pharmazeutischen Dienstleistungen konnte kein Konsens erzielt werden. Der DAV hat hierzu die Schiedsstelle angerufen.

**Apotheken sind verpflichtet, bei der Abgabe verordneter Arzneimittel die Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung einzuhalten und Versicherten keine Zuwendungen zu gewähren.**

# Zukunftssichere Arzneimittelversorgung

Kaum ein anderer Bereich im Gesundheitswesen ist so dynamisch wie die Entwicklung neuer Arzneimittel. Die aus Sicht der Patientensicherheit wünschenswerte Datenqualität bleibt dabei zunehmend auf der Strecke. Arzneimittel werden immer häufiger mit Hilfe beschleunigter Verfahren zugelassen - zu einem Zeitpunkt ihrer Entwicklung, wenn oft noch nicht nachgewiesen ist, ob sie Patientinnen und Patienten tatsächlich nutzen. In einem Positionspapier hat der GKV-Spitzenverband notwendige Maßnahmen

**Für alle Arzneimittel sollte die Bewertung durch den G-BA systematisch aktualisiert werden.**

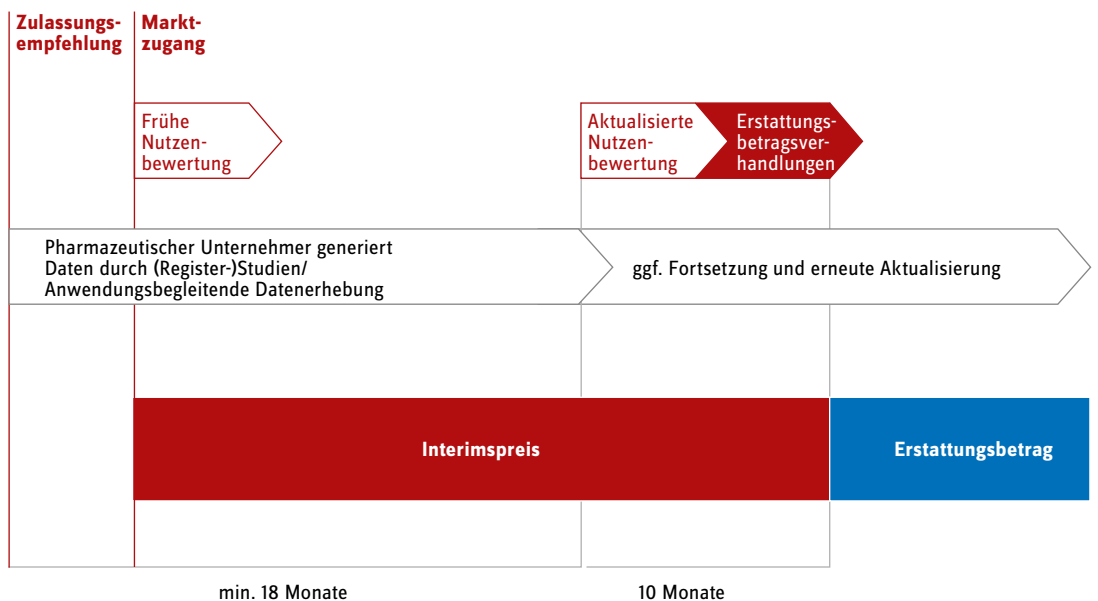
skizziert, um die Bewertung und Preisbildung neuer Arzneimittel in Deutschland zukunftssicher zu machen und hierdurch weiterhin die solidarische, qualitätsvolle und innovationsoffene Versorgung von Patientinnen und Patienten zu sichern.

## Positionen des GKV-Spitzenverbandes

Werden Arzneimittel trotz mangelnder Studiendaten zugelassen, ist es notwendig, fehlende Daten unverzüglich zu erheben. Hierfür eignen sich anwendungsbegleitende Datenerhebungen auf Basis krankheitsbezogener, unabhängiger Register. Deren Kosten haben die jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen zu tragen.

In einigen Fällen bestehen extreme Datendefizite für einzelne Teilanwendungsgebiete eines neuen Arzneimittels. Hier soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Fokus-Liste die legitimierte Verordnung eines Arzneimittels für ein bestimmtes Teilanwendungsgebiet vorgeben können, bis aussagekräftige Daten zu den anderen vorliegen.

## Interimspreis-Modell des GKV-Spitzenverbandes für Arzneimittel mit beschleunigter Zulassung



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband



Für viele Krankheiten sind mehrere medizinisch vergleichbare neue Arzneimittel zugelassen. Es fehlen aber Anreize für einen preislichen Wettbewerb. Daher wird vorgeschlagen, dass der G-BA einen Katalog medizinisch-therapeutisch vergleichbarer Arzneimittel definiert. Unter diesen haben die Krankenkassen anschließend die Option, einzelne für die bevorzugte Versorgung ihrer Versicherten auszuwählen und Preisnachlässe zu verhandeln.

Für alle Arzneimittel sollte die Bewertung durch den G-BA systematisch aktualisiert werden. Denn sie dient auch als unabhängige Informationsquelle für eine individuelle, evidenzbasierte Therapieentscheidung von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten.

Für Arzneimittel ohne ausreichende Evidenz sollte in Zukunft ab Marktzugang ein Interimspreis gelten. Dieser wird im Regelfall auf Basis der Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie festgelegt und kann erst durch einen Erstattungsbetrag auf Basis einer aktualisierten Nutzenbewertung abgelöst werden. Dies stärkt Anreize zur Verbesserung der Evidenz und schützt die Versichertengemeinschaft vor Mondpreisen.

Für neue Arzneimittel mit regulärer Zulassung soll der verhandelte Erstattungsbetrag rückwirkend zum ersten Tag ihres Inverkehrbringens gelten. Der Zeitraum für die Verhandlung des Erstattungsbetrags sollte im Interesse aller Beteiligten auf vier Monate begrenzt werden.

Als Preiskriterium für Arzneimittel mit Zusatznutzen sollten zukünftig an die Stelle der „Kosten vergleichbarer Arzneimittel“ die tatsächlichen Forschungs- und Entwicklungskosten treten. Liegen Hinweise vor, dass Rabatte in anderen europäischen Ländern vom Unternehmen nicht übermittelt wurden, sollte nur noch der niedrigste europäische Preis samt Abschlag berücksichtigt werden.

Bei weiterer Verschlechterung der Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung sollten die

Preissteuerungsansätze von Patent-Arzneimitteln durch eine Begrenzung der Arzneimittel-Ausgaben ergänzt werden. Diese Begrenzung kann auf Ebene einzelner Arzneimittel oder einer Gruppe von Arzneimitteln oder für das Gesamtausgabenvolumen umgesetzt werden.

### **Fazit: Innovation und Qualität zusammendenken**

Fortschritte in der Medizin bieten große Chancen für Patientinnen und Patienten und unsere Gesellschaft als Ganzes. Zugleich muss sichergestellt werden, dass neue Therapien auch unter Beweis stellen, dass sie wirklich innovativ sind. Die Solidargemeinschaft darf nicht durch Ausgaben belastet werden, die Patientinnen und Patienten keinen tatsächlichen (Zusatz-)Nutzen bringen.

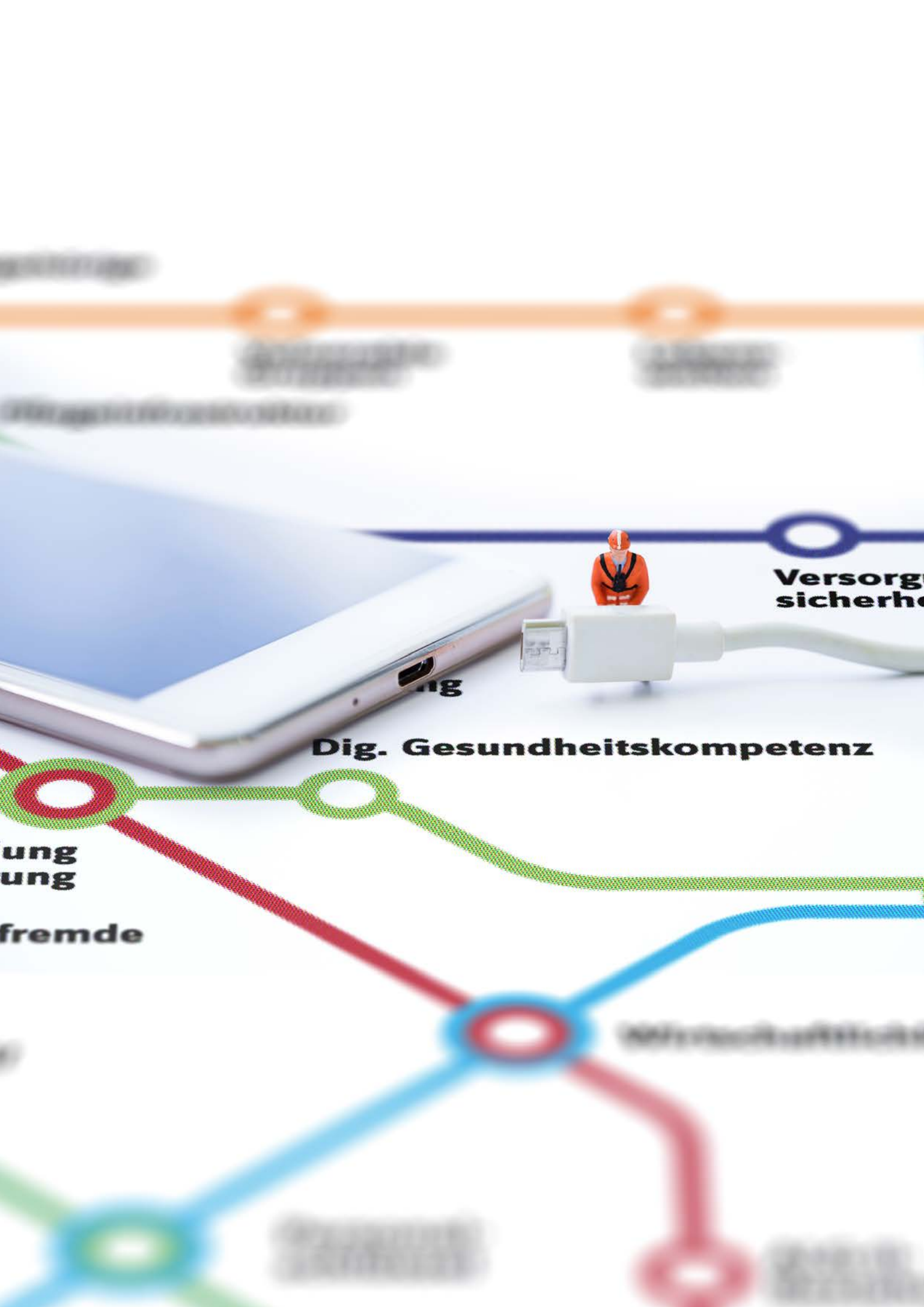
**Für Arzneimittel ohne ausreichende Evidenz sollte in Zukunft ab Marktzugang ein Interimspreis gelten.**



**GKV**  
Spitzenverband

**Echte Arzneimittelinnovationen fördern  
und die Versorgung stärken**

Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zu  
patentgeschützten Arzneimitteln



Versorgung  
sicherhe

**Dig. Gesundheitskompetenz**

ung  
ung

fremde

Menschlichkeit

# Ausbau und Zukunft der Telematikinfrastuktur

Das Mitte 2021 in Kraft getretene Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) war bereits das dritte Digitalisierungsgesetz in der zurückliegenden Legislaturperiode. Es baut auf dem Patientendatenschutzgesetz und dem Digitale-Versorgung-Gesetz auf und stellt die Weichen in Richtung einer flächendeckenden Digitalisierung der gesundheitlichen Versorgung. Ziel ist es, weitere Leistungserbringende anzubinden und immer mehr Anwendungen zu implementieren.

## TI-Ausbau als Grundlage

Als Basis werden die Akteure des Gesundheitswesens durch eine gemeinsame Kommunikationsplattform, die Telematikinfrastuktur (TI), miteinander vernetzt. Die Anbindung der verschiedenen Akteure sowie Entwicklung und Integration von Online-Anwendungen erfolgen schrittweise seit 2017. Nachdem zunächst Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Psychotherapiepraxen an die TI angebunden wurden, folgen nach und nach Apotheken und Krankenhäuser. Zudem wird erwartet, dass im zweiten Halbjahr 2022 erste Einrichtungen und Leistungserbringende weiterer Sektoren, wie Pflegeeinrichtungen, Hebammen und von Hebammen geführte Einrichtungen sowie Physiotherapiepraxen, an die TI angebunden werden.

Für die Nutzung der TI müssen sich die Einrichtung sowie ggf. die Leistungserbringenden selbst elektronisch identifizieren können. Dies geschieht mit Karten wie dem elektronischen Heilberufsausweis für Leistungserbringende und der Security Modul Card für Einrichtungen. Für die Ausgabe dieser Karten wurde für nicht in Kammern organisierte Berufsgruppen wie Pflegerinnen und Pfleger, Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eigens ein elektronisches Gesundheitsberuferegister aufgebaut, welches Mitte 2021 seine Arbeit aufgenommen hat.

Außerdem benötigen die Einrichtungen für die Anbindung an die TI technische Komponenten. Hierzu gehört vor allem der Konnektor, der für die Nutzung weiterer Online-Anwendungen

jeweils weiterentwickelt, getestet und bundesweit ausgerollt werden muss. Nachdem in der ersten Ausbaustufe nur das Versichertenstammdatenmanagement zur Verfügung stand, wurden in der nächsten Stufe erste medizinische Anwendungen wie das Notfalldatenmanagement und der elektronische Medikationsplan sowie die Online-Anwendung sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) ausgerollt. Der GKV-Spitzenverband schließt mit allen Sektoren Finanzierungsvereinbarungen für die gesetzlich vorgeschriebenen Anwendungen ab.

**Für nicht in Kammern organisierte Berufsgruppen wurde eigens ein elektronisches Gesundheitsberuferegister aufgebaut.**

## Weiterentwicklung zur TI 2.0

Um weiterhin den Anforderungen für ein vernetztes Gesundheitssystem gerecht werden zu können, muss die TI technisch fortentwickelt werden. Beispielsweise muss die TI mit den gesetzlichen Neuregelungen des DVPMG in der Lage sein, elektronische Identitäten bereitzustellen, einen Messenger-Dienst zur Kommunikation der Versicherten mit den Leistungserbringenden zu betreiben, Interoperabilität zu fördern sowie weitere Leistungserbringergruppen einzubinden.

Die Telematik hat aus diesen Gründen Überlegungen zu einer TI 2.0 angestellt und in einer Machbarkeitsstudie sowie in einem Umsetzungskonzept konkretisiert. Im Gegensatz zur TI 1.0 soll die TI 2.0 nicht mehr ein eigenes, vom Internet physisch getrenntes Netzwerk nutzen. Stattdessen werden die Fachanwendungen der TI 2.0 direkt über das Internet zur Verfügung gestellt. Der Konnektor, der derzeit noch als Hardware-Komponente als wesentliches Zugangselement bei den Leistungserbringenden fungiert, soll dabei möglichst ganz entfallen. Gleichzeitig wird der Zugriff über mobile Endgeräte der Leistungserbringenden ermöglicht. Aus Sicht der Versicherten soll es diesbezüglich möglichst wenig Änderungen geben – die Versicherten greifen nach wie vor über ihre eigenen Endgeräte auf die TI zu. Leistungserbringende und Versicherte nutzen zur Anmeldung an Diensten neben den bisherigen

Smartcards (eGK, HBA, SMC-B) digitale Identitäten mithilfe ihrer mobilen Endgeräte.

Die Gesellschafterversammlung der gematik hat im August 2021 die Grundlage der Modernisierung der TI beschlossen. Mit den vorgelegten Konzepten bleibt zum jetzigen Zeitpunkt eine Reihe von Fragen ungeklärt. Daher hat die Gesellschafterversammlung die gematik damit beauftragt, eine Arbeits- und Abstimmungsstruktur einzurichten und den Fokus der fachlichen Arbeit insbesondere auf Versorgungsprozesse, u. a. hinsichtlich der Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, des Patientennutzens und der Wirtschaftlichkeit, zu legen.

**Die TI 2.0 soll nicht mehr ein eigenes, vom Internet physisch getrenntes Netzwerk nutzen, sondern Fachanwendungen direkt über das Internet zur Verfügung stellen.**

#### **DVPMG: Regelungen zur gematik**

Mit dem DVPMG wurden zudem verschiedene Regelungen zur gematik neu in das SGB V aufgenommen. Hierzu zählt die Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, nach der umfangreiche organisatorische Regelungen in der gematik ohne Zustimmung des Bundesrats getroffen werden können, so z. B.:

- Förderung von offenen Standards und Schnittstellen
- Einrichtung und Organisation einer bei der gematik unterhaltenen Koordinierungsstelle für Interoperabilität im Gesundheitswesen
- ein von der Koordinierungsstelle eingesetztes Expertengremium und dessen notwendige Arbeitsstrukturen

Ferner sind die gesetzlichen Aufgaben und Aufträge der gematik erweitert worden. Dies betrifft beispielsweise den Betrieb von Komponenten und Diensten der zentralen Infrastruktur, die zur Gewährleistung der Sicherheit oder für die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der TI von wesentlicher Bedeutung sind, aber auch Maßnahmen, die erforderlich sind, um einen Sofortnachrichtendienst als sicheres Übermittlungsverfahren zu etablieren oder um den Versicherten und den Leistungserbringenden digitale Identitäten zur Verfügung zu stellen. Daneben hat die gematik auch die erforderlichen Maßnahmen durchzuführen, damit der elektronische Medikationsplan in einer eigenständigen Anwendung innerhalb der TI genutzt werden kann und vertragsärztliche Verordnungen von Digitalen Gesundheitsanwendungen durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten elektronisch übermittelt werden können.

# Fortschritte in der Digitalisierung der Versorgung

Der Ausbau digitaler Versorgungsangebote schreitet auch mit Rückenwind durch die Gesetzgebung voran. Beispielsweise wurden zuletzt mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) die Rahmenbedingungen zur Ausweitung von Videosprechstunden und telemedizinischen Angeboten definiert. Überdies wurden die Grundlagen zur Nutzung videogestützter Verfahren im Rahmen der Pflegeberatung sowie für weitere digitale Anwendungen geschaffen.

## Videosprechstunde

Der GKV-Spitzenverband hat 2021 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass psychotherapeutische Leistungen auch im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden können. Dafür wurden sowohl die Psychotherapie-Vereinbarung als auch der Erweiterte Bewertungsmaßstab (EBM) angepasst. Spezifiziert wurden die technischen Voraussetzungen sowie inhaltlich-strukturelle Vorgaben für Videosprechstunden. Zudem wurde festgelegt, wie bereits bestehende Leistungen im EBM auch im Videoformat berechnungsfähig werden.

## Digitale Angebote in der Pflegeberatung

Gemäß DVPMG hat der GKV-Spitzenverband die Pflegeberatungs-Richtlinien bis Ende 2021 überarbeitet. Sie enthalten nun wichtige Regelungen zur Nutzung digitaler Anwendungen. Auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person ist die Pflegeberatung im Rahmen einer Video-Pflegeberatung als digitales Angebot möglich. Zudem können Anwendungen der Pflegekassen genutzt werden, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und im Rahmen der Pflegeberatung dazu bestimmt sind, den Pflegeberatungsprozess zu unterstützen (z. B. digitale Informationsangebote). Wichtig ist, dass der Anspruch auf eine Beratung in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der die Person lebt, unberührt bleibt, sofern die Pflegeberatung mittels Video-Pflegeberatung erfolgt oder durch digitale Anwendungen unterstützt wird. Im Sinne der Digitalisierung begrüßt der GKV-Spitzenverband die Ergänzung digitaler

Beratungsangebote sowie die dadurch geschaffenen Möglichkeiten zur flexibleren Inanspruchnahme der Pflegeberatung. Gerade angesichts einer pandemischen Lage kann so der Leistungsanspruch auf Pflegeberatung sichergestellt werden. Der Anspruch auf eine persönliche, zugehende Beratung bleibt weiter bestehen.

## Elektronische Patientenakte

Seit Anfang 2021 ist in einer nächsten Ausbaustufe der Telematikinfrastruktur auch die elektronische Patientenakte (ePA) in der Version 1.0 in Betrieb. Die Krankenkassen haben sowohl Aktensysteme als auch ePA-Apps entwickelt und rechtzeitig Anfang 2021 zur Verfügung gestellt. Im ersten Halbjahr 2021 wurden die hierfür weiterentwickelten Konnektoren erfolgreich getestet und zugelassen. Neben diesen müssen zur Nutzung der ePA durch die Leistungserbringenden das jeweilige Praxisverwaltungssystem bzw. das Krankenhausinformationssystem angepasst werden. Die Anpassung lief zunächst schleppend an, mittlerweile ist von einer hohen Abdeckung auszugehen.

**Die Weichen in Richtung einer flächendeckenden Digitalisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind gestellt.**

Parallel wird die ePA weiterentwickelt. Seit dem 1. Januar 2022 bieten die Krankenkassen ihren Versicherten die ePA in der zweiten Stufe (ePA 2.0) an, welche wichtige Neuerungen beinhaltet, z. B. ein feingranulares Berechtigungssystem und eine erweiterte Vertreterregelung. Allerdings stehen derzeit noch keine Konnektoren für die produktive Nutzung von ePA 2.0 im Feld zur Verfügung.

## Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von den Leistungserbringenden an die Krankenkassen wurde 2021 ebenfalls digitalisiert. Die KBV und der GKV-Spitzenverband sind übereingekommen, die Online-Anwendung Kommunikation im Medizinwesen als Übermittlungsweg zu nutzen. Hierfür ist ebenfalls eine elektronische Identifikation notwendig. Mit der Ausgabe der

**Alle Krankenkassen waren zum Start der eAU am 1. Oktober 2021 annahmefähig.**

notwendigen Schlüssel und Zertifikate haben die Krankenkassen den GKV-Spitzenverband beauftragt, der hierzu eine europaweite Ausschreibung durchführen musste. Trotz enger zeitlicher Vorgaben konnten sowohl die Ausschreibung als auch die anschließende Umsetzung erfolgreich abgeschlossen werden.

Der GKV-Spitzenverband hat als Kartenherausgeber alle Krankenkassen rechtzeitig mit den notwendigen Zertifikaten versorgt und so dafür gesorgt, dass alle Krankenkassen zum Start der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) am 1. Oktober 2021 annahmefähig waren.

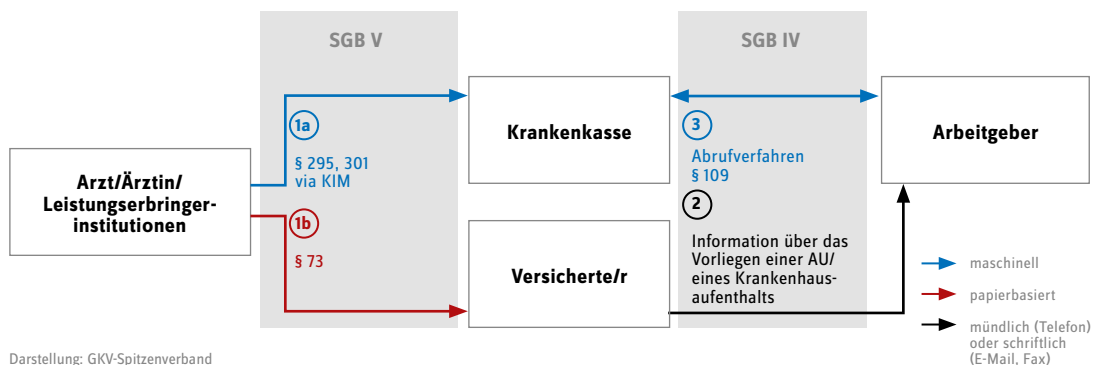
Der eAU-Feldtest startete im August 2021, zunächst jedoch mit sehr wenigen Teilnehmenden. Das lag daran, dass zu Beginn nicht nur wenige Krankenkassen, sondern auch erst wenige Arztpraxen über die notwendigen Voraussetzungen verfügten. Als abzusehen war, dass zum 1. Oktober 2021 zwar alle Krankenkassen die Möglichkeit haben würden, die eAU anzunehmen, jedoch noch nicht alle ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte diese versenden können, haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf eine Übergangsfrist bis 1. Januar 2022 geeinigt. Bis dahin dürfen noch nicht voll ausgestattete Arztpraxen die herkömmlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Mit dem Testbetrieb konnten eine Reihe von Fehlern identifiziert und in der Folge mit Blick auf den Regelbetrieb behoben werden.

Als zu erkennen war, dass auch Anfang 2022 nicht alle Praxen eAU versenden können, hat die KBV einseitig in einer von ihr beschlossenen Richtlinie Übergangsregelungen festgesetzt. Zwischenzeitlich geführte Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband blieben ergebnislos, da insbesondere zur Frage der Geltungsdauer und der damit verbundenen inhaltlichen Ausgestaltung kein Konsens gefunden werden konnte.

**Elektronisches Rezept**

Das elektronische Rezept (eRezept) soll für verschreibungs- und apothekenpflichtige Arzneimittel zum 1. Januar 2022 für alle gesetzlich Versicherten verpflichtend eingesetzt werden. Die gematik GmbH hat gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag alle notwendigen Dienste und Komponenten zum Juni 2021 bereitgestellt. Im Anschluss begann die Testphase in der Fokusregion Berlin-Brandenburg für zunächst drei Monate. Auch hier bestand anfangs das Problem, dass nur wenige angepasste Praxisssysteme zur Verfügung standen. Zunächst um zwei Monate verlängert, wurde die Testphase im Januar 2022 an Qualitätskriterien gebunden. Erst wenn diese erreicht sind, kann der bundesweite Roll-out beschlossen werden. Bedingung dafür sind 30.000 erfolgreich abgerechnete eRezepte. Schwere Fehler müssen ausgeräumt sein. Laut gematik waren Anfang Februar 2022 knapp 1.000 eRezepte eingelöst.

**Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)**



# Neue GKV-Leistung Digitale Gesundheitsanwendungen

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde der neue Leistungsbereich der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geschaffen. Voraussetzungen für die Einführung einer DiGA in die GKV-Regelversorgung sind die Zulassung der Anwendung nach dem sogenannten Fast-Track-Bewertungsverfahren durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis.

## Zulassung und Verordnung

Die Zulassung einer DiGA zur GKV-Versorgung erfolgt entweder dauerhaft, sofern bei der Anwendung bereits ein Nutzen für die Versorgung (positiver Versorgungseffekt) nachgewiesen werden kann, oder vorläufig (zur Erprobung), wenn dieser Nachweis bei der Antragstellung beim BfArM noch nicht vorliegt. Seit Herbst 2020 stehen die ersten DiGA flächendeckend als Leistung der GKV zur Verfügung. Die Versicherten können eine DiGA entweder durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung oder aber durch Genehmigung

ihrer Krankenkasse erhalten. Zur Unterstützung einer einheitlichen Rechtsauslegung wurden leistungsrechtliche Umsetzungsfragen, die sich in diesem Zusammenhang ergeben, vom GKV-Spitzenverband abgestimmt und in einem Rundschreiben kommuniziert.

Ein Jahr nach dem Anlaufen des Fast-Track waren im Herbst 2021 24 DiGA eine GKV-Leistung geworden, wobei lediglich sechs Anwendungen bereits dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen wurden. 75 % der DiGA wurden zunächst zur Erprobung aufgenommen. Ob sie einen positiven Versorgungseffekt haben, muss noch belegt werden.

**Versicherte können eine DiGA entweder durch ärztliche bzw. psychotherapeutische Verordnung oder aber durch Genehmigung ihrer Krankenkasse erhalten.**

Die ersten in die Regelversorgung aufgenommenen DiGA beziehen sich auf Krankheitsbilder mit sehr hohen Prävalenzen und versprechen daher hohe Nutzerzahlen. Ein Schwerpunkt liegt im Bereich der psychischen Erkrankungen.

## DiGA gruppiert nach adressierten Indikationen (bis September 2021)



Quelle: Daten des GKV-Spitzenverbandes gem. § 33a Abs. 6 SGB V; Darstellung: GKV-Spitzenverband

### Rahmenvereinbarung und Preisverhandlungen

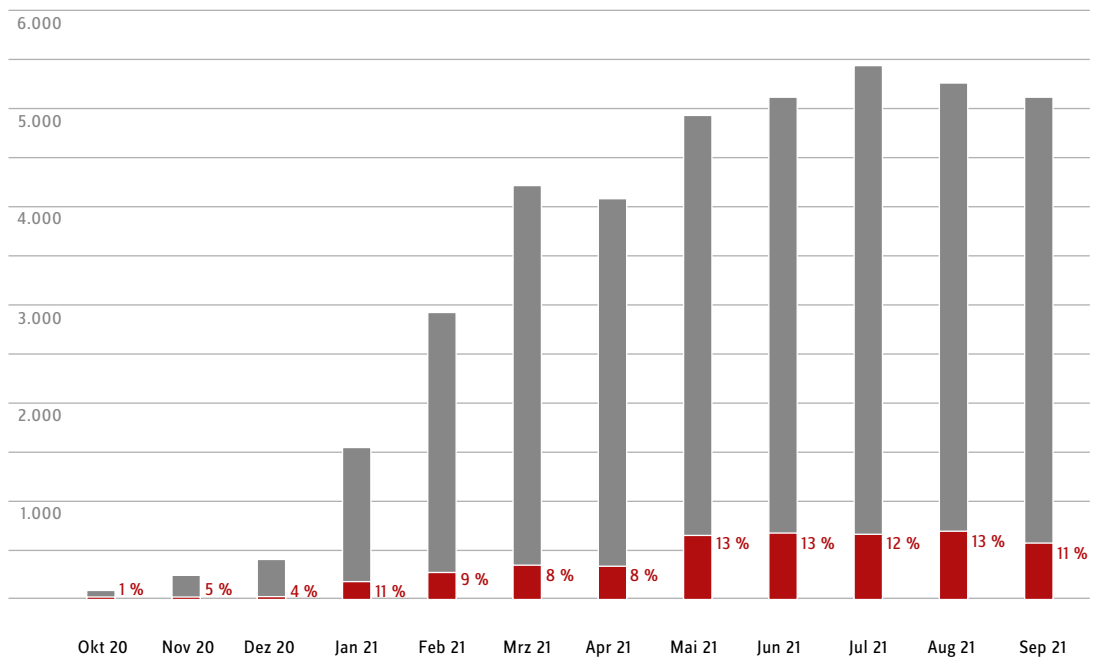
Im ersten Jahr nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis sind die Hersteller grundsätzlich frei in der Festlegung ihres Preises. Erst zum zweiten Jahr sind die Vergütungsbeträge mit dem GKV-Spitzenverband zu verhandeln. Das Preisspektrum der von den Herstellern frei festgelegten Preise erstreckt sich derzeit von 119 Euro bis 743,75 Euro im Quartal. Im Durchschnitt liegen die Preise bei rd. 400 Euro im Quartal und damit zum Teil deutlich über den Preisen, die für digitale Anwendungen außerhalb des DiGA-Verzeichnisses aufgerufen werden.

**Das Preisspektrum der von den Herstellern frei festgelegten Preise erstreckt sich derzeit von 119 Euro bis 743,75 Euro im Quartal.**

Aufbau und Ablauf der Verhandlungen zur Vereinbarung der Erstattungsbeträge für DiGA sowie die dabei zu berücksichtigenden Vergütungsmaßstäbe für die Preisermittlung wurden in einer kollektivvertraglichen Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der DiGA-Hersteller auf Bundesebene festgelegt.

Die Rahmenvereinbarung sieht zum einen Regelungen für sogenannte Höchstbeträge vor. So hat der Gesetzgeber als Korrektiv für das sehr weitgehende Preisbestimmungsrecht der Hersteller ergänzend vorgesehen, dass für Gruppen vergleichbarer DiGA einheitliche Höchstbeträge für die vorübergehende Erstattung im ersten Jahr

Verteilung der Verordnungen auf das Berichtsjahr nach Monaten, eingelöste Verordnungen: 39.318



**Art der Verordnung**

- Verordnungen
- Genehmigung (Anteil)

Quelle: Daten des GKV-Spitzenverbandes gem. § 33a Abs. 6 SGB V; Darstellung: GKV-Spitzenverband



festgelegt werden können. Daneben beinhaltet die Rahmenvereinbarung auch eine Regelung zu sogenannten Schwellenwerten, bei deren Unterschreitung die Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband entfallen und der Herstellerpreis dauerhaft erstattet wird.

### **Verknüpfung mit anderen GKV-Leistungen**

Bereits ein Jahr nach Inkrafttreten des DVG folgten erste gesetzgeberische Schritte zur Weiterentwicklung und Justierung des Leistungsbereichs der DiGA. So hat der Gesetzgeber insbesondere mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPiMG) Maßnahmen auf den Weg gebracht, um DiGA weiter in die Versorgung zu integrieren, z. B. im Zusammenhang mit der Einstellung von Daten aus der DiGA in die elektronische Patientenakte.

Mit dem DVPiMG wurde auch ein Anspruch von pflegebedürftigen Versicherten auf eine Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen im Gesetz verankert. Mit der Aufnahme in ein eigenes Verzeichnis beim BfArM werden DiPA zu einer Leistung der sozialen Pflegeversicherung, die beantragt werden kann. Im Gegensatz zu den DiGA ist für die DiPA jedoch keine einjährige Preisfreiheit vorgesehen. Vielmehr gelten die zwischen dem GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe und den Herstellern von DiPA verhandelten Vergütungsbeträge rückwirkend ab dem ersten Tag der Aufnahme einer DiPA in das entsprechende Verzeichnis des BfArM. Zudem wird im Gesetz bereits eine Erstattungsobergrenze von insgesamt 50 Euro monatlich für DiPA und erforderliche ergänzende Unterstützungsleistungen vorgegeben.

### **Positionen zur zukünftigen Ausgestaltung**

Der GKV-Spitzenverband sieht in der Einführung und Nutzung von DiGA Potenzial zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur stärkeren Vernetzung von Angeboten. DiGA können die Versicherten dazu befähigen, ihre Versorgung aktiv

mitzugestalten und zu Behandlungserfolgen selbst beizutragen. Gleichzeitig besteht aus GKV-Sicht erhebliche und grundsätzliche Kritik an den gesetzlichen Vorgaben für die Zulassung von DiGA als GKV-Leistung und an der Konzeption des Bewertungs- und Aufnahmeverfahrens durch das BfArM.

So besteht eine Diskrepanz hinsichtlich der im Verhältnis zu anderen Bereichen der GKV-Regelversorgung vergleichsweise niedrigen Zugangsvoraussetzungen für DiGA in Bezug auf den Nutzenachweis einerseits und die Wirtschaftlichkeit andererseits. Dies wird insbesondere durch die überdurchschnittlich hohen Preise deutlich, die die Hersteller im Rahmen der initialen freien Preisbildung festsetzen.

Insgesamt bedarf es weiterer gesetzlicher Nachbesserungen bei der Ausgestaltung des Fast-Track-Verfahrens und einer Angleichung der Rahmenbedingungen von DiGA an andere Leistungsbereiche in der GKV.

**Es besteht eine Diskrepanz hinsichtlich der vergleichsweise niedrigen Zugangsvoraussetzungen für DiGA in Bezug auf den Nutzenachweis einerseits und die Wirtschaftlichkeit andererseits.**

# Versorgungsangebot Digitale Pflegeanwendung

Durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz wurde für Pflegebedürftige ein Anspruch auf eine Versorgung mit Digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) und ergänzenden Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen geschaffen. Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer DiPA, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für DiPA sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

## Versorgung im Pflegealltag

DiPA sind vorrangig software- oder webbasierte Versorgungsangebote, welche die Pflegebedürftigen in konkreten pflegerischen Situationen anleitend begleiten. Mit ihrer Hilfe sollen Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Personen in ihrer Selbstständigkeit oder in bestimmten Fähigkeiten gemindert oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden. Der neue Leistungsanspruch soll auch Anwendungen erfassen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende bei der Haushaltsführung und häuslichen Versorgungssituation unterstützen.

**Mithilfe Digitaler Pflegeanwendungen sollen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit gemindert oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegengewirkt werden.**

## Aufnahme und Vergütung

Vom Anspruch sind nur solche DiPA und ergänzenden Unterstützungsleistungen erfasst, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im DiPA-Verzeichnis gelistet sind. Das BfArM entscheidet innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Antragsunterlagen der Hersteller über die Aufnahme einer DiPA und der ggf. erforderlichen ergänzenden Unterstützungsleistung in das DiPA-Verzeichnis. Der GKV-Spitzenverband vereinbart innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe den Vergütungsbetrag mit dem Hersteller einer DiPA. Dieser gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das DiPA-Verzeichnis.

## Weitere gesetzliche Rahmenbedingungen

Der GKV-Spitzenverband trifft im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge sowie zu den Grundsätzen der technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der DiPA. Das Bundesministerium für Gesundheit hat noch das Nähere u. a. zu den Inhalten des Verzeichnisses, Einzelheiten zum Antragsverfahren, den technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen an DiPA sowie zum pflegerischen Nutzen in einer Rechtsverordnung zu regeln.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den gesetzlichen Anspruch pflegebedürftiger Personen auf software- bzw. webbasierte Versorgungsangebote im ambulanten Bereich. Maßgebliche Voraussetzung einer DiPA ist dabei ein nachgewiesener pflegerischer Nutzen für die pflegebedürftige Person.

# Neuordnung der Datentransparenz

Die Nutzung von Daten zur Versorgungsforschung kann zur Planung und Steuerung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung einen entscheidenden Beitrag leisten. Ziel der Datentransparenz ist es, der Forschung und anderen berechtigten Institutionen die Abrechnungsdaten der Krankenkassen für definierte Zwecke zur Verfügung zu stellen, z. B. für die Verbesserung der Versorgungsqualität oder die Steuerung des Gesundheitswesens.

Das Forschungsdatenzentrum, welches beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtet wird, beginnt nach aktuellen Planungen im Spätsommer 2022 mit dem Betrieb. Dabei werden die Auswertungsmöglichkeiten für die Nutzerinnen und Nutzer allerdings zunächst auf die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beschränkt, bis im Jahr 2023 der erweiterte Datenkranz zur Verfügung stehen wird.

In dem neuen Verfahren hat der GKV-Spitzenverband die Aufgabe, als Datensammelstelle die Abrechnungsdaten von den Krankenkassen entgegenzunehmen, auf Vollständigkeit, Plausibilität und Konsistenz zu prüfen und an das Forschungsdatenzentrum (FDZ) weiterzuleiten. Der Schutz der Versichertendaten hat dabei höchste Priorität. Es ist eine zweistufige Pseudonymisierung der Versichertendaten vorgesehen,

in die das Robert Koch-Institut (RKI) als Vertrauensstelle in Abstimmung mit dem Bundesinstitut für Sicherheit in der Informationstechnik und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit eingebunden ist.

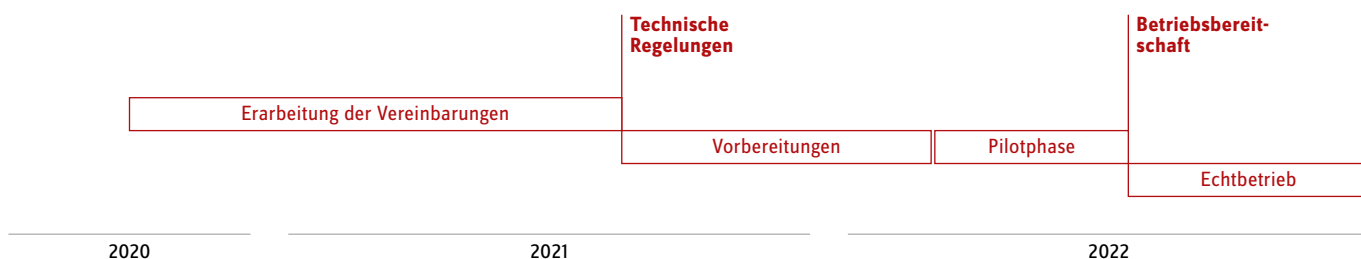
## Aufbau der Datensammelstelle im Zeitplan

Im Rahmen des Aufbaus der Datensammelstelle beim GKV-Spitzenverband wurden wichtige Meilensteine erreicht. Gemeinsam mit den Krankenkassen und ihren Verbänden wurden die überwiegend technischen Details des Verfahrens bereits im Herbst 2021 und damit vor der gesetzlichen Frist abgestimmt. Mit dem RKI als Vertrauensstelle und dem BfArM als FDZ wurden Vereinbarungen zur Finanzierung und zur technischen Ausgestaltung ebenfalls früher als gesetzlich vorgesehen geschlossen.

Die ersten Daten sollen nach den Vorgaben des Gesetzgebers im Herbst 2022 von den Krankenkassen über die Datensammelstelle an das FDZ und die Vertrauensstelle geleitet werden. Es werden derzeit die notwendigen Vorbereitungen für die Datenannahme, Prüfung und Weiterleitung anhand der erarbeiteten technischen Regelungen getroffen. Mittelfristiges Ziel ist es, Pilotphasen mit einer Vielzahl an beteiligten Institutionen durchzuführen.

**Die Nutzung von Daten zur Versorgungsforschung kann zur Planung und Steuerung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung einen entscheidenden Beitrag leisten.**

## Meilensteine der Datensammelstelle



# Positionen zur Weiterentwicklung eines digitalen Gesundheitswesens

## **Schlüsselanwendungen wie die elektronische Patientenakte müssen zu einem Nukleus eines neuen digitalen Ökosystems weiterentwickelt werden.**

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege birgt erhebliche Potenziale für eine gute qualitative, wirtschaftliche und gesundheitliche Versorgung. Im Zentrum der Veränderungsprozesse muss immer das Interesse und Wohl der Versicherten, der Patientinnen und Patienten stehen. In ihrem Sinne müssen Strukturen verändert, Prozesse verbessert und Innovationen eingesetzt werden. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschreibt mit seinem Positionspapier den zentralen Weiterentwicklungsbedarf bei den notwendigen systematischen Voraussetzungen, der Ausgestaltung des Zugangs zur digitalen Versorgung sowie der Anwendung in der Praxis.

In der vergangenen Legislaturperiode wurden hinsichtlich der Digitalisierung durch verschiedene Gesetzesinitiativen, vor allem durch das Digitale-Versorgung-Gesetz, das Patientendaten-Schutz-Gesetz und das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, viele Weichen gestellt. Doch das kann nur der Anfang gewesen sein. Weiterhin besteht erheblicher Bedarf zum Ausbau und zur Optimierung.

### **Nutzen für die Versicherten als Maßstab**

Zentrale Aspekte wie der zukunftsgerichtete Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI), die Herstellung von Interoperabilität im Gesundheitswesen sowie die Harmonisierung des Datenschutzes müssen in ihrer Umsetzung und unter entscheidender Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf den Nutzen für die 73 Mio. gesetzlich Versicherten ausgerichtet werden. Gleichzeitig gilt es, Schlüsselanwendungen wie die elektronische Patientenakte zu einem Nukleus eines neuen digitalen Ökosystems weiterzuentwickeln, welches den Versicherten einen zentralen, medienbruchfreien, sicheren und schnellen Zugriff auf alle Daten und Informationen zu ihrer Gesundheit ermöglicht.

### **Informierte Entscheidungen ermöglichen**

Dabei ist es unabdingbar, bei der Einführung und Nutzung neuer Technologien und Verfahren die Würde, die Autonomie und die Mündigkeit der Versicherten zu schützen. Ein dafür unmittelbar relevanter Faktor ist die Erhöhung der Digitalkompetenz. Dies gilt jedoch nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Leistungserbringenden, Behörden und gesundheitlichen Einrichtungen. Um dies zu erreichen, müssen fachlich definierte digitale Reifegrade sowohl hinsichtlich der Kenntnis digitaler Behandlungsmethoden als auch bezüglich der Etablierung digitaler Prozesse im Praxis- und Krankenhausalltag, des Aufbaus der dafür notwendigen Hard- und Software-Infrastruktur sowie des Anschlusses an die TI und der Nutzung ihrer Anwendungen etabliert und durch die Leistungserbringenden erreicht werden.

Für die Versicherten muss das Versorgungsspektrum im Zuge der Digitalisierung dafür außerdem transparenter und niedrigschwelliger dargestellt werden, um Patientenspuren in der gesundheitlichen Versorgung zu optimieren sowie informierte Entscheidungen bei der Wahl von Leistungen sowie Leistungserbringenden zu ermöglichen.

### **Evidenz auch im Zuge der Digitalisierung sicherstellen**

Neue Technologien, Methoden und Wirkstoffe müssen denselben hohen Standards der evidenzbasierten Medizin entsprechen wie ihre traditionellen Pendanten. Statt auf entsprechende Prüfungen und Bewertungen zu verzichten, sollten etablierte Verfahren weiterentwickelt werden. Dies gilt für die traditionellen Leistungsbereiche im Allgemeinen sowie für die neuen wie die digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen im Besonderen.

### **Kosten und Kompetenzen fair verteilen**

Was im Bereich des nachgewiesenen Nutzens gilt, muss sich selbstverständlich auch hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit fortsetzen. Nicht nur lässt sich eine fortwährende Kostensteigerung im Rahmen

der Digitalisierung feststellen. Sie lastet derzeit nahezu ausschließlich auf den Schultern der Beitragszahlenden der Krankenkassen. Gleichzeitig werden mehr und mehr Entscheidungsbe-fugnisse an staatliche Einrichtungen übertragen und parallel die Handlungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung geschwächt. Dieses Ungleichgewicht muss beseitigt werden, sowohl durch eine faire Verteilung der Aufwände auf alle Akteure des Gesundheitswesens als auch durch relevante Kompetenzübertragungen im Zuge der Digitalisierung an die GKV und die sie tragende soziale Selbstverwaltung.

Denn kein anderer Akteur im Gesundheitswesen kann die Interessen der Versicherten und Beitragszahlenden besser schützen und vertreten – sowohl im Zuge der Digitalisierung als auch darüber hinaus.

**Es braucht eine relevante Kompetenzübertragung im Zuge der Digitalisierung an die GKV und die sie tragende soziale Selbstverwaltung.**



## Digitale Gesundheitskompetenz

**Der GKV-Spitzenverband hat mit Unterstützung von Expertinnen und Experten gemäß § 20k SGB V Spezifikationen erarbeitet, die den Krankenkassen einen Rahmen zur Verfügung stellen, in dem Leistungen zur Steigerung digitaler Gesundheitskompetenz in den Satzungen verankert werden können.**

**Für die Versicherten sollen folgende maßgeblichen Ziele erreicht werden:**

1. Die Versicherten sollen informiert und befähigt werden, digitale Gesundheitsangebote für sich zu erschließen und zu nutzen.
2. Sie sollen selbstbestimmte Entscheidungen über den Einsatz digitaler Angebote im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung treffen können.
3. Die digitalen Gesundheitsangebote sollen nutzerspezifische Aspekte berücksichtigen und Fragen der Datensicherheit und des Datenschutzes einschließen.
4. Die Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz soll die Chancengleichheit der Bürgerinnen und Bürger erhöhen, indem diese durch adäquate Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen ihre gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit erhöhen können.



nten-  
heit

(europav  
Nutzung  
Forschun

HEILMITTEL

Transparenz

G-BA

Hilfsmittel-  
verzeichnis

ativversorgung

Entlassm

SYSTEMISCHE VERBUNDENHEIT

# Innovationen in der Hilfsmittelversorgung

Damit innovative Produkte sowie neue Versorgungsformen, Fertigungstechniken und Materialien rasch in die Versorgung gelangen und Versicherte insgesamt zügig vom technischen Fortschritt profitieren, werden das Hilfsmittelverzeichnis und das Pflegehilfsmittelverzeichnis mittels Antragsverfahren und Fortschreibungen kontinuierlich weiterentwickelt. In beiden Bereichen wurden 2021 hierfür wichtige Weichen gestellt und Neuerungen eingeführt.

## Neues Webportal des Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses

Im Hilfsmittelverzeichnis und im Pflegehilfsmittelverzeichnis sind derzeit insgesamt rund 36.200 Produkte gelistet – vom digitalen Hörgerät über Rollatoren bis hin zum Exoskelett. Der GKV-Spitzenverband hat für die beiden Verzeichnisse ein neues Webportal eingerichtet, das mit seinem verbesserten Service die alte Online-Version ablöst.

Seit Juni 2021 können Hersteller von Hilfsmitteln online Aufnahmeanträge sowie Änderungsanträge zu ihren bereits gelisteten Produkten stellen. Des Weiteren haben Antragstellende die Möglichkeit, nach ihrer Registrierung notwendige Daten einzugeben, Unterlagen hochzuladen und jederzeit den Bearbeitungsstand ihres Antrags einzusehen. Mehr als 280 Hersteller nutzen bereits das Webportal zur papierlosen Antragstellung. Das Portal trägt damit zur Dynamisierung des Antragsverfahrens sowie zum Bürokratieabbau bei.

Darüber hinaus sind im Webportal auch ausführliche Informationen zu den gelisteten Produkten sowie die Anforderungen an die Produkte und an die Leistungserbringung hinterlegt. Mithilfe der neuen webbasierten Anwendung können Leistungserbringende, Krankenkassen und Versicherte diese umfangreichen Informationen aufrufen, sortieren und filtern.

## Fortschreibung und Modernisierung der Produktgruppen

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben sind Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses

spätestens alle fünf Jahre und Produktgruppen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses spätestens alle drei Jahre zu überprüfen und im erforderlichen Umfang fortzuschreiben. 2021 wurden insgesamt neun Produktgruppen aktualisiert. Die Weiterentwicklung der beiden Verzeichnisse stand bei einigen Produktgruppen ganz im Zeichen der Digitalisierung.

Mit den Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege und zur selbstständigeren Lebensführung bzw. Mobilität sowie den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln wurden gleich drei der vier Produktgruppen des Pflegehilfsmittelverzeichnisses zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung grundlegend aktualisiert.

## Mehr Selbstständigkeit durch digitale Pflegehilfsmittel

Besonderes Augenmerk wurde auf digitale Pflegehilfsmittel gelegt, die schnell Eingang in die Versorgung finden sollen. Um Aufnahmeanträge für derartige innovative Produkte anzuregen, hat der GKV-Spitzenverband in der Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität“ zwei neue Untergruppen eingerichtet. In die erste können Produkte aufgenommen werden, die der Verbesserung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten dienen. Dabei handelt es sich z. B. um Erinnerungshilfen, GPS-Tracker zur Ortsbestimmung oder Herdüberwachungssysteme. Zur zweiten Untergruppe zählen Hilfsmittel, die Versicherte bei der Bewältigung von krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen unterstützen wie digitale Medikamentenspender.

Die Neustrukturierung der Produktgruppe stieß durchweg auf positive Resonanz und ein reges Interesse von Herstellern digitaler Pflegehilfsmittel. Um ihnen die Antragstellung zu erleichtern, stellt der GKV-Spitzenverband ein entsprechendes Beratungsangebot zur Verfügung.

**Seit Juni 2021 können Hersteller von Hilfsmitteln Aufnahmeanträge sowie Änderungsanträge zu ihren bereits gelisteten Produkten online vornehmen.**

### Bessere Versorgung erblindeter Menschen

Auch im Rahmen der Aktualisierung der Produktgruppe 07 „Blindenhilfsmittel“ wurden zahlreiche Neuregelungen vorgenommen, damit GKV-Versicherte Zugang zu digitalen Hilfsmitteln in hoher Produktqualität erhalten. Digitale Blindenhilfsmittel wie am Körper tragbare Orientierungsgeräte und brillenförmige Geräte, die der Schriftumwandlung und Objekterkennung dienen, erleichtern Betroffenen den Alltag und können auf diese Weise zu einem selbstbestimmten Leben beitragen.

Zur Gewährleistung der Versorgungsqualität wurden für diese Produktarten die Qualitätsanforderungen festgelegt sowie die Beschreibungen und Indikationshinweise formuliert.

Am Körper tragbare Orientierungsgeräte gehören zur Gruppe der elektronischen Hilfsmittel für die Orientierung und Mobilität, deren sachgerechte Handhabung in speziellen Schulungen vermittelt

wird. Um eine optimale Ausbildung für den Gebrauch dieser digitalen Hilfsmittel zu erzielen und Fehlversorgungen zu verhindern, sind nun zusätzlich zehn weitere Schulungsstunden vorgesehen. Für diese zusätzlichen Schulungen, aber auch für die grundlegenden Schulungen in Orientierung und Mobilität können Intensivlehrgänge belegt werden.

Die wichtigste Neuerung der Produktgruppenfortschreibung betraf allerdings die allgemeine Indikation für Blindenhilfsmittel, die neugefasst wurde. Denn Blindheit kann viele Ursachen haben. So können etwa auch psychische Belastungen oder zerebrale Störungen zur Erblindung führen. Daher wurde die Indikation dahingehend erweitert, dass nun auch Versicherte, deren Sehbeeinträchtigung funktionell einer Blindheit gleichzusetzen ist, Anspruch auf eine Versorgung mit Blindenhilfsmitteln haben können.

**Besonderes Augenmerk wurde auf digitale Pflegehilfsmittel gelegt, die schnell Eingang in die Versorgung finden sollen.**

The screenshot shows the 'Hilfsmittelverzeichnis' website interface. At the top, there is a navigation bar with the logo 'GKV HILFSMITTEL VERZEICHNIS' and a search bar. Below the navigation bar, the main content area is titled 'Hilfsmittelverzeichnis'. On the left side, there is a sidebar menu with a list of product groups, where '07 - Blindenhilfsmittel' is selected and highlighted. The main content area displays details for 'Produktgruppe: 07 - Blindenhilfsmittel', including a 'Definition' section, an 'Indikation' section, and a 'Querverweise' section. Below these sections, there is a table titled 'Produkte (87 Datensätze)' with columns for 'Pos.-Nr.', 'Produktbezeichnung', 'Artikelnummern', 'Hersteller', 'Aufnahmedatum', and 'Änderungsdatum'. The table lists several products, including 'Kinderlangstock einteilig', 'Dürener Blindenstock', 'Kinderlangstock zweiteilig, Griffstü...', 'McCane Fallstock CT85 bis CT165', and 'McCane Teleskopstöcke CT73-126...'. The website also features a search bar and a 'Suche' button.



# Höhere Transparenz über Mehrkosten für Hilfsmittel

Die Höhe der Mehrkosten im Hilfsmittelbereich und die Häufigkeit der Versorgungsfälle, die mit Mehrkosten einhergehen, geraten seit vielen Jahren immer wieder ins Blickfeld öffentlicher Diskussionen. Gemäß dem für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzip sollen gesetzlich Versicherte eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung ohne Mehrkosten erhalten. Gleichzeitig haben sie die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, auch Ausstattungen bzw. Leistungen zu wählen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen. In diesen Fällen müssen sie die entsprechenden Mehrkosten aber selbst tragen.

## Informations- und Beratungsrechte gestärkt

Um sicherzustellen, dass Mehrkosten nur auf einer informierten, abgewogenen Entscheidung der Versicherten beruhen, wurden mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) aus dem Jahr 2017 Information und Beratung der Versicherten über ihre Leistungsansprüche und Versorgungsmöglichkeiten gestärkt. Zugleich wurden die Leistungserbringenden zur Angabe der Höhe der mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten verpflichtet. Diese Informationen bilden die Grundlage des jährlich vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Berichts über die Entwicklung der Mehrkostenvereinbarungen für Versorgungen mit Hilfsmittelleistungen. Der nach Produktgruppen differenzierte Bericht dient dazu, die notwendige Transparenz über den Umfang und die Höhe der Mehrkosten herzustellen.

## Datenauswertung zum dritten Mal veröffentlicht

Mit dem Mehrkostenbericht des Jahres 2021 liegt eine umfassende Datenauswertung zu den im Jahr 2020 gezahlten Mehrkosten vor. Es wurden kassenartenübergreifend mehr als 95 % der Abrechnungsdaten leistungserbringerneutral analysiert. Im Ergebnis zeigt sich auch anhand des vorliegenden Berichts, dass mit rd. 80 % die überwiegende Zahl der Versorgungen mehrkostenfrei durchgeführt wird und sich der Anteil der Versorgungen mit Mehrkosten im Vergleich zu den beiden Vorjahren kaum verändert hat. Allerdings sind die durchschnittlichen Mehrkosten je Versicherten geringfügig gestiegen. Der GKV-Spitzenverband wird sorgfältig beobachten, ob sich dieser Trend in den Folgejahren fortsetzt.

**Die Leistungserbringenden wurden zur Angabe der Höhe der mit den Versicherten abgerechneten Mehrkosten verpflichtet.**

Bei der Bewertung des Ausmaßes der Mehrkosten bleibt es nach wie vor eine Herausforderung, festzustellen, ob sie für Leistungen, die medizinisch notwendig und solidarisch zu finanzieren sind, oder für darüber hinausgehende Wahlleistungen gezahlt werden. Gesicherte Erkenntnisse zu dieser Frage sind auf Basis der geltenden gesetzlichen Regelungen nicht zu gewinnen, da die Gründe für Mehrkostenvereinbarungen nicht anzugeben und zu dokumentieren sind. Qualitative Aussagen zu den Gründen für Mehrkostenvereinbarungen oder gesonderte Studien sind daher nur auf Basis verbesserter Rechtsgrundlagen möglich, die der GKV-Spitzenverband in Gesetzgebungsverfahren bereits eingefordert hat.



# Stärkung psychosozialer Gesundheit

Präventionskurse bieten Versicherten kompetente Hilfestellung für einen gesundheitsfördernden Lebensstil im Alltag. Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes unter Mitwirkung der Krankenkassenverbände auf Bundesebene bildet hierfür seit über 20 Jahren den inhaltlichen und qualitativen Rahmen. Er wurde während dieser Zeit kontinuierlich weiterentwickelt. Seit Beginn der Corona-Pandemie und insbesondere während der Kontaktbeschränkungen ist deutlich zutage getreten, wie wichtig die Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen und die Förderung von Bewegung im Alltag sind. Als Sofortmaßnahme unmittelbar nach Beginn der Pandemie hat die gesetzliche Krankenversicherung die Durchführung klassischer Präventionskurse per Livestream ermöglicht.

## Weiterentwicklung des Handlungsfeldes Stress- und Ressourcenmanagement

In der jüngsten Auflage des Leitfadens Prävention wurde das Handlungsfeld Stress- und Ressourcenmanagement grundlegend überarbeitet. Bei den Inhalten stehen Hilfen zur Bewältigung akuter Belastungssituationen, z. B. durch besseres Selbst- und Zeitmanagement, nunmehr gleichrangig neben Hilfen zum langfristigen Aufbau psychosozialer Gesundheitsressourcen. Je nach Zielgruppe kann in den Kursen der Schwerpunkt auf die akute Belastungsbewältigung oder auf den langfristigen Ressourcenaufbau gelegt werden. Kurse zum Stress- und Ressourcenmanagement richten sich „an Versicherte mit Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen“. Neu in den Blick genommen werden auch Versicherte ohne aktuelle Stressbelastung oder mit anderen psychosozialen Belastungen, wie z. B. Einsamkeit, Neuorientierung nach der Erwerbsphase oder chronische Erkrankung.

Unter den Gesundheitsressourcen spielt gesunder Schlaf als wichtigster körperlicher Erholungsfaktor eine Schlüsselrolle. Ab April 2022 können Krankenkassen ihren Versicherten Kurse zur Förderung gesunden Schlafes anbieten. Dort sollen insbesondere schlaffördernde Verhaltens-

weisen eingeübt werden, z. B. körperliche und gedankliche Entspannung, Einschlafrituale und die Strukturierung des Schlaf-Wach-Rhythmus, aber auch der Umgang mit Kaffee und Alkohol sowie mit Wachliegezeiten wird thematisiert.

## Digital unterstützte Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben

Die im September 2021 vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes verabschiedete Neufassung des Leitfadens Prävention legt erstmals Qualitätskriterien für den Einsatz digital unterstützter Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und Betrieben fest. Bereits im vergangenen Jahr waren entsprechende Kriterien für digitale Anwendungen in der individuellen Prävention veröffentlicht worden.




**Hilfen zum langfristigen Aufbau psychosozialer Gesundheitsressourcen stehen nunmehr gleichrangig neben Hilfen zur Bewältigung akuter Belastungssituationen.**



# Mehr gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit in der Prävention

**Unterstützungsmöglichkeiten sollen erfasst und miteinander verzahnt sowie ein sowohl akteurs- als auch politikfeldübergreifendes Vorgehen gefördert werden.**

Um den gesamtgesellschaftlichen Ansatz in der Prävention noch einmal deutlich herauszustellen, startete die Nationale Präventionskonferenz (NPK) 2021 die modellhafte Erprobung einer gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit anhand der Themen „Psychische Gesundheit im familiären Kontext“ und „Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege“. Bis einschließlich 2026 soll erprobt und bewertet werden, wie eine gesamtgesellschaftliche Zusammenarbeit im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie gelingen kann und welche Ziele erreichbar sind. Unter Einbeziehung aller relevanten Akteure sollen Unterstützungsmöglichkeiten erfasst und miteinander verzahnt sowie ein sowohl akteurs- als auch politikfeldübergreifendes Vorgehen gefördert werden. Beim Thema psychische Gesundheit stehen Kinder aus sucht- und psychisch belasteten Familien im Fokus. Beim Thema Pflege werden beruflich Pflegenden, pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen in den Blick genommen.

		
---	---	---

**Die Nationale Präventionskonferenz**

Ausführliche Informationen zur NPK und eine Übersicht über Unterstützungsleistungen der NPK-Träger sowohl für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen als auch für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen sind zu finden unter:  
**[www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege](http://www.npk-info.de/umsetzung/gesund-in-der-pflege)**

## **Konsentierung gemeinsamer Ziele**

Mit dem übergeordneten Bestreben, die Gesundheit, Sicherheit und Teilhabe dieser Zielgruppen zu fördern, wurden im April 2021 in Workshops zeitlich befristete Ziele konsentiert. Beispielfähig wurden Maßnahmen abgestimmt, die die Rahmenbedingungen verbessern und die Gesundheitsressourcen der Zielgruppen stärken können. Basierend darauf wurden Unterstützungsbeiträge beteiligter Partner zur gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit gesammelt. Künftig soll es zu den Fokusthemen einen regelmäßigen Austausch mit allen bisher Beteiligten sowie weiteren maßgeblichen Akteuren geben.

## **Zwischenergebnisse im zweiten Präventionsbericht 2023**

Die NPK wird bereits in ihrem zweiten trägerübergreifenden Präventionsbericht 2023 sowohl über Fortschritte in den jeweils eigenen Verantwortungsbereichen als auch über Zwischenergebnisse der modellhaften Erprobung der gesamtgesellschaftlichen Zusammenarbeit berichten. Der Bericht wird im Juli 2023 dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Konzipierung und Erstellung des Berichts werden beratend durch einen wissenschaftlichen Beirat unterstützt.

# Rückhalt für die Selbstverwaltung durch Bundessozialgericht

Seit 2016 muss der GKV-Spitzenverband die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beauftragen und ihr unabhängig von der konkreten Auftragslage und -erfüllung jährlich pauschal einen Betrag in Höhe von ca. 35 Mio. Euro aus Beitragsgeldern zahlen. Dies ist gemäß Präventionsgesetz in § 20a Abs. 3 und 4 geregelt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes war von Beginn an der Ansicht, dass diese gesetzliche Regelung weder mit dem Verfassungsrecht noch mit dem Selbstverwaltungsrecht vereinbar ist. Deswegen sperrte er für das Jahr 2016 die für die Beauftragung der BZgA bereitgestellten Haushaltsmittel. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hob die Haushaltssperre im Wege einer Ersatzvornahme auf. Gegen diese aufsichtsrechtliche Maßnahme erhob der GKV-Spitzenverband Klage.

## BSG hält Zwangsbeauftragung der BZgA für verfassungswidrig

Nachdem das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die Klage Anfang 2020 abgewiesen hatte, legte der GKV-Spitzenverband beim Bundessozialgericht (BSG) Revision ein. Dieser wurde im Mai 2021 vollumfänglich stattgegeben. Das BSG entschied, dass das Handeln des BMG formell rechtswidrig war. Zudem stellte es fest, dass die Regelungen zur Beauftragung der BZgA als Bundesbehörde nach seiner Auffassung verfassungswidrig sind. Mittel der Sozialversicherung dürften nicht für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zweckentfremdet werden. Darüber hinaus müssten Aufgaben der Sozialversicherung verfassungsrechtlich von selbstständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts erfüllt werden. Die Übertragung an eine unmittelbare Bundesbehörde wie die BZgA verstoße gegen die Verfassung.

**Mittel der Sozialversicherung dürfen nicht für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zweckentfremdet werden.**



## GKV-Bündnis für Gesundheit



- Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist eine gemeinsame Initiative der Krankenkassen für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.
- Aktivitäten richten sich insbesondere an sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, z. B. arbeitslose Menschen, Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten und psychisch belasteten Familien sowie ältere Menschen.

### Schwerpunkte:

- Gesundheitsförderung in der Kommune: Mehr als 60 vom Bündnis geförderte Kommunen arbeiten daran, kommunale Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention aufzubauen oder bedarfsbezogen weiterzuentwickeln.
- Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen: Vier geförderte Projekte erforschen geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.

Weitere Informationen unter: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

Hervorzuheben ist zudem, dass das BSG ausdrücklich festgestellt hat, dass der GKV-Spitzenverband Sachwalter der Interessen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen ist. Im Rahmen dessen sei ihm beispielsweise in aufsichtsrechtlichen Verfahren eine verfassungsrechtliche Prüfungs- und Verwerfungskompetenz zugewiesen.

### **Finanzierung ausschließlich sozialversicherungsrechtlicher Aufgaben**

Mit dem Urteil wird das Selbstverwaltungsrecht in der Sozialversicherung erheblich gestärkt. Der Gesetzgeber wird künftig noch sorgfältiger prüfen müssen, ob eine Aufgabe, die mit Mitteln der Sozialversicherung finanziert wird, auch tatsächlich dem Sozialversicherungsrecht zuzuordnen ist. Der GKV-Spitzenverband wird dies weiterhin einfordern.

### **Fortführung des GKV-Bündnisses für Gesundheit**

Da letztlich nur das Bundesverfassungsgericht über die Verfassungswidrigkeit einer Regelung entscheiden kann, bleibt die Gesetzesnorm trotz der eindeutigen Bewertung durch das BSG zunächst in Kraft. Die Möglichkeit zur Vorlage in Karlsruhe, um eine entsprechende Entscheidung herbeizuführen, sah das BSG nicht, da das Verfahren bereits durch das Stattgeben der Revision bezüglich der Aufsichtsordnung des BMG zugunsten des GKV-Spitzenverbandes erledigt war. Dennoch hat der GKV-Spitzenverband aufgrund

des BSG-Urteils die Zahlungen an die BZgA eingestellt und mit der Behörde unter enger Beteiligung des BMG eine entsprechende Vereinbarung getroffen. Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband sehen die in § 20a Abs. 1 und 2 SGB V verankerte Regelung zur Unterstützung der lebensweltbezogenen Gesundheits-

förderung und Prävention als wichtige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an, die es in GKV-eigenen Strukturen zu gestalten gilt. Sie setzen sich dafür ein, dass die im Rahmen der Beauftragung der BZgA entstandenen guten

Initiativen des GKV-Bündnisses für Gesundheit, insbesondere zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen vulnerabler Gruppen, ohne die BZgA fortgeführt und weiterentwickelt werden. Für die Fortführung als GKV-Gemeinschaftsaufgabe ohne BZgA muss die gesetzliche Grundlage neu geregelt werden.

**Die guten Initiativen des GKV-Bündnisses für Gesundheit insbesondere zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen vulnerabler Gruppen sollen fortgeführt und weiterentwickelt werden.**



QUALITÄTSSICHERUNG

Evidenz

PFLEGE

AN

# Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

---

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurden zum Ende der letzten Legislaturperiode noch wichtige Klarstellungen und Änderungen für die Weiterentwicklung bestehender Qualitätsvorgaben vorgenommen. Diese betreffen Mindestmengen, Qualitätsverträge und Qualitätstransparenz.

## Mindestmengen

Mindestmengen sind im stationären Bereich ein zentrales Instrument zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität und des Patientenschutzes. Die neuen Regelungen des GVWG zu den Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben zum Ziel, die Umsetzung der Mindestmengenregelung weiter zu stärken. So erfolgten wichtige Anpassungen, um die Einhaltung der Mindestmengen rechtsicher durchsetzen zu können. Zudem können künftig seitens der Planungsbehörden nicht mehr eigenmächtig Ausnahmegenehmigungen erteilt werden, wenn Vorgaben nicht erreicht wurden. Diese sind nur noch zeitlich befristet möglich und bedürfen immer auch des Einvernehmens mit den Krankenkassen. Ferner werden die Möglichkeiten für die Ausgestaltung neuer Mindestmengen für den G-BA erweitert: Es können einzelne Min-

destmengen untereinander kombiniert und auch durch Strukturanforderungen ergänzt werden. Die Durchsetzbarkeit der Mindestmengenregelung des G-BA wird durch eine klare rechtliche Absicherung im SGB V verbessert: Die Krankenkassen sind nun bei Zweifeln an der Richtigkeit einer vom Krankenhaus vorgelegten Prognose zum Erreichen der Mindestmengen dazu verpflichtet, ihre Zweifel in einer Entscheidung (Verwaltungsakt) gegenüber dem Krankenhaus darzulegen. Es wird ferner klargestellt, dass dagegen gerichtete Klagen keine aufschiebende Wirkung haben.

## Qualitätsverträge

Der Auftrag zur Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätssicherung wurde bereits durch das Krankenhausstrukturgesetz festgelegt. Qualitätsverträge können seit 2018 in vier durch den G-BA beschlossenen Leistungsbereichen erprobt werden:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respirator-Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

**Die Durchsetzbarkeit der Mindestmengenregelung des G-BA wird durch eine klare rechtliche Absicherung im SGB V verbessert.**



Angesichts der noch geringen Anzahl abgeschlossener Verträge (39, Stand: 14.12.2021) soll die Umsetzung der bislang freiwilligen Erprobung verbindlicher geregelt werden, um die für eine aussagekräftige Evaluation notwendige Datengrundlage zu erhalten.

Mit der Neuregelung im GVWG werden die Krankenkassen verpflichtet, Qualitätsverträge mit den Krankenhäusern abzuschließen und dafür einen definierten Eurobetrag je Versicherten auszugeben. Der GKV-Spitzenverband prüft von 2022 bis 2028 jährlich, ob die Krankenkassen das gesetzlich vorgegebene Ausgabevolumen von 0,30 Euro je versicherter Person erreichen. Unterschreiten Krankenkassen die Vorgabe, müssen sie den fehlenden Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überweisen. Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Krankenkassen das hierzu notwendige Prüfverfahren erarbeitet und dem Bundesgesundheitsministerium fristgerecht im Oktober 2021 zur Zustimmung vorgelegt. Mit dem Verfahren werden die im Ausgabevolumen einer Krankenkasse zu berücksichtigenden Pauschalen zur Vertragsvorbereitung festgelegt.

Der G-BA hat bis Ende 2023 den Anwendungsbereich der Qualitätsverträge von vier auf acht Themenfelder zu erweitern. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu gemeinsam mit den Krankenkassen Themenvorschläge erarbeitet und in den Beratungsprozess eingebracht. Darüber hinaus wurde auf Bundesebene gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die definierte Laufzeit der Erprobung ausgeweitet. Die Krankenkassen erhalten so die Möglichkeit, neue Verträge zu schließen bzw. ihre Bestandsverträge entsprechend zu verlängern.

### Qualitätstransparenz

Durch die regelmäßige Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche sollen Qualität und Transparenz in der stationären und ambulanten Versorgung gefördert werden. Hierzu wird der G-BA in einer Richtlinie bis Ende 2022 einheitliche Anforderungen festlegen. Diese betreffen insbesondere die Inhalte, mit deren Hilfe Ärztinnen und Ärzte zukünftig datengestützte Empfehlungen aussprechen sowie Patientinnen und Patienten eine informierte Auswahlentscheidung treffen können. Die Grundlage bilden Daten der Krankenhäuser, der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Krankenkassen, die bereits aus den unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren vorliegen. Darüber hinaus sind Festlegungen zu Art und Umfang der Veröffentlichung der jeweiligen Auswertungsergebnisse zu treffen.

**Durch die regelmäßige Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche sollen Qualität und Transparenz in der stationären und ambulanten Versorgung gefördert werden.**

# Qualitätsvorgaben für die häusliche Krankenpflege

Für den Bereich der häuslichen Krankenpflege haben sich der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen im Jahr 2021 auf die Ergänzung der sogenannten Bundesrahmenempfehlungen verständigt. Ziel ist ein bundesweit hohes Niveau in der behandlungspflegerischen Versorgung von Versicherten mit chronischen und schwer heilenden Wunden durch spezialisierte Leistungserbringende.

## Versorgungsqualität im Blick

Die qualifizierte Wundbehandlung ist bei Versicherten mit chronischen Wunden entscheidend für eine schnelle Genesung. Aus diesem Grund

**Versicherte mit chronischen und schwer heilenden Wunden sollen vorrangig durch spezialisierte Leistungserbringende mit qualifizierten Pflegefachkräften versorgt werden.**

stand für den GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen zu den Anforderungen an die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden die Verbesserung der Versorgungsqualität im Mittelpunkt. Die neugefassten Bundesrahmenempfehlungen verfolgen im Grundsatz eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Künftig sollen Versicherte mit chronischen und schwer heilenden Wunden vorrangig durch spezialisierte Leistungserbringende mit entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften versorgt werden.

## Flexibilität ermöglicht

Der Aufbau dieser spezialisierten Versorgungsstruktur erfolgt parallel zur Sicherstellung der Versorgung im Rahmen der bestehenden Angebote. Die Pflegedienste erhalten durch entsprechende Übergangsregelungen die Möglichkeit, sich stufenweise auf diesen Versorgungsbereich zu spezialisieren und die Mitarbeitenden sukzessive zu qualifizieren. Die Rahmenempfehlungen bieten somit die notwendige Flexibilität für die erforderlichen Anpassungsprozesse.

## Besondere Versorgungsform

Die Wundversorgung kann nach den Regelungen der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses auch außerhalb der eigenen Häuslichkeit in spezialisierten Einrichtungen erfolgen, wenn dies aufgrund der Komplexität der Wundversorgung oder der Gegebenheiten in der Häuslichkeit erforderlich ist. Die Bundesrahmenempfehlungen regeln die besonderen strukturellen Anforderungen an diese Einrichtungen. Die um diese Regelungen ergänzten Rahmenempfehlungen sind zum 1. Januar 2022 in Kraft getreten.



## Ergänzungen zu den Bundesrahmenempfehlungen

Folgende Regelungen sind in Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten umzusetzen:

- Qualifikationsanforderungen an die fachlich verantwortlichen Leitungskräfte und die an der Versorgung beteiligten Pflegefachkräfte
- strukturelle Voraussetzungen
- Mindestinhalte der Pflegedokumentation
- Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten
- besondere strukturelle Anforderungen an geeignete Einrichtungen außerhalb der Häuslichkeit
- Übergangsregelungen für bestehende Leistungserbringende

# Erprobung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der Nutzen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geprüft werden, bevor diese in die Regelversorgung aufgenommen werden. Diese Prüfung erfolgte bisher grundsätzlich auf Basis vorliegender Daten. 2019 hat der Gesetzgeber jedoch eine grundlegende Neuausrichtung vorgenommen. Für Methoden, deren Nutzen noch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, hat der G-BA nun selbst Daten zu generieren, indem er klinische Studien in Auftrag gibt. Die Kosten dafür trägt die gesetzliche Krankenversicherung.

Anlass für solche Studien können folgende Sachverhalte sein:

- Stellt sich in einem Bewertungsverfahren heraus, dass der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, aber das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative besteht, muss der G-BA eine Erprobungsrichtlinie beschließen. Ziel ist die Gewinnung der notwendigen Erkenntnisse für den Abschluss des Bewertungsverfahrens.
- Hersteller von Medizinprodukten und andere wirtschaftlich interessierte Unternehmen können beim G-BA direkt die Erprobung einer neuen Methode beantragen.
- Übermittelt ein Krankenhaus dem G-BA Informationen zum Einsatz eines Hochrisiko-Medizinprodukts, das aus seiner Sicht noch nicht ausreichend vergütet wird, prüft der G-BA, ob der Nutzen der Methode hinreichend belegt ist. Ist dies nicht der Fall, muss der G-BA eine Erprobungsstudie initiieren - wenn nicht die Schädlichkeit oder Unwirksamkeit der Methode und/oder des Produkts belegt sind.

## Nutznachweis vor Vergütungsinteresse

Fünf Erprobungsstudien laufen bereits, fünf werden aktuell vorbereitet. Bei weiteren zehn Themen führt der G-BA Beratungen zu einer Erprobungs-Richtlinie durch (Stand: November 2021). Die Umsetzung stellt den G-BA vor kaum lösbare Herausforderungen. Bei vielen Studienvorhaben ist nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes das primäre Motiv der Medizinproduktehersteller und der Krankenhäuser, eine (bessere) Vergütung zu erreichen. Das Interesse, eine klinische Studie wirklich erfolgreich abzuschließen, erscheint dabei recht unterschiedlich ausgeprägt. Zum Teil handelt es sich auch um Methoden, die sich in einem so frühen, experimentellen Entwicklungsstadium befinden, dass noch keine ausreichende Datengrundlage für die Planung einer Erprobungsstudie vorliegt. Der G-BA ist aber trotzdem gesetzlich verpflichtet, diese Studien durchzuführen. Es ist fraglich, ob das für die Versorgungsgestaltung relevante Ziel, möglichst schnell den Nutzen innovativer Behandlungsmethoden zu klären, bei allen anstehenden Fragestellungen erreicht werden kann. Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-Spitzenverband eine Reform der gesetzlichen Grundlagen, um eine am Nutzen für Patientinnen und Patienten orientierte Innovationssteuerung voranzubringen.

**Bei vielen Studienvorhaben ist nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes das primäre Motiv der Medizinproduktehersteller und der Krankenhäuser, eine (bessere) Vergütung zu erreichen.**

# Zusammenführung von Krebsregisterdaten

---

Im August 2021 trat das Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten (Krebsregisterdatengesetz) in Kraft. Das Gesetz nimmt zum Teil weitreichende Änderungen am Bundeskrebsregistergesetz, an den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen und den klinischen Krebsregistern vor.

Bereits seit vielen Jahren sind flächendeckende Daten epidemiologischer Krebsregister zu Häufigkeit und Sterblichkeit von Krebserkrankungen verfügbar. Sie werden im Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (ZfKD) zusammengeführt. Zusätzlich sind seit Ende 2020 18 klinische Krebsregister vollständig etabliert.

Sie erfassen die detaillierte Therapie und den Verlauf von Krebserkrankungen. Das Krebsregisterdatengesetz regelt, dass diese Daten künftig in den Datensatz des ZfKD integriert werden. Damit wird sowohl für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes als auch für Forschung und Versorgung ein substanzieller Mehrwert durch

die Bereitstellung eines erweiterten Datensatzes geschaffen.

## **Sukzessive Erweiterung der Daten**

In einer zweiten Stufe wird die Grundlage geschaffen, dass weitere Daten für patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungen in Forschung und Versorgung genutzt werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll zur Qualitätssicherung anhand eines Abgleichs von Krebsregisterdaten mit Daten aus organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen die krebspezifische Mortalität ermitteln und Intervallkarzinome identifizieren. Das Gesetz schafft Möglichkeiten, diesen Abgleich nun umsetzen zu können. In den spezifischen Regelungen zu den klinischen Krebsregistern werden zudem die notwendigen Voraussetzungen für die Zusammenführung der epidemiologischen und klinischen Krebsregisterdaten geschaffen und die Anforderungen an die einheitliche Datenerhebung weiterentwickelt. Gleichzeitig wird die Finanzierungsregelung durch

die Krankenkassen geändert und eine Evaluationsregelung zur Umsetzung der klinischen Krebsregistrierung aufgenommen. Die Auftragsvergabe zu dieser neu eingeführten Evaluation hat gemeinsam durch den GKV-Spitzenverband und alle für die klinischen Krebsregister zuständigen obersten Landesbehörden zu erfolgen.

## **Nutzen und Zweckmäßigkeit im Blick behalten**

Die Zusammenführung klinischer und epidemiologischer Krebsregisterdaten kann zur Verbesserung der Forschung und der Krebsbehandlung beitragen. Viele Regelungen des Krebsregisterdatengesetzes, insbesondere solche, die Aufgaben und Finanzierung der Krebsregister betreffen, sind aber auch mit einer Kostensteigerung für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Dazu gehören die Erweiterung der zu erfassenden Diagnosen und Folgeinformationen, die mehrmalige Auszahlung der Krebsregisterpauschale, aufwandsintensive Datenabgleiche und die komplexen Rahmenbedingungen für die Auftragsvergabe bei der Evaluation. Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes wurden hierbei das Aufwand-Nutzen-Verhältnis, die Zweckmäßigkeit sowie die termingerechte und flächendeckende Umsetzbarkeit nicht ausreichend berücksichtigt.

**Die Zusammenführung klinischer und epidemiologischer Krebsregisterdaten kann zur Verbesserung der Forschung und der Krebsbehandlung beitragen.**

# Sechs Jahre Innovationsfonds

Der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelte Innovationsausschuss fördert seit 2016 innovative Versorgungsmodelle und anwendungsorientierte Versorgungsforschung. Aktuell befinden sich 507 Projekte in der Förderung. In den Jahren 2016 bis 2019 standen jährlich 300 Mio. Euro zur Verfügung, seit dem Jahr 2020 sind es jährlich 200 Mio. Euro.

Der Innovationsfonds erreicht nun eine entscheidende Phase, in der sich zeigen wird, wie viele der erprobten Innovationen tatsächlich in die Regelversorgung überführt werden bzw. welche Erkenntnisse verwendet werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Aufgabe, die Ergebnisse des Innovationsfonds wissenschaftlich auswerten zu lassen. Im März 2022 wird dem Deutschen Bundestag ein entsprechender Bericht vorgelegt. Die Ampel-Koalitionspartner haben allerdings bereits im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode die Verstetigung des Innovationsfonds vereinbart.

## Evaluation neuer Versorgungsformen

Im März 2021 veröffentlichte der Innovationsausschuss eine Förderbekanntmachung für den Bereich „Neue Versorgungsformen“. Bei dem zweistufigen Antrags- und Förderverfahren gingen 123 Ideenskizzen mit einer beantragten Fördersumme von über 8,71 Mio. Euro ein. Ein Drittel der Anträge war auf den Themenbereich „Interdisziplinäre oder sektorenübergreifende Versorgungsnetzwerke und -pfade“ ausgerichtet. Im nächsten Schritt wurden diejenigen Projektideen ausgewählt, die innerhalb von sechs Monaten ein vollständig ausgearbeitetes Konzept in Form eines Vollantrags abgeben konnten. Für die Ausarbeitung konnten die Antragstellenden bis zu 75.000 Euro aus dem Innovationsfonds beantragen. Im vierten Quartal 2021 entschied der Innovationsausschuss schließlich über die Förderung.

**Im Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode wurde die Verstetigung des Innovationsfonds vereinbart.**

## Innovationsfonds: Förderentscheidungen 2021



**Insgesamt wurden bereits Transferempfehlungen zu 52 beendeten Projekten veröffentlicht.**

### **Versorgungsforschung**

Des Weiteren hatte der Innovationsausschuss im Juni 2021 je eine Förderbekanntmachung für die Bereiche „Versorgungsforschung“ und „Medizinische Leitlinien“ veröffentlicht. Auf die Versorgungsforschung richteten sich bis Anfang Oktober 2021 insgesamt 161 Anträge. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Evaluation digitaler Gesundheitsversorgung. Beantragt wurden über 190 Mio. Euro. Über die Förderung wird der Innovationsausschuss voraussichtlich im zweiten Quartal 2022 entscheiden.

### **(Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien**

Die Förderbekanntmachung für die Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien sah folgende Schwerpunkte vor:

- Versorgung bei seltenen Erkrankungen
- Versorgung bei häufigeren Erkrankungen, Behandlung von Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten, Multimorbidität und Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in der Versorgung
- Versorgung von Zielgruppen mit besonderen Bedürfnissen (z. B. Kinder, Jugendliche, ältere und/oder pflegebedürftige Menschen)
- operative Eingriffe am Skelettsystem/Bewegungsapparat

Für diesen Bereich wurden bis Anfang September 2021 31 Anträge mit einer Fördersumme von über 14 Mio. Euro eingereicht. Auch hier wird der Innovationsausschuss voraussichtlich im zweiten Quartal 2022 über die Antragsförderung entscheiden.

Darüber hinaus hat der Innovationsausschuss im Jahr 2021 erneut zahlreiche Förderanträge von Krankenkassen, Ärzteverbänden, Krankenhäusern sowie Universitäten und Forschungsinstituten erhalten und die vielversprechendsten darunter zur Förderung ausgewählt.

### **Transferempfehlungen**

Der Innovationsausschuss hat die Aufgabe, Empfehlungen abzugeben, ob und wie geförderte Projekte in die Regelversorgung überführt werden. Insgesamt wurden bereits Transferempfehlungen zu 52 beendeten Projekten veröffentlicht.

Im Bereich „Versorgungsforschung“ wurden 42 beendete Projekte bewertet. Für 19 Projekte wurde eine Nutzbarmachung der Erkenntnisse empfohlen, für 23 Projekte wurde keine Empfehlung ausgesprochen. Eine positive Empfehlung kann Folgendes beinhalten:

- informatorische Weiterleitung der Ergebnisse an verschiedene Akteure im Gesundheitswesen
- Weiterleitung mit der Bitte um Prüfung, ob die Ergebnisse angewendet bzw. umgesetzt werden können
- ggf. Empfehlung der weiteren Erforschung in Folgeprojekten

Im Bereich „Neue Versorgungsformen“ wurden zehn Projekte bewertet. Davon erhielten vier Projekte eine Empfehlung zur vollständigen oder teilweisen Überführung in die Regelversorgung. Drei Projekte erhielten zwar keine derartige Empfehlung, aufgrund festgestellter positiver Tendenzen wurden die Projektergebnisse aber an verschiedene Akteure im Gesundheitswesen weitergeleitet.

Die Beschlüsse des Innovationsausschusses sowie die Abschlussberichte der Projekte sind unter folgendem Link einzusehen:  
[www.innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse](http://www.innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse).

# Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Zur Verfolgung und Ahndung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wurden bei allen Kranken- und Pflegekassen, ihren Verbänden und beim GKV-Spitzenverband „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ eingerichtet. Um den organisationsübergreifenden Erfahrungsaustausch der Fehlverhaltensstellen zu fördern, organisierte der GKV-Spitzenverband eine Veranstaltung zum Thema „Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Der Einladung zu dieser Online-Veranstaltung folgten über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Krankenkassen und Strafverfolgungsbehörden.

## Strafverfolgung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen

In seinem Eröffnungsvortrag erläuterte der Bayerische Staatsminister der Justiz am Beispiel der neuen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, dass die Spezialstaatsanwältinnen und -anwälte der ZKG zukünftig nicht nur durch Spezialermittlerinnen und -ermittler der Kriminalpolizei unterstützt werden. Zusätzlich wurden mit dem Ziel einer effektiveren Strafverfolgung im Gesundheitswesen

Stellen für medizinische Abrechnungsfachkräfte sowie IT-Forensikerinnen und IT-Forensiker geschaffen.




Der erste Programmschwerpunkt der Veranstaltung lag erneut auf den Problemen, die bei der Strafverfolgung von bandenmäßigem Abrechnungsbetrug im Bereich der Pflegedienste auftreten, weil hierbei bestehende Schwachstellen in der Kontrollsystematik zielgerichtet ausgenutzt werden. Aus der Perspektive der Kriminalpolizeiinspektion Augsburg wurden deshalb sozialgesetzliche Regelungsdefizite aufgezeigt und mögliche Lösungsansätze zur Diskussion gestellt, z. B. die elektronische Erfassung der Anfangs- und Endzeiten des jeweiligen Einsatzes.

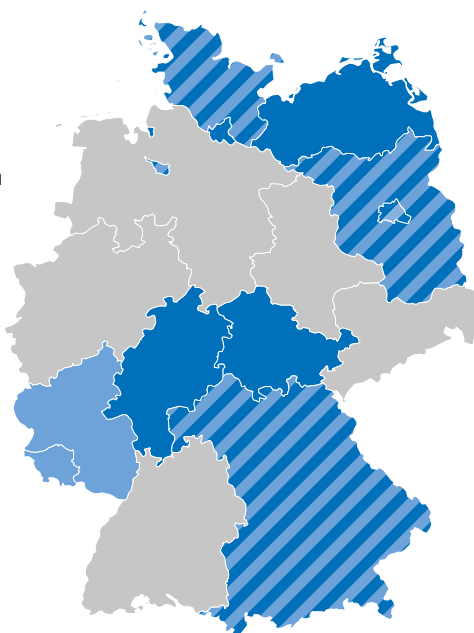
Eine besondere Herausforderung stellen auch die sehr großen Datenmengen dar, die bei Durchsuchungen gesichert werden. Vertreterinnen der Kriminalpolizeiinspektion Leipzig und des Fraunhofer-Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik informierten deshalb über Zwischenergebnisse eines Drittmittelprojekts zur Effektivie-

**Beim Abrechnungsbetrug im Bereich der Pflegedienste werden bestehende Schwachstellen in der Kontrollsystematik zielgerichtet ausgenutzt. Hier zeigen sich sozialgesetzliche Regelungsdefizite.**

## Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

Spezialisierte (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften und Fachkommissariate der Kriminalpolizei

-  Landesweite (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen
-  Landesweite Ermittlungsgruppen der Kriminalpolizei für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen
-  Keine entsprechend spezialisierten Strafverfolgungsbehörden



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.06.2021

rung der Strafverfolgung bei Pflegebetrug. Mithilfe innovativer Verfahren sollen handschriftliche und tabellarische Einträge in Leistungsnachweisen, Touren- und Dienstplänen digitalisiert werden. Die sehr zeit- und arbeitsaufwendige händische Sichtung und Prüfung der Beweismittel sollen zukünftig auf die automatisierte Erfassung und Auswertung verlagert und damit erheblich vereinfacht werden.

### **Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen im Gesundheitswesen**

Mit Spannung wurde die Vorstellung der Ergebnisse einer kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach § 197a SGB V erwartet, an der zahlreiche Kassen teilgenommen hatten. Mit der Studie gelang erstmals der empirisch-statistische Nachweis, dass die institutionalisierte Kontrolltätigkeit zum vermehrten Aufdecken von Fehlverhaltensfällen und zu einer höheren Rückforderung entstandener Vermögensschäden führt. Zur weiteren Effektivierung der Bekämpfung von Fehlverhalten schlägt die Autorin der Studie u. a. die ausdrückliche gesetzliche Verankerung eines proaktiven Vorgehens der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen vor.

### **Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch Einsatz Künstlicher Intelligenz**

Bei der anschließenden Vorstellung von zwei Pilotprojekten wurde deutlich, dass die Bekämpfung von Fehlverhalten durch gezielten Einsatz Künstlicher Intelligenz effektiver gestaltet werden könnte. Aus kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten könnten z. B. Verdachtsmuster generiert und analysiert werden, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Diese Muster könnten danach kassenindividuell angewendet zu neuen Verdachtsfällen führen. Dieser proaktive Ansatz kann zu einer neuen Qualität und Quantität beitragen. Aus Gründen der Rechtssicherheit müsste die dafür notwendige gesetzliche Grundlage erweitert werden.

### **Handlungsbedarf in der 20. Legislaturperiode**

In der abschließenden Podiumsdiskussion stimmten die teilnehmenden Expertinnen und Experten darin überein, dass Hinweisgebende zukünftig nicht nur bei der Meldung von Verstößen gegen EU-Recht vor rechtlichen Nachteilen geschützt werden müssen, sondern auch bei Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Mit Blick auf die neue Legislaturperiode sprachen sie sich für eine evidenzbasierte Kriminalpolitik aus. Im Austausch mit Wissenschaft und Praxis sollte die neue Bundesregierung die vor fünf Jahren geschaffenen Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen evaluieren. Da bei Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen von einem erheblichen Dunkelfeld auszugehen ist, sollte außerdem eine Dunkelfeldstudie öffentlich ausgeschrieben werden, um den Umfang in Deutschland genauer zu erforschen.





Wirtschaft

**Beitrags-  
finanzierung**

**Finanz-  
autonomie**



**FINANZEN**



**Gesamtge**

# GKV-Finanzen vorläufig stabilisiert

Das Finanzergebnis der Krankenkassen fällt im Jahr 2021 zum dritten Mal in Folge negativ aus. Nach Defiziten von 1,7 Mrd. Euro im Jahr 2019 und 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2020 zeichnet sich für das Berichtsjahr ein Defizit von rd. 5 Mrd. Euro ab. Ursächlich für dieses Ergebnis ist allein der vom Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz im Dezember 2020 beschlossene Vermögenstransfer der Kranken-

**89 der 102 Krankenkassen mussten im Jahr 2021 8 Mrd. Euro ihrer kassenindividuellen Finanzreserven zur Bewältigung der erwarteten pandemiebedingten Finanzierungslücke an den Gesundheitsfonds abführen.**

kassen: 89 der 102 Krankenkassen mussten im Jahr 2021 8 Mrd. Euro ihrer kassenindividuellen Finanzreserven zur Bewältigung der erwarteten Finanzierungslücke an den Gesundheitsfonds abführen. Ohne diese „Vermögensabgabe“ an den Gesundheitsfonds hätte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein positives Ergebnis erzielt. Der Gesundheitsfonds hingegen wird das Jahr 2021 voraussichtlich mit einem Einnahmenüberschuss von rd. 0,5 Mrd. Euro abschließen. Das GKV-Finanzergebnis addiert sich somit auf rd. -4,5 Mrd. Euro.

## Mehrheit der Kassen hält Beiträge stabil

Mit erheblichem Einsatz für die Interessen der Beitragszahlenden konnte für das Jahr 2022 erreicht werden, dass die Krankenkassen mit einer ausreichenden Finanzausstattung und zugleich weitgehend mit stabilen Zusatzbeitragssätzen in das dritte Jahr der Pandemie starten können. Die Mehrzahl der ab dem Jahreswechsel durch Fusionen nur noch 96 Krankenkassen, die über den Gesundheitsfonds finanziert werden, konnte ihren Zusatzbeitragssatz zum Jahreswechsel beibehalten; der gewichtete durchschnittliche Zusatzbeitragssatz aller Krankenkassen stieg von 1,28 % (Dezember 2021) auf 1,36 % (Januar 2022).

Soweit Bund und Länder ihrer Finanzverantwortung für den Bevölkerungsschutz in der Pandemie weiterhin umfassend gerecht werden, werden die Krankenkassen ihre Finanzierungsaufgabe voraussichtlich ohne relevante unterjährige Beitragssatzsprünge erfüllen können. Der Gesundheitsfonds allerdings ist für 2022 „auf Kante genäht“. Wenn keine über der Prognose liegende Einnahmenent-

## Einmalige Finanztransfers 2021

	Rechtsgrundlage	Zahlbetrag in Mio. Euro	Anteil Finanzierungsträger
Ergänzender Bundeszuschuss zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes	§ 221a Abs. 1 SGB V	4.970	<b>Bund: 37 %</b>
Ergänzender Bundeszuschuss zum Ausgleich der Mehrausgaben der Krankenkassen infolge des zusätzlichen „Corona-Kinderkrankengeldes“	§ 221a Abs. 2 SGB V	300	
Vermögensabgabe der Krankenkassen	§ 272 SGB V	8.000	<b>GKV: 63 %</b>
Zuführung aus der Liquiditätsreserve zur partiellen Kompensation der Mindereinnahmen infolge der Einführung eines Freibetrags auf beitragspflichtige Betriebsrenten ab dem Jahr 2020	§ 271 Abs. 4 SGB V	900	
<b>Summe</b>		<b>14.170</b>	

wicklung eintritt, wird der Fonds zum Jahresende 2022 die Mindestreservehöhe für das Folgejahr unterschreiten - mit weitreichenden Folgen für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung im Jahr 2023. Die GKV-Finanzierung ab dem Jahr 2023 ist - neben der Bewältigung der Corona-Pandemie - eine der dringlichsten Aufgaben der Gesundheits- und Finanzpolitik der Ampel-Koalition.

### Finanzentwicklung 2021

Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) stiegen im Berichtsjahr im Vergleich zum Vorjahr um 2,9 % auf 1.540,8 Mrd. Euro. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit Beitragseinnahmen von 225 Mrd. Euro. Einschließlich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (2,9 Mrd. Euro) sowie der um den Anteil der Landwirtschaftlichen Krankenkasse verminderten Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen (14,4 Mrd. Euro) erzielte der Gesundheitsfonds Einnahmen von 242,3 Mrd. Euro. Da absehbar war, dass dieses Finanzvolumen im zweiten

Jahr der Pandemie nicht ausreichen würde, um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz bei den politisch gesetzten 1,3 % halten zu können, hatte der Gesetzgeber die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds durch diverse Finanztransfers erhöht.

Größter Posten unter diesen Transfers ist die den Krankenkassen gesetzlich abverlangte Vermögensabgabe: Alle Krankenkassen, die zum Abschluss des zweiten Quartals 2020 über Finanzreserven oberhalb von 40 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe verfügten, mussten im Berichtsjahr 66,1 % ihrer insoweit überschüssigen Finanzreserven an den Gesundheitsfonds abführen. Neben den auf diese Weise vereinnahmten Vermögensteilen der Krankenkassen von 8 Mrd. Euro wurde auch die Zuführung zur partiellen Kompensation der Mindereinnahmen infolge der Einführung eines Freibetrags auf beitragspflichtige Betriebs-

**Alle Krankenkassen, die bis Mitte 2020 über Finanzreserven oberhalb von 40 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe verfügten, mussten 2021 66,1 % dieser Reserven an den Gesundheitsfonds abführen.**

### Einmalige Finanztransfers 2022

	Rechtsgrundlage	Zahlbetrag in Mio. Euro	Anteil Finanzierungsträger
Ergänzender Bundeszuschuss zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes	§ 221a Abs. 3 SGB V i. V. m. Bundeszuschussverordnung 2022	13.916	<b>Bund: 87 %</b>
Ergänzender Bundeszuschuss zum Ausgleich der Mehrausgaben der Krankenkassen infolge des zusätzlichen „Corona-Kinderkrankengeldes“	§ 221a Abs. 4 SGB V	300	
Zuführung aus der Liquiditätsreserve zur Sicherstellung der GKV-Finanzierung 2022	§ 272a SGB V	1.466	<b>GKV: 13 %</b>
Zuführung aus der Liquiditätsreserve zur partiellen Kompensation der Mindereinnahmen infolge der Einführung eines Freibetrags auf beitragspflichtige Betriebsrenten ab dem Jahr 2020	§ 271 Abs. 4 SGB V	600	
<b>Summe</b>		<b>16.282</b>	

**Für die Krankenkassen ergibt sich im Jahr 2022 im Durchschnitt ein stabiles Niveau der Zusatzbeitragssätze.**

renten aus GKV-Reserven und damit von den Beitragszahlenden finanziert. Insgesamt betrug der Finanzierungsanteil der Beitragszahlenden an den einmaligen Transfers 63 %. Unter Berücksichtigung aller Finanztransfers betragen die Einnahmen im Jahr 2021 insgesamt rd. 256,4 Mrd. Euro.

Mit den erhöhten Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen für 2021 zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 255,0 Mrd. Euro vollständig finanzieren. Die überschüssigen Mittel wurden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Unter Berücksichtigung seiner weiteren gesetzlichen Zahlungsverpflichtungen, etwa gegenüber dem Innovations- sowie dem Krankenhaus-Strukturfonds, wird der Gesundheitsfonds das Jahr 2021 mit einem Einnahmehplus von rd. 0,5 Mrd. Euro abschließen. Die Liquiditätsreserve wird damit zum Stichtag 15. Januar 2022 rd. 6,4 Mrd. Euro betragen.

Die Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2021 belaufen sich laut GKV-Schätzerkreis auf rd. 272,2 Mrd. Euro. Gemessen am Vorjahr stiegen sie um 14,7 Mrd. Euro bzw. 5,7 %. Bei Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in Höhe von 255,0 Mrd. Euro betrug die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben somit rd. 17,2 Mrd. Euro. Die zur Finanzierung dieser Unterdeckung im Jahr 2021 tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten – bei einem vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,3 % – zwischen 0,2 % und 2,7 %. Keine Krankenkasse konnte im Berichtsjahr auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

**Finanzprognose 2022**

Für 2022 geht der GKV-Schätzerkreis einhellig von einem weiterhin nur gedämpften Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 2,4 % auf 1.577,3 Mrd. Euro aus. Auf dieser Basis werden Beitragseinnahmen in Höhe von rd.

Erwartete Einnahmen und Ausgaben im Überblick in Mrd. Euro

	2021	2022
<b>Erwartete Einnahmen des Gesundheitsfonds</b>	256,4	264,0
<b>Zuweisungen an die Krankenkassen</b>	255,0	263,7
<b>Erwartete Ausgaben der Krankenkassen</b>	272,2	284,2
<b>Rechnerische Unterdeckung der Krankenkassen</b>	-17,2	-20,5
<b>Rechnerischer Zusatzbeitragssatzbedarf</b>	1,12 %	1,30 %
<b>Vom BMG festgelegter durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz</b>	1,3 %	1,3 %

Quelle: GKV-Spitzenverband

230,3 Mrd. Euro erwartet, zudem Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung von rd. 3 Mrd. Euro. Die jährliche Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen beträgt unverändert 14,5 Mrd. Euro. Die regulären Gesamteinnahmen belaufen sich somit auf rd. 247,7 Mrd. Euro. Hinzu kommen auch im kommenden Jahr außerordentliche Einnahmen, die im dritten Jahr der Pandemie sicherstellen sollen, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nicht über 1,3 % ansteigt.

Größter Posten der einmaligen Transfers an den Fonds im Jahr 2022 ist der von den Steuerzahlenden zu tragende ergänzende Bundeszuschuss von rd. 14 Mrd. Euro<sup>1</sup>. Unter der Prämisse eines weiterhin vom Gesetzgeber geforderten stabilen Zusatzbeitragsniveaus sowie der inzwischen weitgehend abgebauten Finanzreserven der Krankenkassen war diese Maßnahme die Konsequenz. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vom 11. Juli 2021 wurde bestimmt, dass der ergänzende Bundeszuschuss für das Jahr 2022 so festzusetzen ist, dass der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz weiterhin 1,3 % betragen kann. Folgerichtig beträgt der Finanzierungsanteil des Bundes an den einmaligen Transfers 87 %. Unter Berücksichtigung aller Finanztransfers werden die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2022 rd. 264 Mrd. Euro betragen. Davon werden die Krankenkassen rd. 263,7 Mrd. Euro als garantierte Zuweisungen erhalten, da der ergänzende Bundeszuschuss zum Ausgleich des „Corona-Kinderkrankengeldes“ in Höhe von 300 Mio. Euro nicht zuweisungserhöhend an den Fonds gezahlt wird. Diese Mittel verbleiben in der Liquiditätsreserve, obwohl die Krankenkassen die pandemiebedingten Mehrausgaben tragen.

<sup>1</sup> Der GKV-Schätzerkreis musste am 13.10.2021 noch von einem ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 7 Mrd. Euro ausgehen. Am 18.11.2021 stand mit der Zustimmung des Deutschen Bundestages zur Bundeszuschussverordnung 2022 fest, dass der ergänzende Bundeszuschuss für 2022 stattdessen 14 Mrd. Euro beträgt. Dies wird hier in Abweichung von den Schätzerkreis-Werten berücksichtigt.

Aufgrund der vom Gesundheitsfonds auch im Jahr 2022 zu tragenden Finanzierungsanteile für den Innovations- sowie den Strukturfonds sowie der gesetzlichen Zuführungen ins Zuweisungsvolumen in Höhe von rd. 2,1 Mrd. Euro wird die Fondsreserve zum Jahresende 2022 um rd. 1,9 Mrd. Euro auf geschätzt rd. 4,5 Mrd. Euro sinken.

Ausgehend von der Ausgabenschätzung 2021 hat der GKV-Schätzerkreis die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2022 auf 284,2 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht einem Anstieg um 12,1 Mrd. Euro bzw. 4,4 % gegenüber dem Vorjahr. Dabei wurden insbesondere die voraussichtlichen Finanzwirkungen der Corona-Gesetzgebung des Jahres 2021 sowie die Wirkungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken berücksichtigt.




**Der Gesetzgeber ist gefordert, noch im ersten Halbjahr 2022 eine nachhaltige Reform der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung auf den Weg zu bringen.**



### Basis der Berechnung

Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV erfolgt auf der Basis der Ergebnisse der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises vom 13. Oktober 2021. Ergänzend berücksichtigt wurden die Finanzwirkungen der Bundeszuschussverordnung 2022 vom 18. November 2021, des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes sowie weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22. November 2021. Die zu einem späteren Zeitpunkt mit den amtlichen Statistiken vorliegenden Finanzdaten, insbesondere die sonstigen, nicht gesundheitsfondsrelevanten Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen, bleiben hier noch unberücksichtigt.

Damit ergibt sich für die Krankenkassen im Jahr 2022 eine geschätzte Unterdeckung der Ausgaben von rd. 20,5 Mrd. Euro. Bezogen auf die erwarteten beitragspflichtigen Einnahmen ergibt sich rechnerisch ein Zusatzbeitragssatzbedarf von 1,3 %. Das für die Festlegung zuständige BMG hat den durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatz entsprechend auf 1,3 % fixiert. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz dient zum einen als relevanter Zusatzbeitragssatz bei der Beitragsberechnung für bestimmte Mitgliedergruppen, z. B. für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II, zum anderen als Orientierungsgröße für die Krankenkassen.

**Sozialgarantie 2021**

Nach der „Sozialgarantie 2021“ der Bundesregierung sollten die paritätisch finanzierten Beitragssätze zur Sozialversicherung im Jahr 2021 insgesamt 40 % nicht übersteigen. Zum 1. Januar 2021 addierten sich – unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes der Krankenkassen von 1,3 % – die Beitragssätze der Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung auf 39,95 %.

### **Ausblick**

Bei allen Unwägbarkeiten der weiteren epidemischen sowie konjunkturellen Entwicklung lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt festhalten, dass die Finanzierung der GKV in den durch die Corona-Pandemie geprägten Jahren 2020 bis 2022 nur mit einem erheblichen Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds, mit beträchtlichen ergänzenden Finanztransfers des Bundes sowie maßvollen Beitragssatzanhebungen zu Beginn der Jahre 2021 und 2022 sichergestellt werden konnte. In Anbetracht der nunmehr abgeschmolzenen Reserven, der pandemiebedingt geminderten Einnahmenbasis der Krankenversicherung sowie des absehbar deutlich oberhalb der Grundlohnentwicklung liegenden Ausgabenanstiegs liegt der Reformbedarf auf der Hand. Der Gesetzgeber ist gefordert, noch im ersten Halbjahr 2022 eine nachhaltige Reform der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung ab dem Jahr 2023 auf den Weg zu bringen. Dabei muss die Beitragsfinanzierung als Kernelement der GKV erhalten bleiben. Zugleich bedarf es einer sachgerechten und beständigen Aufteilung der Aufgaben- und Finanzverantwortung zwischen Staat und selbstverwalteter Krankenversicherung. Die Entwicklung der Leistungsausgaben muss durch ressourcenschonende Strukturereformen begrenzt werden.



**zeitdaten**

**Nutzen  
(-bewertung)**

**DIGITALISIERUNG**

**WIRTSCHAFTSRECHT**

# EU-Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien

Im Dezember 2021 wurde die Verordnung über die Bewertung von Gesundheitstechnologien vom europäischen Gesetzgeber verabschiedet. Den zugrunde liegenden Vorschlag hatte die EU-Kommission bereits 2018 unterbreitet. Ziel ist es, die Zusammenarbeit der nationalen Behörden bei der wissenschaftlichen Bewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verbindlich zu gestalten und damit die Arbeit des europäischen Netzwerks zur Bewertung von Gesundheitstechnologien weiterzuentwickeln.

## **GKV-Spitzenverband begrüßt die Neuordnung**

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es nunmehr eine tragfähige Grundlage für die Zusammenarbeit mit einer starken Rolle für die zuständigen nationalen Institutionen: Die wesentlichen Entscheidungen werden in einer Koordinierungsgruppe der Mitgliedstaaten und nicht von der EU-Kommission getroffen. Letztere wird die Zusammenarbeit lediglich administrativ unterstützen.

Der GKV-Spitzenverband hatte besonders auf die Qualität der gemeinsamen Bewertungen gepocht:

Diese folgen künftig internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin. Die Methoden sollen regelmäßig überprüft werden. Auch der GKV-Forderung nach größtmöglicher Transparenz der Bewertungsverfahren und -ergebnisse wurde entsprochen.

Die Unterlagen für die Bewertungsprozesse und die Ergebnisse aller Stufen werden auf einer öffentlich zugänglichen Webseite veröffentlicht werden.

Eine vollständige Harmonisierung der klinischen Bewertungen für grundsätzlich alle neuen Arzneimittel, die dem zentralen Zulassungsverfahren durch die Europäische Arzneimittelagentur unterliegen, sowie für bestimmte Medizinprodukte konnte abgewendet werden. Zudem wurde die ursprünglich starre Verpflichtung, die gemeinsamen klinischen Bewertungen als alleinige Grundlage für nationale Entscheidungen über Preisbildung und Erstattung, ganz ohne eigene Bewertungen, zu nutzen, in eine verbindliche und für die nationalen Gesundheitssysteme hinreichend flexible Regelung überführt.

## **Größtmöglicher Nutzen für die Versicherten**

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits Anfang 2018 eine Stellungnahme zum Verordnungsvorschlag veröffentlicht und sich in den Beratungsprozess eingebracht, auch gemeinsam mit der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und der Europäischen Plattform der Sozialversicherung (ESIP). So wurden etwa Gespräche mit dem Gesundheitskommissar Vytenis Andriukaitis geführt und Fachveranstaltungen organisiert. Auch die Umsetzung wird der GKV-Spitzenverband mit dem Ziel begleiten, den größtmöglichen Nutzen für die Versicherten sicherzustellen.

**Die gemeinsame Bewertung von Gesundheitstechnologien folgt künftig internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin, bei größtmöglicher Transparenz.**



# Sicherer europäischer Datenraum

Daten des öffentlichen Sektors und Gesundheitsdaten sollen künftig europaweit besser genutzt werden. Um einen europäischen Datenraum zu schaffen, hat die EU-Kommission als ersten Schritt einen Rechtsrahmen, die Data-Governance-Verordnung, vorgeschlagen. Sektorenspezifische Regelungen für den Gesundheitsdatenraum sollen im Jahr 2022 folgen. Ziel ist es, mehr Daten für Forschung und Innovation zu nutzen, etwa zur Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen. Die Daten sollen auch dafür genutzt werden, Gesundheitssysteme und Versorgung zu optimieren und regulatorische Entscheidungen zu verbessern.

## Daten des öffentlichen Sektors finden und nutzen

Grundsätzlich sollen geschützte Daten weiterverwendet werden, die im Besitz öffentlicher Stellen sind. Nach Vorstellung der EU-Kommission sollen die Daten durch Dritte auch für kommerzielle Zwecke genutzt werden. Die Data-Governance-Verordnung verpflichtet zwar nicht dazu, solche Daten weiterzugeben. Werden sie jedoch verfügbar gemacht, dann umfassend und nach klaren Regeln. Ausschließlichkeitsvereinbarungen sind nur zulässig, sofern sie im Gemeinwohlinteresse erforderlich sind. Die Mitgliedstaaten werden verpflichtet, zentrale Stellen zu schaffen, die alle verfügbaren Informationen bündeln und Anträge auf Weiterverwendung von Daten entgegennehmen.

Die EU möchte auch das Potenzial von Gesundheitsdaten heben. Beispielsweise sollen nationale sowie europäische Gesundheitsinstitutionen wie etwa Arzneimittelbehörden, Bewertungsgremien oder die Europäische Arzneimittel-Agentur Zugriff auf Daten erhalten, um evidenzbasierte Entscheidungen treffen zu können.

## Kassen als Schlüsselakteure

Die Deutsche Sozialversicherung sowie die Europäische Plattform der Sozialversicherung (ESIP) haben sich mit Positionspapieren sowie in Expertengruppen auf EU-Ebene eingebracht. Sie unterstützen das Ziel, den Zugang, die Nutzbarkeit und die Interoperabilität von Daten zu erhöhen. Die Versicherten müssen gleichzeitig darauf vertrauen können, dass eine sekundäre Nutzung von Daten im Rahmen eines klar gefassten und eingrenzenden Versorgungs- und Verwaltungsauftrags erfolgt.

Krankenkassen sollten nicht nur als Datenlieferanten, sondern als Schlüsselakteure des Gesundheitsdatenraums betrachtet und von Beginn an eingebunden werden. Dies umfasst die Mitsprache bei der dezentralen Bereitstellung anonymisierter Daten für die Forschung mit tatsächlichem Mehrwert in der Versorgung und gesamtgesellschaftlichem Nutzen.

**Die Daten sollen dafür genutzt werden, Gesundheitssysteme und Versorgung zu optimieren und regulatorische Entscheidungen zu verbessern.**

# Krebsbekämpfung in Europa

**Die EU muss bei ihrer Arzneimittelstrategie die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme als Ziel verfolgen.**

„Europas Plan gegen den Krebs“ ist eines der prioritären Vorhaben der EU-Kommission. Ziel sind Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen auf europäischer Ebene, um die Prävention, Diagnostik und Therapie onkologischer Krankheiten zu verbessern und zu einer höheren Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger der EU beizutragen. Gemeinsam mit der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung hat der GKV-Spitzenverband das Thema in einer Online-Konferenz aufgegriffen.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) engagiert sich stark für die Prävention, Früherkennung und Behandlung von Krebs. Die EU kann hier nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes einen wichtigen ergänzenden Beitrag leisten. Die Präventionsprogramme der GKV fördern Bewegung, gesündere Ernährung und die Reduktion von Tabak- und Alkoholkonsum. Auch hier setzt sich die EU zurecht ambitionierte Ziele. So sollen unter dem Motto „Generation Rauchfrei“ bis 2040 weniger als fünf Prozent der Bevölkerung Tabak konsumieren.

## Höhere Steuern, weniger Werbung

Auch die Deutsche Sozialversicherung begrüßt die ersten Umsetzungsschritte der Initiative. Gleichzeitig forderte sie einen klaren EU-Rahmen und wirkungsvolle Maßnahmen bei Tabak- und Alkoholbesteuerung sowie die Eindämmung von

Werbung für ungesunde Lebensmittel insbesondere zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Die Generaldirektion Gesundheit der Europäischen Kommission betonte im Rahmen der Podiumsdiskussion den Einfluss, den Werbung insbesondere auf Kinder hat. Daher werde die EU-Kommission die Richtlinie über audiovisuelle Mediendienste auf Werbung für ungesunde Produkte kritisch überprüfen.

## Arzneimittel bezahlbar halten

Arzneimitteln kommt in der Krebsbekämpfung eine zentrale Rolle zu. Aus Sicht des EU-Parlaments sind hohe Preise für Arzneimittel, deren Zusatznutzen nicht nachgewiesen wurde, ein Problem in allen EU-Mitgliedstaaten. Hier kann die im Dezember 2021 verabschiedete Verordnung zur Zusammenarbeit bei der Bewertung von Gesundheitstechnologien Abhilfe schaffen.

Der GKV-Spitzenverband verweist auf die Mitverantwortung der EU für eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf hohem Qualitätsniveau: Die EU muss bei ihrer Arzneimittelstrategie die finanzielle Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme als Ziel verfolgen. Lieferengpässe bei onkologischen und anderen Arzneimitteln sind nicht akzeptabel. Die GKV fordert daher ein gemeinsames digitales Meldesystem und effektive Reaktionsmöglichkeiten in der EU. Sie begrüßt die Initiative, die Europäische Arzneimittel-Agentur mit erweiterten Kompetenzen zu stärken.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, im Gespräch mit der Moderatorin Frederike Gramm (links).



# Internationaler Austausch in Pandemiezeiten

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) gilt als die größte und wichtigste internationale Organisation für Institutionen der sozialen Sicherheit. Sie bietet ihren Mitgliedern eine gute Plattform für Vernetzung, Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch weltweit. Deutschland ist durch den GKV-Spitzenverband, die Renten- und die Unfallversicherung sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der IVSS vertreten. Der GKV-Spitzenverband wird durch Manfred Schoch, Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes, im Vorstand der IVSS repräsentiert.

## Zusammenarbeit beim Sozial- und Gesundheitsschutz

Die Corona-Pandemie hat wie unter einem Brennglas verdeutlicht, dass die internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitsschutzes eine enorme Bedeutung hat, da Pandemien nicht vor Landesgrenzen haltmachen. Die IVSS hat in dieser Krise mit verschiedenen Maßnahmen reagiert: Mit Beginn der ersten Infektionswelle hat die IVSS einen COVID-19-Monitor etabliert, mit dem die Maßnahmen der einzelnen Länder zur Bekämpfung der Pandemie dargestellt wurden. In rund 80 Webinaren berichteten IVSS-Mitglieder aus allen Weltregionen ihren Kolleginnen und Kollegen über Herausforderungen, gute Praxis und innovative Lösungen. Über 40 Artikel der IVSS mit vertiefenden Analysen untersuchten das breite Spektrum der Ländermaßnahmen und hielten die Mitglieder über Strategien und Ansätze im Sinne eines Monitorings von Best-Practice-Ansätzen auf dem Laufenden.

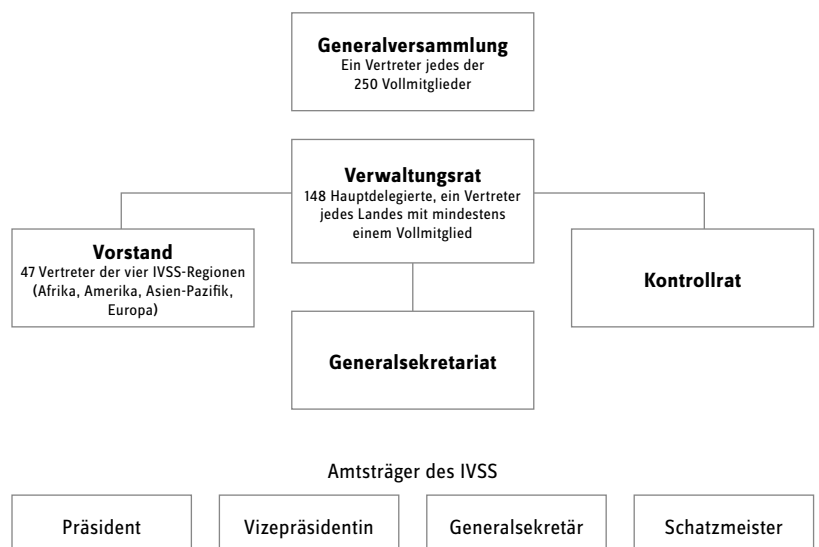
## Starkes internationales Netzwerk

Gleichzeitig konnte die IVSS die Zusammenarbeit mit der Internationalen Arbeitsorganisation, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und der Weltgesundheitsorganisation zu Fragen der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und sozialen Folgen der Pandemie und deren Bewältigung verstärken. Neue Partnerschaften mit der Universität der Vereinten Nationen und der Anstalt für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit wurden etabliert.

Der GKV-Spitzenverband ist auf internationaler Ebene ein sehr gefragter Gesprächspartner. Ihn erreichten vielfältige Anfragen von Mitgliedsorganisationen der IVSS, die den Erfahrungsaustausch zu Themen wie Pflegeversicherung und Langzeitpflege, Digitalisierung und Systemfragen suchen.

**Internationale Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Sozial- und Gesundheitsschutzes hat eine enorme Bedeutung, da Pandemien nicht vor Landesgrenzen haltmachen.**

## Struktur der IVSS



# Digitalisierung der grenzüberschreitenden Kostenabrechnung

**In einem zweijährigen Projekt haben die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband, DVKA die gemeinsame Einführung der internationalen elektronischen Abrechnungsprozesse in der EU realisiert.**

Auf europäischer Ebene werden inzwischen die meisten Informationen der sozialen Sicherheit im Rahmen standardisierter Prozesse und Nachrichten elektronisch ausgetauscht (Electronic Exchange of Social Security Information – EESSI). Seit Dezember 2021 ist der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) in der Lage, auch im Bereich der Kostenabrechnung elektronische Nachrichten im Rahmen des EESSI-Verfahrens zu senden und zu empfangen.

Bisher wurde lediglich die eigentliche Rechnung zur Kostenerstattung der grenzüberschreitenden Sachleistungsaushilfe elektronisch ausgetauscht. Nachgelagerte Arbeitsschritte wie Beanstandungen, Gutschriften oder Zahlungsankündigungen mussten bis dato noch in Papierform zwischen den Verbindungsstellen der Mitgliedstaaten weitergereicht werden.

## Höhere Sicherheit, schnellere Bearbeitung

Vor diesem Hintergrund ist es ein erheblicher Entwicklungsschritt, nun sämtliche Prozesse elektronisch abwickeln zu können. Dies gilt insbesondere auch für das aufwendige sogenannte Beanstandungsverfahren und für die Abwicklung von Zahlungen. Insgesamt werden durch EESSI die Prozesssicherheit deutlich erhöht und die Bearbeitungsdauer beim GKV-Spitzenverband, DVKA verringert. Diese Beschleunigung kommt der Einhaltung der im Bereich der Kostenabrechnung zu beachtenden Fristen zugute, was bei einem Geldfluss von ca. 1,3 Mrd. Euro jährlich von besonderer Bedeutung ist.

## Prozesse in Deutschland ebenfalls umgestellt

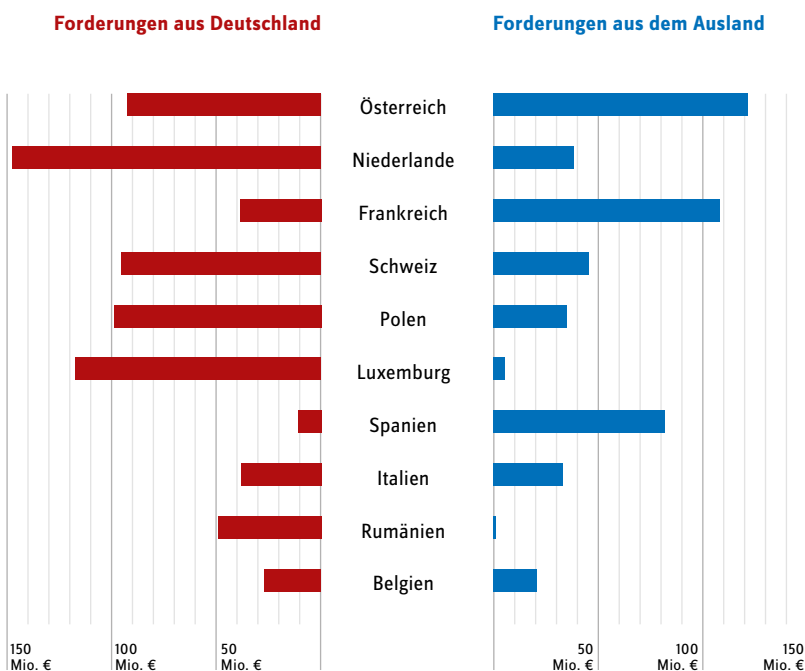
Mit der Einführung der grenzüberschreitenden elektronischen Kostenabrechnungsprozesse geht die Modernisierung der entsprechenden nationalen Prozesse Hand in Hand. Auch mit den Krankenkassen erfolgt der Datenaustausch im Bereich der Kostenabrechnung inzwischen elektronisch. In einem zweijährigen Projekt haben die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband, DVKA sehr erfolgreich zusammengearbeitet, um das wichtige Ziel der gemeinsamen Einführung der elektronischen nationalen Abrechnungsprozesse zu realisieren.

Damit können bis Ende 2021 ca. 30 % aller künftigen Kostenrechnungen elektronisch ausgetauscht werden. Bis Ende 2022 soll dieser Anteil auf über 90 % anwachsen. Hierfür ist es erforderlich, dass die standardisierten EESSI-Verfahren von allen anderen EU-Mitgliedstaaten ebenfalls zeitnah umgesetzt werden.

## Nicht-EU-Partner mit einbeziehen

Die deutschen Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband, DVKA haben die elektronische Anbindung im Bereich der europäischen sozialen Sicherung erfolgreich abgeschlossen. Nun soll mit den Partnern außerhalb der EU, insbesondere mit der serbischen und der türkischen Verbindungsstelle geprüft werden, bis wann vergleichbare Verfahren implementiert werden können.

Forderungen 2021  
10 Länder mit den höchsten Forderungen



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Kommunikationsschwerpunkte 2021

---

Corona, Bundestagswahl und Finanzsituation - mit diesen drei Schlagwörtern lassen sich die zentralen Themen der Verbandskommunikation umreißen, deren gemeinsame Klammer die verschiedenen Fragen rund um die Digitalisierung waren.

## Corona-Pandemie

Corona-Sonderregelungen mussten kommuniziert und erläutert werden. Fragen zu Zuständigkeiten für Organisation und Finanzierung von Tests und Impfungen waren immer wieder Anlass für Medienanfragen, zunehmend spielte auch der Aspekt der Long-COVID-Versorgung eine Rolle. Über diverse Pressestatements und die sozialen Medien hat der GKV-Spitzenverband mehrfach für die Corona-Schutzimpfung geworben.

## Positionen für die neue Legislatur

Das im Sommer veröffentlichte Positionspapier für die 20. Legislaturperiode 2021–2025 begleitete der GKV-Spitzenverband kommunikativ u. a. mit Pressearbeit und einer Fokussseite im Internet. Nach der Bundestagswahl richtete sich die mediale Aufmerksamkeit auf die Pläne der neuen Ampel-Koalition. Erste Einschätzungen zu deren gesundheits- und pflegepolitischen Vorhaben gab der GKV-Spitzenverband mit einer Pressemeldung des Verwaltungsrats, in Interviews mit Vorstandsmitgliedern und durch Beantwortung von Journalistenanfragen ab.

## Finanzierung von GKV und SPV

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zog sich auch im vergangenen Jahr wie ein roter Faden durch die Kommunikation. Die sich abzeichnende massive Finanzlücke, bedingt durch pandemiebedingte Mehrausgaben und wegbrechende Beitragseinnahmen, aber auch durch vorangegangene kostentreibende Reformen, war Anlass für intensive Pressearbeit. Mit Erfolg: Für das Jahr 2022 wurde ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von 14 Mrd. Euro für die GKV festgelegt. Erstmals wurde auch ein Bundeszuschuss für die SPV beschlossen.

## Digitale Veranstaltungsformate

Pandemiebedingt konnten Veranstaltungen im Präsenzformat „GKV Live“ nicht stattfinden. Der Verband bot stattdessen zahlreiche Fachveranstaltungen als hybride Onlinekonferenzen mit Livestream an. Ebenfalls hybrid fanden zwei Pressekonferenzen zum Schwerpunkt stationäre Versorgung statt. Im Zentrum standen dabei die Erkenntnisse aus den ersten 14 Monaten der Corona-Pandemie und „Drei Säulen für gute Pflege im Krankenhaus“.

## Digitalisierung

Bei den drei Kernelementen der Digitalisierung eRezept, elektronische Patientenakte und elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gab es 2021 wichtige Meilensteine, die konstruktiv-kritisch mit Pressemitteilungen, Statements und Tweets begleitet wurden.

## Pflegebedürftigkeit

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen können zu einem Verbleib in den eigenen vier Wänden trotz Pflegebedürftigkeit beitragen. Welche Möglichkeiten die Pflegeversicherung bietet, zeigt ein Verzeichnis dieser Maßnahmen. Es wurde in die Homepage des GKV-Spitzenverbandes integriert.

**Die sich abzeichnende massive Finanzlücke war Anlass für intensive Pressearbeit - mit Erfolg.**

# Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

## Jahresrechnung 2020

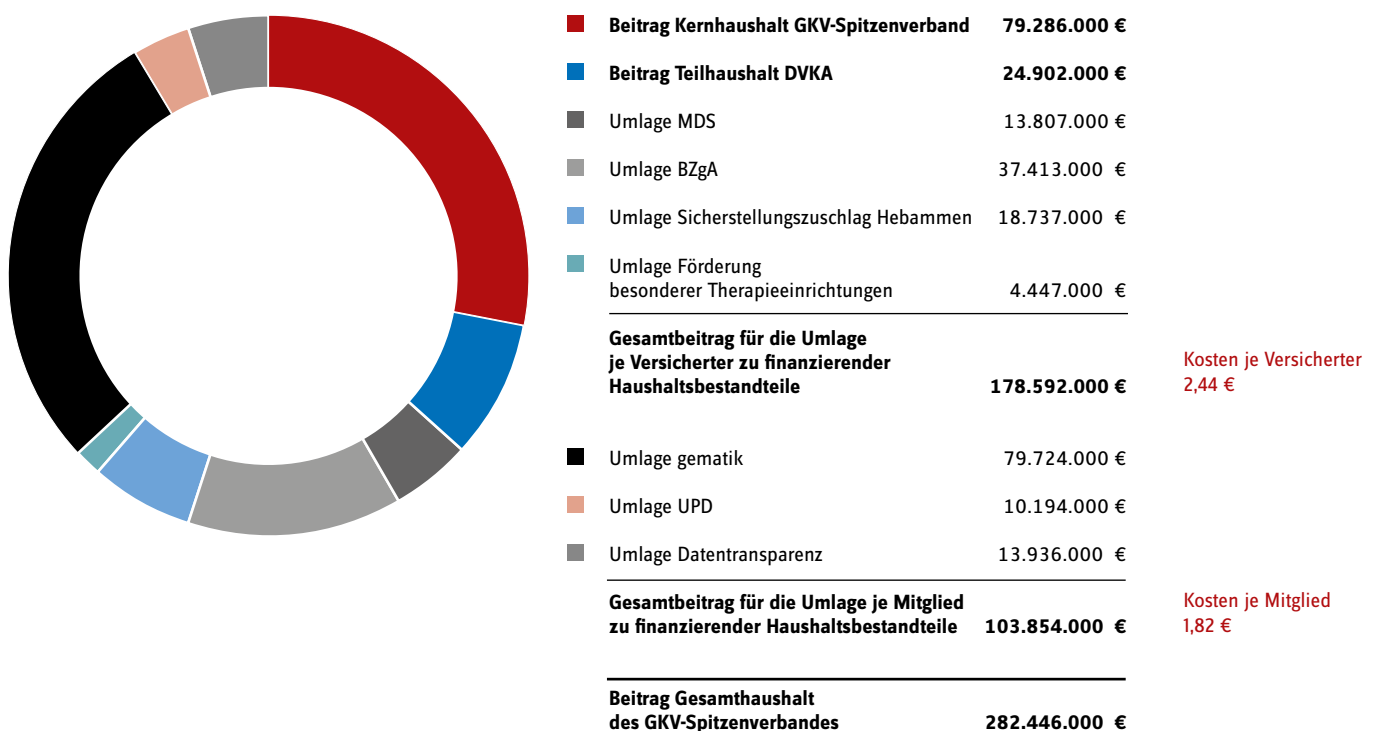
Im April 2021 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2020 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG. Geprüft wurden außerdem die Planungen und die Herangehensweise zur Umsetzung der „Baulichen Barrierefreiheit im Verwaltungsgebäude des GKV-Spitzenverbandes“. Die KPMG erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Der Verwaltungsrat nahm die Jahresrechnung 2020 daraufhin einstimmig ab und erteilte dem Vorstand im Rahmen eines schriftlichen Beschlussverfahrens im Juli 2021 ebenfalls einstimmig die Entlastung.

## Beitrag Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes 2021

Der Gesamthaushalt 2021 des GKV-Spitzenverbandes weist einen zu finanzierenden Gesamtbeitrag in Höhe von 282,4 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes und für den Teilhaushalt der DVKA sowie folgende zu finanzierende Umlagen:

- Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach § 20a SGB V
- Sicherstellungszuschlag für Hebammen nach § 134a Abs. 1b SGB V
- Förderung besonderer Therapieeinrichtungen nach § 65d SGB V
- gematik GmbH nach § 316 SGB V
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD) nach § 65b SGB V
- Datentransparenz nach §§ 303a-f SGB V

## Beitragsbestandteile Gesamthaushalt des GKV-Spitzenverbandes 2021



### Gesamthaushalt 2022

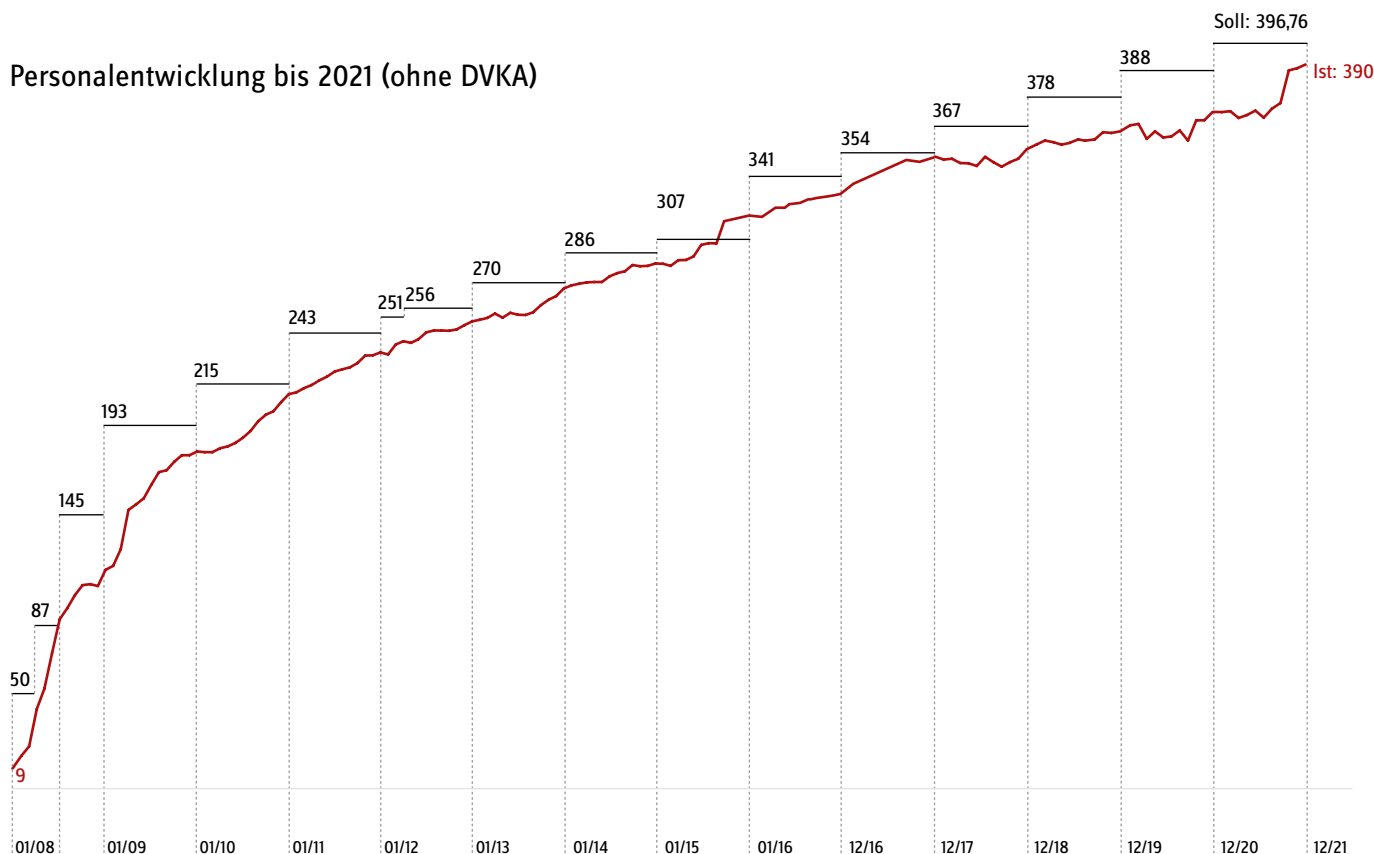
Der vom Vorstand am 8. November 2021 aufgestellte Gesamthaushalt 2022 wurde vom Verwaltungsrat einstimmig im Rahmen eines schriftlichen Beschlussverfahrens am 10. Dezember 2021 festgestellt und vom Bundesministerium für Gesundheit, als Aufsichtsbehörde des GKV-Spitzenverbandes, am 15. Dezember 2021 genehmigt. Der Gesamthaushalt 2022 des GKV-Spitzenverbandes weist einen auf die Mitgliedskassen umzuliegenden Beitrag in Höhe von 237,2 Mio. Euro aus und fällt damit gegenüber dem Vorjahr um 45,2 Mio. Euro geringer aus. Dies ist vorrangig auf die im Gesamthaushalt 2022 entfallenen Umlagefinanzierungen für die BZgA und für den MDS zurückzuführen.

### Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2021 insgesamt 519,62 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 396,76 Soll-Stellen und auf die DVKA 122,86 Soll-Stellen.

Am 1. Dezember 2021 waren 505,29 Stellen besetzt. Davon 389,85 am Standort Berlin und 115,44 bei der DVKA. Die Besetzungsquote beträgt für den Gesamtverband 97,2 %. Am Standort Berlin beträgt die Besetzungsquote 98,3 %, bei der DVKA 94,0 %.

Personalentwicklung bis 2021 (ohne DVKA)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

# Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2021

---

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



- 
- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 88. SEURVITA BKK  | 93. Techniker Krankenkasse   |
| 89. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)                                      | 94. TUI BKK                  |
| 90. SKD BKK   | 95. VIACTIV Krankenkasse     |
| 91. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten<br>und Gartenbau (SVLFG) | 96. vivida bkk               |
| 92. Südzucker BKK   | 97. WMF Betriebskrankenkasse |

Stichtag: 1. Januar 2022

## Fusionen

### Vereinigte Kasse

vivida bkk

BIG direkt gesund

VIACTIV Krankenkasse

bkk melitta hmr

Novitas BKK

BKK VerbundPlus

energie-BKK

BERGISCHE Krankenkasse

### Fusionspartner

Schwenninger BKK  
atlas BKK ahlmann

BIG direkt gesund  
actimonda BKK

BKK Achenbach Buschhütten  
VIACTIV Krankenkasse

BKK Melitta Plus  
BKK HMR

Novitas BKK  
BKK Siemag

BKK VerbundPlus  
BKK Wieland

energie-BKK  
BKK RWE

BERGISCHE Krankenkasse  
BKK der Grillo-Werke AG

Stichtag: 1. Januar 2022

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

---

## Versichertenvertreterinnen und -vertreter

<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>
Auerbach, Thomas	BARMER
Balser, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beier, Angelika	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Berking, Jochen	BARMER
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
Ermiler, Christian	BARMER
Firsching, Frank	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Hamers, Ludger	VIACTIV Krankenkasse
Holz, Elke	DAK-Gesundheit
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER
Keppeler, Georg	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Klemens, Uwe	Techniker Krankenkasse
Kloppich, Iris	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Kolsch, Dieter	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Lambertin, Knut	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
Linnemann, Eckehard	KNAPPSCHAFT
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

Stichtag: 1. Dezember 2021

---

**Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter**

<b>Name</b>	<b>Krankenkasse</b>
Avenarius, Friedrich	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Bley, Alexander	SIEMAG BKK
Dohm, Rolf	pronova BKK
Empl, Martin	SVLFG
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Heß, Johannes	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Jehring, Stephan	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Leitl, Robert	BIG direkt gesund
Meinecke, Christoph	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Parvanov, Ivor	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Ries, Manfred	BKK ProVita
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Neumeyer, Ronald-Mike	Handelskrankenkasse (hkk)
Thomas, Dr. Anne	Techniker Krankenkasse
Vogler, Dr. Bernd	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

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

## Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Adrian, Quentin Carl	Techniker Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	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	Daimler Betriebskrankenkasse
Dehde, Klaus-Peter	BARMER
Dorneau, Hans Jürgen	BAHN-BKK
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
Hindersmann, Nils	KNAPPSCHAFT
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Huppertz, Claudia	BAHN-BKK
Johannides, Meinhard	DAK-Gesundheit
Karp, Jens	IKK - Die Innovationskasse
Klemens, Luise	DAK-Gesundheit
Korschinsky, Ralph	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kuklenski, Mirko	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Lohre, Karl Werner	BARMER
Löwenstein, Katrin von	BARMER
Markiwitz, Diana	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Nimz, Torsten	Handelskrankenkasse (hkk)
Plaumann, Karl-Heinz	BARMER
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Schäffer, Lutz	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Schmidt, Günther	BARMER
Schönewolf, André	AOK - Die Gesundheitskasse 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, Dieter	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Wagner, Christine	mhplus Betriebskrankenkasse
Weilbier, Thomas	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Wiedemann, Andrea	BARMER
de Win, Thomas	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
Kittner, Susanne	BAHN-BKK
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lotz, Anselm	IKK Brandenburg und Berlin
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (hkk)
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Nobereit, Sven	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Reinisch, Dr. Mark	BKK VerbundPlus
Runge, Uwe	IKK gesund plus
Schomburg, Uwe	AOK Sachsen-Anhalt
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Söller, Wolfgang	AOK - Bremen/Bremerhaven
Stehr, Axel	AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
Stollenwerk, Elmar	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Strichertz, Stephan	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse
Wolff, Michael	AOK Niedersachsen

Stichtag: 1. Dezember 2021

# Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

---

## Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

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

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

1. Jehring, Stephan (AOK)
2. Stehr, Axel (AOK)
3. Nicolay, Udo (EK)
4. Empl, Martin (SVLFG)
5. Dohm, Rolf (BKK)
6. Kastner, Helmut (IKK)

#### Versichertenvertreter/-innen

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

- Söllner, Wolfgang (AOK)
- Meinecke, Christoph (AOK)
- Breitenbach, Thomas (EK)
- Heins, Rudolf (SVLFG)
- Ries, Manfred (BKK)
- Leitl, Robert (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  
Linnemann, Eckehard (Kn)
  1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8  
Strobel, Andreas (BKK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8  
Scholz, Jendrik (IKK)
  3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

## Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Bernd Wegner/Andreas Strobel (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

1. Wegner, Bernd (EK)
2. Landrock, Dieter Jürgen (AOK)
3. Ropertz, Wolfgang (AOK)
4. Reyher, Dietrich von (BKK)
5. Ries, Manfred (BKK)
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/Eckehard Linnemann (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. Linnemann, Eckehard (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  
Lambertin, Knut (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6  
Firsching, Frank (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6  
Wiedemeyer, Susanne (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6  
Brendel, Roland (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8  
Römer, Bert (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8  
Scholz, Jendrik (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8



## Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Martin Empl/Knut Lambertin (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

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

#### Versichertenvertreter/-innen

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

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

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

#### Versichertenvertreter/-innen

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

---

## Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen

Vorsitzende: Robert Leitl/Jochen Berking (alternierend)

### Ordentliche Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

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

#### Versichertenvertreter/-innen

1. Berking, Jochen (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. Hindersmann, Nils (Kn)

### Stellvertretende Mitglieder

#### Arbeitgebervertreter/-innen

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

#### Versichertenvertreter/-innen

- Klemens, Luise (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Gosewinkel, Friedrich (EK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Brück, Peter (EK)
  3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Löwenstein, Katrin von (EK)
  4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Roloff, Sebastian (EK)
  5. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3  
Dreisbusch, Bernd (AOK)
  1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5  
Wiedemeyer, Susanne (AOK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5  
Strobel, Andreas (BKK)
  1. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8  
Grellmann, Norbert (IKK)
  2. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8  
Linnemann, Eckehard (Kn)
  3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

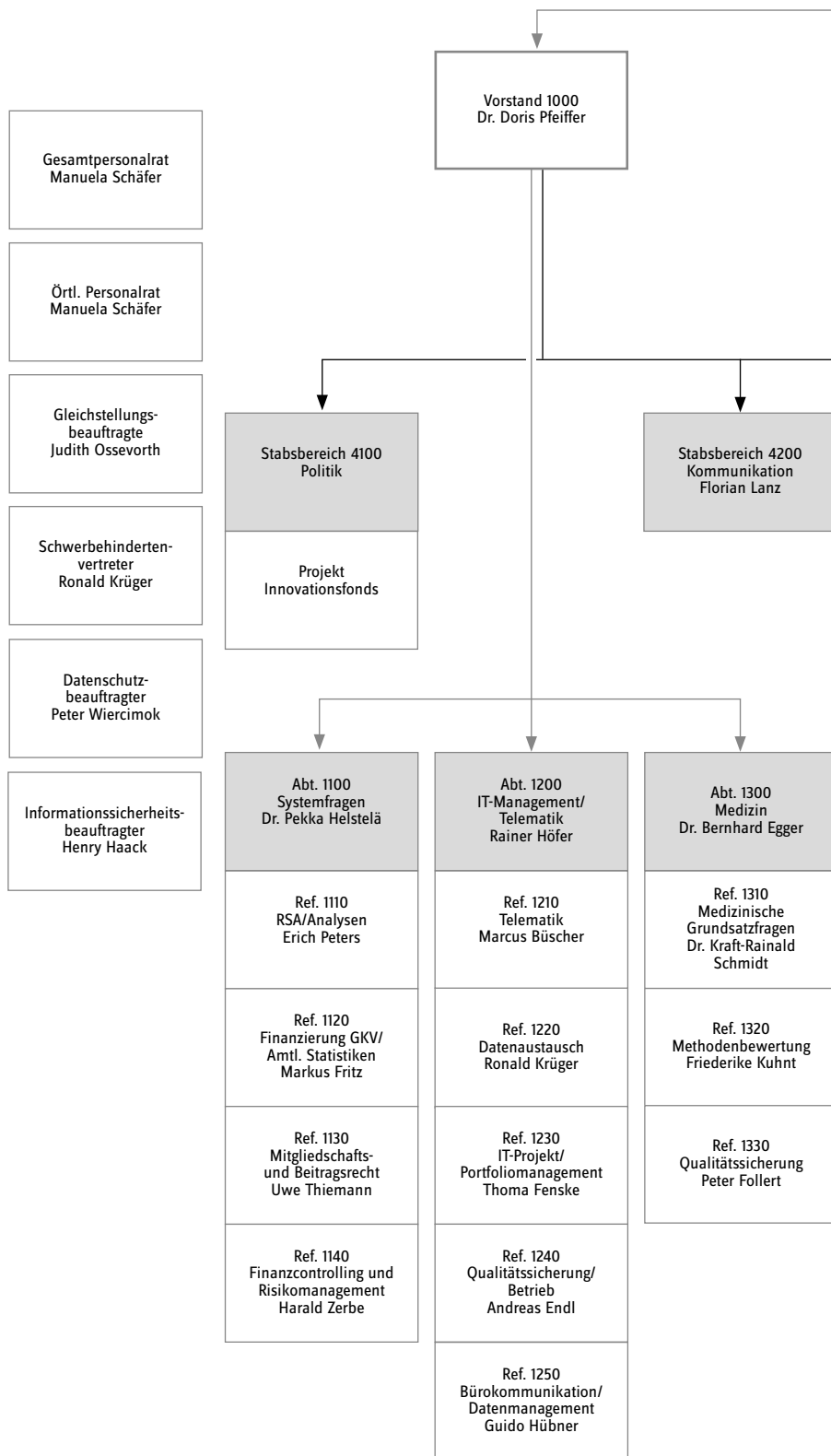
Stichtag: 1. Dezember 2021

# Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

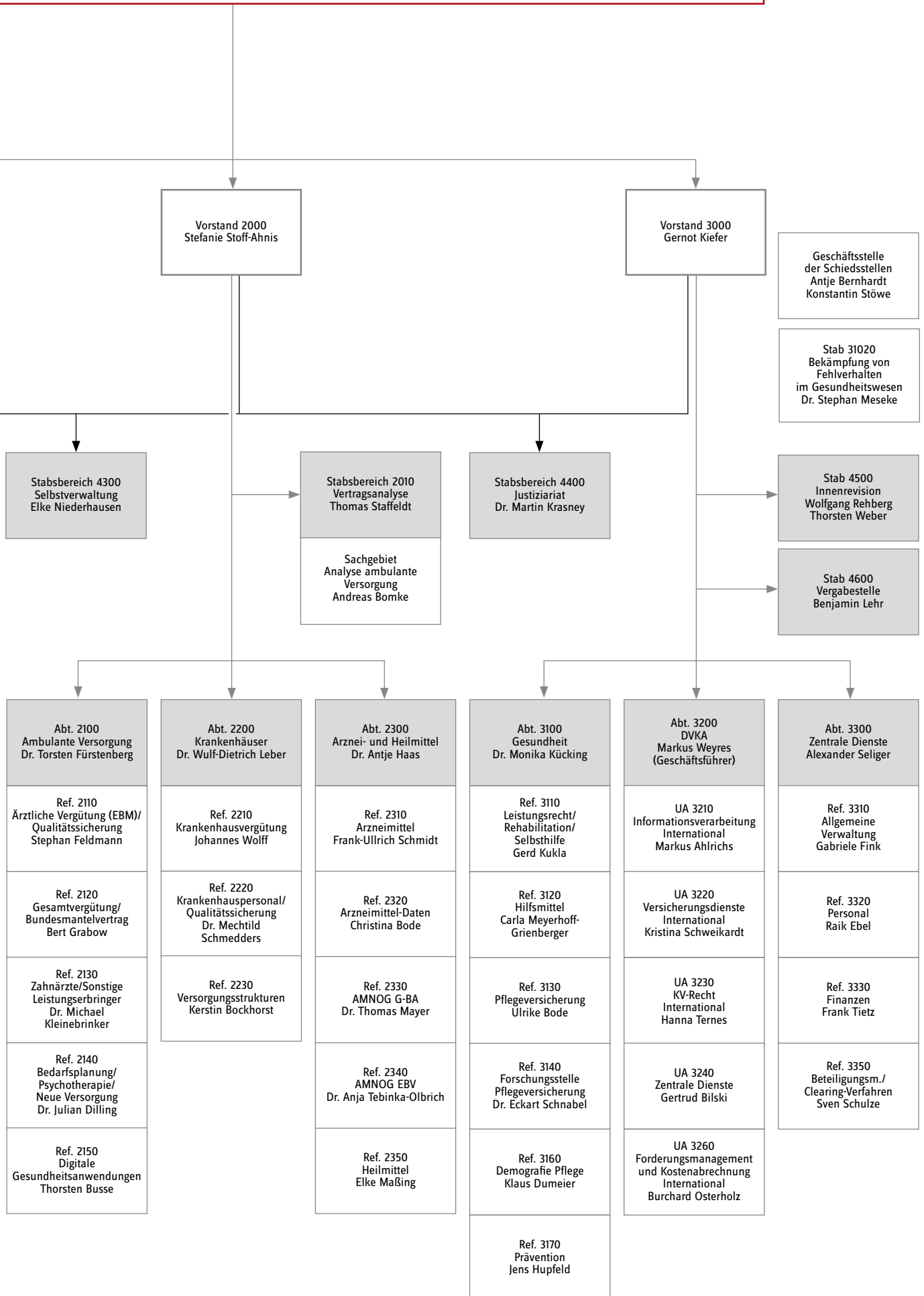
---

	<b>Ordentliches Mitglied</b>	<b>Stellvertretung</b>
AOK	Stippler, Dr. Irmgard (AOK Bayern)	Teichert, Daniela (AOK Nordost)
	Ackermann, Tom (AOK NordWest)	Striebel, Rainer (AOK PLUS)
BKK	Galle, Andrea (BKK VBU)	1. Stv. Demmler, Dr. Gertrud (SBK) 2. Stv. Stamm, Sabine (BERGISCHE Krankenkasse)
	Fuchs, Gerhard (Audi BKK)	1. Stv. Kaiser, Lutz (pronova BKK) 2. Stv. Gerhardt, Jens (BMW BKK)
EK	Walkenhorst, Karen (TK)	keine Stellvertretung
	Kafka, Torsten (HEK), seit 16.06.2021 für Dr. Mani Rafii	Bodmer, Thomas (DAK-Gesundheit)
IKK	Hippler, Frank (IKK classic)	1. Stv. Kaetsch, Peter (BIG direkt gesund) 2. Stv. Loth, Prof. Dr. Jörg (IKK Südwest)
KNAPPSCHAFT	am Orde, Bettina	Held, Heinz-Günter
SVLFG	Sehnert, Gerhard	Lex, Claudia

# Organigramm GKV-Spitzenverband



Verwaltungsrat



# Publikationen

---

## Positionspapiere

<b>Autor(en)/Urheber</b>	<b>Titel</b>	<b>Veröffentlichung</b>
GKV-Spitzenverband	Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode 2021-2025	Juni 2021
GKV-Spitzenverband	Echte Arzneimittelinnovationen fördern und die Versorgung stärken. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zu patentgeschützten Arzneimitteln	Juli 2021

## Schriftenreihe Pflege

GKV-Spitzenverband	Schriftenreihe Pflege, Band 19: Forschung für die Pflege. Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	Dezember 2021
--------------------	--	---------------

## Weitere Publikationen

<b>Autor(en)/Urheber</b>	<b>Titel</b>	<b>Veröffentlichung</b>
GKV-Spitzenverband und MDS	Präventionsbericht 2021. Berichtsjahr 2020	November 2021
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V	November 2021

# Fotonachweis

---

- Titel: ronstik/AdobeStock/BBGK
- S. 7: Tom Maelsa, tommaelsa.com (2)
- S. 8: Tom Maelsa, tommaelsa.com (3)
- S. 10: BBGK
- S. 14: Pavel Losevsky/AdobeStock/BBGK
- S. 18: l.: Christian Lietzmann; r.: Tom Maelsa, tommaelsa.com
- S. 22: alan/AdobeStock/BBGK
- S. 34: Montri Thipsorn/AdobeStock/BBGK
- S. 43: zasabe/AdobeStock/BBGK
- S. 48: lessysebastian/AdobeStock/BBGK
- S. 57: keatikun/AdobeStock/BBGK
- S. 66: sirirak/AdobeStock/BBGK
- S. 78: lessysebastian/AdobeStock/BBGK
- S. 82: Sirichai Puangsuwan/AdobeStock/BBGK
- S. 87: Opayaza/AdobeStock/BBGK
- S. 97: kirill\_makarov/AdobeStock/BBGK
- S. 103: kwanchaift/AdobeStock/BBGK
- S. 106: Tom Maelsa, tommaelsa.com

**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)