



Spitzenverband



Corona-Pandemie: Herausforderungen für Gesundheit und Pflege

Geschäftsbericht 2020



Impressum

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

Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
Email: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de
Twitter: [@GKV_SV](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 2020.

Redaktionsschluss: 06.05.2021
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Elke Niederhausen,
Verena Schröder (Bildredaktion), Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: Buch- und Offsetdruckerei H. Heenemann GmbH & Co. KG
Fotonachweis auf Seite 140

Bestellnummer 2021-001

Corona-Pandemie: Herausforderungen für Gesundheit und Pflege

Geschäftsbericht 2020

Geschäftsbericht 2020

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung	10

Gremienarbeit

Bericht aus dem Verwaltungsrat	12
Gründung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses	15

Schwerpunkt Corona-Pandemie

Entschlossene Reaktion der Selbstverwaltung auf die Pandemie-Lage	18
Krisenmanagement im Krankenhausbereich	21
Finanzhilfen für Arzt- und Zahnarztpraxen	26
Wegbereitung für Corona-Testung	28
Schnelle Hilfe für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen	30
Absicherung der Arznei- und Heilmittelversorgung	31
Unterstützung für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen	32
Corona-Prämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und Kliniken	34
Schub für digitale Versorgungsangebote	37
Lehren aus der Pandemie	38

Themen des Jahres

App auf Rezept mit Nachbesserungsbedarf	41
Ringen um Schutz für Patientendaten	43
Neuorganisation der Datentransparenz	46
Fortschritte beim Ausbau der Telematikinfrastruktur	48
Potenziale der Digitalisierung für die Pflege	50

Finanzielle Förderung vertragsärztlicher Leistungen in der Kritik	52
Mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei Selektivverträgen	54
Weiterentwicklung des EBM	56
Honorarverhandlungen zur ärztlichen Vergütung	57

Zukunftsprogramm für Krankenhäuser	59
Neuberechnung der Pflegepersonalkosten	60
Vorgaben zum Mindest-Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern	62
Weiterentwicklung von Mindestmengen für Krankenhausleistungen	63
Bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege	64
Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum	66
Krankenhausversorgung nach der Corona-Pandemie	67

Konzertierte Aktion Pflege auf Erfolgskurs	70
Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege	71
Aktuelle Forschungen zur Pflegeversicherung	72
Hohe Zufriedenheit mit der Pflegeberatung	73

Reformbedarf am Apothekenmarkt	75
AMNOG-Bilanz 2020.	77
Gutachten zu Arzneimittel-Lieferengpässen	78
Vereinfachter Zugang zu Hämophilie-Arzneimitteln	79
Verhandlungen zur Heilmittelversorgung	80
Qualitätssicherung und Kostentransparenz in der häuslichen Krankenpflege	82
Bessere Versorgung für Intensiv-Pflegebedürftige	83
Änderungen beim Zugang zur Rehabilitation	84
Start des kommunalen Strukturaufbaus für Gesundheit	86
Digitale Anwendungen in der Prävention	87
Digitaler Wandel in der Selbsthilfe	88
Stärkere Rolle der EU im Medizinprodukterecht	90
Neuordnung der Methodenbewertung	92
Fortsetzung des Innovationsfonds	94
Aufbau der klinischen Krebsregister	97
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	100
GKV-Finzenzen – Fortsetzung des Negativtrends im ersten Jahr der Pandemie.	103
GKV-Finanzhilfen für Leistungserbringer	106
Neue Regelungen zum Wettbewerb der Krankenkassen	107
Plädoyer für einen gemeinsamen EU-Gesundheitsdatenraum	109
Soziale Sicherung nach dem Brexit.	111
Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in Europa	112
Elektronischer Datenaustausch in der Sozialversicherung in Europa.	115
Kommunikation im Zeichen der Corona-Pandemie.	118
Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	120
Anhang	
Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2020	122
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats der 3. Amtsperiode (2018-2023)	124
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats der 3. Amtsperiode (2018-2023).	126
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	129
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses	134
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreterinnen und Stellvertreter des Fachbeirats.	135
Organigramm	136
Publikationen	138
Fotonachweis	140

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2020 stand ganz im Zeichen der Corona-Pandemie. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) haben sich in dieser Situation gewaltige Herausforderungen ergeben. Unser tiefer Dank gilt allen Beteiligten im Gesundheitswesen und in der Pflege, die bei der Bewältigung dieser Krise Außergewöhnliches geleistet haben. Dies betrifft die Gesundheitsberufe u. a. in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen, die die Versorgung der Patientinnen und Patienten sichergestellt haben, bis hin zu den Mitarbeitenden in den Krankenkassen, die einen wichtigen Anteil an der Information und Unterstützung der 73 Mio. gesetzlich Versicherten in dieser Ausnahmesituation hatten.

Die Pandemie hat gezeigt, dass unser Gesundheitswesen und die Pflege in mehrfacher Hinsicht leistungsfähig und robust sind: So konnten Strukturen und Kapazitäten kurzfristig und flexibel auf notwendige gesundheitliche und pflegerische Versorgungsbedarfe ausgerichtet werden. Darüber hinaus wurde innerhalb kürzester Zeit eine Vielzahl von praxistauglichen Regelungen durch den Gesetz- und Verordnungsgeber sowie durch die Selbstverwaltung getroffen. Damit haben die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung zentrale Aufgaben bei der Bewältigung der Pandemie übernommen. Nicht zuletzt haben GKV und SPV einen wesentlichen finanziellen Beitrag zur Stabilisierung in der Pandemie geleistet.

Gerade weil es unerlässlich ist, dass die GKV und die SPV einen Stabilitätsanker in dieser Pandemie darstellen, kommt den langfristig gesicherten Finanzierungsgrundlagen eine essenzielle Bedeutung zu. Allerdings weisen gerade einige der jüngeren Reformen in eine andere Richtung. Insbesondere das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz beinhaltet massive Eingriffe in die Finanzautonomie der sozialen Selbstverwaltung.

Konsequenz ist eine einseitige Belastung der Beitragszahlenden in Höhe von 11 Mrd. Euro für viele eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Zuge der Pandemie. Mit weiteren teuren Reformpaketen wurden vor allem Vergütungsverbesserungen für Leistungserbringer erreicht. Demgegenüber sind die Leistungs- und Qualitätsverbesserungen für Versicherte leider weit kleiner ausgefallen.

Aus dieser Gesetzgebung folgt dringender Nachbesserungsbedarf, um eine nachhaltige finanzielle und strukturelle Schwächung der GKV zu verhindern. Spätestens nach der Bundestagswahl stellen sich daher zentrale Aufgaben zur Sicherung der Finanzierungsgrundlagen.

Eines ist bereits jetzt klar: Weitere Belastungen für die Beitragszahlenden oder Leistungseinschränkungen für die Versicherten darf es nicht geben. Nach der Wahl brauchen wir endlich Reformen, mit denen die Qualität und insbesondere auch die Wirtschaftlichkeit der an vielen Stellen nach wie vor ineffizienten Versorgungsstrukturen verbessert werden.

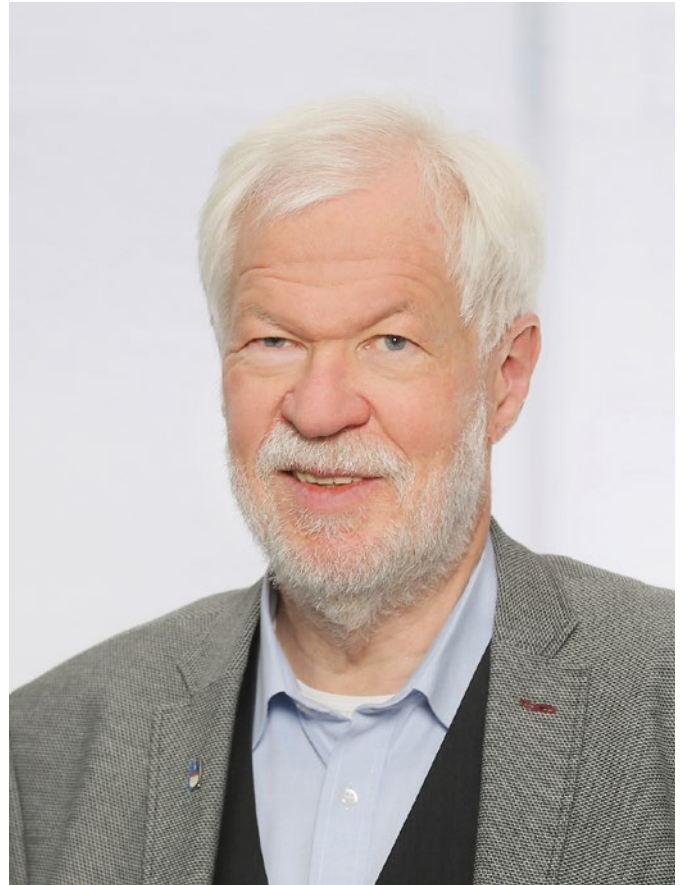
Der Verwaltungsrat hat in dieser Legislaturperiode bereits eine Reihe von Gesetzgebungsvorschlägen für die jeweiligen Versorgungsbereiche entwickelt. Auch nach der bevorstehenden Bundestagswahl wird sich die soziale Selbstverwaltung engagiert mit Verbesserungsvorschlägen im Sinne der Versicherten und Patientinnen und Patienten beteiligen.

Mit freundlichen Grüßen



Uwe Klemens

Dr. Volker Hansen



Vorwort des Vorstandes



Liebe Leserinnen und Leser,

kein singuläres Ereignis hat in den letzten Jahrzehnten so stark den Alltag und alle gesellschaftlichen Bereiche bestimmt wie die Corona-Pandemie. Unser Gesundheitssystem und die Pflege haben unter hoher öffentlicher Aufmerksamkeit diesen Stresstest weitestgehend bestanden. Wie der vorliegende Bericht deutlich macht, haben umfangreiche Unterstützungs-, Stabilisierungs- und Entlastungsmaßnahmen von Politik und Selbstverwaltung für die notwendige Sicherheit gesorgt.

Die Pandemie wird die gesundheits- und pflegepolitische Debatte auf absehbare Zeit prägen. Auch weil bestehende Schwachstellen unter dem Brennglas der Pandemie deutlich zutage getreten sind. Trotz der zuvor hochfrequenten Gesetzgebung wurden strukturgebende Maßnahmen einer stärker an den Patientinnen und Patienten und an der Qualität orientierten Versorgung versäumt. Der pandemiebedingte Fokus auf Klinikkapazitäten

hat exemplarisch aufgezeigt: Es braucht nicht mehr von allem, sondern genug vom Richtigen. Notwendig sind Klinikstrukturen mit Schwerpunktzentren und einer gesicherten ländlichen Basisversorgung, um das Missverhältnis von zu vielen Betten bei zu wenig Personal bedarfsorientiert aufzulösen.

Eine höhere und durch die Kontaktreduzierung nochmals trendverstärkende Dynamik erfuhr die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens. Mit dem flächendeckenden Start der elektronischen Patientenakte und den Umsetzungsarbeiten zur Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) haben die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und mit ihr die Kranken- und Pflegekassen maßgeblichen Anteil daran. Anwendungen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sollen folgen. Die bisherigen Erfahrungen bei den DiGA, die oftmals im Wege der Erprobung, bei unklarem Patientennutzen

und gleichzeitig hohen Preisen in die Versorgung gebracht werden, machen aber deutlich: Der digitale Fortschritt muss auf Basis eines an Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit orientierten Ordnungsrahmens noch besser in konkrete Versorgungsverbesserungen für die Versicherten, Patientinnen und Patienten übersetzt werden.

Nach der Bundestagswahl werden Strukturdebatten ebenso notwendig sein wie Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzen von GKV und SPV. Abseits der Kostenwirkung durch die Pandemie setzen die teuren Reformen der Vor-Corona-Zeit die Finanzen spürbar unter Druck. Das bestehende Defizit wird 2021 weit überwiegend von den Beitragszahlenden geschultert. Um weitere einseitige Belastungen zu vermeiden, müssen Einnahmen und Ausgaben in Einklang gebracht werden. Hierzu gehört, dass der Bund über die bisher geleisteten Zahlungen hinaus vollständig die tatsächlichen Kosten gesamtgesellschaftlicher Aufgaben finanziert. Ein dauerhafter und verlässlicher Bundeszuschuss ist auch in der Pflege

unerlässlich, wenn es neben dem Ausgleich pandemiebedingter Mehrkosten kurzfristig darum gehen muss, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen.

Gerade die Krisenerfahrung hat deutlich gemacht, dass eine positive Perspektive notwendig ist: Die solidarischen und selbstverwalteten Systeme von GKV und SPV bilden für die notwendigen Reformmaßnahmen ein stabiles Fundament, um dauerhaft eine hohe und bezahlbare Versorgungsqualität sicherzustellen. Das schließt eine leistungsfähige Selbstverwaltung ein, deren Handlungsmöglichkeiten gegenüber der nochmals gestiegenen Machtfülle der Exekutive dringend gestärkt werden müssen.

Der GKV-Spitzenverband wird sich bei den zu führenden Diskussionen zur Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung weiterhin auf der Basis der vom Verwaltungsrat beschlossenen Positionen einbringen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Gernot Kiefer
Stellvertretender Vorsitzender des
Vorstandes



Stefanie Stoff-Ahnis
Mitglied des Vorstandes

Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung

Die hohe Schlagzahl an Gesetzen in der laufenden Legislaturperiode wurde 2020 mit Beginn der Corona-Pandemie durch eine umfangreiche Gesetzgebung zum Bevölkerungs- und Infektionsschutz nochmals erhöht. Gleichzeitig wurden mit den vorgesehenen ministeriellen Ermächtigungen Rechtsverordnungen wie am Fließband produziert. Dabei standen und stehen vor allem die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und der hierfür notwendigen Infrastruktur im Mittelpunkt. Hierzu gehörten Umsatzgarantien für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Heilmittelerbringende, Prämien für leerstehende Betten in den Krankenhäusern, die Finanzierung intensivmedizinischer Betten, Schutzausrüstungen, (symptomonabhängige) Antikörpertests, Schutzmasken für vulnerable Versichertengruppen, Prämien für Pflegekräfte und vieles mehr. Insgesamt konnte mit flexiblen Anpassungen eine stabile Versorgungssituation gewährleistet werden. Dabei haben sich die Stärken eines selbstverwalteten Gesundheitswesens gezeigt, das in den unterschiedlichen Phasen des Pandemieverlaufs seine Leistungsfähigkeit mit reaktionsschnellen und praxisnahen Lösungen unter Beweis gestellt hat. In der neuen Legislaturperiode sind die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie auszuwerten und Lehren für die Zukunft zu formulieren.

Schieflage bei der Finanzierung

Die Kraftanstrengungen der Kranken- und Pflegekassen zur Bewältigung der Corona-Pandemie hatten und haben allerdings ihren Preis. Die Pandemie reißt eine Lücke zwischen der Finanzierungsbasis und dem Ausgabenniveau. Umso bedauerlicher ist es, dass mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz im Frühjahr 2021 die von der Bundesregierung abgegebene „Sozialgarantie 2021“ zur Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge mit massiven finanziellen Belastungen für die Beitragszahlenden der Krankenkassen einhergeht. Dieser Eingriff ist sozial unausgewogen und bedeutet zudem einen Eingriff

in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung. Die Finanzierungslücke von rund 16 Mrd. Euro im Jahr 2021 wird zu zwei Dritteln aus Beitragsgeldern gedeckt. Der hierfür erfolgte Griff in die Rücklagen der Krankenkassen ist ein Tabubruch. Während die Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber insgesamt rund 11 Mrd. Euro aufbringen, leistet der Bund zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze nur eine ergänzende Beteiligung von rund 5 Mrd. Euro. Dabei haben ganz unabhängig von der Pandemie die ausgabenintensiven Reformen der auslaufenden Legislaturperiode zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen geführt, von denen aber weniger die Versicherten, Patientinnen und Patienten, sondern vielmehr die Leistungserbringenden in Form von Vergütungsbesserungen dauerhaft profitieren. Die Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung sind damit erschöpft. Um die absehbare Lücke von voraussichtlich 18 Mrd. Euro im Jahr 2022 zu schließen und steigende Zusatzbeiträge zu vermeiden, braucht es noch vor den Bundestagswahlen eine gesetzliche Regelung: Ein einmaliger Bundeszuschuss in dieser Größenordnung würde eine verlässliche Haushaltsplanung der Krankenkassen ermöglichen.

Ausbleiben wichtiger Reformen

Ob mit oder ohne Pandemie: Eine Diskussion darüber, wie die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der gesundheitlichen, medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zukunftsfähig gemacht werden können, fand in der 19. Legislaturperiode nur in Ansätzen statt. So ist so gut wie nichts im Hinblick auf eine bessere sektorenübergreifende Versorgung gesetzgeberisch gestaltet worden, und die so dringend notwendige Neuorganisation der Notfallversorgung ist gescheitert. In der Pandemie sind die Schwächen und Defizite noch einmal deutlich zutage getreten. Ein Beispiel hierfür ist vor allem auch der Krankenhausbereich. Analysen des Versorgungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten sich vor allem auf größere Kliniken konzentrierte. Eine Bestätigung für die bestehenden Krankenhaus-

Die Finanzierungslücke von rund 16 Mrd. Euro im Jahr 2021 wird zu zwei Dritteln aus Beitragsgeldern gedeckt.

strukturen lässt sich deshalb aus dieser Erfahrung nicht ableiten. Weil für gute Behandlungsergebnisse nicht die Nähe, sondern die Ausstattung von Krankenhausstandorten ausschlaggebend ist, besteht die Notwendigkeit einer Reform hin zu mehr Zentralisierung, Spezialisierung und Kooperation. Wesentliche Herausforderungen kommen auf die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung aufgrund der finanziellen Pandemiefolgen und der politisch induzierten Ausgabendynamik zu. Zentrale Zielsetzung muss es sein, durch die notwendigen gesetzgeberischen Entscheidungen für eine stabile Finanzsituation in der neuen Legislaturperiode zu sorgen.

Offene Fragen bei der Digitalisierung

Ein weiteres zentrales Thema des Jahres 2020 war die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Allein zwei größere Gesetzgebungsverfahren wurden im Jahr 2020 abgeschlossen, ein weiteres zog sich bis ins Frühjahr 2021 hin. Grundsätzlich ist es positiv, dass dies in einem iterativen gesetzgeberischen Prozess erfolgt. Das bietet Chancen, Erfahrungen zu sammeln, aktuelle Entwicklungen aufzunehmen und Fehlentwicklungen frühzeitig zu korrigieren. Digitale Lösungen in der gesund-

heitlichen und pflegerischen Versorgung müssen mit der Zielsetzung integriert werden, Prävention, Diagnostik und Therapie voranzubringen und die bedarfsgerechte Verteilung medizinischer und pflegerischer Versorgung zu verbessern, gegebenenfalls auch, um bestehende oder drohende Verteilungsprobleme bei der Sicherstellung bedarfsnotwendiger gesundheitlicher Versorgung abzumildern. Diesen Zielsetzungen werden die aktuellen Rahmenvorgaben des Gesetzgebers nur teilweise gerecht. Die Kosten der Digitalisierung des Gesundheitswesens lasten derzeit auf den Schultern der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig wurde mit der Übernahme von 51 % der Gesellschafteranteile an der gematik durch den Bund die soziale Selbstverwaltung ihrer Handlungsfähigkeit beraubt. Es bedarf in der neuen Legislaturperiode endlich einer fairen Verteilung der Kosten der Digitalisierung auf alle Akteure des Gesundheitswesens sowie eine ordnungspolitische Diskussion darüber, was Rolle und Ziel der gematik sein sollen.

Digitale Lösungen müssen mit der Zielsetzung integriert werden, Prävention, Diagnostik und Therapie voranzubringen und die bedarfsgerechte Verteilung zu verbessern.

Bericht aus dem Verwaltungsrat

Das Anfang 2020 zugespitzte Pandemie-Geschehen stellte das Gesundheitswesen und die Pflege vor eine enorme Prüfung. Die gesundheitspolitische Agenda für 2020 rückte in den Hintergrund, denn sämtliche Kräfte waren zu bündeln, um das Gesundheitswesen vor einer möglichen Überforderung zu schützen. Mit großem Engagement gelang es den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung innerhalb kürzester Zeit, Entscheidungen und Vereinbarungen herbeizuführen, die die Strukturen und Abläufe in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stabilisierten. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes war durch die kontinuierliche Rückkopplung zwischen Ehren- und Hauptamt über virtuelle Beratungen und schriftliche Abstimmungen in alle Prozesse aktiv eingebunden. Die für März 2020 geplante erste Sitzung des Verwaltungsrats im Berichtsjahr wurde angesichts der zunehmenden Ausbreitung des Coronavirus kurzfristig abgesagt.

Erste Zwischenbilanz

Als Rückgrat des Gesundheitswesens nahm die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowohl auf Bundesebene als auch in den Regionen eine zentrale Rolle ein. Ihre solidarische Ausrichtung wurde unter den außergewöhnlichen Rahmenbedingungen in besonderer Weise sichtbar und beansprucht. In einer ersten Zwischenbilanz zur Corona-Pandemie stellte der Verwaltungsrat im September fest, dass sich die selbstverwaltete gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung in der Krise als gesellschaftlicher Stabilitätsanker erwiesen und sie ihre Leistungsfähigkeit eindrücklich unter Beweis gestellt haben. Die in der Ausnahme-situation zutage getretenen Fehlentwicklungen seien zu analysieren und angemessene Nachjustierungen vorzunehmen. Gleichzeitig sei auch zu evaluieren, welche der in der Pandemie ergriffenen Maßnahmen sich bewährt haben und sich für eine Fortführung unter normalen Bedingungen eignen.

Die selbstverwaltete gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung haben sich in der Krise als gesellschaftlicher Stabilitätsanker erwiesen und ihre Leistungsfähigkeit eindrücklich unter Beweis gestellt.

Perspektiven und Erwartungen

Jenseits des akuten Handlungsbedarfs galt es im Berichtsjahr, die allgemeinen Entwicklungen im Gesundheitswesen im Blick zu behalten. Während die vielfältigen Fragestellungen, die mit der Krise einhergingen, das Geschehen dominierten, rückte der Verwaltungsrat konsequent auch die Debatte um Perspektiven und Erwartungen hinsichtlich einer zukunftsorientierten Gestaltung des Gesundheitswesens und dessen Finanzierbarkeit in den Mittelpunkt seiner Beratungen. Er unterstrich dabei, dass der bereits in vielen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern bestehende Reformdruck durch die Corona-Pandemie noch erheblich zugenommen hat. Im Interesse der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Beitragszahlenden werden wegweisende Impulse und Weichenstellungen in der Gesetzgebung dringend benötigt. Erste Lehren und Erfahrungswerte aus dem Umgang mit der Pandemie seien dabei in die Positionierungen des GKV-Spitzenverbandes einzubeziehen, so die einhellige Auffassung des Verwaltungsrats.

Krankenhäuser: Zukunftsweisende Strukturen

Mit seinem Positionspapier zur Krankenhausversorgung formulierte der Verwaltungsrat konkrete Vorschläge für die künftige Ausgestaltung der stationären Versorgung und eine umfassende Neuordnung der Krankenhauslandschaft. Er würdigte dabei, dass die Krankenhäuser schnell auf die Anforderungen der Pandemie reagiert und so verhindert haben, dass sich das Coronavirus im stationären Bereich ausbreiten konnte. Gleichzeitig hob der Verwaltungsrat die aktuellen Erfahrungen hervor und knüpfte damit an die Strukturdiskussion an, die vor Einsetzen der Pandemie geführt worden war: Die Corona-Pandemie hat auch gezeigt, dass für eine dauerhaft hohe und bezahlbare Versorgungsqualität nachhaltige Reformen unverzichtbar sind. Die vorgelegten Positionen umfassen u. a. Empfehlungen zu Versorgungsstrukturen mit Schwerpunktzentren und Spezialkliniken, die das Leistungsgeschehen konzentrieren und mehr Patientensicherheit gewähr-

leisten, während bedarfsnotwendige Kliniken die Versorgung im ländlichen Bereich sichern sollen.

Pflegereform: Konkrete Erwartungen

Die Politik ist gefordert, die Rahmenbedingungen für die soziale Pflegeversicherung zu reformieren, damit diese auch in Zukunft leistungsfähig ist. Die Versorgung von derzeit mehr als 4 Mio. pflegebedürftigen Menschen stellt schon heute eine enorme gesellschaftliche Herausforderung dar. In seinem Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat der Verwaltungsrat den bestehenden Reformbedarf beschrieben und Lösungsansätze für eine zukunftsfeste, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung in der Pflege aufgezeigt. Ein wesentlicher Aspekt ist die Nutzung von Digitalisierungspotenzialen. Zur Verbesserung der Pflegeversorgung ist neben einer bedarfsgerechten Personalbemessung und der Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs vor allem eine solide und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung gefragt. Der bisherige Automatismus der Beitragssatzerhöhung ist angesichts des absehbar steigenden Finanzbedarfs keine dauerhaft tragfähige Lösung. Da die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, müssen neben den Pflegebedürftigen und der Solidargemeinschaft verstärkt die Länder und der Bund in die Finanzierungsverantwortung genommen werden.

DiGA: Patientenschutz und Wirtschaftlichkeit gewährleisten

Der Verwaltungsrat hat die Einführung und Nutzung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) befürwortet und sieht darin das Potenzial, die Versorgung für die Versicherten nachhaltig zu verbessern. Kritisch bewertet er jedoch insbesondere die gesetzlich vorgesehene Ausgestaltung der Prüfkriterien und Vergütungsregelungen. Diese entsprechen in der vorliegenden Form nicht den Grundsätzen des Patientenschutzes und der Wirtschaftlichkeit. Ein Positionspapier des Verwaltungsrats zu den Anforderungen an und Kriterien der DiGA stellt den Weiterentwicklungsbedarf für diesen Versorgungsbereich dar und fordert kon-

krete gesetzliche Änderungen insbesondere hinsichtlich Governance-Struktur, Nutzen, Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit. Zentrale und notwendige Anforderung für die Bewertung von DiGA muss der wissenschaftlich nachgewiesene medizinische Nutzen für die Versicherten nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin sein. Die Anwendung von DiGA muss ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Krebsregister: Aufbau vorantreiben

Wirkungsvolle Resonanz erzielte der Verwaltungsrat noch im Berichtsjahr mit seiner Kritik an dem schleppenden Aufbau der klinischen Krebsregister. Mit den Krebsregistern sollen eine systematische und einheitliche Datenerfassung sichergestellt und die onkologische Qualitätsberichterstattung gestärkt werden. Der Verwaltungsrat machte in einer öffentlichen Erklärung darauf aufmerksam, dass zehn von 18 Registern die Förderkriterien auch nach sieben Jahren des durch die GKV geförderten Aufbaus voraussichtlich nicht erfüllen. Die Kriterien bilden die gesetzliche Voraussetzung zur regelhaften Finanzierung der klinischen Krebsregister durch die Krankenkassen, die ein hohes Interesse daran haben, dieses wichtige Projekt weiterzuführen, um die Versorgung von Tumorpatientinnen und -patienten zu verbessern. Der Verwaltungsrat forderte deshalb die Länder und Register auf, ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen.

Ein Gesetzentwurf zur Zusammenführung der Krebsregisterdaten, der Ende 2020 vorgelegt wurde, sieht nunmehr für eine Übergangsphase von drei Jahren die Zahlung einer abgestuften Förderpauschale je nach Erfüllungsgrad vor. Damit werden Anreize geschaffen, den abschließenden Aufbau der Krebsregister voranzutreiben.

Sozialgarantie: Finanzautonomie wahren

Mit Unverständnis reagierte der Verwaltungsrat auf gesetzliche Pläne, zum Ausgleich der für das

Der bisherige Automatismus der Beitragssatzerhöhung in der Pflegeversicherung ist angesichts des absehbar steigenden Finanzbedarfs keine dauerhaft tragfähige Lösung.

Jahr 2021 prognostizierten Finanzierungslücke in der GKV in Höhe von 16,6 Mrd. Euro nur 5 Mrd. Euro aus Bundesmitteln zur Verfügung zu stellen.

Die Hauptlast zum Ausgleich der für 2021 prognostizierten Finanzierungslücke in der GKV darf nicht Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern überlassen werden.

Die Hauptlast wird Versicherten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern überlassen, die rund 11 Mrd. Euro aus höheren Zusatzbeiträgen und Rücklagen der einzelnen Krankenkassen schultern sollen. Zuvor hatte die Bundesregierung zugesichert, die Sozialversicherungsbeiträge im Rahmen der „Sozialgarantie 2021“ bei maximal 40 % zu stabilisieren und darüber hinausgehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt zu decken. Die Vorsitzenden des Verwaltungsrats kritisierten das Vorgehen als einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten GKV.

Handlungsfähigkeit sicherstellen

Neben den dargestellten Themen vollzog der Verwaltungsrat auch eine Reihe von Entscheidungen, die aus gesetzlichen Vorgaben resultierten und die Handlungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbandes sicherstellen. Dies betraf u. a. Regelungen zur Haftungsprävention, die Neufassung der Finanzhilfenordnung oder die Wahl und Etablierung des neuen Lenkungs- und Koordinierungsausschusses.

Gründung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er gestaltet die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für die rund 73 Mio. Versicherten. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist der GKV-Spitzenverband nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert, d. h., Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten- und Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat treffen alle Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung. Zur Erfüllung seiner Aufgaben benötigt der GKV-Spitzenverband darüber hinaus eine enge organisatorische Verbindung zu seinen Mitglieds-kassen und institutionalisierte Verfahren, um Positionen aller gesetzlichen Krankenkassen zu bündeln sowie Transparenz über die vertrags-rechtlichen und sonstigen Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes einerseits und das operative Handeln der Krankenkassen andererseits her-zustellen. Diese Funktion hatte der Fachbeirat wahrgenommen, der Anfang 2020 infolge des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) durch den neu gebildeten Lenkungs- und Koordi-nierungsausschuss (LKA) abgelöst wurde.

Abstimmungsstrukturen weiter institutionalisiert

In den LKA entsendet jede Kassenart je eine Vertreterin und einen Vertreter aus der Reihe der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder ihrer Krankenkassen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Abstimmungsstrukturen und Informationsfluss mit dem neuen Gremium weiter institutionalisiert werden. Ursprünglich gingen die gesetzlichen Pläne zur Änderung der Governance-Struktur des GKV-

Spitzenverbandes noch weiter: Es drohte eine empfindliche Schwächung der sozialen Selbstverwaltung. Im Gesetzgebungsverfahren konnte dies mit einer breiten Unterstützung seitens der Verwaltungsratsmitglieder der Krankenkassen sowie seitens der Sozialpartner erfolgreich verhindert werden.

Der gefundene Arbeitsmodus ermöglicht eine schnelle Meinungsbildung und stärkt die Handlungsfähigkeit des GKV-Spitzenverbandes. In der Pandemie haben sich diese neuen transparenten und schlanken Entscheidungsstrukturen unmittelbar bewährt.

Felder der Aufgabenwahrnehmung des LKA*

Stellungnahmen vor Beschlussfassungen des Verwaltungsrats

Kriterien:

- „Kann-Regelung“ bzw.
- „Muss-Regelung“ nach Aufforderung des Verwaltungsrats

Beispiel:
Positionierungen zu Grundsatzfragen der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung

Empfehlungen zu versorgungsbezogenen Sachverhalten

Kriterium:

- Wichtige versorgungsbezogene Entscheidung des Vorstandes absehbar, z. B. gemeinsame Entwicklung von Strategien und Positionen für Verhandlungen

Beispiel:
Beratung und Abstimmung des Ordnungs- und Erstattungsweges für digitale Gesundheitsanwendungen

Benehmensherstellung zu versorgungsbezogenen Vorstandsentscheidungen

Kriterien:

- Vorstandsentscheidung (keine Mitwirkung bei Entscheidungen Dritter)
- Unmittelbare Versorgung der Versicherten/Vergütung der Leistungserbringer
- Verbindlich für Kassen, Versicherte oder Leistungserbringer
- Entscheidungsspielraum gegeben (keine gesetzliche Bindung)

Beispiel:
Vorstandsbeschluss zur Vereinbarung des DRG-Fallpauschalenkatalogs 2021

Nicht versorgungsrelevante Entscheidungen des Vorstandes: „Kann-Regelung“ zur Stellungnahme

* gemäß § 217b Abs. 5, 6 SGB V

Letztlich konnten vor Verabschiedung des Gesetzes wichtige Änderungen hinsichtlich der Zusammensetzung und der Kompetenzen des beim GKV-Spitzenverband neu zu bildenden LKA erreicht werden. Diese stellen sicher, dass die Kompetenzen zwischen haupt- und ehrenamtlicher Ebene klar und eindeutig voneinander getrennt sind.

Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes wählt LKA-Mitglieder

Nach Inkrafttreten des Gesetzes im April 2020 wurden zügig alle notwendigen Schritte zur Errichtung des LKA beim GKV-Spitzenverband eingeleitet. Noch im selben Monat erfolgte die Wahl der LKA-Mitglieder durch die Verwaltungsratsmitglieder der jeweiligen Kassenart. In einer Kassenart blieb der Sitz des weiblichen Vorstandsmitglieds vorerst unbesetzt. Anfang Mai 2020 konstituierte sich das neue Gremium. Die Amtsdauer der Mitglieder des LKA entspricht derjenigen des Vorstandes. Jedes LKA-Mitglied hat einen Stimmenanteil, der sich an den bundesweiten Versichertenzahlen der Mitgliedskassen der jeweiligen Kassenart bemisst.

Im Zuge der Konstituierung wurden erste Festlegungen zu Aufgaben und Arbeitsweise des LKA getroffen. Zentral dabei waren die gesetzlichen Mitwirkungsmöglichkeiten des LKA, um versorgungsbezogene Entscheidungen des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes in rechtssicheren und zugleich praktikablen Verfahren umzusetzen.

Geschäftsordnung einvernehmlich festgelegt

Beim Aufbau und der Implementierung dieser neuen Gremienstruktur lag der Fokus auf der effizienten Wahrnehmung und Erfüllung der Aufgaben des LKA, möglichst auch unter Rückgriff auf bestehende Beratungs- und Abstimmungsstrukturen sowie unter Wahrung der Kompetenzen des Vorstandes und des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes. Nach einer Phase des intensiven Austausches mit dem Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sowie den Vorsitzenden des Verwaltungsrats beschloss der LKA seine Geschäftsordnung. Anfang September stellte der Verwaltungsrat das Einvernehmen her. Gleichzeitig sind die Mitglieder des LKA, der Verwaltungsrat sowie der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes übereingekommen, im Sinne eines lernenden Systems die bestehenden Prozesse regelmäßig auf ihre Praktikabilität zu prüfen und, wo notwendig, zu optimieren und weiterzuentwickeln. Die anschließende Wahl der Stellvertreterinnen und Stellvertreter markierte gleichzeitig den Abschluss der Errichtungsphase des LKA.

Der gefundene Arbeitsmodus ermöglicht eine schnelle Meinungsbildung. In der Pandemie haben sich diese neuen transparenten und schlanken Entscheidungsstrukturen unmittelbar bewährt; so konnte eine Vielzahl zeitkritischer Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes unter Einbeziehung des LKA getroffen werden.



In|tu|ba|ti|on, die; -en
(alles dient der Vermeidung ihrer
Notwendigkeit)

Entschlossene Reaktion der Selbstverwaltung auf die Pandemie-Lage

Reaktionsschnell wurden praktikable und tragfähige Lösungen gefunden, um unter Pandemiebedingungen die Versorgung zu stabilisieren.

Selten zuvor standen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung derart im Mittelpunkt der öffentlichen und gesellschaftlichen Diskussion wie seit dem Ausbruch der Coronavirus-Infektionen. Aufgrund der veränderten Versorgungsnotwendigkeiten mussten innerhalb kürzester Zeit bestehende Abläufe und bisherige Selbstverständlichkeiten grundlegend geprüft und angepasst werden. Der Deutsche Bundestag und das Bundesministerium für Gesundheit haben seit März 2020 kurzfristig und in mehreren Stufen gesundheits- und pflegepolitische Regelungen zur Pandemiebewältigung und zur Stabilisierung des Gesundheitswesens beschlossen. Dafür hat der Bundestag mit der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite weitreichende Entscheidungsbefugnisse an die Exekutive übertragen.

Vereinfachter Zugang zu digitalen Versorgungsangeboten

Ein Schlüsselfaktor insbesondere in der ersten Welle waren sowohl die soziale als auch die

gemeinsame Selbstverwaltung. Reaktionsschnell wurden praktikable und tragfähige Lösungen gefunden, um auch unter Pandemiebedingungen die Versorgung zu stabilisieren. So hat die Selbstverwaltung bereits früh und entschlossen Regelungen für eine bessere und vereinfachte Nutzung digitaler Versorgungswege gefunden. Vor allem im vertragsärztlichen Bereich und in der Heilmittelversorgung wurde davon Gebrauch gemacht. Hierdurch hat sich die Akzeptanz für mehr Digitalisierung in der praktischen Versorgung erheblich erhöht. Nun wird zu prüfen sein, welche Änderungen an den rechtlichen und qualitativen Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Etablierung solcher Versorgungsangebote über die gegenwärtige Pandemiesituation hinaus sinnvoll und notwendig sind.

Finanzieller Ausgleich für Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Im Zusammenhang mit den pandemiebedingten Regelungen zur Kontaktreduzierung wurden viele medizinische Behandlungen verschoben, oder Versicherte haben selbst darauf verzichtet. Vor dem

Gesundheits- und pflegepolitische Gesetze und Verordnungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie (aufgeschlüsselt nach Ressorts)

	Gesetze	Verordnungen
Bundesministerium für Gesundheit	11	68
Bundesministerium für Arbeit und Soziales	2	4
Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz	1	0
Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	1	0
Bundesministerium der Finanzen	1	0
Summe	16	72

Stand: Juni 2021; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Hintergrund dieser Behandlungsrückgänge hatten Leistungsbringer teilweise erhebliche Erlösausfälle zu verzeichnen. Mit Rettungsschirmen u. a. für Pflegeeinrichtungen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Heilmittelerbringer wurden diese Ausfälle abgemildert. Auch für die Krankenhausversorgung war es notwendig, mit gezielten Maßnahmen auf die veränderte Finanzierungslage zu reagieren. Die vom GKV-Spitzenverband unterstützte Zielsetzung war es, Einnahmeausfälle übergangsweise auszugleichen, drohende Insolvenzen zu verhindern und damit die medizinische und pflegerische Versorgung in den betroffenen Leistungsbereichen dauerhaft sicherzustellen.

Erleichterungen für die Pflege

Auch für die Pflegeversicherung hat der GKV-Spitzenverband eine Reihe von Erleichterungen geschaffen. Dazu gehörte es, die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen sowie die Indikatoren-Erhebung zur Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen zeitweise auszusetzen. Weitere Unterstützung richtete sich direkt an die Pflegebedürftigen: Sofern die ambulante Pflege

nicht durch ambulante Pflegedienste oder eine Vertretung sichergestellt werden konnte, wurde die Versorgung auch durch andere Leistungsbringer ermöglicht.

Wie weiter nach der Krise?

Diese praxisnahen untergesetzlichen Regelungen in der Verantwortung der Selbstverwaltung waren zentrale Faktoren bei der Stabilisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Versicherten. Der gesellschaftliche Mehrwert der Selbstverwaltung hat sich erneut gezeigt. Zugleich sind aus der Krise die richtigen Schlüsse für eine Weiterentwicklung der Versorgung zu ziehen, um die bereits seit Langem notwendigen Strukturreformen endlich anzustoßen. Nicht zuletzt hat die Pandemie weitreichende Auswirkungen auf die Finanzierungsgrundlagen von gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung. Hier ergibt sich die dringende Aufgabe, für eine nachhaltig stabile Basis zu sorgen.

Aus der Krise sind die richtigen Schlüsse für eine Weiterentwicklung der Versorgung zu ziehen, um die seit Langem notwendigen Strukturreformen endlich anzustoßen.



Krankenhausbett, das; -en
(freigehalten teuer, aber notwendig)

Krisenmanagement im Krankenhausbereich

Die Krankenhausversorgung befindet sich seit Beginn der Corona-Pandemie im Zentrum der politischen Diskussion. Insbesondere die Förderung von zusätzlichen Intensivbetten sowie die zur Freihaltung von Behandlungskapazitäten für COVID-19-Fälle eingeführten Freihaltepauschalen im Krankenhausbereich wurden im Jahr 2020 intensiv diskutiert. Eine Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen musste in hoher Frequenz beschlossen und seitens der Selbstverwaltung praktisch umgesetzt werden.

Corona-Expertenbeirat

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) setzte im April 2020 einen Expertenbeirat mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankhausseite, der Kostenträger und der Wissenschaft ein, um die für die Krankenhäuser ergriffenen Maßnahmen zu überprüfen. Der Expertenbeirat schlug auf Basis von Analysen zum Leistungsgeschehen und zur Erlössituation von Krankenhäusern in der Corona-Pandemie Anpassungen vor, z. B. zur Differenzierung der Freihaltepauschalen sowie der Pauschalen für die persönliche Schutzausrüstung. Im September 2020 wurde neben Analysen zum Leistungsgeschehen und zur Erlössituation ein Abschlussbericht des Expertenbeirats veröffentlicht. Mitte November 2020 wurde der Corona-Expertenbeirat aufgrund der zu diesem Zeitpunkt zu beobachtenden Zunahme an Infektionen erneut einberufen, um über notwendige Maßnahmen im Krankenhausbereich für die zweite Welle zu beraten. Seit diesem Zeitpunkt berät der Beirat in unterschiedlichen zeitlichen Abständen zu den notwendigen Anpassungen der laufenden Maßnahmen.

Folgende Maßnahmen standen im Fokus des Corona-Krisenmanagements im Jahr 2020:

- Freihaltepauschalen
- Pauschale für Intensivbettenaufbau und DIVI-Intensivregister
- Pauschale für Schutzausrüstung (50/100 Euro)
- Akutstationäre Behandlung in Rehakliniken
- Pflegepersonaluntergrenzen
- Corona-Ausgleich 2020

Corona-Beirat - Zusammensetzung und Aufgaben



Aufgaben und Ziele

- Überprüfung der Auswirkungen der Corona-Maßnahmen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auf Basis transparenter Verfahren, Kriterien und Maßstäbe
- Entwicklung erforderlicher Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie sowie Diskussion der Voraussetzungen und Szenarien zu einer möglichen Öffnung des sozialen und öffentlichen Lebens (schrittweise zurück in die „Normalität“)

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Freihaltepauschalen

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde Ende März 2020 im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt, dass Krankenhäuser rückwirkend vom 16. März 2020 bis zum 30. September 2020 eine Pauschale für Einnahmeausfälle erhalten, die aufgrund von Verschiebungen von Eingriffen entstanden, um Betten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten. Für jede im Vergleich zum Jahr 2019 nicht behandelte Patientin bzw. jeden Patienten erhielten die Krankenhäuser in diesem Zeitraum eine einheitliche Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag. Diese Zahlung wurde aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert und aus Mitteln des Bundes refinanziert. Mit der Ausgleichsvereinbarung legten die Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband das Nähere zu Ermittlung, Nachweis und Meldung des Anspruchs auf Freihaltepauschalen seitens der Krankenhäuser fest.

Für jede im Vergleich zum Jahr 2019 nicht behandelte Patientin bzw. jeden Patienten erhielten die Krankenhäuser eine einheitliche Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag.

Insgesamt wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung bis Ende Dezember 2020 ca. 10,26 Mrd. Euro als Freihaltepauschalen an die Krankenhäuser ausgezahlt.

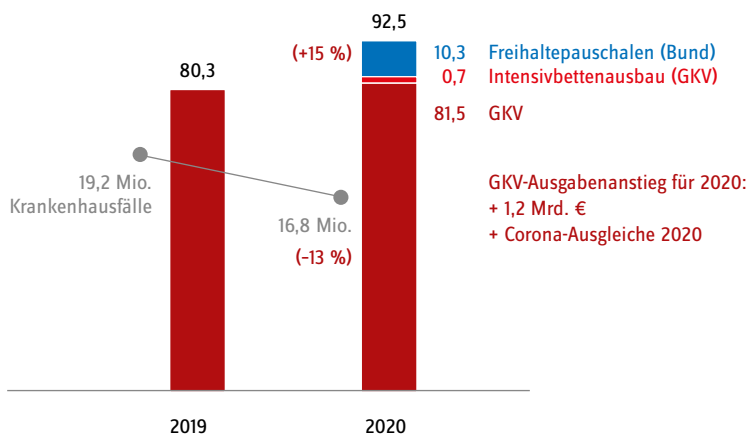
Durch die einheitliche Festlegung der Tagespauschale auf 560 Euro entstanden zwischen den Kliniken aufgrund struktureller Unterschiede und unterschiedlicher Betroffenheit durch die Pandemiefolgen erhebliche Friktionen. Der Corona-Expertenbeirat konnte im Rahmen der Überprüfung der Auswirkungen der Schutzschirmregelungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser dem BMG eine einvernehmliche Lösung vorschlagen, um den unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser Rechnung zu tragen. Diese wurde mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ab Juli 2020 umgesetzt, welche die Pauschalen für die Freihaltung von Betten nach Bereich und Leistungsintensität differenziert. In der Somatik gibt es fünf Tagespauschalen zwischen 360 und 760 Euro, während die Pauschale in der Psychiatrie/Psychosomatik einheitlich 280 Euro beträgt. Der sich aus der Verordnung ergebende Anpassungsbedarf der

Ausgleichszahlungsvereinbarung wurde in der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene in einer zweiten Ausgleichszahlungsvereinbarung im Juli 2020 umgesetzt.

Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurden mit Blick auf die weiterhin dynamische Entwicklung der Corona-Pandemie mit Wirkung vom 18. November 2020 neue Regelungen zur Freihaltung von Behandlungskapazitäten erlassen und später durch Rechtsverordnung erweitert sowie wiederholt verlängert. Im Unterschied zur Freihaltung während der ersten Welle im Frühjahr 2020 sollte kein flächendeckender Leerstand finanziert werden, sondern Freihaltung gezielt nur in denjenigen Krankenhäusern erfolgen, die aufgrund ihrer Ausstattung und Ausrichtung für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten besonders geeignet sind. Die im Dezember 2020 von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geschlossene Ausgleichszahlungsvereinbarung für vom Land bestimmte Krankenhäuser regelt entsprechend den früheren Ausgleichszahlungsvereinbarungen das Nähere zu diesem Verfahren und wird laufend aktualisiert. Mit der am 25. Dezember 2020 in Kraft getretenen Rechtsverordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser wurde der Kreis der anspruchsberechtigten Häuser erweitert und der Zeitraum zunächst bis zum 28. Februar 2021 verlängert. Besondere Regelungen zur zusätzlichen Bestimmung von Krankenhäusern gelten bei hohen Inzidenzen.

Insgesamt wurden laut Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) ca. 10,26 Mrd. Euro als Freihaltepauschalen an die Krankenhäuser ausgezahlt.

Krankenhauserlöse und Behandlungsfälle



Krankenhauserlöse in Mrd. Euro

Quellen: Fallzahl - InEK (Datenbrowser); Erlöse: Amtliche Statistik KfJ; BAS; Meldungen der Länder
 Darstellung: GKV-Spitzenverband

Pauschale für Intensivbettenaufbau und DIVI-Intensivregister

Als sich die Corona-Pandemie Anfang des Jahres 2020 zu entwickeln begann, rückten insbesondere die intensivmedizinischen Kapazitäten in den Fokus. Ausschlaggebend waren nicht zuletzt die Bilder aus Italien und Spanien – Länder, die unter der ersten Welle der Pandemie besonders zu leiden hatten. Während nach OECD-Angaben Italien 8,6 Intensivbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorhielt und Spanien 9,7, so waren es in Deutschland allerdings bereits zu Beginn der Pandemie mit 33,9 mehr als dreimal so viele.

Ungeachtet dieser Versorgungssituation wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz geregelt, dass Krankenhäuser für bis Ende September 2020 zusätzlich geschaffene Intensivbetten einen pauschalen Bonus in Höhe von 50.000 Euro erhalten. Die hierfür notwendigen Mittel kamen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zudem sorgte die DIVI-Intensiv-Register-Verordnung dafür, dass alle Krankenhäuser täglich nur diejenigen Inten-

sivbettenkapazitäten an das Register melden, für die tatsächlich auch ausreichend Personal bereitgehalten wird.

Mit dem endgültigen Stand zum 8. Februar 2021 beliefen sich die Auszahlungen für den Intensivbettenaufbau laut BAS bundesweit auf 686,1 Mio. Euro; dies entspricht 13.722 zusätzlichen Intensivbetten. Im DIVI-Intensivregister wurden am 8. Februar 2021 insgesamt 27.612 betriebsfähige Intensivbetten ausgewiesen. Der letzte Datenstand vor der Pandemie stammt von Destatis aus dem Jahr 2019: Damals waren es insgesamt 26.319 Intensivbetten. Die große Diskrepanz zwischen der Summe der Bestandsintensivbetten zuzüglich der neu geförderten Intensivbetten und den tatsächlich betriebsfähigen wurde bislang nicht zufriedenstellend aufgeklärt. Erklärungsversuche stellten auf die unklare Intensivbettzahl Anfang 2020 ab sowie auf eine fehlende Definition von „Intensivbett“, wodurch es zu heterogenen Zählweisen gekommen sein könnte.

Krankenhäuser melden täglich diejenigen Intensivbettenkapazitäten an das DIVI-Intensivregister, für die tatsächlich auch ausreichend Personal bereitgehalten wird.



DIVI-Intensivregister

Ziel und Aufgaben

- Deutschlandweites Monitoring intensivmedizinischer Kapazitäten, Erkennen möglicher Engpässe als Reaktions- und Steuerungsgrundlage
- Verpflichtende Meldung intensivmedizinischer Kapazitäten von ca. 1.300 Krankenhäusern in Deutschland
- Seit April 2020 tagesaktuelle Erfassung freier und belegter intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten und COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen
- Separate Erfassung betriebsfähiger Betten nach Versorgungsstufen: Intensivbetten ohne invasive Beatmungsmöglichkeit (ICU low care), Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit (ICU high care), mit zusätzlicher extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO), Notfallreservekapazität

Rechtliche Grundlage

- Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung), Inkrafttreten: 10. April 2020
- Erste Verordnung zur Änderung der DIVI IntensivRegister-Verordnung, Inkrafttreten: 3. Juni 2020

Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge der Corona-Pandemie wurde ein fallbezogener Zuschlag in Höhe von 50 Euro eingeführt.

Pauschale für Schutzausrüstung

Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen für Schutzausrüstung infolge der Corona-Pandemie wurde mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz ein fallbezogener Zuschlag in Höhe von 50 Euro zunächst befristet bis Ende Juni 2020 eingeführt. Später wurde die Geltungsdauer dieser Regelung bis zum 30. September 2020 verlängert. Zusätzlich wurde geregelt, dass für infizierte Patientinnen und Patienten ein Zuschlag von 100 Euro abgerechnet werden kann.

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Vorgaben für Zuschläge zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten zu vereinbaren, die den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten entstehen. Dies umfasst im Wesentlichen die persönliche Schutzausrüstung der im Krankenhaus tätigen ärztlichen und pflegerischen Beschäftigten. Die Geltungsdauer des auf dieser Basis zu vereinbarenden Zuschlags für pandemiebedingte Mehrkosten wurde bis Ende 2021 verlängert. Damit ein nahtloser Über-

gang der Finanzierung ab Oktober 2020 sichergestellt werden konnte, wurde auf Bundesebene in einer Empfehlungsvereinbarung für das 4. Quartal 2020 die Fortgeltung der bis Ende September 2020 geltenden Zuschläge geregelt. Für das Jahr 2021 wurde zunächst eine Vereinbarung über vorläufige Zuschläge für das 1. Quartal geschlossen.

Akutstationäre Behandlung in Rehakliniken

Als weitere Maßnahme zur Entlastung von Krankenhäusern konnten von den Bundesländern Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmt werden, die akutstationäre Patientinnen und Patienten vollstationär behandeln sollten. Eine solche zusätzliche Versorgungslinie sollte gezielt in Gebieten greifen, in denen die verfügbaren Krankenhauskapazitäten voraussichtlich nicht ausreichen würden. Die rechtliche Voraussetzung wurde mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz geschaffen. Eine entsprechende Vereinbarung zur Vergütung und zum genauen Abrechnungsverfahren unterzeichneten die DKG und der GKV-Spitzenverband fristgerecht im April 2020. Die Regelung galt für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten, die bis Ende September 2020 erfolgten. Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurden sie ab dem 19. November 2020 erneut in Kraft gesetzt und in der Folge per Rechtsverordnung wiederholt verlängert. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben erneut das Nähere zur Umsetzung in einer 2. Reha-KHG-COVID-19-Vereinbarung geregelt und halten diese fortlaufend auf dem Stand der Rechtsverordnung.



Mehr Transparenz für bessere Versorgung

- Das DIVI-Intensivregister zeigt, dass bundesweite Transparenz über intensivmedizinische Kapazitäten schnell aufgebaut und erzielt werden kann.
- Eine zügige Ausweitung auf alle Krankenhausbereiche ist notwendig und machbar, eine aktuelle Übersicht zum Leistungsgeschehen ist überfällig.
- Transparenz ist die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Gestaltung der Krankenhauslandschaft und führt zur besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Pflegepersonaluntergrenzen

Im Jahr 2019 galten Pflegepersonaluntergrenzen bereits für die vier pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie. Zudem wurden mit Inkrafttreten der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 28. Oktober 2019 Pflegepersonalvorgaben für die Bereiche Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation sowie die Neurologische Schlaganfallereinheit festgelegt, die ab 2020 zum Einsatz kommen sollten.

Die neuen Untergrenzen konnten jedoch kaum umgesetzt werden, da die Corona-Pandemie das BMG dazu veranlasste, Krankenhäuser von einzelnen Regelungen, darunter auch die PpUGV, zu „entlasten“. So wurde mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 25. März 2020 die PpUGV für den Zeitraum vom 1. März 2020 bis 31. Dezember 2020 außer Kraft gesetzt. Infolgedessen waren die festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in dieser Zeit von den Krankenhäusern weder einzuhalten, noch erfolgte eine Nachweisführung darüber, inwieweit die Personalvorgaben in den jeweiligen Monaten unterschritten wurden. Nach Abklingen der ersten Pandemiewelle wurde mit Inkrafttreten der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 die PpUGV in Teilen wieder eingesetzt. Demzufolge sind ab August 2020 die Pflegepersonaluntergrenzen für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie wieder von allen Krankenhäusern verbindlich einzuhalten und nachzuweisen.

Mit Inkrafttreten der neuen PpUGV vom 9. November 2020 wird geregelt, dass alle bisherigen Pflegepersonaluntergrenzen wieder verpflichtend anzuwenden sind. Zusätzlich kommen mit Allgemeiner Chirurgie, Innerer Medizin, Pädiatrie und Pädiatrischer Intensivmedizin vier weitere Bereiche hinzu. Damit gelten ab Februar 2021 Pflegepersonaluntergrenzen für insgesamt zwölf Bereiche. Wenn Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen-Anforderungen aufgrund der Pandemie nicht erfüllen können, sind Sanktionen durch die geltenden Ausnahmeregelungen der PpUGV und die entsprechenden Vereinbarungen mit den Selbstverwaltungspartnern ausgeschlossen.

Corona-Ausgleich 2020

Die aus Bundesmitteln finanzierten Freihaltepauschalen für die Krankenhäuser liefen Ende September 2020 aus. Es war jedoch absehbar, dass die Fallzahlen im weiteren Verlauf des Jahres 2020 nicht wieder das Niveau von vor der Corona-Pandemie erreichen werden. Vor diesem Hintergrund wurde im Corona-Expertenbeirat intensiv über eine mögliche Anschlussregelung für das Jahr 2020 diskutiert. Mit dem KHZG wurden DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband beauftragt, bis Ende Dezember 2020 das Nähere zu einem Corona-Ausgleich 2020 zu regeln, über den pandemiebedingte Erlösrückgänge ausgeglichen werden sollen. Die gesetzlich vorgesehenen Ausgleichsregelungen folgten weitestgehend den Empfehlungen des Corona-Expertenbeirats. Demnach haben Krankenhäuser einen Anspruch darauf, einen durch die Corona-Pandemie bedingten Erlösrückgang in Verhandlungen vor Ort mit den Kostenträgern krankenhaushausindividuell zu ermitteln und anteilig auszugleichen. Dabei wurden auch die 2020 erhaltenen Freihaltepauschalen des Bundes als Erlösbestandteile der Krankenhäuser mit in die Ausgleichsberechnungen einbezogen. Neben diesem Corona-Ausgleich sind keine weiteren Erlösausgleiche für das Jahr 2020 vorgesehen.

Krankenhäuser haben einen Anspruch darauf, einen durch die Corona-Pandemie bedingten Erlösrückgang krankenhaushausindividuell zu ermitteln und anteilig auszugleichen.

Den Rahmen für den Corona-Ausgleich 2020 setzen bundeseinheitliche Vorgaben, Kriterien sowie deren Nachweise, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene abgestimmt wurden. Diese legten auch die Höhe des einheitlich anzuwendenden Ausgleichssatzes fest und damit, zu welchem Anteil der Erlösrückgang ausgeglichen wird. Damit medizinisch notwendige Leistungen nicht aus finanziellen Erwägungen verschoben werden, sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bei der Festsetzung des Ausgleichssatzes ein Anreiz zur Versorgung geschaffen werden. Die Verhandlungen begannen im Oktober 2020 und konnten Ende 2020 abgeschlossen werden.

Finanzhilfen für Arzt- und Zahnarztpraxen

Um die vertragsärztliche Versorgung während der Corona-Pandemie dauerhaft sicherzustellen, wurden finanzielle Hilfsmaßnahmen mit dem Ziel beschlossen, pandemiebedingte Umsatzrückgänge von Vertragsarztpraxen zu kompensieren. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, das

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Maßnahmen ergreifen, um die Fortführung der Arztpraxen trotz pandemiebedingter Fallzahlrückgänge zu gewährleisten.

Ende März 2020 in Kraft getreten ist, wurde die gesetzliche Grundlage für die Ausgleichszahlungen an Vertragsarztpraxen geschaffen. Die Maßnahmen waren zunächst bis zum 31. Dezember 2020 befristet

und werden im Jahr 2021 in modifizierter Form fortgesetzt.

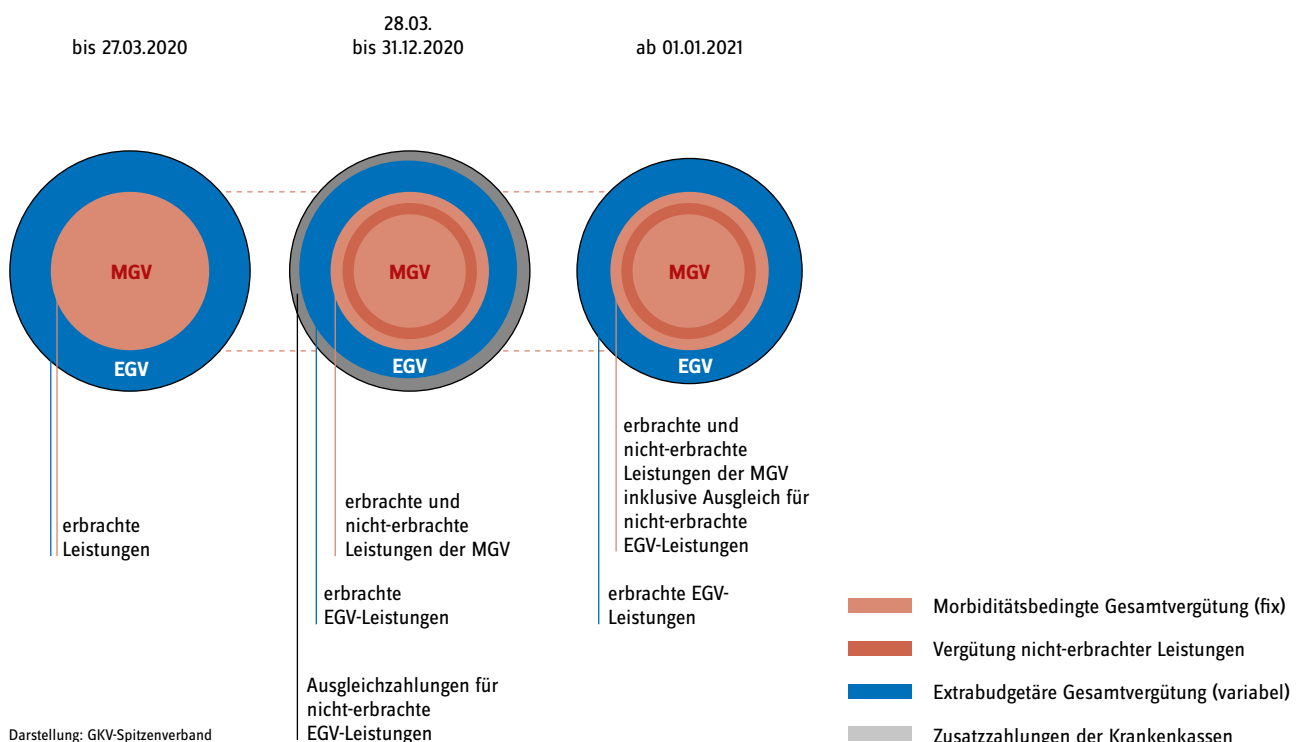
Ausgleichszahlungen für Vertragsarztpraxen

Demnach können die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

geeignete Maßnahmen in den regionalen Honorarverteilungsmaßstäben zur Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergreifen, um die Fortführung der Arztpraxen auch bei pandemiebedingten Fallzahlrückgängen zu gewährleisten.

Sofern das Gesamthonorar einer Vertragsarztpraxis im Vergleich zum Vorjahresquartal dennoch um mehr als 10 % geringer ausfällt und diese Honorarminderung in einem pandemiebedingten Fallzahlrückgang begründet ist, können Kassenärztliche Vereinigungen darüber hinaus befristete Ausgleichszahlungen an die betreffenden Vertragsarztpraxen leisten. Diese Ausgleichszahlungen beschränken sich auf Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die sich aus den Ausgleichszahlungen ergebenden Aufwendungen für das Jahr 2020 sind den KVen durch die Krankenkassen zu erstatten, wobei den Krankenkassen die zur Erstattung erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen sind. Im

Vertragsärztliche Schutzschirmregelungen während der Pandemie



Bundesmantelvertrag wurde geregelt, dass die Erstattungsbeträge im Verhältnis der jeweiligen Versicherungszahlen von den einzelnen Krankenkassen aufzubringen sind. Die Höhe der insgesamt anfallenden Erstattungen lässt sich derzeit noch nicht zuverlässig beziffern; für die ersten neun Monate des Jahres 2020 betragen diese bislang rund 210 Mio. Euro.

Die gesetzlichen Regelungen zu Ausgleichszahlungen wurden im Jahr 2021 in modifizierter Form fortgesetzt. Nunmehr werden die Umsatzrückgänge bei extrabudgetären Leistungen, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen und ambulanten Operationen, nicht mehr wie im Vorjahr durch die Krankenkassen, sondern durch die KVen ausgeglichen, wozu auch Rückstellungen zu verwenden sind.

Abschlagszahlungen für zahnärztliche Leistungen

Im vertragszahnärztlichen Bereich wurden in der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung Regelungen zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der infolge der Corona-Pandemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen getroffen. Danach wird die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen für das Jahr 2020 als Abschlagszahlung auf 90 % der gezahlten Gesamtvergütung für das Jahr 2019 festgesetzt. Im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich muss die entstandene Überzahlung gegenüber den Krankenkassen in den Jahren 2021 und 2022 vollständig ausgeglichen werden.

Gleichzeitig räumte die Verordnung die Möglichkeit ein, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum Juni 2020 diesen Regelungen widersprechen und auf den Ausgleich verzichten. Von den 17 KZVen haben neun von dieser

Option Gebrauch gemacht und für einen sogenannten Opt-out votiert. Eine Analyse des vertragszahnärztlichen Versorgungsgeschehens für das erste Halbjahr 2020 hat ergeben,

dass die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die vertragszahnärztliche Versorgung regional unterschiedlich waren. Die Regelungen aus der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung wurden durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz in den § 85a SGB V überführt und gleichzeitig um ein Jahr verlängert.

Schutzausrüstung für Zahnärztinnen und Zahnärzte in Schwerpunktpraxen

Bereits im März 2020 verständigten sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband in einer Vereinbarung über die Ausstattung mit Schutzausrüstung. Die Vertragspartner gingen dabei davon aus, dass unaufschiebbare zahnärztliche Behandlungen bei COVID-19-Patientinnen und -Patienten oder entsprechenden Verdachtsfällen überwiegend in Kliniken und Schwerpunktpraxen stattfinden. Diese von der KZBV festgelegten Schwerpunktpraxen werden deshalb mit zentral beschaffter Schutzausrüstung ausgestattet. Die Vereinbarung wurde zwischenzeitlich mehrfach verlängert.

Die Gesamtvergütung vertragszahnärztlicher Leistungen für das Jahr 2020 wird als Abschlagszahlung auf 90 % der gezahlten Gesamtvergütung für das Jahr 2019 festgesetzt.

Wegbereitung für Corona-Testung

Um Pandemiesituationen bewältigen und die damit verbundenen Folgen abmildern zu können, sind Testverfahren ein zentrales Instrument. Im Zuge der Corona-Pandemie hat der Gesetzgeber seine Teststrategie mehrfach angepasst. Ziel war es, die Testkapazitäten schrittweise zu erhöhen.

Corona-Testung im Rahmen der Krankenbehandlung

Für die Vergütung der Testung von symptomatischen Versicherten auf das Corona-Virus hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits im Februar 2020 die Aufnahme einer neuen Gebührenordnungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) beschlossen. Nachdem die Vergütung zunächst auf 59 Euro festgesetzt wurde, konnte sie im Erweiterten Bewertungsausschuss im Juni 2020 auf 39,40 Euro gesenkt werden. Im Oktober 2020 wurde auch die Testung mittels Antigen-Tests in Laboren in den EBM aufgenommen, die mit 10,80 Euro vergütet wird.

Testung asymptomatischer Personen außerhalb einer Krankenbehandlung

Neben den Testungen symptomatischer Patientinnen und Patienten sieht die Coronavirus-Testverordnung auch Testungen asymptomatischer Personen vor, wie z. B. Kontaktpersonen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kritischen Einrichtungen, Reiserückkehrerinnen und -rückkehrer aus Risikogebieten oder seit Oktober 2020 Besucherinnen und Besucher von Pflegeheimen.

Die Aufwendungen für Testungen symptomfreier Personen außerhalb der Krankenbehandlung sind versicherungsfremde Leistungen, die vom Bund auszugleichen sind.

Die Kosten dieser Testungen werden gemäß Zweitem Bevölkerungsschutzgesetz aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Der GKV-Spitzenverband hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Aufwendungen für Testungen symptomfreier Personen außerhalb der Krankenbehandlung als versicherungsfremde Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich als Auftragsleistung zu übernehmen

sind und der Bund den Ausgleich der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sicherzustellen hat.

Corona-Tests in Krankenhäusern

Mit dem Zweitem Bevölkerungsschutzgesetz hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, ein Zusatzentgelt für Testungen auf das Corona-Virus im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu vereinbaren. Die Vereinbarung war bis zum 29. Mai 2020 zu schließen. Da die Vertragsparteien sich in dieser kurzen Frist zwar auf einen Vereinbarungstext, nicht aber auf die Höhe des Zusatzentgelts verständigen konnten, wurde automatisch die Schiedsstelle tätig. Diese hat 2020 die folgenden Zusatzentgelte für PCR-Testungen festgesetzt:

- 63 Euro je Patientin bzw. Patient bei Aufnahme zwischen 14. Mai 2020 und 15. Juni 2020
- 52,50 Euro je Patientin bzw. Patient bei Aufnahme nach 15. Juni 2020

Die Absenkung beruht auf dem Rückgang der Laborkosten.

Zudem ist seit Oktober 2020 die Abrechnung des Antigen-Tests zum direkten SARS-CoV-2-Erregernachweis über ein Zusatzentgelt möglich. Mit Veröffentlichung der Nationalen Teststrategie des Bundesgesundheitsministeriums vom Oktober 2020 können sowohl Labor- als auch „Point of Care“/POC-Antigen-Tests im Krankenhaus eingesetzt werden. Die Höhe des Zusatzentgelts beträgt einheitlich für die Abrechnung beider Tests 19 Euro.



Abstrich set, das; -s
(geht der Nase auf die Nerven)

Schnelle Hilfe für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden im März 2020 Ausgleichszahlungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gesetzlich geregelt. Mit Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wurden über das Bundesamt für Soziale Sicherung Einnahmeausfälle aufgrund pandemiebedingt freibleibender Betten kompensiert.

Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation

Zur Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlungen hatte der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Leistungserbringer festzulegen, wie die Differenz der täglich behandelten Patientinnen und Patienten 2020 zum Referenzwert 2019 nachzuweisen ist und wie auf dieser Basis der durchschnittliche Vergütungssatz bestimmt wird. Dazu wurde im April 2020 die Ausgleichszahlungsvereinbarung Vorsorge und Rehabilitation abgeschlossen. Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung vom 30. April 2020 erhielten weitere Einrichtungen, wie z. B. Einrichtungen des Müttergenesungswerks, einen Anspruch auf Ausgleichszahlungen, sodass die Ausgleichszahlungsvereinbarung bereits zum Mai 2020 aktualisiert wurde.

Die Ausgleichszahlungen waren zunächst auf den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020 befristet. Dabei konnte tagesbezogen ein Erlösausfall in Höhe von 60 % der durchschnittlichen Vergütung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geltend gemacht werden. Durch das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz wurde der Ausgleichsanspruch mit Wirkung ab 18. November 2020 mit einem auf 50 % der durchschnittlichen Vergütung abgesenkten Niveau wieder in Kraft gesetzt. Die Regelungen wurden auf dem Verordnungsweg bis in den Juni 2021 verlängert. Für die Umsetzung des Verfahrens wurden in 13 Bundesländern jeweils Krankenkassen benannt, in den anderen Ländern führen Landesbehörden das Verfahren durch. Bis April 2021 wurden finanzielle Mittel für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von insgesamt 493,8 Mio. Euro aufgebracht.

Mit der kooperativ und schnell umgesetzten Ausgleichszahlungsvereinbarung konnte den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen insbesondere in der schwierigen Anfangszeit der Corona-Pandemie und seitdem fortwährend ein wichtiger Rettungsschirm zur Verfügung gestellt werden.

Tagesbezogen konnte ein Erlösausfall in Höhe von 60 % bzw. ab 18. November 2020 von 50 % der durchschnittlichen Vergütung in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geltend gemacht werden.

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

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020

16.03.2020-30.09.2020
(gesetzlich befristet bis 30.09.2020)

BAS-Auszahlungen:
312,77 Mio. Euro (Stand 08.06.2021)

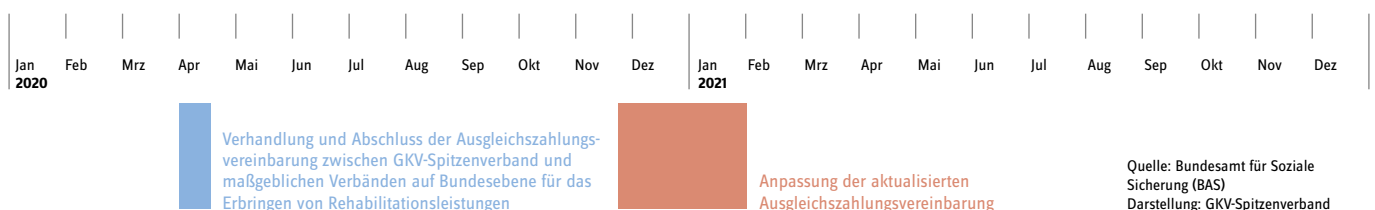
3. Bevölkerungsschutzgesetz vom 19.11.2020

18.11.2020-15.06.2021
(gesetzlich befristet bis 31.01.2021,
per Rechtsverordnung bis 15.06.2021 verlängert)

BAS-Auszahlungen:
229,80 Mio. Euro (Stand 08.06.2021)

Erster Ausgleichszeitraum

Zweiter Ausgleichszeitraum



Absicherung der Arznei- und Heilmittelversorgung

Apotheken blieben auch während der Kontaktbeschränkungen im Frühjahr 2020 geöffnet und konnten den für die Versorgung notwendigen Betrieb aufrechterhalten. Da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Apotheken im Vergleich zu anderen Leistungserbringern weitestgehend gegeben war, zielten die gesetzlich ergriffenen Maßnahmen vor allem darauf ab, direkte Kontakte zu minimieren.

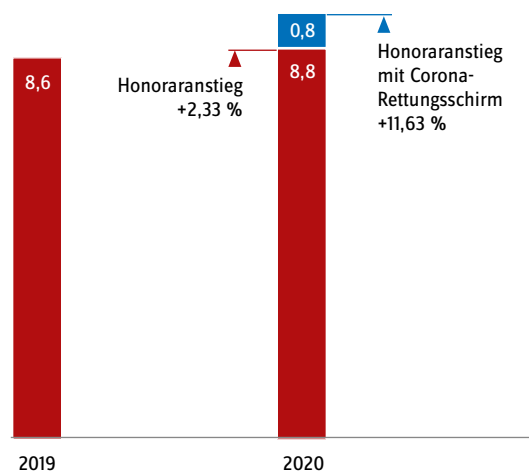
Mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung wurden befristete Sonderregelungen für Apotheken und die Arzneimittelversorgung geschaffen. Ziel war es, die Kontaktzahlen u. a. durch ein Abweichen von den üblichen Abgaberegeln zu verringern. Zusätzlich wurde eine Vergütung für Botendienste durch Apotheken eingeführt. Hierfür zahlte die gesetzliche Krankenversicherung auch eine Erstausrüstungspauschale in Höhe von 250 Euro plus Umsatzsteuer pro Apotheke.

Zugang zu Videobehandlungen geregelt

Die Heilmittelversorgung war während der Kontaktbeschränkungen im Frühjahr 2020 unterschiedlich betroffen. Während in einigen Bundesländern nichtärztliche medizinische Behandlungen untersagt waren und Praxen dort schließen mussten, konnten in anderen Bundesländern medizinisch notwendige Behandlungen unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen in einem gewissen Umfang weiter durchgeführt werden. Um die Versorgung in dieser außerordentlichen Situation aufrechtzuerhalten und die wirtschaftlichen Folgen für die Heilmittelerbringer abzumildern, hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Kassenarten auf Bundesebene im März 2020 Empfehlungen für den Heilmittelbereich aufgrund der Corona-Pandemie herausgegeben. Diese sahen u. a. die Möglichkeit der Videotherapie vor. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Behandlung per Video für bestimmte Heilmittel zwischenzeitlich in die COVID-19-Sonderregelungen aufgenommen. Voraussetzung ist, dass die jeweils notwendige Heilmittelbehandlung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht in ei-

Vergütungssituation Heilmittelerbringer

Gesamthonorar aus GKV-Mitteln 2020: 9,6 Mrd. Euro



Angaben in Mrd. Euro

Quellen: Amtliche Statistik KV 45, Bundesamt für Soziale Sicherung
Darstellung: GKV-Spitzenverband

nem unmittelbaren persönlichen Kontakt erfolgen kann und aus therapeutischer Sicht als telemedizinische Leistung per Video geeignet ist.

Da pandemiebedingt ausgefallene Heilmittelbehandlungen in der Regel nicht nachgeholt und die damit verbundenen Umsatzeinbußen von den Leistungserbringern selbst nicht ausgeglichen werden konnten, hat der Gesetzgeber mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung eine einmalige Ausgleichszahlung in Höhe von 40 % des im vierten Quartal 2019 mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Vergütungsvolumens vorgesehen, die nicht zurückgezahlt werden muss. Ferner wurde eine Hygienepauschale in Höhe von 1,50 Euro je Heilmittelverordnung zur Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen festgelegt.

Heilmittelerbringer erhielten eine einmalige Ausgleichszahlung in Höhe von 40 % des im vierten Quartal 2019 mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Vergütungsvolumens.

Unterstützung für Pflegebedürftige und Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Versicherte konnten im Einzelfall auch nicht nach SGB XI zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen, z. B. qualifiziertes medizinisch-pflegerisches Personal oder auch Nachbarinnen und Nachbarn.

Um die pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Personen während der Corona-Pandemie zu stabilisieren, hat der Gesetzgeber eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen. Diese sehen einerseits eine flexiblere Inanspruchnahme von Leistungen durch pflegebedürftige Personen und andererseits finanzielle Absicherungen der Leistungserbringer vor. Zum Schutz des besonders vulnerablen Personenkreises pflegebedürftiger Menschen

und zur Entlastung der Pflegeeinrichtungen wurde die Durchführung von Qualitätsprüfungen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch externe Prüferinnen und Prüfer vorübergehend ausgesetzt. Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst konnten wahlweise durch telefonische Befragungen erfolgen. Die ab März 2020 getroffenen Maßnah-

men waren zunächst bis zum 30. September 2020 befristet, wurden aber aufgrund der Entwicklung des Infektionsgeschehens bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungsanspruchnahme

Um pandemiebedingte pflegerische Versorgungsengpässe im häuslichen Bereich zu vermeiden, wurden bestehende Vorgaben zur Leistungserbringung flexibilisiert. So konnten pflegebedürftige Versicherte im Einzelfall auch Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die nicht nach SGB XI zugelassen und anerkannt waren, z. B. qualifiziertes medizinisch-pflegerisches Personal oder auch Nachbarinnen und Nachbarn. Zugleich standen nicht abgerufene Unterstützungsleistungen aus dem Vorjahr noch über den Juni 2020 hinaus bis zum Jahresende zur Verfügung. Dem GKV-Spitzenverband kam die Aufgabe zu, die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, zur Qualifikation der Leistungserbringer und zum Antragsverfahren in Empfehlungen zu regeln.

Ebenso wichtig war es dem GKV-Spitzenverband, der besonderen Marktsituation bei Schutzausrüstungen Rechnung zu tragen. Seit Beginn der Corona-Pandemie waren die Preise hierfür deutlich gestiegen. Mit der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung wurde daher der gesetzlich vorgesehene maximale Leistungsbetrag für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, zu denen auch Schutzausrüstungen wie Mundschutz oder Einmalhandschuhe gehören, von 40 Euro auf 60 Euro pro Monat erhöht.

Finanzielle Absicherung der Leistungserbringer

Zugelassene Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen im Alltag mussten aufgrund der Corona-Pandemie einerseits Mehrkosten aufbringen. Diese waren durch einen höheren Personalaufwand und höhere Sachmittelausgaben, z. B. für Schutzausrüstung, bedingt. Andererseits entstanden den Einrichtung-



Kernregelungen Pflege-Rettungsschirm zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung gemäß § 150 Abs. 1, 3, 5 SGB XI

Erstattung von coronabedingten außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen für Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannten Unterstützungsangeboten:

- Finanzierung Schutzausrüstung
- Finanzierung zusätzlicher Personalaufwendungen für ambulante und stationäre Pflege
- Ausgleich Mindereinnahmen, wenn z. B. bei Quarantäne keine Pflegebedürftigen aufgenommen werden können

Unterstützung für Pflegebedürftige:

- Ermöglichung der Inanspruchnahme und Erstattung von Pflegeleistungen von anderen Leistungserbringern oder Personen für bis zu drei Monaten zur Verhinderung von Versorgungsengpässen
- Flexibilisierung von Leistungen durch Ausweitung der zeitlichen Inanspruchnahme und Einbeziehung weiterer Leistungserbringer

gen erhebliche Mindereinnahmen. Einige Einrichtungen wurden vorübergehend geschlossen, zur Minimierung des Infektionsrisikos wurden zudem insgesamt seltener Leistungen in Anspruch genommen. Zum Ausgleich dieser Mehraufwendungen und Mindereinnahmen wurde der Pflege-Rettungsschirm gespannt. Sofern pandemiebedingte Ausgaben nicht anderweitig finanziert wurden, übernahmen die Pflegekassen den Kostenausgleich. Festlegungen zur praktischen Umsetzung des Antragsverfahrens und der Kostenerstattung traf der GKV-Spitzenverband. Erstattet wurden darüber hinaus die seit Oktober 2020 entstandenen Kosten für die Beschaffung der nach der Coronavirus-Testverordnung festgelegten monatlichen Testhöchstmengen von Antigen-Schnelltests zur Durchführung von Testungen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Pflegebedürftigen und deren Besucherinnen und Besuchern durch die Einrichtungs- und Angebotsträger. Im Verlauf der Entwicklung des Infektionsgeschehens wurden die Testhöchstmengen seit Oktober 2020 erhöht und die anfänglich vorgesehene Befristung bis zur Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag verlängert.

Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen

Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen vor einer Infektion mit dem Coronavirus und zur Entlastung der Einrichtungen wurden die jährlich stattfindenden Qualitätsprüfungen von Mitte März bis Ende September 2020 ausgesetzt. Anfang Oktober 2020 nahmen die Medizinischen Dienste die Prüftätigkeit auf der Grundlage erweiterter Infektionsschutzmaßnahmen zunächst wieder auf. Im Zuge der ab Mitte Oktober 2020 zu verzeichnenden Verschärfung der Pandemiesituation sprachen sich der GKV-Spitzenverband und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) allerdings dafür aus, auf jeden nicht zwingend erforderlichen direkten Kontakt in Pflegeeinrichtungen zu verzichten. Die Qualitätsprüfungen wurden erneut ausgesetzt. Sie sollen nach Abflauen der Pandemie unter Berücksichtigung besonderer

hygienischer Maßnahmen der Prüfinstitutionen fortgeführt werden.

Begutachtung von Pflegebedürftigen

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. Sofern es zum Schutz der Pflegebedürftigen sowie zum Schutz der Gutachterinnen und Gutachter vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus zwingend erforderlich war, konnte die Begutachtung zwischen Mitte März 2020 zunächst bis 31. März 2021, später verlängert bis 30. Juni 2021, auch ohne Vor-Ort-Untersuchung durchgeführt werden. Stattdessen konnten Einstufungen der Pflegebedürftigkeit in dieser Zeit ausschließlich auf Basis vorliegender Informationen und eines strukturierten Telefoninterviews vorgenommen werden. Der MDS entwickelte hierfür gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband bundesweit einheitliche Maßgaben.

Einstufungen der Pflegebedürftigkeit konnten pandemiebedingt ausschließlich auf Basis vorliegender Informationen und eines strukturierten Telefoninterviews vorgenommen werden.

Corona-Prämie für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und Kliniken

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen erhielten einen Anspruch gegenüber ihrer Arbeitgeberin bzw. ihrem Arbeitgeber auf eine einmalige steuer- und sozialabgabenbefreite Sonderleistung.

Um die besonderen Herausforderungen und Belastungen von Pflegekräften in der Altenpflege sowie in den Kliniken während der Corona-Pandemie zu würdigen, hat der Gesetzgeber sogenannte Corona-Prämien beschlossen. Zunächst wurde für Beschäftigte, die zwischen März und Oktober 2020 mindestens drei Monate in einer Altenpflegeeinrichtung tätig waren, ein Anspruch gegenüber deren Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber auf eine einmalige steuer- und sozialabgabenbefreite Sonderleistung geschaffen. Umfasst waren auch Beschäftigte, die in Pflegeeinrichtungen im Rahmen einer Arbeitnehmer-

überlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt waren. Die Prämienhöhe ist abhängig von Tätigkeitsfeld und -umfang gesetzlich festgelegt und beträgt bis zu 1.000 Euro. Die Länder können die Prämie auf bis zu 1.500 Euro aufstocken. Zur Finanzierung dieser Prämien haben die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen Anspruch gegenüber der Pflegeversicherung auf Vorauszahlung des Betrags erhalten.

Auszahlung zügig geregelt

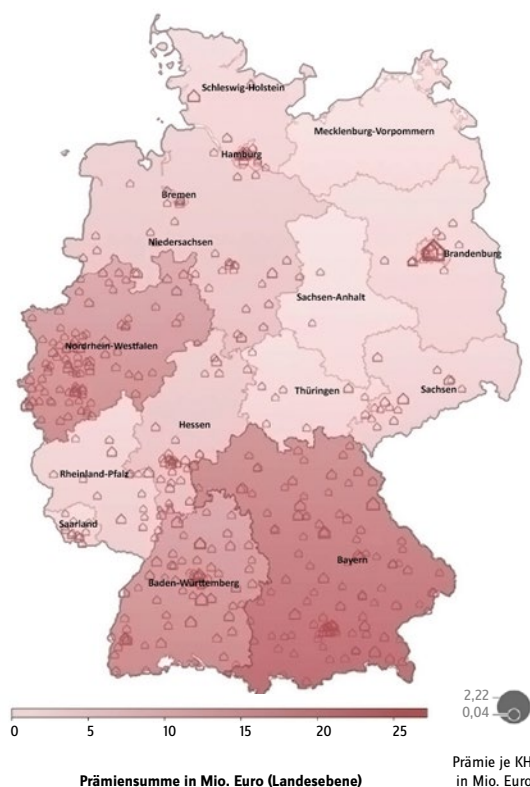
Der GKV-Spitzenverband regelte in kurzer Zeit für Pflegeeinrichtungen, Dienstleistungsunternehmen und Pflegekassen das Verfahren zur Finanzierung der Corona-Prämien. In Abstimmung mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und mit geeigneten Verbänden der sonstigen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wurde das hierzu erforderliche Melde- und Auszahlungsverfahren festgelegt. Die entsprechenden Festlegungen und Antragsformulare, die Listen der zuständigen Pflegekassen sowie ein mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) abgestimmter Fragen-Antworten-Katalog wurden auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht. Auf dieser Grundlage konnten die Pflegekassen zu den beiden gesetzlich vorgegebenen Terminen im Juli und Dezember 2020 die Auszahlung der Corona-Prämien an die antragstellenden Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sicherstellen.

Die Ausgaben der Pflegekassen für Corona-Prämien, die an Beschäftigte in ambulanten Pflegeeinrichtungen für nach dem SGB V erbrachte Leistungen gezahlt werden, wurden gemäß der gesetzlichen Vorgabe anteilig von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu eine Umlage erhoben.

Sonderleistungen für Pflegekräfte in Krankenhäusern nach § 26a KHG

Nachdem die Politik Erwartungen geweckt hatte, dass nicht nur ausschließlich Pflegekräfte in der Altenpflege, sondern alle Pflegekräfte von einer Prämie profitieren sollten, wurden mit dem

Verteilung der Sonderleistung nach § 26a KHG in Deutschland (100 Mio. Euro)



Krankenhauszukunftsgesetz Sonderleistungen für Pflegekräfte in Krankenhäusern aufgrund besonderer Belastungen durch die Corona-Pandemie gesetzlich verankert. Die Regelungen zur Umsetzung der Corona-Prämie beinhalten wesentliche Aspekte eines gemeinsamen Lösungsvorschlags von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft, der im Auftrag des BMG erarbeitet wurde. Die Selbstverwaltungspartner hatten sich darin auf ein Gesamtvolumen der Prämien von 100 Mio. Euro verständigt.

Verteilungsmechanismus geschaffen

Das Gesamtvolumen der Corona-Prämien wurde unter 433 betroffenen Krankenhäusern verteilt, die im Zeitraum von Januar bis Mai 2020 COVID-19-Patientinnen und -Patienten in nennenswerter Zahl behandelt hatten. Als betroffen im Sinne des Gesetzes gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten und mindestens 20 behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten sowie Krankenhäuser ab 500 Betten und mindestens 50 Behandelten. Die Prämienhöhe eines Krankenhauses wurde zu 50 % nach den vorhandenen COVID-19-Fällen sowie zu 50 % nach dem vorhandenen Pflegepersonal durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt. Die individuellen Prämienvolumina der Krankenhäuser variierten dabei zwischen rund 44.500 Euro und 2,2 Mio. Euro. Entsprechend der Betroffenheit der Krankenhäuser durch die Pandemie in den jeweiligen Bundesländern verteilt sich auch die Höhe der Sonderleistung je Bundesland unterschiedlich.

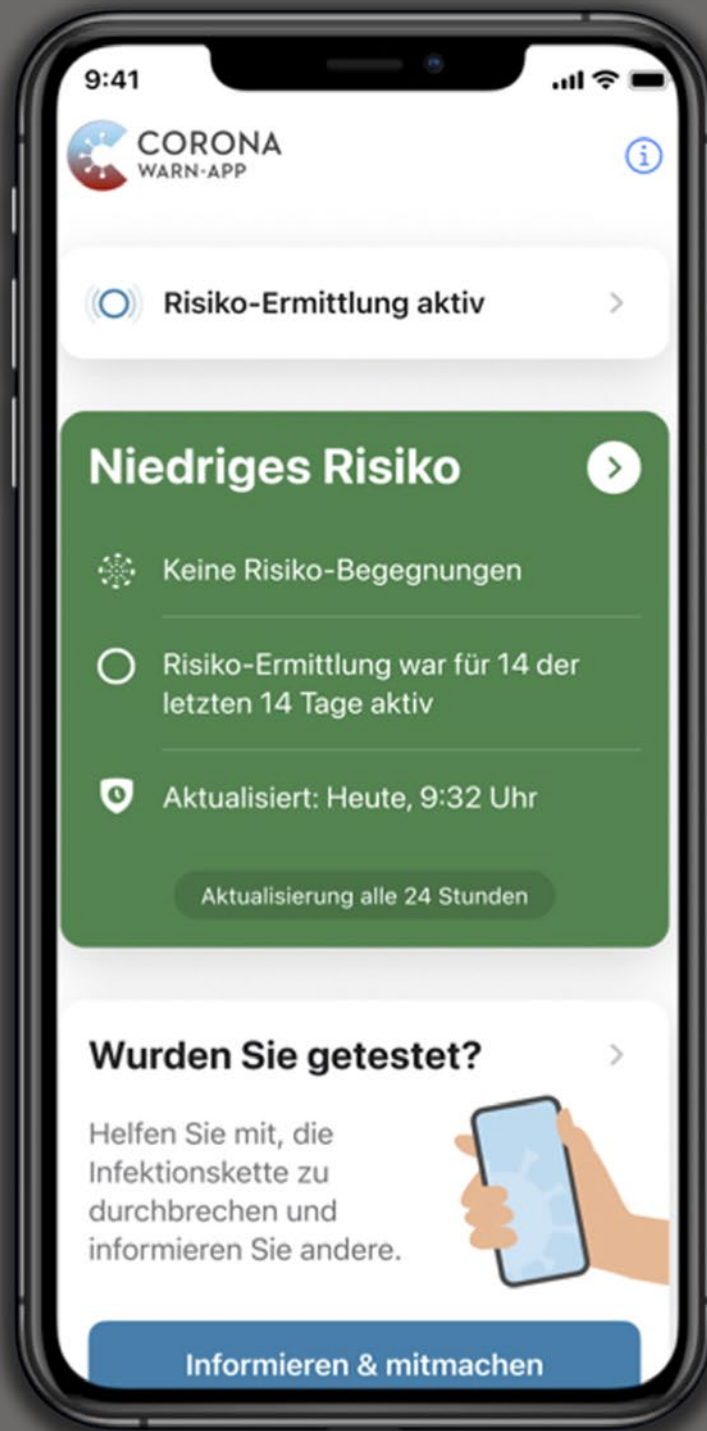
Der Krankenhausträger entschied im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der begünstigten Personen sowie über die jeweilige Höhe des Betrags. Erhalten konnten die Prämie Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Zudem konnten auch andere Beschäftigte, die besonders belastet waren, für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden.

Die Prämie wurde mit 93 Mio. Euro durch die gesetzliche Krankenversicherung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zusätzlich mit 7 Mio. Euro durch die private Krankenversicherung (PKV) finanziert. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der PKV-Verband zahlten die Beträge an den GKV-Spitzenverband, welcher die Prämienbeträge auf Grundlage der Berechnungen des InEK an die jeweiligen Krankenhäuser weiterleitete. Die Krankenhäuser zahlten die Prämien dann eigenverantwortlich aus.

Erweiterte Sonderleistung für Pflegekräfte im Krankenhaus nach § 26d KHG

Im Rahmen des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen ist eine erweiterte Sonderleistung für Pflegekräfte im Krankenhaus in § 26 KHG vorgesehen, wofür der Bund 450 Mio. Euro bereitstellt. Für die Verteilung der Mittel an belastete Krankenhäuser wird der Zeitraum des gesamten Jahres 2020 betrachtet. Die Kriterien für die Berechnung der Prämienhöhe wurden in der gesetzlichen Regelung weiterentwickelt. Bislang waren die vorhandenen Pflegekräfte und die grundlegende Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten ausschlaggebend. Nun wird auch die Intensivbehandlung bei der Mittelvergabe mitberücksichtigt. Der GKV-Spitzenverband wird die Weiterleitung der Mittel vom Bund über das BAS an die Krankenhäuser vornehmen. Analog zu der Sonderleistung in der ersten Welle entscheidet der Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung über die Auswahl der begünstigten Personen sowie über die jeweilige Höhe des Betrags. Bis zum 30. Juni 2021 soll die Sonderleistung von den Krankenhäusern an die Prämienempfängerinnen und -empfänger ausgezahlt werden.

In der zweiten Welle hat der Bund 450 Mio. Euro bereitgestellt.



Co|ro|na-App, die; -s <engl.>
(Versuch der Begegnungs-
verfolgung von Mensch und Virus)

Schub für digitale Versorgungsangebote

Digitale Angebote haben in der vertragsärztlichen Versorgung durch die Corona-Pandemie weiter an Bedeutung gewonnen. Um der Verbreitung des Virus durch das Aufsuchen von Arztpraxen entgegenzuwirken, setzte sich der GKV-Spitzenverband im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung dafür ein, die Inanspruchnahme telemedizinischer Verfahren zu vereinfachen. Ziel war es, dass Versicherte nach Möglichkeit nur in medizinisch notwendigen Fällen persönlich die Praxen aufsuchen. Vor diesem Hintergrund wurde etwa im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Ausnahmeregelung zur telefonischen Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte beschlossen.

Videosprechstunde

Eine weitere Alternative zum persönlichen Kontakt in der Arztpraxis stellt die Konsultation einer Ärztin bzw. eines Arztes per Video dar. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hob der GKV-Spitzenverband daher im April 2020 die geltenden Begrenzungsregelungen für Videosprechstunden auf, um der pandemiebedingten Sondersituation Rechnung zu tragen. Zur Gewährleistung einer grundsätzlich persönlichen ärztlichen Behandlung sehen diese Regelungen normalerweise vor, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Videosprechstunden nur in einem bestimmten Umfang erbringen dürfen.

Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband weitere Sonderregelungen aufgrund der Corona-Pandemie getroffen. So wurde für Leistungserbringende die Möglichkeit geschaffen, bestimmte Leistungen auch bei Durchführung eines (video-)telefonischen Patienten-Kontaktes abrechnen zu können. Dazu gehören etwa probatorische Sitzungen, psychotherapeutische Sprechstunden, Maßnahmen einer funktionellen Entwicklungstherapie oder therapeutische Gespräche im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung Opioid-Abhängiger.

Verordnungen und Überweisungen

Wenn persönliche Arzt-Patienten-Kontakte durch (video-)telefonische Kontakte ersetzt werden, ergibt sich ein steigender Bedarf an postalischer Zustellung von Verordnungen und Überweisungsscheinen. Daher hat der Bewertungsausschuss empfohlen, dass bei medizinischer Notwendigkeit Folge-Verordnungen von Arzneimittel- und Verbandmitteln, bestimmten Hilfsmitteln, Verordnungen einer Krankenförderung und Überweisungen auch ohne persönlichen Kontakt ausgestellt und den Versicherten postalisch zugesendet werden können.

Begrenzungsregelungen für Videosprechstunden wurden aufgehoben, um der pandemiebedingten Sondersituation Rechnung zu tragen.

Hebammenversorgung

Auch im Bereich der Hebammenhilfe hat die Digitalisierung in der Corona-Pandemie einen Schub bekommen. Der GKV-Spitzenverband hat mit den Hebammenverbänden eine befristete Vereinbarung geschlossen, die bei bestimmten (Teil-)Leistungen eine Betreuung durch eine freiberuflich tätige Hebamme via Video vorübergehend erlaubt. Insbesondere wird den Hebammen bereits seit Ende März 2020 ermöglicht, Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse, bestimmte Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und Wochenbettbetreuungen per Video zu erbringen und abzurechnen.

Lehren aus der Pandemie

Zentrale Ansätze der Neustrukturierung der Krankenhausversorgung müssen das vorhandene Ambulantisierungspotenzial sowie eine unzureichende Spezialisierung und eine zu geringe Leistungskonzentration in den Blick nehmen.

Spätestens seit dem Start der Impfungen gegen das Coronavirus unmittelbar vor dem Jahreswechsel 2020/2021 besteht die begründete Hoffnung auf ein Ende der Pandemie. Aus der Dynamik des Infektionsgeschehens und der sich entsprechend kurzfristig verändernden Versorgungsnotwendigkeit haben sich nie dagewesene Herausforderungen für das Gesundheitswesen und die Pflege ergeben. Innerhalb kürzester Fristen mussten teilweise völlig neue Rahmenbedingungen geschaffen werden. Der Deutsche

Bundestag, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die soziale und gemeinsame Selbstverwaltung haben unter diesen Bedingungen mit schneller Reaktionsfähigkeit eine Vielzahl von praxisgerechten Sonderregelungen geschaffen, um die Leistungsfähigkeit der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sicherzustellen.

Digitale Angebote dauerhaft integrieren

Bereits jetzt lassen sich erste Lehren aus der Pandemie ziehen. Eine wesentliche Erkenntnis lautet: Die Möglichkeiten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Rahmen von digitalen Angeboten wurden erfreulicherweise von den Leistungserbringenden genutzt. Da die Skepsis der Vergangenheit abgelegt zu sein scheint, sollte die Digitalisierung auch jenseits der Corona-Pandemie zu einem dauerhaft ergänzenden Bestandteil des Behandlungsalltags werden, um eine am Patientennutzen orientierte, wirtschaftliche gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

Neustrukturierung der Krankenhausversorgung endlich angehen

Aber auch bestehende Defizite vor allem in der gesundheitlichen Versorgung sind während der Krise verstärkt zutage getreten. Im Krankenhausbereich darf der pandemiebedingte Fokus auf Intensivbetten nicht den Blick auf die generellen Überkapazitäten besonders in Ballungsgebieten verstellen. Zentrale Ansätze der Neustrukturierung

müssen das vorhandene Ambulantisierungspotenzial sowie eine unzureichende Spezialisierung und eine zu geringe Leistungskonzentration in den Blick nehmen. Der dringende Nachholbedarf im Gesundheitswesen und in der Pflege sollte auch in Bezug auf die sektorenübergreifende Versorgung und die Kompetenzstärkung der nicht-medizinischen Gesundheitsberufe angegangen werden. Diese Handlungsnotwendigkeiten gehören zu den wichtigen Aufgaben für die nächste Bundesregierung. Sie sollten gerade auch mit Blick auf neue Herausforderungen, wie z. B. auch die absehbar notwendigen Behandlungskonzepte für Patientinnen und Patienten mit Langzeitfolgen nach einer Corona-Infektion, an oberster Stelle der gesundheits- und pflegepolitischen Agenda stehen.

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

Zudem wurde während der Corona-Pandemie leidvoll deutlich, dass dringend ein Zukunftskonzept für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) benötigt wird. Die Entwicklungen bis zum Ausbruch der Pandemie haben dazu geführt, dass einerseits der unterfinanzierte und unterbesetzte ÖGD den kurzfristigen Handlungserfordernissen nicht nachkommen konnte. Andererseits hatten die bisherigen Versäumnisse, digitale Meldewege zu etablieren, negative Auswirkungen auf die Reaktionsfähigkeit beim Management des Ausbruchgeschehens und bei der Nachverfolgung der Infektionsketten. Zentral wird es künftig sein, dass die Länder und Kommunen ihren Finanzierungs- und Investitionsverpflichtungen nachkommen.

Monitoring von Krankenhausbetten ausbauen

Darüber hinaus sind die bisherigen Sonderregelungen im Rahmen der Pandemie-Situation zu prüfen. Abhängig von der weiteren Entwicklung und der Zielgenauigkeit der jeweiligen bestehenden Gesetzes- und Ordnungsregelungen ist über eine Fortführung, Modifikation oder Beendigung zu entscheiden. Besonders positive Regelungen haben auch über die Pandemie hinaus ihre Berechtigung. Hierzu gehört sicherlich das Intensivbetten-Register, das erstmals eine tages-

aktuelle Übersicht zur Verfügbarkeit von Intensivbetten geschaffen hat. Der Aufbau eines solchen Echtzeit-Monitorings sollte auf alle Betten in der Krankenhausversorgung ausgeweitet werden.

Kranken- und Pflegeversicherung solide finanzieren

Nicht zuletzt ist es im Interesse der Beitragszahlenden dringend erforderlich, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung im Blick zu behalten. Mit der jüngeren Gesetzgebung wurden pandemiebedingte Mehrausgaben teilweise auf die GKV abgewälzt. Zwar hat der Bund einen wichtigen Beitrag geleistet, weil er den Krankenhäusern den Leerstand während der ersten Welle kompensiert hat. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Rahmen des Bevölkerungsschutzes sollten allerdings vollständig aus Steuermitteln finanziert werden. Die gute wirtschaftliche Gesamtsituation vor der Pandemie wurde leider nicht genutzt, um die Weichen für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

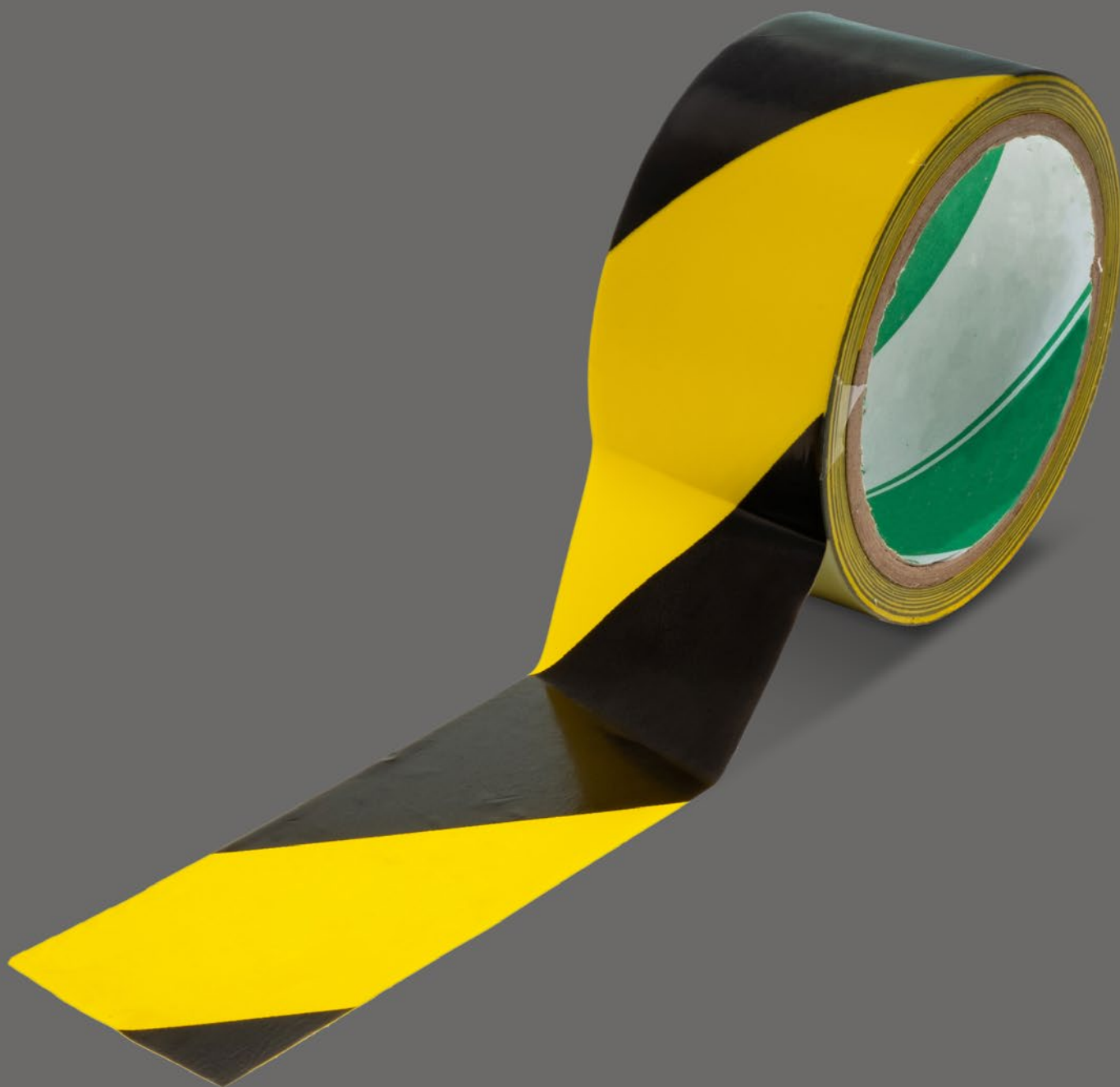
zu stellen. Von den ausgabenintensiven Reformen der auslaufenden Legislaturperiode haben weniger die Versicherten, Patientinnen und Patienten profitiert, sondern vielmehr die Leistungserbringer in Form von Honorarverbesserungen.

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung weiter verbessern

Die Corona-Pandemie war bislang und bleibt weiterhin eine der größten Prüfungen des Gesundheitswesens und der Pflege in Deutschland.

Die offensichtlich gewordenen Optimierungsnotwendigkeiten sind zwingend im Rahmen von Strukturreformen gesetzgeberisch aufzugreifen. Um diesen Prozess zu unterstützen, entwickelt der GKV-Spitzenverband konkrete Vorschläge, wie die gesundheitliche und die pflegerische Versorgung in der kommenden Legislaturperiode dauerhaft verbessert werden können.

Die gute wirtschaftliche Gesamtsituation vor der Pandemie wurde leider nicht genutzt, um die Weichen für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu stellen.



Mar kie rungs-Tape, das; -s <engl.>
(mit Abstand am besten)

App auf Rezept mit Nachbesserungsbedarf

Unter viel Aufmerksamkeit wurde 2019 mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz die App auf Rezept eingeführt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bergen Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) durchaus Potenziale für eine bessere gesundheitliche Versorgung. Sie können bei der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten helfen und insbesondere im Rahmen der medizinischen Versorgung chronisch kranker Menschen zum Einsatz kommen. Zum Schutz der Patientinnen und Patienten und im Interesse der Beitragszahlenden müssen Nutznachweise und Wirtschaftlichkeitsgebot für DiGA aber ebenso gelten wie für andere Leistungen.

Schnellverfahren verstoßen gegen wesentliche Prinzipien

Am Zulassungs- und Prüfungsprozess für DiGA durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sowie an den Erstattungsregelungen hatte der GKV-Spitzenverband schon im Gesetzgebungsprozess berechtigte Kritik geäußert und Änderungen bewirkt. Dennoch bestehen viele Probleme fort. Für die Zulassung und Erstattung von DiGA hat der Gesetzgeber ein Schnellverfahren vorgesehen, das mit den kurzen Innovationszyklen von DiGA begründet wurde. Dabei werden allerdings Grundprinzipien wie Nutznachweise und Wirtschaftlichkeitsgebot, die für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gelten, erheblich aufgeweicht. So können DiGA deutschlandweit ohne nachgewiesenen Nutzen bis zu zwei Jahre verschrieben, angewendet und erstattet werden. Der Hersteller ist im ersten Jahr frei in der Preissetzung. Bei der Nutzenbewertung von DiGA bilden nicht die bisherigen Behandlungsmethoden oder andere DiGA den Bewertungsmaßstab, sondern lediglich der Vergleich mit der Nichtanwendung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes müssen DiGA genauso sicher, nutzbringend und wirtschaftlich sein wie andere Leistungen. Um dies zu gewährleisten, bedarf es gesetzgeberischer Nachbesserungen. Mit einem Positionspapier hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes konkrete Änderungen eingefordert und Weiterentwicklungspotenziale aufgezeigt.

Die ersten zugelassenen DiGA bestätigen diesen Nachbesserungsbedarf. Die Preissteigerungen von teilweise 400 bis 600 % gegenüber bereits bestehenden selektivvertraglichen Vergütungsstrukturen sind Ausdruck einer exzessiven Preispolitik der DiGA-Hersteller. Hinzu kommt, dass es sich bei der Mehrzahl der DiGA um Zulassungen auf Erprobung ohne nachgewiesenen Nutzen handelt.

DiGA können nach aktuellem Recht deutschlandweit ohne nachgewiesenen Nutzen ein bis zwei Jahre verschrieben, angewendet und erstattet werden.

Verhandlungen mit DiGA-Herstellern zur Vergütung

Seit Beginn des Jahres 2020 war es eine wichtige Umsetzungsaufgabe des GKV-Spitzenverbandes, mit den DiGA-Herstellern die Rahmenbedingungen und Kriterien für die DiGA-Erstattung zu verhandeln. In die Verhandlungen haben die Krankenkassen ihre Expertise aus den Selektivverträgen zu den DiGA eingebracht und die Hochpreispolitik der Hersteller offengelegt. Die infolge der Gewinnerwartungen aufgerufenen Preise, die in keinem Verhältnis zur sonstigen GKV-Versorgung stehen, in Verbindung mit einem offenen gesetzlichen Rahmen verhinderten teilweise die Einigung. Im Sinne der Beitragszahlenden forderte der GKV-Spitzenverband die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots, indem die freie Preisbildung der Hersteller im ersten Jahr mit Höchstbetragsgruppen begrenzt wird. Hierzu musste die neu eingerichtete Schiedsstelle angerufen werden.

Vereinbarung zu ärztlichen Leistungen

Im Zulassungsprozess von DiGA durch das BfArM ist auch die Definition von vertragsärztlichen Leistungen vorgesehen, die in Zusammenhang mit einer DiGA-Versorgung notwendig und zu vergüten sind. Innerhalb von drei Monaten nach der Aufnahme einer DiGA in das BfArM-Verzeichnis hat der GKV-Spitzenverband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (bei dauerhafter DiGA-Aufnahme) oder im Bundesmantelvertrag-Ärzte (bei Aufnahme der DiGA zur

Die Preissteigerungen von teilweise 400 bis 600 % gegenüber bereits bestehenden selektivvertraglichen Vergütungsstrukturen sind Ausdruck einer exzessiven Preispolitik der DiGA-Hersteller.

Erprobung) zu vereinbaren. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags haben der GKV-Spitzenverband und die KBV die vertraglichen Grundlagen im Bundesmantelvertrag geschaffen. Ziel der Vereinbarung ist es, im Interesse von Patientinnen und Patienten, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Krankenkassen unverzüglich Transparenz über die gesondert berechnungsfähigen Leistungen herzustellen und eine möglichst schnelle Erbringung und

Abrechnung der betreffenden ärztlichen Leistungen im Sachleistungsprinzip zu gewährleisten.

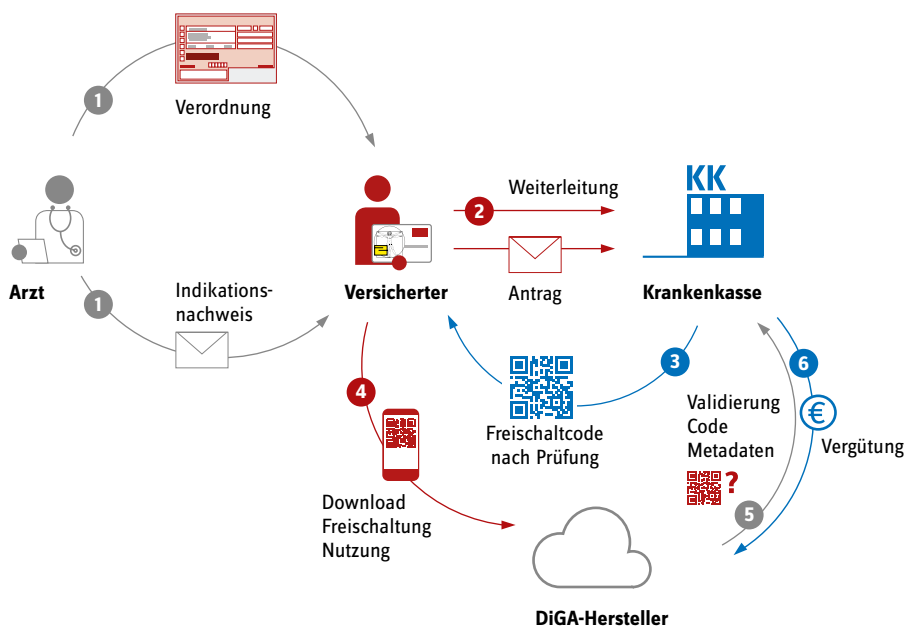
Verordnungs- und Abrechnungsprozess umgesetzt

Für die neu eingeführte Leistung der App auf Rezept mussten 2020 ebenfalls die Prozesse der Verordnung und Abrechnung erarbeitet werden. Hierzu stimmten sich der GKV-Spitzenverband und die gesetzlichen Krankenkassen mit den

DiGA-Herstellern ab. Der Prozess sieht vor, dass Versicherte ihre Verordnung bei der Krankenkasse einreichen und von dort einen Code zur Freischaltung der Anwendung erhalten. Die ersten zwei Stellen identifizieren dabei die Krankenkasse. Damit wird der DiGA-Hersteller in die Lage versetzt, den Freischaltcode gegenüber der jeweiligen Krankenkasse auf Gültigkeit zu prüfen und die Rechnungsdaten inklusive des Codes elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln. Die für alle Beteiligten verbindliche Abrechnungsrichtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband erarbeitet und veröffentlicht.

Ergebnis ist ein Prozess für die Verordnung und Abrechnung von DiGA, der voll digital und entlang der Bedarfe der Versicherten und Krankenkassen datenschutzkonform ausgestaltet wurde. Bis das eRezept verfügbar ist, erfolgt die Verordnung übergangsweise auf Papier. Der GKV-Spitzenverband hat hierfür den Bundesmantelvertrag-Ärzte entsprechend angepasst.

Versorgungsprozess Digitale Gesundheitsanwendungen



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Ringen um Schutz für Patientendaten

Das im Jahr 2020 in Kraft getretene Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) markiert eine weitere Stufe der Digitalisierungsgesetzgebung für das Gesundheitswesen. Im umfangreichen Maßnahmenpaket sind drei Aspekte besonders relevant: erstens die Verpflichtung der Krankenkassen, eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten zu müssen, zweitens die sichere Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie drittens problematische Aufgabenzuwächse der Gematik.

Start der elektronischen Patientenakte

Am 1. Januar 2021 ist die ePA erfolgreich gestartet und steht nun den Versicherten zur Nutzung zur Verfügung. Bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz von 2019 wurde die Verpflichtung der Krankenkassen, eine ePA anzubieten, eingeführt. Einzelheiten zu Inhalten und Nutzung der ePA wurden mit dem PDSG geregelt.

Die unmittelbaren Vorbereitungen zur Einführung der ePA waren von der Kritik des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI), Prof. Ulrich Kelber, überschattet, das PDSG entspräche in Teilen nicht der europäischen Datenschutz-Grundverordnung. Konkret bemängelte er u. a. das Fehlen eines feingranularen Zugriffs auf die Inhalte der ePA, da erst in der nächsten Ausbaustufe, ab dem Jahr 2022, ein differenziertes Berechtigungsverfahren gesetzlich vorgesehen ist. Es blieb nicht allein bei der öffentlichen Kritik. Mit Inkrafttreten des PDSG versendete der BfDI als aufsichtsrechtliches Mittel eine offizielle Warnung an die der datenschutzrechtlichen Bundesaufsicht unterstehenden Krankenkassen, die Ausgabe der ePA in ihrer derzeitigen Form zu unterlassen.

Die gesetzlichen Krankenkassen gerieten dadurch in eine Zwangslage zwischen datenschutzrechtlichen Forderungen des BfDI einerseits und gesetzlichen Verpflichtungen andererseits. Bei der Erarbeitung der umfangreichen Informationsmaterialien zur ePA, welche durch die Krankenkassen für die Information ihrer Versicherten vor der Bereitstellung der ePA zu nutzen sind, konnte der

GKV-Spitzenverband jedoch das Einvernehmen mit dem BfDI herstellen. In diesen Informationsmaterialien wird nun auf die temporären Schwächen der ePA hingewiesen, sodass der Konflikt vorerst beigelegt werden konnte.

Damit sich ein ähnliches Szenario in den kommenden Ausbaustufen der ePA nicht wiederholt, muss der digitale Fortschritt mit dem Datenschutz Hand in Hand gehen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es Aufgabe der Politik, die hier erforderliche Klarheit und Rechtssicherheit im Vorfeld herzustellen.

Vergütungsregelungen zur ePA

Befüllung und Pflege der Daten in der ePA seitens der Leistungserbringer werden vergütet. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag ist eine Vergütungsregelung für die regelmäßige Pflege und Anpassung der ePA durch Vertragsärztinnen und -ärzte zu treffen. Zur Vergütung dieser Leistungen hat der Bewertungsausschuss zwei Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab mit Wirkung zum 1. Januar 2021 aufgenommen. Apotheken müssen nach der Abgabe eines Arzneimittels Versicherte auf Verlangen bei der Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten in der ePA unterstützen. Der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband e. V. haben das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen zum 1. Januar 2021 geregelt.

Zusätzlich zur Vergütung der regelmäßigen Pflege und Anpassung der ePA sollen vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Praxen sowie Krankenhäuser eine gesonderte Vergütung für die erstmalige Befüllung der Akte erhalten. Zur Förderung der Verbreitung der ePA wurde die Vergütungshöhe für das Jahr 2021 auf 10 Euro je ePA festgesetzt. Darüber hinaus wird jede weitere Befüllung finanziert. Ab 2022 können die Partner der Selbstverwaltung selbstständig die Höhe der Vergütung verhandeln. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassen-

Am 1. Januar 2021 ist die ePA erfolgreich gestartet und steht nun den Versicherten zur Nutzung zur Verfügung.

zahnärztliche Bundesvereinigung verhandeln dazu die Abrechnungsvoraussetzungen und -verfahren in einer vierseitigen Vereinbarung.

Sichere Zustellung von eGK und PIN

Im Rahmen der bevorstehenden Einführung von Anwendungen wie dem eRezept wurden auch die Anforderungen an die sichere Ausgabe der eGK und/oder des zugehörigen PIN/PUK-Briefs durch den Gesetzgeber erheblich verschärft. In dem Zusammenhang hat der GKV-Spitzenverband deutlich gemacht, dass die gesetzlichen Anforderungen zur umfangreichen Mitwirkungspflicht der Versicherten beim Empfang der eGK/PIN nicht praktikabel flächendeckend durchführbar sind und immensen finanziellen und organisatorischen Aufwand bedeuten.

Anforderungen an die sichere Ausgabe der eGK und des zugehörigen PIN/PUK-Briefs durch den Gesetzgeber wurden erheblich verschärft.

Hier konnte klargestellt werden, dass die Neuausstellung der eGK nicht gleichzeitig für alle Versicherten erfolgen muss, sondern dem regulären Erneuerungsturnus der Versichertenkarte folgen kann. Die sichere Zurverfügungstellung der PIN muss darüber hinaus nun nicht zwingend bis Ende Juni 2021 erfolgen, sondern kann auch auf Anfrage der bzw. des Versicherten und/oder zeitnah zur tatsächlichen Nutzung der ePA und des eRezepts versendet werden. Sollte bereits eine PIN unsicher zugestellt worden sein und ein Fremdzugriff auf Gesundheitsdaten via ePA und eRezept nicht ausgeschlossen werden können, kann eine Deaktivierung umgangen werden, wenn die Versicherten vor dem 1. Juli 2021 eine Nachidentifizierung vornehmen. Dies kann, ebenso wie die Aushändigung der eGK, in der Geschäftsstelle der Mitgliedskassen geschehen.

Ausbaustufen der ePA gemäß Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG)

	1. Umsetzungsschritt 2021	2. Umsetzungsschritt 2022	3. Umsetzungsschritt 2023
Welche Daten können gespeichert werden?	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Informationen (Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, Vorsorgeuntersuchungen) • Notfalldaten, Medikationsplan, elektronischer Arztbrief • Eigene Gesundheitsdaten der Versicherten (z. B. medizinische Tagebücher) 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahn-Bonusheft, Untersuchungsheft Kinder, Mutterpass, Impfdokumentation • Elektronische Verordnungen • Krankenkassendaten über die in Anspruch genommenen Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Versorgungsdaten • Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung • Sonstige von Leistungserbringern für Versicherte bereitgestellte Daten
Zugriffskonzept	<ul style="list-style-type: none"> • Grobgranulares Berechtigungsmanagement: Versicherte können Zugriff zunächst auf ganze Bereiche (z. B. eigene Daten, vom Leistungserbringer eingestellte) vergeben 	<ul style="list-style-type: none"> • Feingranulares Zugriffsmanagement: Versicherte können Leistungserbringer auf spezifische Dokumente und Datensätze Zugriff erlauben 	
Weitere Anwendungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Einsicht der Versicherten auf protokollierte Zugriffe der ePA 		<ul style="list-style-type: none"> • Datenbereitstellung der Versicherten für Krankenkassenanwendungen • Datenspende der Versicherten für Forschungszwecke

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Aufgabenerweiterung der gematik

Bisher umfassten die gesetzlichen Aufgaben der gematik die Einführung, den Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI), der eGK und der zugehörigen Fachanwendungen. Im Rahmen des PDSG wurde das Aufgabenspektrum der gematik in verschiedenen Bereichen ausgeweitet. So wird in Zukunft die gematik die neuen Herausgabeprozesse von Karten und Ausweisen zur elektronischen Identifikation und Authentisierung in der TI koordinieren und überwachen. Dies betrifft auch die Ausgabe der eGK. Somit kommt die gematik zusätzlich zum Bundesamt für Soziale Sicherung, das die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Kassen führt, bzw. der Landesaufsicht, der alle anderen Krankenkassen unterliegen, als zweite Aufsicht für die gesetzlichen Krankenkassen hinzu, ohne dass die Abgrenzung zwischen den Aufsichten hinreichend definiert ist.

Problematisch ist auch die Doppelfunktion der gematik bei der Umsetzung des eRezepts. Sie ist gleichzeitig für die Entwicklung und den Betrieb der eRezept-App verantwortlich, die den Versicherten den digitalen Zugriff auf ärztliche Verordnungen ermöglicht. Damit verfasst die gematik einerseits die Spezifikationen für die App und führt entsprechende Zulassungsverfahren durch. Andererseits erstellt sie auch selbst ein Produkt nach den eigenen Vorgaben und ist auch hier für die Zulassung verantwortlich. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollten Komponenten-Entwicklungen grundsätzlich dem Markt überlassen werden, da nur im Wettbewerb dauerhaft Innovationen befördert werden können.

Das Gesetz sieht zudem vor, dass die gematik erstmalig direkt mit Versicherten kommunizieren und diese über die TI informieren kann. Sie übernimmt damit eine ureigene Aufgabe der Krankenkassen. Dies lehnt der GKV-Spitzenverband entschieden ab.

Problematisch ist die Doppelfunktion der gematik bei der Umsetzung des eRezepts. Sie ist gleichzeitig für die Entwicklung und den Betrieb der eRezept-App verantwortlich.

Neuorganisation der Datentransparenz

Für einen umfassenden Datenschutz wird die Identität der Versicherten in einem zweistufigen Verfahren doppelt pseudonymisiert.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wird das Ziel verfolgt, eine bessere Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für Forschungszwecke zu ermöglichen. Dazu wird die bisherige Datenaufbereitungsstelle zu einem Forschungsdatenzentrum aufgewertet, und der Zugang zu Daten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird deutlich verbessert. In der novelierten Datentransparenzverordnung erfolgten entsprechende Konkretisierungen.

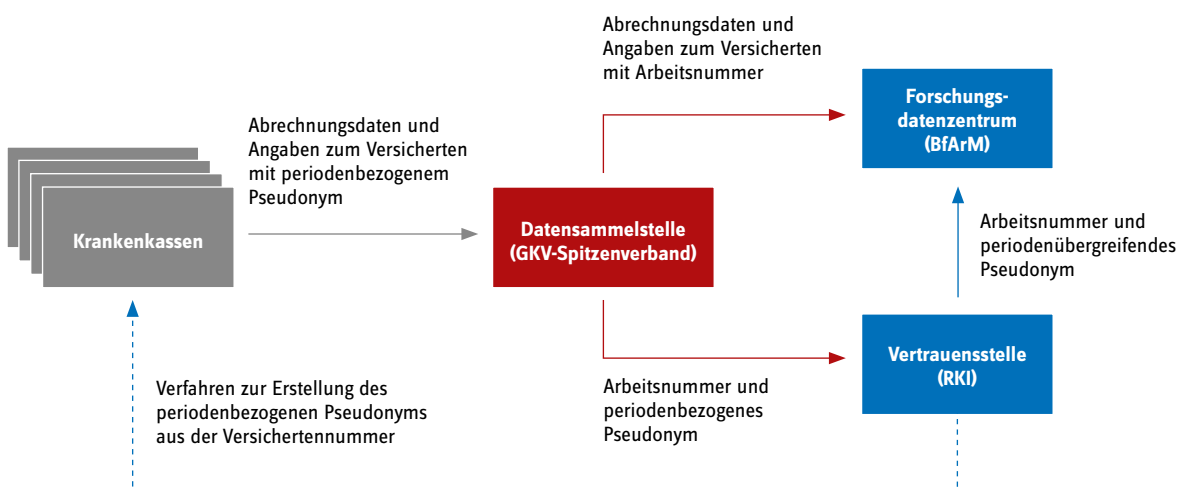
GKV-Spitzenverband wird Datensammelstelle

Mit der Neuorganisation der Datentransparenz übernimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) den Betrieb des Forschungsdatenzentrums. Der GKV-Spitzenverband übernimmt die Funktion der Datensammelstelle und hat die Aufgabe, die Daten der gesetzlichen Krankenkassen zusammenzuführen, zu prüfen und an das BfArM weiterzuleiten. Die Daten von Privatversicherten oder anderen Perso-

nengruppen sind nicht für das Verfahren vorgesehen. Für einen umfassenden Datenschutz wird die Identität der Versicherten in einem zweistufigen Verfahren doppelt pseudonymisiert. Hierfür ist eine Vertrauensstelle beim Robert Koch-Institut (RKI) verantwortlich.

In einer ersten Stufe werden ab Ende 2022 neben Angaben zu den Versicherten auch Abrechnungsdaten der ambulanten ärztlichen Versorgung, der stationären Versorgung sowie aus dem Arzneimittel-Bereich ab dem Datenjahr 2019 zusammengeführt. Ab dem Datenjahr 2023 kommen Daten der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, der ambulanten Krankenhausleistungen, Abrechnungsdaten der sonstigen Leistungserbringer sowie der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) hinzu. Um bereits von Beginn an einen aussagekräftigen Datenbestand zu haben, liefert der GKV-Spitzenverband in einem Übergangsverfahren die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aus den Jahren 2016 bis 2018 an das BfArM. Dort werden die Daten mit Hilfe eines periodenübergreifenden Pseudonyms

Datenfluss im Datentransparenzverfahren



Darstellung: GKV-Spitzenverband

versichertenbezogen verknüpft; dies schließt den bestehenden Datenbestand bei der bisherigen Datenaufbereitungsstelle ein. Dadurch sind Zeitreihen ab dem Jahr 2012 möglich.

Erster Umsetzungsschritt: Übergangsverfahren

Der GKV-Spitzenverband hat unmittelbar nach Inkrafttreten des DVG mit den Umsetzungsarbeiten begonnen. Beteiligt ist hier ebenfalls die Informationstechnische Servicestelle der GKV (ITSG GmbH), die bestimmte Aufgaben übernehmen wird. Eine besondere Herausforderung besteht im zu erwartenden Datenvolumen. Es ist der größte Einzeldatenbestand, der bisher vom GKV-Spitzenverband verarbeitet worden ist. Ende 2020 erfolgte im Übergangsverfahren die erste Datenübermittlung an das BfArM. Dabei wurde bereits das Übermittlungsverfahren angewendet, das auch für den Regelbetrieb ab 2022 zum Einsatz kommen soll.

Nächster Schritt: Technische Regelungen

Im ersten Halbjahr 2021 steht die Erarbeitung der gesetzlich vorgesehenen technischen Regelungen im Vordergrund. Diese werden für die Datenlieferung der Krankenkassen sowie für die Datenweitergabe an BfArM und RKI erstellt. Die Regelungen beinhalten Vorgaben zu Lieferverfahren, Datenkranz und Pseudonymisierungsverfahren. Mit den Krankenkassen wird zusätzlich der Umfang der notwendigen und gesetzlich vorgesehenen Prüfungen von gelieferten Datenbeständen vereinbart.

In der zweiten Jahreshälfte können dann die datenliefernden Stellen der Krankenkassen mit ihren Vorbereitungen zur Umsetzung beginnen. Währenddessen bereiten der GKV-Spitzenverband und die ITSG GmbH die Infrastruktur und ihre Anwendungen auf das Regelverfahren vor. Ziel ist es, zum Ende des ersten Quartals 2022 mit der Pilotphase zu beginnen.

Hoher Stellenwert für den Datenschutz

Die zu verarbeitenden Daten haben eine hohe Aussagekraft für das Versorgungsgeschehen in Deutschland. Entsprechend hoch sind die Anforderungen an den Datenschutz. Der zweistufigen Pseudonymisierung der Versichertennummer kommt eine entscheidende Rolle zu. Auch die Angaben zu den Leistungserbringern wie Arztpraxen, Apotheken oder Krankenhäusern werden vor der Weitergabe durch den GKV-Spitzenverband pseudonymisiert. Zur Sicherstellung einer anonymisierten Nutzung muss das BfArM vor einer Überlassung an die forschenden Stellen weitere Maßnahmen ergreifen. Ein hoher Stellenwert kommt darüber hinaus der Gewährleistung der Informationssicherheit zu.

Nach dem Willen des Gesetzgebers muss die GKV die Lasten des Verfahrens alleine tragen.

Finanzierung zulasten der gesetzlich Versicherten

Nach dem Willen des Gesetzgebers muss die GKV die Lasten des Verfahrens alleine tragen. Dies umfasst neben den Aufwänden für die Datensammelstelle im GKV-Spitzenverband auch die Kosten von Forschungsdatenzentrum und Vertrauensstelle. Mit BfArM und RKI werden entsprechende Verwaltungs- und Finanzierungsvereinbarungen geschlossen.

Fortschritte beim Ausbau der Telematikinfrastuktur

Die Telematikinfrastuktur (TI) stellt eine sichere Kommunikationsplattform für angebundene Akteure des Gesundheitswesens dar. Seit Ende 2017 wird sie schrittweise aufgebaut und weiterentwickelt.

Erste Ausbaustufe

In der ersten Ausbaustufe wurden vertragsärztliche, vertragszahnärztliche sowie psychotherapeutische Praxen durch Installation der notwendigen Technik, wie Kartenleser und Konnektor, an die TI angebunden. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben erstattet die gesetzliche Krankenversicherung vereinbarte Pauschalen für die Anbindung sowie die technischen Geräte. Als Vertragspartner trifft der GKV-Spitzenverband aktuelle Finanzierungsvereinbarungen mit den jeweiligen Verbänden der Leistungserbringer. Darüber hinaus müssen bereits erzielte Abschlüsse je nach Ausbaustufe aktualisiert werden.

2020 wurden erste medizinische Anwendungen erfolgreich getestet und bundesweit ausgerollt.

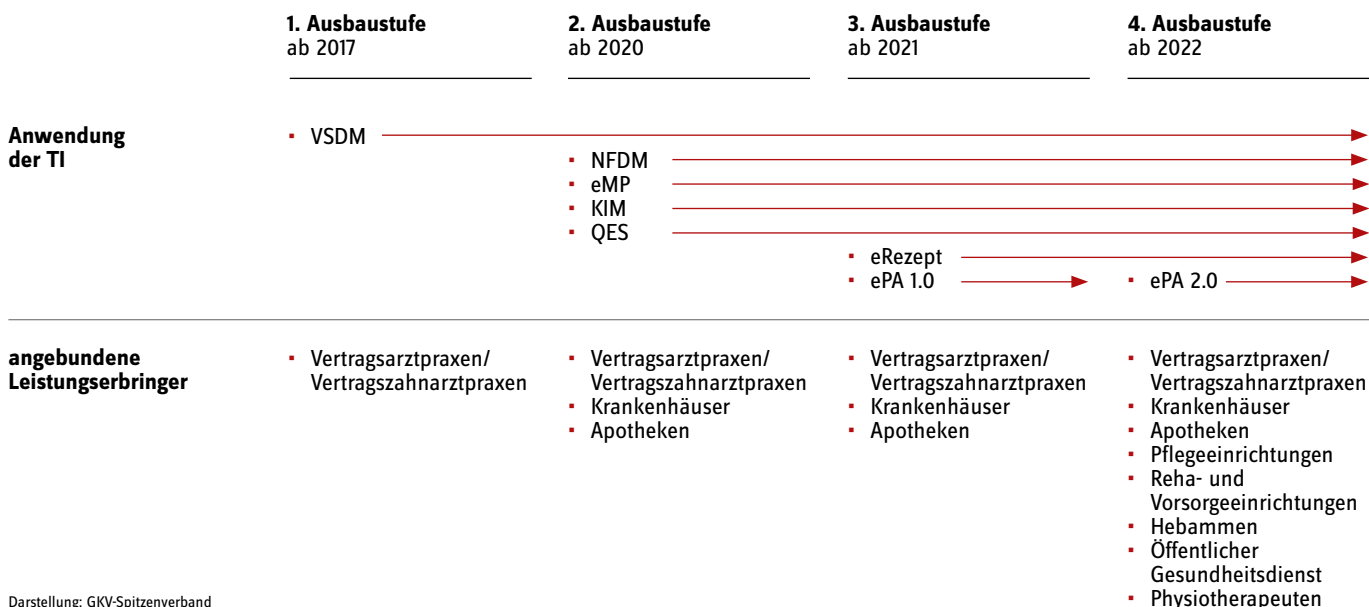
Weitere Online-Anwendungen seit 2020

Mit dem schrittweisen Auf- und Ausbau der TI kommen weitere Online-Anwendungen sowie Leistungserbringergruppen hinzu. Seit Ende des ersten Quartals 2020 wurden die für die Anwendungen Notfalldatenmanagement, elektronischer Medikationsplan sowie Kommunikation im Medizinwesen (KIM) weiterentwickelten Konnektoren in einem Feldtest erfolgreich erprobt. In den bereits angebotenen Praxen werden die jeweiligen Konnektoren durch ein Software-Update für die neuen Anwendungen gerüstet – im Januar 2021 bereits zu ca. 80 %.

TI-Anbindung von Apotheken und Krankenhäusern gestartet

2020 wurde mit der Anbindung von Apotheken und Krankenhäusern begonnen bzw. wurde diese intensiviert. Wenngleich eine Vollausstattung aller Apotheken in der gesetzlich vorgegebenen Frist bis September 2020 nicht möglich war, ist die Anbindung der Apotheken seit der zweiten

Entwicklung der Telematikinfrastuktur



Jahreshälfte 2020 im Gange. Ähnliches gilt für den Krankenhaussektor. Die Krankenhäuser mussten sich gemäß gesetzlicher Frist bis Ende 2020 an die TI anbinden. Ist die Anbindung bis Ende 2021 immer noch nicht erfolgt, greifen ab 1. Januar 2022 Sanktionen.

Anbindung weiterer Sektoren in Vorbereitung

Die Anbindung der Pflegeeinrichtungen soll in einem nächsten Schritt erfolgen. Der GKV-Spitzenverband hat mit den Pflegeverbänden auf Bundesebene hierzu eine Finanzierungsvereinbarung getroffen, die im dritten Quartal 2020 in Kraft getreten ist. Da es, anders als bei den bisherigen Sektoren, keine gemeinsame Organisation für die Abrechnung gibt, wurde im Rahmen der Finanzierungsverhandlungen beschlossen, dass die Abrechnung über den GKV-Spitzenverband erfolgt, der speziell hierfür ein Abrechnungsportal aufbaut. Sobald alle notwendigen technischen Komponenten für den Pflegesektor auf dem Markt verfügbar sind, wird die Anbindung der Einrichtungen erfolgen. Derzeit fehlt es noch an einem Identifikationsverfahren. Es wird von einer Verfügbarkeit ab Mitte 2021 ausgegangen.

Auch Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, der öffentliche Gesundheitssektor sowie die Hebammen und Entbindungspfleger benötigen zur Anbindung an die TI eine elektronische Identifikation, die derzeit noch nicht spezifiziert und auf dem Markt verfügbar ist. Die gesetzliche Frist zum Abschluss der Finanzierungsvereinbarung mit den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie dem öffentlichen Gesundheitsdienst endete Anfang Oktober 2020. Die Frist für den Abschluss einer Finanzierungsvereinbarung mit den Hebammen und Entbindungspflegern lief Ende März 2021 ab.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Gemäß der gesetzlichen Grundlage ist die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ab 1. Januar 2021 von der Arztpraxis an die Krankenkasse mit Mitteln der TI zu übertragen. Der

GKV-Spitzenverband hat sich mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) darauf geeinigt, für die eAU das sichere Übermittlungsverfahren KIM zu nutzen. Hierfür ist es notwendig, dass sich beide Seiten, Arztpraxen und Krankenkassen, elektronisch ausweisen können. Die dazu seitens der Krankenkassen benötigten kryptografischen Schlüssel und Zertifikate der TI werden im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes entwickelt und sollen im dritten Quartal 2021 zur Verfügung stehen. Angesichts der notwendigen Anpassungen im Bundesmantelvertrag haben sich der GKV-Spitzenverband und die KBV geeinigt, dass eine verbindliche Übermittlung der eAU ab 1. Oktober 2021 erfolgen muss.

Elektronisches Rezept

Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) soll das eRezept ab 1. Januar 2022 zur Pflichtanwendung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztpraxen sowie Apotheken werden. Bereits ab 1. Juli 2021 sollen die technische Infrastruktur in den Betrieb gehen und damit erste eRezepte verordnet und abgerechnet werden können. Der GKV-Spitzenverband hat die hierfür notwendigen kollektivvertraglichen Änderungen mit der KBV und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) bis zum 31. März 2020 vereinbart. Die gematik hat bis Ende Juni 2020 die erste Version der Spezifikationen zum eRezept veröffentlicht, die die Grundlage für konkretisierende technische Regelungen der Leistungserbringer sind. Mit dem PDSG und nachfolgenden Gesetzgebungsverfahren ergibt sich fortlaufender Anpassungsbedarf bei den kollektivvertraglichen und technischen Rahmenbedingungen. Insbesondere die Übergangszeit vom Papierrezept zum eRezept erfordert durch das Vorhalten von Parallelstrukturen erheblichen Mehraufwand für die den Apotheken nachgelagerten komplexen Abrechnungsprozesse mit Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband steht hierzu im intensiven Austausch insbesondere mit dem DAV, um verbindliche Vorgaben für eine möglichst zeitnahe technische Umsetzung zu erzielen.

Bereits ab 1. Juli 2021 sollen erste eRezepte verordnet und abgerechnet werden können.

Potenziale der Digitalisierung für die Pflege

Von den Möglichkeiten der Telematikinfrastruktur (TI) wird zukünftig auch die Pflege profitieren. Durch den digitalen Austausch versorgungsrelevanter Daten und Informationen zwischen den an der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligten Akteuren sollen Versorgungsprozesse künftig effizienter organisiert und die Versorgung insgesamt qualitativ verbessert werden.

Modellprogramm zur Erprobung der TI in der Pflege

Zur Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die TI und des sektorenübergreifenden Informationsaustauschs startete der GKV-Spitzenverband 2020 ein Modellprogramm. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sollen bis 2024 verschiedene Komponenten der TI, wie z. B. die sichere Kommunikation im Medizinwesen, aus der Perspektive der ambulanten und stationären

Verschiedene Komponenten der TI sollen aus der Perspektive der ambulanten und stationären Pflege erprobt und vorhandene Standards des digitalen Informationsaustauschs überprüft und weiterentwickelt werden.

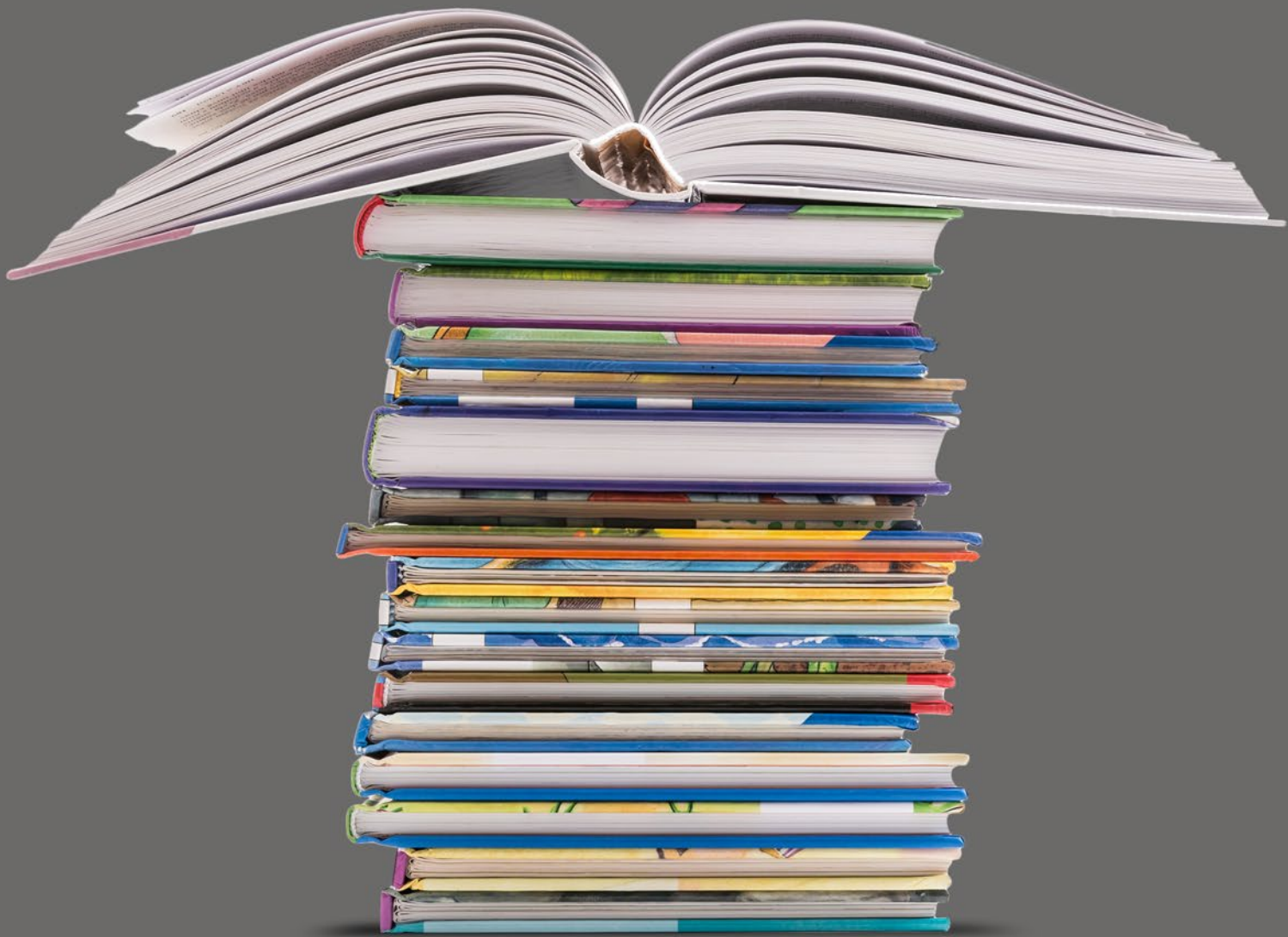
Pflege erprobt und vorhandene Standards des digitalen Informationsaustauschs für einen bundesweiten Roll-out überprüft und weiterentwickelt werden. Daneben sollen auch weitere Anwendungen entwickelt und erprobt werden, die bislang nicht Bestandteil der

TI sind, gleichwohl jedoch Innovationspotenzial für die Organisation von Versorgungsprozessen bergen, z. B. für das Entlassmanagement.

Das Modellprogramm wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Von besonderem Interesse ist die praktische Umsetzbarkeit: Wie lässt sich die neue Form des sektorenübergreifenden Informationsaustauschs in bestehende Versorgungsprozesse integrieren? Können alle beteiligten Leistungserbringer dies in der Praxis anwenden? Weiterhin sollen Auswirkungen auf Arbeits- und Organisationsprozesse in der pflegerischen Versorgung untersucht werden.

Auswahlprozess für Projekte und Evaluation

Erste Projekte sollen zu Beginn des Jahres 2021 starten. Für die Erprobung der gesetzlich vorgesehenen Anwendungen werden ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ausgewählt, die im Hinblick auf Trägerschaft, Größe, regionale Verteilung und Erfahrungsstand in der digitalen Kommunikation die Vielfalt an Einrichtungen angemessen repräsentieren. Konzepte für neue Anwendungen sollen einen besonderen Innovationsgehalt, eine hohe methodische Qualität und ein großes Verbesserungspotenzial für die sektorenübergreifende Versorgung aufweisen. Interessierte Pflegeeinrichtungen hatten im Herbst 2020 die Möglichkeit, sich im Rahmen eines Interessenbekundungsverfahrens für die Teilnahme am Modellprogramm zu bewerben. Ebenfalls im Herbst startete die Ausschreibung für die wissenschaftliche Evaluation. Es ist vorgesehen, dass die Evaluierenden Mitte des Jahres 2021 ihre Arbeit aufnehmen.



Home school ling, das; <engl.>
(für Eltern Übung in Demut gegenüber
den täglichen Leistungen der
Pädagoginnen und Pädagogen)

Finanzielle Förderung vertragsärztlicher Leistungen in der Kritik

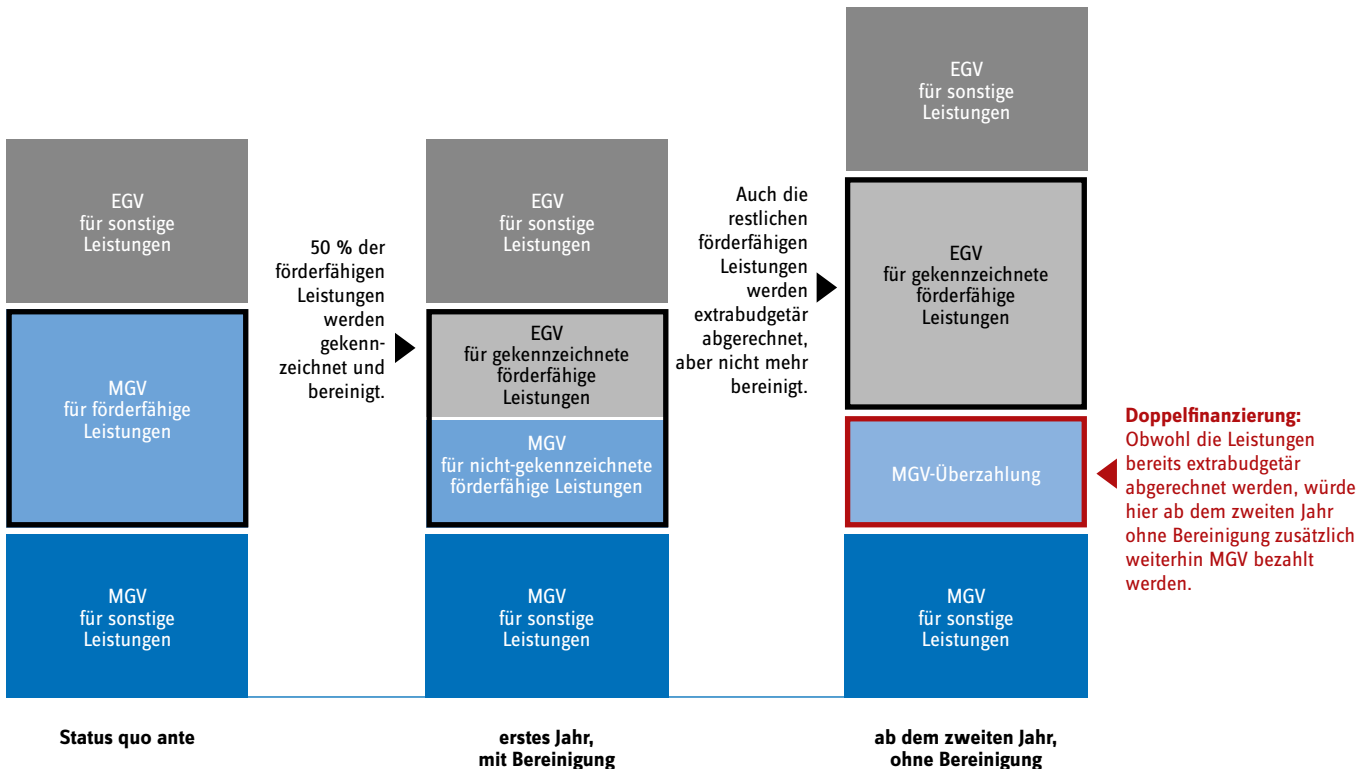
Betroffen sind Leistungen im Wert von jährlich fast 5 Mrd. Euro, die zukünftig von den Krankenkassen extrabudgetär vergütet werden müssten.

Um den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern und Wartezeiten zu verringern, wurde mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die finanzielle Förderung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, offenen Sprechstunden und Neupatientinnen und -patienten eingeführt. Hiervon betroffen sind Leistungen im Wert von jährlich fast 5 Mrd. Euro, die zukünftig von den Krankenkassen extrabudgetär vergütet und aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) herausgelöst werden.

Mehr als 80 % aller nach dem TSVG förderbaren Leistungen entfallen auf Leistungen für Neupatientinnen und -patienten.

Die Krankenkassen stehen wegen hiermit ausgelöster Mehrkosten und aufgrund der besonderen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie vor enormen finanziellen Belastungen. Geplante Mehrkosten für die Krankenkassen entstehen durch die Erhöhung der Vergütung der geförderten Leistungen, durch neu eingeführte Zuschläge für Terminvermittlungen sowie durch zukünftige Mengensteigerungen, die die Morbiditätsentwicklung überschreiten. Dies summiert sich auf jährliche Mehrkosten von rund 500 Mio. Euro.

Problem der Unterbereinigung und Doppelfinanzierung aufgrund nur einjähriger Bereinigung (schematisch)



MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
EGV = Extrabudgetäre Gesamtvergütung

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Faktische Doppelfinanzierung von Leistungen

Die mit dem TSVG vorgesehene, auf das erste Jahr begrenzte Bereinigung der Gesamtvergütung schafft jedoch einen starken Anreiz für die Vertragsärztinnen und -ärzte, die geförderten Leistungen verzögert oder zu Beginn nur in geringem Umfang extrabudgetär abzurechnen. Die im ersten Jahr anfallende Leistungsmenge ist dann nicht repräsentativ für die Folgejahre und eignet sich nicht zur Bestimmung eines einmaligen Bereinigungsbetrages. Im Ergebnis verbleiben in der MGW dadurch nach Ablauf des Bereinigungsjahres weiterhin Finanzmittel für Leistungen, die zusätzlich extrabudgetär und damit doppelt vergütet werden. Der GKV-Spitzenverband hatte bereits im Gesetzgebungsverfahren hiervor gewarnt.

Wie die bislang vorliegenden Abrechnungsdaten zeigen, wurde bis Juni 2020 tatsächlich nur für etwa jede zweite förderfähige Leistung eine extrabudgetäre Vergütung in Anspruch genommen. Dabei lag dieser Anteil während der Coronapandemie etwa zehn Prozentpunkte unter dem Anteil vor der Pandemie. Die damit verbundene massive Unterbereinigung führt – auf das gesamte Bereinigungsjahr hochgerechnet – zu weiteren ungeplanten und dauerhaften Mehrkosten in Form einer Doppelfinanzierung von über 2 Mrd. Euro jährlich. Diese belastet die durch die Pandemie ohnehin angespannten Krankenkassenhaushalte zusätzlich stark. Zudem ist auffällig, dass der Anteil der als TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen an der Gesamtleistungsmenge in den einzelnen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit 0,6 bis 9,7 % eine erhebliche Spreizung aufweist. Dies lässt auf teilweise systematische Unterkennzeichnung schließen und führt zu starken Unterschieden der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen. Sämtliche Bemühungen der vergangenen Jahre hin zu einer Konvergenz der ärztlichen Vergütungen in Deutschland würden hierdurch konterkariert und einzelne Krankenkassen mit entsprechenden regionalen Schwerpunkten überproportional belastet.

Der Gesetzgeber hat das Unterbereinigungsproblem inzwischen anerkannt und im Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (später dann in das Tierarzneimittelgesetz verschoben) ein Korrekturverfahren zur zukünftigen Reduzierung der Doppelfinanzierung vorgesehen. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung. Jedoch wird mit der derzeit geplanten Ausgestaltung die Doppelfinanzierung lediglich abgemildert und nicht in vollem Umfang beseitigt, da das Korrekturverfahren nur für drei von vier Quartalen angewendet werden soll. Dadurch käme es weiterhin zu einer unsachgemäßen Doppelvergütung und regionalen Divergenz in jeweils einem Quartal eines jeden Jahres. Da die Korrektur zudem erst im vierten Quartal 2021 beginnen soll, verbliebe bis dahin immer noch eine erhebliche einmalige Überzahlung in den Quartalen 4/2020 bis 3/2021 von voraussichtlich über 2 Mrd. Euro. Schließlich ist zu befürchten, dass ein Teil der Unterbereinigung bei einer weiter andauernden Pandemie auch durch eine einmalige Korrektur nicht beseitigt werden kann.

Die massive Unterbereinigung führt – auf das gesamte Bereinigungsjahr hochgerechnet – zu weiteren ungeplanten und dauerhaften Mehrkosten in Form einer Doppelfinanzierung von über 2 Mrd. Euro jährlich.

Erforderliche Nachbesserungen

Der GKV-Spitzenverband hält es zur Vermeidung dieser nicht sachgerechten Zusatzbelastungen für erforderlich, mit der Korrektur der Bereinigung spätestens bereits im dritten Quartal 2021 zu beginnen und diese mindestens zwei Jahre lang durchzuführen, um Auswirkungen der andauernden pandemischen Lage zu minimieren. Zudem sollten die bis zum Einsetzen der Korrektur angefallenen Überzahlungen nicht basiswirksam mit zukünftigen Zahlungen verrechnet werden.

Mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei Selektivverträgen

Besondere Versorgungsaufträge können auch mit anderen Leistungsanbietern sowie Sozialleistungsträgern bzw. anderen Trägern der Daseinsvorsorge geschlossen werden.

Bereits zu Beginn der 19. Legislaturperiode hatte der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier eine flexiblere Ausgestaltung des Ordnungsrahmens zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung eingefordert. Um die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen, sind mehr wettbewerbliche Gestaltungsfreiheiten für die Krankenkassen notwendig. Die Möglichkeiten der einzelnen Krankenkasse, an den Präferenzen ihrer Versicherten orientierte gesundheitliche Versorgungsangebote durch Einzelverträge mit Leistungserbringern zu entwickeln und im Wettbewerb anzubieten, waren bisher jedoch begrenzt, und auch die Auslegung bestehender gesetzlicher Regelungen, insbesondere in der Aufsichtspraxis, war nicht immer eindeutig. Das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) bringt hier nun wichtige Änderungen.

Kreis der Vertragspartner erweitert

Mit dem GPVG wurde 2020 eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Stärkung der selektivvertraglichen Versorgung umgesetzt. Insgesamt wird es nun einfacher, unterschiedliche Leistungsträger

und Versorgungseinrichtungen einzubeziehen. Bisher war das Angebot besonderer ambulanter ärztlicher Versorgungsaufträge im Rahmen von Selektivverträgen auf rein vertragsärztliche Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften beschränkt. Dies ändert sich nun. Künftig wird der Kreis der möglichen Vertragspartner und teilnahmeberechtigten Leistungserbringer durch den Gesetzgeber erweitert. Somit können besondere Versorgungsaufträge auch mit anderen Leistungsanbietern sowie Sozialleistungsträgern bzw. anderen Trägern der Daseinsvorsorge, z. B. mit kommunalen Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe, geschlossen werden. Dies bietet die Möglichkeit, auch solche Versorgungsansätze zu erproben, die den Übergang zwischen den Sektoren und zwischen unterschiedlichen Sozialversicherungsbereichen erleichtern sollen. Die Versorgungsrealität hat gezeigt, dass sich Versorgungsprobleme häufig an den Grenzen unterschiedlicher Regelungsbereiche zeigen. Insofern ist es sinnvoll, innovative Versorgungskonzepte gerade hier noch stärker als bisher im Rahmen von Selektivverträgen zu ermöglichen.

Ferner wird mit dem GPVG klargestellt, dass sich Verträge zur besonderen Versorgung auf einzelne



Erweiterung selektivvertraglicher Möglichkeiten nach § 140a SGB V

- Ausweitung Vertragspartner, z. B. Beteiligung anderer Sozialleistungsträger
- Förderung besonderer regionaler Versorgung, die von Leistungserbringern selbstständig durchgeführt wird
- Übertragung von Beratungs-, Koordinations- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen an Dritte/Vertragspartner
- Für durch den Innovationsfonds geförderte Projekte gelten die gesetzlichen Anforderungen an Selektivverträge als erfüllt.

Regionen beschränken können und damit der teilnehmende Personenkreis regional differenziert werden darf. Auch können sich die Vertragspartner darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden. Diese Regelungen flexibilisieren die selektive Vertragsgestaltung und sollten auch zu einer Klarstellung in der Aufsichtspraxis führen.

Allerdings wird mit der im GPVG vorgesehenen Änderung auch eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung (PKV) an besonderen Versorgungsformen als Vertragspartner ermöglicht. Der GKV-Spitzenverband vertritt nach wie vor die Position, dass es nicht sachgerecht ist, PKV-Unternehmen den Einstieg in innovative Versorgungsverträge der gesetzlichen Krankenkassen zu ermöglichen. Im bestehenden dualen System der Krankenversicherung sollten die mit den Beitragsgeldern der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelten und finanzierten Versorgungsinnovationen auch ausschließlich den gesetzlich Versicherten zugutekommen.

Zugang zu Versorgungsinnovationen erleichtert

Weiterhin wurden im Rahmen des GPVG Selektivverträge auch für Versorgungsinnovationen geöffnet: Bei Projekten, die durch den Innovationsfonds gefördert wurden, ist es nun möglich, bereits erprobte Projektstrukturen auch selektivvertraglich auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Auch wird die Fortführung selektivvertraglich geförderter Projekte künftig nicht mehr durch eine möglicherweise unterschiedliche Aufsichtspraxis erschwert. So können die Vertragspartner darauf vertrauen, dass die Möglichkeit zur Fortführung der Verträge grundsätzlich besteht, sofern diese die Prüfung durch den Innovationsfonds erfolgreich bestanden haben. Das schafft Planungssicherheit, denn so ist klargestellt, dass Selektivverträge nicht einem Genehmigungsvorbehalt im Sinne einer präventiven Vertragskontrolle unterliegen, sondern einer anlassbezogenen Aufsicht mit der Möglichkeit des Eingriffs im Falle einer erheblichen Rechtsverletzung. Dies schließt auch die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge ein.

Der GKV-Spitzenverband lehnt nach wie vor den Einstieg von PKV-Unternehmen in innovative Versorgungsverträge der gesetzlichen Krankenkassen ab.

Weiterentwicklung des EBM

Ein wesentlicher Aspekt im Rahmen der Neufassung war die deutliche Förderung der sogenannten sprechenden Medizin durch ein sachgerechteres Verhältnis der Leistungsbewertungen zueinander.

Der GKV-Spitzenverband hatte im Dezember 2019 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss Ärzte die Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs

(EBM) beschlossen. Der neue EBM gilt seit dem 1. April 2020.

Ziele der Anpassung

Die Ziele bei der umfassenden Anpassung und Weiterentwicklung des EBM waren u. a. die Berücksichtigung des realen

Versorgungsbedarfs der Versicherten sowie des aktuellen Stands von Wissenschaft und Technik. Ein weiterer wesentlicher Aspekt im Rahmen der Neufassung war auch die deutliche Förderung der sogenannten sprechenden Medizin durch ein sachgerechteres Verhältnis der Leistungsbewertungen zueinander, vor allem zwischen Gesprächsleistungen und technikintensiven Leistungen.

Neue betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage

Die Anpassung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsgrundlage der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen war ein maßgeblicher Bestandteil der Beratungen zur Weiterentwicklung des EBM. Die Kalkulationssystematik bildet die Grundlage für die Bewertung eines Großteils der Leistungen des EBM. Sie unterscheidet zwischen ärztlichen und technischen Leistungsanteilen und weist diesen Punkte zu. Im Mittelpunkt der Beratungen standen die Überprüfung und Anpassung der Zeitansätze des ärztlichen Leistungsanteils. Die aktuellen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen wurden dabei berücksichtigt.

Neben den Anpassungen der Kalkulationsgrundlage wurden auch zahlreiche strukturelle und inhaltliche Änderungen am EBM vorgenommen. Dazu gehören etwa die zeitliche Ausweitung von Samstagssprechstunden, neue Leistungen zur Förderung der Teilnahme am Chlamydien-Screening oder die Aufnahme der Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie ins Hautkrebs-Screening.



Ziele der EBM-Weiterentwicklung und einige Schwerpunkte

- Anpassung des EBM unter Berücksichtigung des aktuellen Stands von medizinischer Wissenschaft und Technik
- Förderung der sogenannten sprechenden Medizin
- Weiterentwicklung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode

Auswahl inhaltlicher und struktureller Änderungen am EBM im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung:

- Zeitliche Ausweitung von Samstagssprechstunden
- Neue Leistungen zur Förderung der Teilnahme am Chlamydien-Screening
- Aufnahme der Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie ins Hautkrebs-Screening
- Klarstellung von Leistungsinhalten im Rahmen der Empfängnisregelung
- Umstrukturierung von reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen
- Neue Leistungen und Sachkostenpauschalen im Rahmen der Allergietestungen
- Streichung von Leistungen, die in der ambulanten Versorgung nicht mehr oder nur sehr selten durchgeführt werden
- Zahlreiche redaktionelle Änderungen an Gebührenordnungspositionen im EBM

Honorarverhandlungen zur ärztlichen Vergütung

Die jährlichen Honorarverhandlungen für Ärztinnen und Ärzte beinhalten die Anpassung des Orientierungswertes (Festlegung der Preiskomponente) und die Empfehlungen zur morbiditätsbedingten Veränderungsrate (Festlegung der Mengenkompente).

Preiskomponente wird um 1,25 % erhöht


In den diesjährigen Verhandlungen hatte der GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss vor dem Hintergrund der allgemeinen Kostenentwicklung, der Einkommensentwicklung der Arztpraxen sowie der zu erwartenden, auch pandemiebedingten, kritischen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2021 eine Beibehaltung des im Jahr 2020 geltenden Orientierungswertes für das Jahr 2021 beantragt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung forderte mit Verweis auf die durchschnittliche Tarifentwicklung für stationär tätige Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 die Anhebung des Orientierungswertes um rund 3 %.

Nachdem sich die Vertragspartner nicht auf eine Anpassung des Orientierungswertes einigen konnten, wurde der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen, der mit den Stimmen der Kassenseite und gegen die Stimmen der Ärztevertreterinnen und -vertreter eine Steigerung des Orientierungswertes um 1,25 % für das Jahr 2021 festlegte. Dies entspricht einem Vergütungszuwachs von ca. 470 Mio. Euro.

Empfehlungen zur Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur

Der Bewertungsausschuss sprach zudem eine Empfehlung zu den Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur aus, die die Krankheitslast der GKV-Versicherten berücksichtigen. Voraussichtlich steigt der bundesweite Behandlungsbedarf bei einer hälftigen Gewichtung der diagnosebezogenen und demografischen Veränderungsrate im Jahr 2021 um durchschnittlich 0,29 % (ca. 80 Mio. Euro).

Honorarsteigerungen im Jahr 2021

	Erhöhung des Orientierungswertes 2021 um 1,25 % (Preiskomponente)	ca. 470 Mio. Euro
	Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2021 aufgrund der Morbiditätsveränderung (Mengkompente)	ca. 80 Mio. Euro
	Mengenentwicklung der extrabudgetären Leistungen (EGV) 2021 (Annahme: 3 %)	ca. 550 Mio. Euro
Gesamtanstieg 2021		ca. 1.100 Mio. Euro

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Honorarsteigerungen im Jahr 2021 um mindestens 1 Mrd. Euro

Die Einkünfte der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte steigen aufgrund der gefassten Beschlüsse im Jahr 2021 spürbar. Neben den Vergütungszuwächsen aus der Anpassung der Mengen- und der Preiskomponente steigt auch die Anzahl der außerbudgetär geförderten Leistungen, wie z. B. 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 2021 voraussichtlich um weitere 550 Mio. Euro steigen. In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 somit rund 1,1 Mrd. Euro zusätzlich – ein Anstieg um 2,6 % im Vergleich zum Vorjahr.

In der Summe erhalten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 rund 1,1 Mrd. Euro zusätzlich.

Noch nicht berücksichtigt sind in diesem Ausgabenanstieg Mehrkosten, die sich durch die Corona-Pandemie sowie durch die Unterbereinigung bei der Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes und weitere Ausgaben aufgrund gesetzlicher Regelungen ergeben.



Jogginghose, die; -en
(das neue Business Casual)

Zukunftsprogramm für Krankenhäuser

Der Nachholbedarf an Investitionen in die digitale Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern ist unbestritten, der erwartbare Nutzen der Digitalisierung im Hinblick auf die Verbesserung von Versorgungsprozessen und -qualität groß. Aus diesem Grund wurde im Oktober 2020 mit dem Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) ein dezidiert digitales Förderprogramm verabschiedet. Dafür werden aus dem Bundeshaushalt 3 Mrd. Euro in Form eines Krankenhauszukunftsfonds zur Verfügung gestellt.

Mittelverteilung und Fördergegenstände

Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sieht neben einem Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Mrd. Euro eine Kofinanzierung der geförderten Vorhaben in Höhe von 30 % vor. Diese Kofinanzierung kann durch die Länder allein, unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger oder ausschließlich durch die Krankenhausträger erfolgen. Dabei kann das Gesamtvolumen der Kofinanzierung über die Gesamtlauzeit des Programms bis zu 1,3 Mrd. Euro betragen.

Unabhängig von der Förderung sollen alle Krankenhäuser motiviert werden, ihre digitale Infrastruktur analog zu den in der Verordnung festgelegten Fördergegenständen zu entwickeln. Dies soll mit einer Abschlagsregelung, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband zu vereinbaren haben, ab dem Jahr 2025 sichergestellt werden. Danach kann ein Abschlag von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags fällig werden, wenn ein Krankenhaus nicht die entsprechenden, in der Verordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt und ihre Nutzung nachweist.

Der Schwerpunkt der Förder- bzw. grundsätzlichen Investitionsmaßnahmen liegt in den Bereichen Patientenportale, Leistungsdokumentation sowie IT- und Cybersicherheit.

Bei allen IT-Vorhaben muss sichergestellt sein, dass Standards zur Interoperabilität angewendet und Maßnahmen zur Gewährleistung der Infor-

mationssicherheit auf dem Stand der Technik ergriffen werden. Sofern anwendbar, sind im Rahmen der geförderten Strukturen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem SGB V zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen.



Förderfähige Vorhaben gem. § 19 Abs. 1 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Fördertatbestände

- 1 Anpassung der (informations-)technischen Ausstattung der Notaufnahme eines Krankenhauses an den jeweils aktuellen Stand der Technik
- 2 Patientenportale
 - Digitales Aufnahmemanagement
 - Digitales Behandlungsmanagement
 - Digitales Entlass- und Überleitungsmanagement
- 3 Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation
- 4 Einrichtung teil- oder vollautomatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme
- 5 Digitales Medikationsmanagement
- 6 Digitale Leistungsanforderung
- 7 Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme
- 8 Digitales Versorgungsnachweissystem für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungseinrichtungen
- 9 Informationstechnische, kommunikationstechnische und robotikbasierte Anlagen, Systeme oder Verfahren und telemedizinische Netzwerke
- 10 IT-Sicherheit
- 11 Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungsformen im Fall einer Epidemie

Neuberechnung der Pflegepersonalkosten

Die umfangreiche Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen erfolgte auf Bundesebene im Jahr 2019. Im Jahr 2020 wurden die wesentlichen Vereinbarungen zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten fortgeschrieben und aktualisiert. Dies betraf insbesondere die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung. Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System als aG-DRG-System (ausgliedertes G-DRG-System) bezeichnet.

Pflegebudget-Verhandlungen durch Pandemie verzögert

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Bundesebene sollte zunächst im Rahmen der Verhandlungen der Pflegebudgets für die einzelnen Krankenhäuser umgesetzt werden. Da die Vereinbarung der Krankenhaus- und der Pflegebudgets im Jahr 2020 flächendeckend durch die Corona-Pandemie verzögert wurde, haben 2020 nahezu alle Krankenhäuser im Pflegebereich die gesetzlich fixierte vorläufige Tagesvergütung für eine Pflegekraft abgerechnet. Dieser vorläufig zur Abrechnung angesetzte Preis wurde Ende März 2020 mit Wirkung zu Anfang April mithilfe des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes vom Gesetzgeber erhöht, von 146,55 Euro auf 185 Euro. Zudem wurde für das Jahr 2020 festgelegt, dass der erzielte Pflegeerlös dem Krankenhaus selbst dann verbleibt, wenn die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalausgaben geringer ausfallen. Liegen die Erlöse unterhalb der tatsächlichen Pflegepersonalkosten, ist die Differenz durch die Krankenkassen vollständig auszugleichen.

In einigen wenigen Krankenhäusern konnten im zweiten Halbjahr 2020 dennoch Pflegebudgetverhandlungen geführt werden, die allerdings häufig vor Schiedsstellen endeten. Grund dafür waren die unterschiedlichen Sichtweisen der Vertragsparteien darüber, welche Tätigkeiten die sogenannte Pflege am Bett umfasst und wie diese von anderen nicht-pflegerischen Aufgaben abgegrenzt

werden. Da die Krankenhäuser im Rahmen der Selbstkostendeckung alle angefallenen Pflegekosten über das Pflegebudget erstattet bekommen, entsteht ein starker Fehlanreiz, einerseits möglichst viele Tätigkeiten auf die Pflegekräfte zu verlagern und andererseits so viel Personal wie möglich in die Pflegebudgets zu buchen.

Doppelfinanzierung durch die GKV vermeiden

Im Rahmen der jährlichen Diskussion zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) über die Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems wurde Ende 2020 das Abgrenzungsproblem der Pflegepersonalkosten erneut auf Bundesebene thematisiert. Es wurde deutlich, dass die Pflegepersonalkosten innerhalb eines Kalkulationsjahres um rund 1,6 Mrd. Euro gestiegen waren. Die Verabschiedung des aG-DRG-Katalogs (Fallpauschalen ohne Pflege) und des Pflegeerlöskatalogs 2021 verzögerte sich, weil es Uneinigkeit darüber gab, ob und in welcher Größenordnung diese mehr als zehnpromtente Steigerung des Pflegebudgets durch Kostenverlagerungen aus dem aG-DRG entstanden war, die eine komplementäre Bereinigung der Fallpauschalen erfordert. Ein Teil dieses Kostenanstiegs im Bereich der Pflege lässt sich mit der Tarifentwicklung (ca. 430-470 Mio. Euro), der Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms (ca. 420 Mio. Euro) und der Entwicklung im Bereich der Aufnahmestationen und Ambulanzen (ca. 100-135 Mio. Euro) erklären. Es ist jedoch zu befürchten, dass der Anstieg der übrigen Kosten teilweise darauf zurückzuführen ist, dass Kosten aus dem aG-DRG-Budget in das Pflegebudget verschoben wurden. Auf diese Weise würde die gesetzliche Krankenversicherung einen Teil der Pflegekosten doppelt finanzieren.

Da die Krankenhäuser im Rahmen der Selbstkostendeckung alle Pflegekosten über das Pflegebudget erstattet bekommen, gibt es einen starken Fehlanreiz.

Kompromiss zur Abgrenzung der Pflegebudgets vereinbart

Anfang November 2020 konnte zwischen DKG und GKV-Spitzenverband ein Kompromiss ausgearbeitet werden, der die Verlagerungseffekte eingrenzt und die grundsätzliche Frage nach der Abgrenzung des Pflegebudgets adressiert: Für 2021 wurde das aG-DRG-System um 200 Mio. Euro bereinigt. Daneben sieht der Kompromiss eine Schärfung der Vorgaben für das Pflegebudget auf Basis einer qualifikationsbezogenen Berufsabgrenzung vor. Grundlage hierfür sind die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung genannten Pflegeberufe.

Darüber hinaus beinhaltet der Kompromiss eine gemeinsame Initiative zur gesetzlichen Anpassung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf einen Betrag von 163,09 Euro ab Januar 2021. Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen des dritten Bevölkerungsschutzgesetzes aufgegriffen und umgesetzt. Durch die Kompromissfindung konnten der aG-DRG-Katalog 2021 geeint und eine Ersatzvornahme vermieden werden.

Vorgaben zum Mindest-Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern

Pflegebedarf und Pflegeleistung sollen weitestgehend aus der digitalen Patientenakte ableitbar sein.

Seit Januar 2019 gelten für Krankenhäuser verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen. Das Instrument „Pflegepersonaluntergrenzen“ schreibt je Bereich eine bestimmte Mindestanzahl von Pflegekräften vor, die eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten versorgen. Wird im Monatsdurchschnitt weniger Pflegepersonal als mindestens vorgeschrieben eingesetzt, muss das Krankenhaus Vergütungsabschläge hinnehmen oder zukünftig die Anzahl an Patientinnen und Patienten reduzieren.

Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2021

Laut gesetzlicher Vorgabe sollte im Jahr 2020 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, wie vorhandene Pflegepersonaluntergrenzen weiterentwickelt und in welchen Krankenhausbereichen neue Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt werden. Bereits das dritte Jahr in Folge kam jedoch keine Vereinbarung zustande. Daraufhin legte das Bundesgesundheitsministerium Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2021 in den bereits bestehenden acht Bereichen fest und führte zudem Untergrenzen in den Bereichen Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrische Intensivmedizin und Pädiatrie ein.

Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes

Im Jahr 2020 wurde - ungeachtet der Corona-Pandemie - die Diskussion über ein zukunftsweisendes Pflegepersonalbemessungsinstrument fortgeführt. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes soll ein pflegewissenschaftliches Instrument entwickelt werden, welches durch eine standardisierte und vollständig digitalisierte Pflegeprozessdokumentation zur Etablierung einer einheitlichen Pflegefachsprache in Deutschland beiträgt. Durch die standardisierte Erfassung des Pflegebedarfs (Pflegeassessment) und der pflegerischen Leistungsdokumentation soll zum einen eine digital ableitbare, am Pflegebedarf orientierte Pflegepersonalbemessung ermöglicht werden. Zum anderen ist eine digital gestützte Überprüfung erforderlich, aus der hervorgeht, ob die tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen dem Bedarf der Patientinnen und Patienten auch gerecht wurden. Weiterhin ist bei der Entwicklung des Instruments der vorhandene Qualifikationsmix von Pflegekräften zu berücksichtigen, um der tatsächlichen Versorgungs- und Pflegepersonalsituation gerecht zu werden. Insgesamt wird darüber hinaus die Grundlage geschaffen, die Pflege in die üblichen Klassifikationssysteme im Gesundheitswesen zu implementieren.

Die DKG hat alternativ eine Weiterentwicklung der 30 Jahre alten Pflegepersonal-Regelung für die Pflegepersonalbemessung vorgeschlagen. Diese erfüllt die modernen Anforderungen an Bedarfsmessung und Patientenschutz allerdings nicht.

Pflegepersonaluntergrenzen für 2021 (ab 01.02.2021)

	Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie		Geriatric		Herzchirurgie		Innere Medizin und Kardiologie		Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin*		Neurologie		Neurolog. Frühreha		Neurolog. Schlaganfall-einheit		Pädiatrie	
Patienten/Pflegekraft	10	20	10	20	7	15	10	22	2	3	10	20	5	12	3	5	6	10
Anteil Hilfskräfte	10 %	10 %	15 %	20 %	5 %	0 %	10 %	10 %	5 %	5 %	8 %	8 %	10 %	10 %	0 %	0 %	5 %	5 %

* Bis 31.01.2021 gelten in der Intensivmedizin die Verhältniszahlen von „2,5 zu 1“ in der Tagschicht (Anteil Hilfskräfte: 8 %) und „3,5 zu 1“ in der Nachtschicht (Anteil Hilfskräfte: 0 %). Darstellung: GKV-Spitzenverband

Weiterentwicklung von Mindestmengen für Krankenhausleistungen

Die Mindestmengenregelung ist ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Sie dient der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstellt einen Katalog planbarer Krankenhausleistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit dieser Behandlungen und der Versorgungsqualität festgestellt wurde. Für diese Leistungen legt der G-BA auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Mindestmengen fest. Können Krankenhäuser an ihren jeweiligen Standorten eine bestimmte Mindestmenge im folgenden Kalenderjahr voraussichtlich nicht erfüllen, so dürfen sie diese Leistungen nicht anbieten bzw. haben keinen Anspruch auf Vergütung.

Der Katalog planbarer Leistungen mit Mindestmengen wird fortlaufend überprüft und erweitert. Im Jahr 2020 wurden die Beschlussfassungen im G-BA zur Festlegung neuer sowie zur Anpassung alter Mindestmengen wieder aufgenommen. Zuvor waren die Mindestmengenregelung und die Verfahrensordnung nach Vorgaben aus dem Krankenhausstrukturgesetz umfänglich angepasst worden. Der GKV-Spitzenverband hat sich für Zielvorgaben und konkrete Prozessschritte eingesetzt, die sicherstellen, dass eine Beratungsdauer von zwei Jahren zukünftig nicht mehr überschritten wird.

Beschlüsse und Beratungen des G-BA 2020

2020 wurde eine Anpassung der zählbaren Eingriffe bei der bestehenden Mindestmenge für Lebertransplantationen inkl. Teilleber-Lebendspende beschlossen. Der G-BA fasste darüber hinaus im Dezember 2020 Beschlüsse für die Anpassung der bestehenden Mindestmengen für folgende planbare Leistungen:

- Nierentransplantation inkl. Lebendspende (Aktualisierung der zählbaren Eingriffe unter Beibehaltung der Mindestmengenhöhe)
- komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (Erhöhung der Mindestmenge von 10 auf 26 pro Jahr)
- Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 g (Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 25 pro Jahr)

Übersicht über bestehende Mindestmengen (Stand 03/2021)

Eingriff	Mindestmenge
Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende)	20
Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)	25
komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	26
komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen (Knie-TEP)	50
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm	25

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zudem wurden 2020 folgende Beratungsverfahren aufgenommen:

- Anpassung der bestehenden Mindestmenge für komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse
- Einführung einer neuen Mindestmenge für Herztransplantationen
- Einführung einer neuen Mindestmenge für die kathetergestützte Aortenklappenimplantation

Geplante Mindestmengen-Beschlüsse für 2021

Für das Jahr 2021 wurde bereits vom G-BA festgelegt, dass neue Mindestmengen-Beschlüsse zu folgenden vom GKV-Spitzenverband beantragten Eingriffen vorbereitet und getroffen werden sollen:

- komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse
- allogene Stammzell-Transplantationen
- Brustkrebs-Operationen
- Lungenkrebs-Operationen

Darüber hinaus werden vom GKV-Spitzenverband weitere Anträge zur Einführung neuer Mindestmengen geprüft und vorbereitet.

Für Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Behandlung und der Versorgungsqualität besteht, legt der G-BA Mindestmengen fest.

Bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege

Die GKV hat im Förderzeitraum rund 807 Mio. Euro für den Aufbau von Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

Derzeit wird der Aufbau von Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern über zwei Förderprogramme von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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 Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich zur Jahresmitte über die Umsetzung zu berichten.

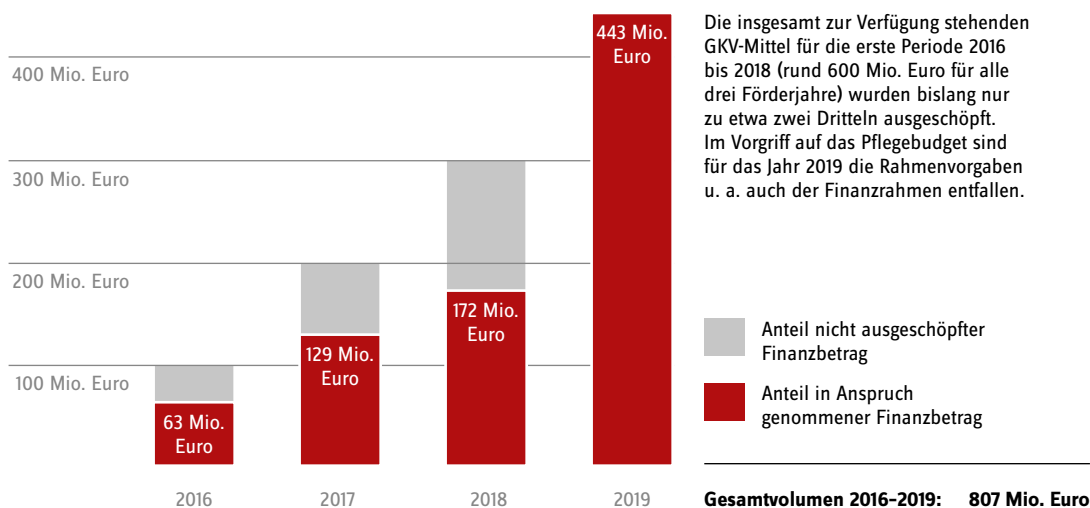
Pflegepersonal aufstocken

Mit dem Pflegestellen-Förderprogramm standen von 2016 bis 2018 rund 660 Mio. Euro für die Stärkung der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zur Verfügung. Jährlich konnten bis zu 0,15 % des Krankenhausbudgets zusätzlich für die Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal oder für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in der Pflege vereinbart werden. Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Förderung auf das Jahr 2019 ausgedehnt, wobei wesentliche Fördervoraussetzungen entfallen sind.

Ende Juli 2020 hat der GKV-Spitzenverband dem BMG den vierten Bericht zur Inanspruchnahme in den Förderjahren 2016 bis 2019 vorgelegt. Dieser belegt, dass die GKV bislang rund 807 Mio. Euro für den Aufbau von Pflegepersonalstellen in Krankenhäusern zur Verfügung gestellt hat. Allein im Jahr 2019 haben rund 700 Krankenhäuser von der Förderung profitiert und mit den gesetzlichen Krankenkassen zusätzliche Mittel in Höhe von rund 443 Mio. Euro vereinbart.

Für alle vier Förderjahre wurde der Aufbau von etwa 7.400 Pflegepersonalstellen vereinbart. Inwiefern tatsächlich zusätzliche Pflegestellen aus den Vereinbarungen entstanden sind, lässt sich nur zeitversetzt über die Testate der Jahresabschlussprüfungen feststellen. Bisher sind mindestens 2.600 Vollzeitstellen nachweislich mit Fachpersonal besetzt worden. Weitere Testate, insbesondere für 2019, stehen noch aus. Ab dem Jahr 2020 werden alle in den Kliniken anfallenden Pflegepersonalkosten von der GKV über das Pflegebudget refinanziert.

Vereinbarte Finanzmittel in den Förderjahren 2016–2019



Quelle: Vierter Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm vom 31.07.2020
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gewährleisten

Mit dem PpSG wurde ein Programm zur Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Krankenhäusern eingerichtet. Im Zeitraum von 2019 bis 2024 können Kliniken bis zu 0,1 % (2019) bzw. 0,12 % (ab 2020) des Krankenhausbudgets zusätzlich für entsprechende Maßnahmen erhalten. Übergeordnetes Ziel des Programms ist es, durch attraktive Arbeitsbedingungen mehr examinierte Pflegekräfte und Hebammen zu gewinnen.

Dem ersten Bericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß wurden für das Jahr 2019 in 213 Krankenhäusern (21 % der anspruchsberechtigten Kliniken mit Budgetvereinbarung) rund 7,8 Mio. Euro für entsprechende Maßnahmen von den Krankenkassen bereitgestellt. Das Spektrum der geförderten Maßnahmen umfasst bisher im Wesentlichen

sechs Themenfelder (vgl. Tabelle). Der Bericht vermittelt einen ersten Eindruck zum Vereinbarungsgeschehen im Auftaktjahr. Der Einstieg in die Förderung wird als gelungen betrachtet.

Dabei sind die Daten noch nicht abschließend und können, z. B. aufgrund noch ausstehender Budget-Abschlüsse, Veränderungen unterliegen, die in späteren Berichten dargelegt werden. Zudem kann erst im Laufe des Förderzeitraums über die zunehmend verfügbaren Testate der Jahresabschlussprüfungen die zweckentsprechende Mittelverwendung festgestellt werden. Dies betrifft auch Angaben über den Stellenzuwachs in den teilnehmenden Kliniken. Die Daten lassen jedoch keine Rückschlüsse zu, inwieweit die geförderten Vereinbarkeitsmaßnahmen kausal zu Neueinstellungen von Pflegepersonal führen.

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

Vereinbarkeit: Art und Anzahl der Maßnahmen gemäß Vereinbarungen 2019 (Meldestand: 28.04.2020)

Kategorie	Art der Maßnahme	Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung einer entsprechenden Maßnahme*	Anteil in Prozent
1	Beratungsangebote, Betreuungskontingente und Zuschüsse mit dem Ziel der Entlastung bei Kinderbetreuung bzw. Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger	117 davon 21 Krankenhäuser mit mehr als einer Nennung aus diesem Bereich	55
2	Flexible, vereinbarkeitsorientierte Arbeitszeitmodelle	55	26
3	Optimierung betrieblicher Prozesse bzgl. Dienstplanverwaltung und Vereinbarkeitsmanagement	19	9
4	Betriebliche Zusatzleistungen wie Personalentwicklung, Gratifikationen, Gesundheitsförderung	43	20
5	Förderung des Wiedereinstiegs nach beruflicher Auszeit	15	7
6	Undifferenzierte Vereinbarung	45	21

*Mehrfachnennungen möglich, Gesamtanzahl teilnehmender Krankenhäuser: n = 213. In 21 Krankenhäusern wurde mehr als eine Maßnahme im Bereich der Kinder- bzw. Angehörigenbetreuung vereinbart. Hier erfolgte eine einmalige Zählung.

Quelle: Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf im Förderjahr 2019; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum

Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten erhalten künftig eine pauschale jährliche Förderung zwischen 400.000 und 800.000 Euro.

Seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro pro Krankenhaus. Zur Identifizierung der zuschlagsberechtigten Krankenhäuser vereinbarten die Vertragsparteien auf Bundesebene jährlich bis Ende Juni eine Liste der Krankenhäuser, welche die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Kriterien erfüllen. Zu berücksichtigen sind dabei sowohl Krankenhäuser der Grundversorgung, die jeweils eine Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie vorhalten, als auch Krankenhäuser mit einer geburtshilflichen Fachabteilung. Der Zuschlag wird auch dann ausbezahlt, wenn die entsprechenden Kliniken kein Defizit haben.

Bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die im Jahr 2021 einen Zuschlag erhalten



n=140
Quelle: Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG,
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband haben sich fristgerecht im Juni 2020 auf die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser, die im Vereinbarungsjahr 2021 einen Anspruch auf eine pauschale Förderung haben, verständigt. Insgesamt wurden 121 Krankenhäuser in die Liste aufgenommen.

Basisangebot um Kinder- und Jugendmedizin erweitert

Anfang Oktober 2020 hat der G-BA die Sicherstellungsregelungen um die Kinder- und Jugendmedizin erweitert. Der GKV-Spitzenverband hatte sich für die Aufnahme der Beratungen eingesetzt, damit zukünftig auch solche Fachabteilungen zum Basisangebot gehören, das Krankenhäuser in ländlichen Regionen für eine wohnortnahe Versorgung vorhalten sollen. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Krankenhäuser mit einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31. Dezember 2020 ergänzend in die Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser aufzunehmen.

Darüber hinaus werden mit dem GPVG gestaffelte Zuschlagszahlungen eingeführt. Demnach sollen Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten künftig eine pauschale jährliche Förderung erhalten, die je nach Anzahl der bedarfsnotwendigen Fachabteilungen zwischen 400.000 und 800.000 Euro beträgt. Der GKV-Spitzenverband hatte sich für eine solche Änderung starkgemacht, um einen Anreiz für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) in ländlichen Regionen zu schaffen. Nach Erweiterung der Liste um die Kinder- und Jugendmedizin durch die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Vereinbarung vom 18. Dezember 2020 können nun insgesamt 140 bedarfsnotwendige Krankenhäuser im Jahr 2021 die pauschale Förderung von 400.000 bis 800.000 Euro erhalten. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser konnten insbesondere in dünn besiedelten Regionen im Nordosten Deutschlands, an den Landesgrenzen und auf den Inseln identifiziert werden.

Krankenhausversorgung nach der Corona-Pandemie

Die Bewältigung der Corona-Pandemie hat die Aufmerksamkeit auf die Krankenhausversorgung gelenkt. Zudem rückte die Digitalisierung der Krankenhäuser in den Fokus. Beides beeinflusst maßgeblich die notwendige Debatte über die zukünftige Ausgestaltung der stationären Versorgung. Die bundesweite Strukturierung der Krankenhauslandschaft ist erforderlich und sollte eines der gesundheitspolitischen Kernthemen der nächsten Legislaturperiode sein. Der GKV-Spitzenverband hat hierzu als konstruktiven Beitrag zwölf Positionen formuliert, die der Verwaltungsrat im Dezember 2020 verabschiedete.

1. Aus der Corona-Pandemie lernen

Erste Analysen des Versorgungsgeschehens zeigen, dass die Versorgung der COVID-19-Patientinnen und -Patienten anfänglich unkoordiniert verlief und sich auf wenige größere Kliniken konzentrierte. Bemerkenswert ist der historische einmalige Rückgang der sonstigen stationären Fallzahlen. Eine Bestätigung der bestehenden Krankenhausstrukturen lässt sich aus den Geschehnissen nicht ableiten.

2. Potenziale der Digitalisierung heben

Digitalisierung muss integraler Bestandteil einer umfassenden Reform der Krankenhausstrukturen sein. Die Erwartungen und Anforderungen an ein digital ausgestattetes, mit anderen Akteuren vernetztes Krankenhaus müssen in einem gestuften Zielbild festgelegt werden, um das übergeordnete Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz bei höchstmöglichem Schutz der Patientinnen und Patienten und ihrer Daten zu erreichen.

3. Krankenhausstrukturen zukunftsweisend gestalten

Eine Erhöhung der Qualität durch eine Konzentration des Leistungsgeschehens ist notwendig. Überkapazitäten führen zu unnötigen Krankenhausaufenthalten und vermeidbaren Kosten, zudem verschärfen sie Probleme aufgrund von begrenzt verfügbarem Fachpersonal. Neben einer zielgerichteten, punktuellen Weiterentwicklung



des Strukturfonds bedarf es einer bundesweiten Strukturierung der Krankenhauslandschaft mit qualitätsorientierten Vorgaben zum jeweiligen Versorgungsauftrag.

4. Versorgung auf dem Lande sichern

Bei der Neuordnung der Krankenhausversorgung in ländlichen Regionen müssen bedarfsnotwendige Strukturen gezielt sichergestellt werden. Die Förderung sollte entsprechend dem Umfang der Vorhaltung bedarfsnotwendiger Kapazitäten erfolgen. Von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrags verbindlich eingefordert werden können.

5. Vergütungssystem weiterentwickeln

Im Grundsatz ist die leistungsorientierte Krankenhausvergütung richtig. Sie bedarf jedoch in mehrfacher Hinsicht einer Weiterentwicklung: stärkere Berücksichtigung von Vorhaltekosten, Einführung von Vergütungskomponenten, die sich an Versorgungsstufen orientieren, sowie eine adäquate Abbildung pflegerischer Leistungen.

6. Pflegesituation verbessern

Zwei wesentliche Weichenstellungen stehen an: Unnötige Krankenhausfälle müssen vermieden und nicht notwendige Kapazitäten geschlossen werden, sodass das Pflegepersonal in bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Fachkräftelücke schließen kann. Die Anreize im Vergütungssystem sind so auszugestalten, dass das Krankenhausmanagement Interesse hat, dauerhaft in qualifiziertes Pflegepersonal zu investieren.

7. Mindestanforderungen der Qualitätssicherung konsequent umsetzen

Neue und methodisch anspruchsvolle Konzepte zur Qualitätssicherung bieten innovative Ansätze, brauchen aber viel Zeit, um über Modellprojekte hinaus Wirkung zu entfalten. Daher gilt es, bereits etablierte Instrumente der Qualitätssicherung zu stärken und konsequent auszubauen:

- Festlegung von Mindestmengen und Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
- regelmäßige Überprüfung von und Transparenz über deren Ergebnisse.

8. GKV-Ausgaben klar abgrenzen

Die Vielzahl an Corona-Hilfsmaßnahmen hat zu deutlichen Verwerfungen in den Finanzierungszuständigkeiten geführt. Es gilt, diese unklaren Zuständigkeiten dauerhaft und eindeutig zu klären, für Krisenzeiten ebenso wie für den Regelbetrieb. Transparenz über die sowohl aus Beitrags- als auch aus Steuermitteln geleisteten Zahlungen ist dabei zwingend notwendig, ebenso wie die Beseitigung von grundsätzlichen Fehlentwicklungen der Preisfestsetzung und Doppelfinanzierung.

9. Korrektes Abrechnen durchsetzen

Für die Reduzierung fehlerhafter Krankenhausabrechnungen wurden im MDK-Reformgesetz erstmals Rechnungsaufschläge für falsche Rechnungen auf den Weg gebracht – eine überfällige Maßnahme, die allerdings durch die Aussetzung während der Corona-Pandemie keinerlei Wirkung erzielt. Zügige Korrekturen sind unvermeidlich. Seit Langem hatten die gesetzliche Krankenversicherung und auch der Bundesrechnungshof gefor-

dert, dass fehlerhaftes Abrechnen nicht folgenlos sein darf.

10. Ambulantes Potenzial nutzen

Die Nutzung des ambulanten Potenzials muss einer der zentralen Ansätze der nächsten Krankenhausreform sein. Bezeichnend für die mangelnde Ambulantisierung ist die große Anzahl an Streitigkeiten über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme im Kurzliegerbereich. Ein erster wichtiger Ansatz ist die Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen, die gegenwärtig auf den Weg gebracht wird.

11. Ambulante Psychiatrie bedarfsgerechter gestalten

Ambulante psychiatrische Behandlungspotenziale in Deutschland müssen konsequenter genutzt werden, um die Fehlversorgung im stationären Sektor abzubauen. Neben dem Ausbau der ambulanten psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Betroffene und deren Angehörige muss eine Versorgungskontinuität zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung hergestellt werden.

12. Notfallversorgung umfassend reformieren

Die Notfallversorgung in Deutschland ist hochgradig reformbedürftig. Der Rettungsdienst sollte Teil des Gesundheitswesens und bundeseinheitlich strukturiert werden. Kurzfristig müssen Digitalisierungsdefizite beseitigt werden. Für die Notfallversorgung sollten nur jene Krankenhäuser zugelassen werden, die gemäß den Vorgaben des G-BA über eine KV-Notdienstpraxis und einen gemeinsamen Tresen zur Lenkung der Patientenströme verfügen.



Web cam, die; -s <engl.>
(kann vieles ersetzen, doch leider
keine echten Begegnungen)

Konzertierte Aktion Pflege auf Erfolgskurs

Der GKV-Spitzenverband arbeitet in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) eng mit den beteiligten Organisationen zusammen, um mit den vereinbarten Maßnahmenpaketen die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu verbessern, die Nachwuchsgewinnung zu stärken und pflegende Angehörige zu entlasten. Die verabschiedeten Maßnahmen der KAP zeigen bereits Wirkung.

Personalmanagement

Das Projekt zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen wurde erfolgreich abgeschlossen. Damit liegt ein Personalbemessungsinstrument vor, mit dem für vollstationäre Einrichtungen jeweils der Personalbedarf bestimmt werden kann. Der Aufbau soll stufenweise erfolgen. Durch eine begleitende Evaluation sollen die Einrichtungen organisatorisch unterstützt werden. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sehen besonderen Bedarf beim Ausbau von Stellen für Pflegeassistenz- und Pflegehilfskräfte. In einem ersten Schritt erfolgt daher die Aufstockung um 20.000 Pflegehilfskräfte. Im Jahr 2027 soll dann ein neues Personalbemessungsverfahren gesetzlich verankert werden.

In einem ersten Schritt erfolgt die Aufstockung um 20.000 Pflegehilfskräfte.

Ausbildungsoffensive Pflege

Erklärtes Ziel ist die Steigerung der Ausbildungszahlen um 10 % bis 2023. Hierzu sind maßgeblich in den Ländern die Weichen zu stellen. Ob es gelingen wird, die benötigten Schul- und Ausbildungsplätze für die neue generalistische Ausbildung in ausreichender Zahl bereitzustellen, zeigt sich erst am Ende des laufenden Ausbildungsjahrs 2020/2021.

Pflegekräfte aus dem Ausland gewinnen

Zusätzlich zum Ausbau der Ausbildungsplätze steht die Gewinnung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland auf der politischen Agenda. Insbesondere Mexiko, Brasilien und die Philippinen sind hierbei im Fokus. Pandemiebedingt wurden Anwerbungen erschwert. Die regulatorischen Vorgaben konnten jedoch weiter vereinfacht und vereinheitlicht werden.

Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit

Der GKV-Spitzenverband hat ein Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur gestartet. Durch verbesserte Vernetzung der beteiligten Sektoren sollen Kommunikation und Arbeitsprozesse effizienter gestaltet werden.

Zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften wurden erste Vorschläge für erweiterte Versorgungsbefugnisse für Pflegefachpersonen erarbeitet. Schwerpunkte sind:

- Verordnung von Hilfsmitteln
- Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege
- Wundmanagement

Entlohnungsbedingungen

Innerhalb der KAP befasste sich eine Arbeitsgruppe mit den Entlohnungsbedingungen und sprach sich für eine bessere Bezahlung von Pflegekräften und Pflegefachpersonen aus. Hierzu werden auf politischer Ebene weitere Beratungen geführt.

Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege

Nach einem mehrjährigen Forschungsprojekt der Universität Bremen, u. a. im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, liegt seit Juni 2020 ein Entwurf für ein neues Personalbemessungsverfahren für die stationäre Pflege vor. Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Akteure eine sogenannte Roadmap entwickelt, die die notwendigen Umsetzungsschritte sowie einen Zeitplan für die Einführung eines neuen Verfahrens abbildet.

Schritte zur Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens

Mit dem neuen Verfahren kann der Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen einrichtungsspezifisch bestimmt werden. Ein wesentlicher Faktor sind dabei die Pflegegrade der Bewohnerschaft. Ergebnisse der Universität Bremen weisen vorrangig auf einen deutlichen Mehrbedarf an Pflegehilfs- und -assistentenkräften hin. Für die ambulante Versorgung ist nach den Ergebnissen kein vergleichbares Personalbemessungsverfahren möglich. Hier wird weiterer Forschungsbedarf gesehen.

In einem ersten Umsetzungsschritt können mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vollstationäre Pflegeeinrichtungen entsprechend den Pflegegraden der Bewohnerschaft einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegehilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung erhalten. Weitere stufenweise Personalerhöhungen sollen ab Juli 2023 abhängig von einer begleitenden Evaluation und

vom Arbeits- und Ausbildungsmarkt ermöglicht werden. Im Rahmen eines Modellprogramms des GKV-Spitzenverbandes werden ab dem Jahr 2021 Konzepte zum qualifikationsorientierten Personaleinsatz, zur Personal- und Organisationsentwicklung sowie zum Einsatz von Digitalisierung und Technik erarbeitet und in einer begrenzten Anzahl vollstationärer Einrichtungen erprobt. Diese Einrichtungen erhalten eine am neuen Verfahren orientierte Personalausstattung. Als Ergebnis einer begleitenden Evaluation soll bis 2025 auch ein überarbeitetes Personalbemessungsinstrument vorliegen.

Finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen vermeiden, Einrichtungen unterstützen

Die Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens muss zu einer besseren Versorgung in den Pflegeheimen führen. Zentral ist dabei, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nicht finanziell überfordert werden dürfen. Das gemäß der Roadmap geplante Vorgehen erfolgt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in grundsätzlich geeigneten Schritten.

Mittelfristig bringt ein neuer Qualifikations-Mix mit deutlich mehr Hilfskräften eine neue Aufgabenverteilung mit sich. Für einen effektiven, effizienten und qualifikationsorientierten Personaleinsatz müssen die Pflegeeinrichtungen bei der Neuordnung der Rollen von Fach- und Hilfskräften im Zuge von Organisations- und Personalentwicklungsprozessen unterstützt werden.

Mit dem neuen Verfahren kann der Personalbedarf in vollstationären Einrichtungen einrichtungsspezifisch bestimmt werden.

Aktuelle Forschungen zur Pflegeversicherung

Die Forschungsstelle Pflegeversicherung widmet sich zentralen, aktuellen Fragestellungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sowie zur fachlichen Fundierung von pflegepolitischen Entscheidungen. Im Berichtsjahr war ein wichtiges Thema die Pandemiebewältigung in Pflegeeinrichtungen.

Lehren aus der Corona-Pandemie

Bei Infektionskrankheiten und insbesondere bei Pandemien haben Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund ihrer durch Alter und Vorerkrankungen bedingten Pflegebedürftigkeit ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. In der ersten Welle der Pandemie reagierten Pflegeheime auf die Bedrohung durch das Virus, indem sie die pflegebedürftigen Menschen zu deren Schutz isolierten. Dies hatte zur Folge, dass zugleich die Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben erheblich beeinträchtigt wurde und eine deutliche Minderung der Lebensqualität stationär versorgter Pflegebedürftiger zu beobachten war.

In der seit Juli 2020 laufenden Studie „Lehren aus der Corona-Pandemie für Strukturentwicklungen im Versorgungssetting Pflegeheim (COVID-Heim)“ werden die in den Pflegeheimen getroffenen Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirkungen analysiert. Daraus sollen Schlussfolgerungen für notwendige Maßnahmen im Kontext des Infektionsschutzes in Pflegeheimen gezogen werden. Dies beinhaltet die möglichst umfangreiche und komplexe Abbil-

Mithilfe der Studie sollen Schlussfolgerungen für notwendige Maßnahmen im Kontext des Infektionsschutzes in Pflegeheimen abgeleitet werden.

dung der Krisensituation der hochbetagten Pflegebedürftigen in Pflegeheimen. Die Studie will dies durch Analyse und Zugriff auf unterschiedliche Datengrundlagen und Studienansätze erreichen: Neben einer Online-Befragung von Pflegeeinrichtungen werden Routinedaten der Kranken- und Pflegekassen ausgewertet und rechtsmedizinische Erkenntnisse einbezogen. Die erwarteten Ergebnisse können aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Pflegeeinrichtungen besser auf zukünftige vergleichbare Pandemien vorzubereiten.

Notfalleinweisungen minimieren

Im Rahmen der Studie „Notfalleinweisungen minimieren (NoMi)“ sollen Umfang und Notwendigkeit von Notfalleinweisungen alter und hochaltriger Menschen aus stationären Pflegeeinrichtungen untersucht werden. Die explorative Studie wird in Kooperation mit zwölf Hamburger Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Im Fokus steht dabei die Frage, welche Bedeutung Pflegefachkräften im Rahmen der Notfalleinweisungen zukommt und welche Handlungsoptionen sich im Rahmen der vorhandenen Kompetenzen und Befugnisse zur Vermeidung entsprechender Notfalleinweisungen ergeben. Darauf aufbauend sollen die qualifikatorischen Grundlagen, die für eine Stärkung der Kompetenz und Fachlichkeit der Pflegefachkräfte erforderlich sind, herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse können dazu dienen, gezielte Interventionen zur Vermeidung unnötiger Notfalleinweisungen zu entwickeln und so die Zahl der potenziell unnötigen Notfalleinweisungen mittel- und langfristig zu minimieren.

Hohe Zufriedenheit mit der Pflegeberatung

Die individuelle und kontinuierliche Beratung Pflegebedürftiger ist eine wichtige Voraussetzung für die Sicherstellung einer guten Pflege und originäre Aufgabe der Pflegekassen. Im Rahmen des gesetzlichen Auftrags legt der GKV-Spitzenverband regelmäßig eine Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen vor, zuletzt im Sommer 2020. Ein zentrales Ergebnis ist, dass ausschließlich die Pflegekassen ein bundesweites Angebot der Beratung nach § 7a SGB XI vorhalten und umsetzen, das den Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung folgt.

Gute Qualität bestätigt

Die gute Praxis der von den Pflegekassen angebotenen Pflegeberatung wird an vielen Stellen deutlich:

- Persönliche Beratungstermine werden innerhalb weniger Tage ermöglicht.
- Beratungen finden überwiegend (zu 86,2 %) als aufsuchendes Angebot in der eigenen Häuslichkeit statt.
- 90 % der Nutzerinnen und Nutzer sind mit der Beratung, ihrer Zugänglichkeit und der Wirksamkeit zufrieden.
- 95,9 % der befragten Versicherten im Pflegegeldbezug bewerteten die Pflegeberatung ihrer Pflegekasse als unabhängig und neutral.
- Gut 90 % der befragten Nutzerinnen und Nutzer gaben an, immer mit derselben Pflegeberaterin Kontakt gehabt und konkrete Absprachen zur zukünftigen Kontaktaufnahme getroffen zu haben.

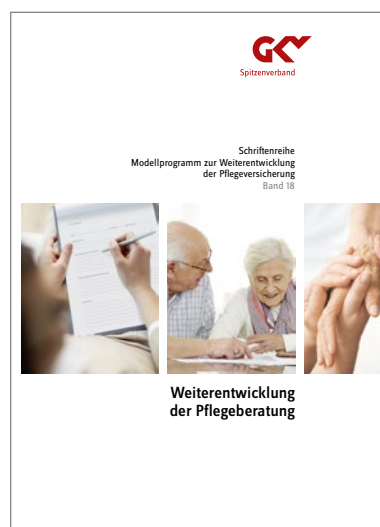
Auch die Beratungseinsätze für Pflegebedürftige, die statt Sachleistungen Pflegegeld nach § 37 Abs. 3 SGB XI beziehen, erfahren eine hohe Zustimmung:

- 96,1 % geben an, nicht zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt worden zu sein.
- Fast 80 % sagen aus, in der Folge der Beratung mehr über Leistungsansprüche und regionale Angebote zu wissen.

Pflegeberatung weiterentwickeln

Weiterentwicklungspotenzial sieht der GKV-Spitzenverband in einer engeren Verknüpfung von Beratungseinsätzen nach § 37 SGB XI und der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Mit Blick auf die Sicherstellung der Versorgung Pflegebedürftiger ist es sinnvoll, die jeweilige Pflegekasse zu informieren, wenn die selbstorganisierte häusliche Pflege nicht länger gewährleistet ist. Den betroffenen Personen kann dann gezielt das Angebot einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI unterbreitet werden. Im Bericht wird eine wissenschaftliche Untersuchung vorgeschlagen, die herausarbeitet, in welchen Situationen im Verlauf einer Pflegebedürftigkeit oder bei welchen spezifischen Belastungen bzw. Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen ein erhöhter Beratungsbedarf auftritt.

95,9 % der befragten Versicherten im Pflegegeldbezug bewerteten die Pflegeberatung ihrer Pflegekasse als unabhängig und neutral.





Laufschuh, der; -e
(Möglichkeit zum Individualsport im
Konflikt mit dem inneren Schweinehund)

Reformbedarf am Apothekenmarkt

Um den Apothekenmarkt zukunftsfest zu machen, ist es notwendig, neue Versorgungsformen zu ermöglichen und die bestehende Vergütungssystematik leistungsgerecht auszugestalten. Die mit dem Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken verabschiedeten Maßnahmen sind jedoch unzureichend, um eine patienten- und zukunftsorientierte Versorgung langfristig sicherzustellen.

Versandhandel mit Arzneimitteln in der Kritik

Anlass für die Initiierung des neuen Gesetzes war ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) aus dem Jahr 2016, das die Gewährung von Boni durch eine niederländische Versandapotheke als rechtens ansah. Inländische Apotheken durften hingegen weiterhin nicht von den Vorgaben der Arzneimittelpreisverordnung abweichen. Als Konsequenz forderte die Apothekerschaft ein generelles Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken verankert die Einhaltung der Preisvorschriften nun direkt im Sozialrecht, was einem Boni-Verbot gleichkommt. Da zunächst eine offizielle Stellungnahme der EU-Kommission zu dieser Vorgehensweise abzuwarten war, pausierte das Gesetzgebungsverfahren, welches bereits im Jahr 2019 initiiert wurde, zwischenzeitlich. Eine Vielzahl an Regelungen aus dem ursprünglichen Gesetzent-

wurf von 2019 wurde daher bereits in anderen Gesetzen umgesetzt.

Versandapotheken ergänzen Versorgung vor Ort

Der GKV-Spitzenverband befürwortet, dass der Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht verboten wird. Der Arzneimittelversandhandel ermöglicht eingeschränkt mobilen Patientinnen und Patienten, insbesondere in ländlichen Regionen, eine einfachere Versorgung mit Arzneimitteln. Darüber hinaus trägt er zu einer Belebung der starren Apothekenstrukturen bei, wengleich der Anteil der Versandapotheken am Gesamt-Apothekenumsatz konstant sehr gering ist. Für Versandapotheken als Ergänzung zu den Apotheken vor Ort gibt es deshalb auch künftig einen Bedarf.

Der Arzneimittelversandhandel ermöglicht eingeschränkt mobilen Patientinnen und Patienten eine einfachere Versorgung mit Arzneimitteln.

Europarechtliche Bedenken zum Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetz

Allerdings sieht die gesetzliche Regelung nun vor, die Gewährung von Boni auch für ausländische Versandapotheken über eine sozialrechtliche Neuregelung zu unterbinden. Dies bedeutet faktisch eine Rückkehr zu der Regelung, die der EuGH bereits im Oktober 2016 als unzulässigen Eingriff in die Warenverkehrsfreiheit gewertet hat. Vor diesem Hintergrund ist die europarechtliche Kon-



Kernpunkte des Gesetzes zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken

- Unzulässigkeit von Rabatten/Boni von Versandapotheken für rezeptpflichtige Arzneimittel
- Vereinbarung neuer pharmazeutischer Dienstleistungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Apothekerverband
- Verstärkung des vergüteten Botendienstes über die Pandemiesituation hinaus (2,50 Euro/Lieferort und Tag)
- Automatisierte Abgabestationen nur innerhalb von Betriebsräumen einer Apotheke, keine flexibilisierten Abgabeformen

formität der faktischen Rückkehr zur Preisbindung zweifelhaft. Der GKV-Spitzenverband hatte im Gesetzgebungsverfahren wiederholt auf die rechtlichen Bedenken hingewiesen und eine rechtssichere Ausgestaltung der Regelung gefordert.

Neue Versorgungsformen schaffen, nicht neue Vergütungsformen

Leider hat der Gesetzgeber die Möglichkeit verpasst, mit dem Gesetz neue bedarfsgerechte Versorgungsansätze zu schaffen. Stattdessen wurden neue Vergütungsformen eingeführt, z. B. für pharmazeutische Dienstleistungen oder für die Zulieferung von Arzneimitteln im Rahmen des Botendienstes. Die Regelung zum Botendienst stammt ursprünglich aus der COVID-19-Gesetz- und Verordnungsgebung, die angesichts der Corona-Pandemie dazu beitragen sollte, Kontakte zu minimieren. Diese Notfallmaßnahme wurde nun in die Regelversorgung übernommen. Auch

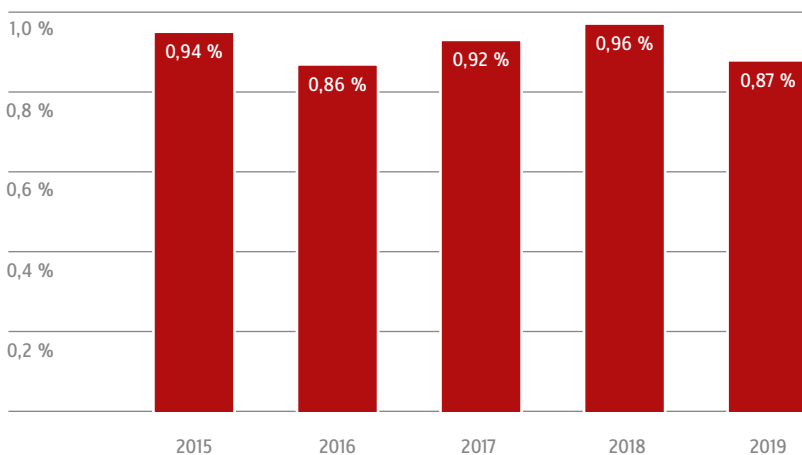
Anstelle der Einführung einer neuen Vergütungsform wäre es vielmehr förderlich, den Apotheken flexiblere Formen der Arzneimittelversorgung zu ermöglichen.

bisher wurden schon Botendienste in großem Umfang als Kundenbindungsinstrumente eingesetzt. Anstelle der Einführung einer neuen Vergütungsform wäre es vielmehr förderlich gewesen, den Apotheken flexiblere Formen der Arzneimittelversorgung zu ermöglichen. Auch die Zuhilfenahme digitaler Angebote würde die Versorgung verbessern. Kontakte und Wege für Patientinnen und Patienten könnten durch digitale Vorabanfragen zur Verfügbarkeit minimiert werden.

Mehrwert zusätzlicher Leistungen prüfen

Die Einführung zusätzlich zu honorierender pharmazeutischer Dienstleistungen sieht der GKV-Spitzenverband kritisch. Weitere pharmazeutische Dienstleistungen sollten sich ausschließlich am zusätzlichen Bedarf der Versicherten orientieren und einen wirklichen Mehrwert im Vergleich zur heutigen Situation mit sich bringen. Durch die gesetzliche Regelung besteht die Gefahr der Doppelfinanzierung, da bestehende pharmazeutische Leistungen schon bisher über den Apothekenzuschlag vergütet wurden. Zielführender wäre eine Förderung zusätzlicher Leistungen im Rahmen von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken, die es ermöglichen, auf den spezifischen regionalen Bedarf und den Bedarf bestimmter Patientengruppen einzugehen.

Anteil des Versandhandels an den Ausgaben der GKV für Arznei- und Verbandmittel



Eigene Berechnung auf Basis des Anteils von Arznei- und Verbandmitteln aus Versandhandel an der Gesamtsumme der Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel in der Kontengruppe 043. Gesetzliche und vertragliche Rabatte sowie die Pauschalen für die Digitalisierung sind nicht berücksichtigt.

Basis: Kontengruppe 043 der amtlichen Statistik KJ1
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Fazit

Der GKV-Spitzenverband setzt sich weiterhin dafür ein, dass die Versorgungsstrukturen und die Vergütungssystematik im Apothekenbereich grundlegend reformiert werden, um auch künftig eine flächendeckende Versorgung - gleichermaßen durch die niedergelassene Apotheke und den Versandhandel sowie durch neue Angebote - zu gewährleisten. Insbesondere müssen durch einen stärkeren Wettbewerb Anreize für eine intensivere Beratung und die Entwicklung neuer, patientenorientierter Versorgungsformen gesetzt werden.

AMNOG-Bilanz 2020

Von Januar 2011 bis Februar 2021 initiierte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 688 Verfahren zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt und führte 2.045 Beratungsverfahren durch. 28 von 88 Freistellungsverfahren endeten mit einer Freistellung des Arzneimittels von der Nutzenbewertung durch den G-BA. Zu insgesamt 257 Wirkstoffen existieren Erstattungsbeträge. Davon wurden 227 durch Einigung der Vertragsparteien erzielt, 30 Verfahren wurden mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen.

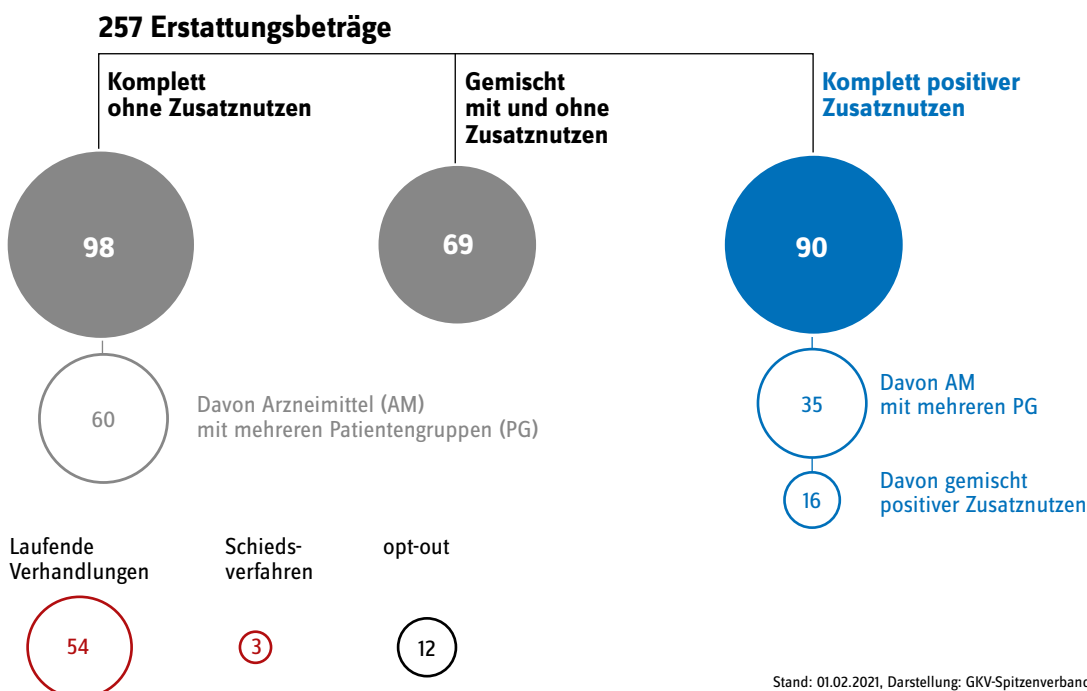
In der Gesamtbilanz zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) entfällt der Hauptteil der Ausgaben auf AMNOG-Arzneimittel, für die der G-BA einen gemischten Zusatznutzen festgestellt hat. Die zweithöchsten Ausgaben entstehen durch Arzneimittel ohne Zusatznutzen und Orphan-Drug-Arzneimittel. Der geringste Ausgabenanteil entfällt auf AMNOG-Arzneimittel, für die der G-BA tatsächlich in allen Indikationen einen Zusatznutzen feststellen konnte.

Fünf Wirkstoffe wurden bislang direkt in bestehenden Festbetragsgruppen eingeordnet. Im Zeitraum September 2017 bis 1. Februar 2021 wurden mittlerweile sechs Festbeträge für erstattungsbetragsregelte Wirkstoffe wirksam.

Mit Stand 1. Februar 2021 laufen derzeit 54 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie drei Schiedsverfahren. Bei 38 laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelt es sich um erneute Verhandlungen zu einem Wirkstoff. Diese waren aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten, Fristablauf oder einer Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden.

Erstmalig wurde im Dezember 2019 ein Erstattungsbetrag für einen Wirkstoff vereinbart, der zunächst aufgrund geringer Umsätze von der Nutzenbewertung freigestellt war. Infolge einer Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze, die bei 1 Mio. Euro Umsatz innerhalb von zwölf Monaten liegt, wurde dieser Wirkstoff dossierpflichtig.

AMNOG-Bilanz



Gutachten zu Arzneimittel-Lieferengpässen

Das Thema Lieferengpässe bei Arzneimitteln stand in den vergangenen Jahren vermehrt im Fokus der medialen Berichterstattung. Oftmals werden Lieferengpässe einzelner Arzneimittel

Ein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Rabattverträgen der gesetzlichen Krankenkassen besteht nicht.

mit Versorgungsengpässen gleichgesetzt. Bei echten Versorgungsengpässen ergeben sich erhebliche Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten.

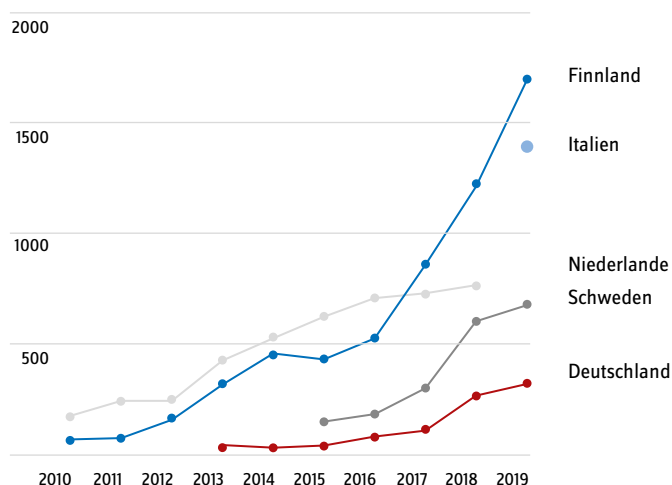
Die Nichtverfügbarkeit eines Arzneimittels führt jedoch nicht automatisch zu einem Versorgungsengpass. Meist stehen andere Arzneimittel mit demselben Wirkstoff oder Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen als Alternativen zur Verfügung. Gleichwohl sind auch Lieferengpässe für Patientinnen und Patienten nicht akzeptabel.

Um auf wissenschaftlicher Basis Wege zu identifizieren, wie Lieferengpässe frühzeitig erkannt und deren Auswirkungen begrenzt werden können, hat der GKV-Spitzenverband ein Kurzgutachten erstellen lassen. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat dazu die Lieferfähigkeit einer Auswahl von Wirkstoffen in Deutschland, den Niederlanden, Schweden, Finnland und Italien untersucht.

Rabattverträge nicht Ursache von Lieferengpässen

Eine zentrale Erkenntnis lautet, dass Lieferengpässe international zunehmen und unabhängig von der jeweiligen nationalen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung auftreten. Ein Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und Rabattverträgen der gesetzlichen Krankenkassen besteht nicht. Im Gegenteil: In den untersuchten Ländern kam es bei rabattvertragsgeregelten Arzneimitteln seltener zu Lieferengpässen als bei Arzneimitteln ohne Rabattvertrag.

Entwicklung der gemeldeten Lieferengpässe in Deutschland und den analysierten Ländern seit 2010



Italien: Daten zum Stichtag 09.01.2020, Daten zu den Jahren 2010-2018 lagen nicht vor. Die Information bezieht sich auf 56 % der Gesamtmenge der 2.408 Meldungen, da diese auch 1.041 als „dauerhaft fehlend“ klassifizierte Meldungen beinhaltet.

Quelle: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH und Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2020) Darstellung: GKV-Spitzenverband

Transparenz und Sanktionen

Folgende Handlungsempfehlungen für Deutschland leiten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Studienergebnissen ab:

- verbindliche, mit Sanktionen bewehrte Meldepflichten an ein zentrales Register für Lieferengpässe
- höhere Anforderungen an pharmazeutische Unternehmen, Lieferverpflichtungen einzuhalten, sowie Sanktionierung von Verstößen
- bessere Zusammenarbeit aller Stakeholder zur Vermeidung von Lieferengpässen
- intensiver Informationsaustausch auf EU-Ebene, z. B. über ein europäisches Melderegister

Vereinfachter Zugang zu Hämophilie-Arzneimitteln

Arzneimittel zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie (Blutgerinnungsstörung) wurden in der Vergangenheit vom Hersteller direkt an Krankenhäuser und Arztpraxen vertrieben. Durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) sind sie seit September 2020 apothekenpflichtig. Das Gesetz zielt darauf ab, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, Preistransparenz herzustellen und ökonomisch motivierte Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten bei der Direktabgabe der Arzneimittel an Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Dem GKV-Spitzenverband wurde die Aufgabe übertragen, die Herstellerabgabepreise für Hämophilie-Arzneimittel, die vor 2011 in Deutschland in Verkehr gebracht wurden, auf Basis der von den pharmazeutischen Unternehmen gemeldeten Preise und der Erstattungspreise der Krankenkassen festzusetzen.

Die von den pharmazeutischen Unternehmen übermittelten Preisangaben wurden vom GKV-Spitzenverband im Rahmen eines abgestimmten Verfahrens geprüft. Für 31 von 33 Hämophilie-Arzneimitteln wurden die Angaben als plausibel eingestuft. Die Preise konnten entsprechend festgesetzt werden. Für zwei Arzneimittel wurden die Preise mittels Festsetzungsverfahren auf Basis der Erstattungspreise der Krankenkassen bestimmt. Die Preisangaben der pharmazeutischen Unternehmer wurden bis zuletzt als unglaublich eingestuft. Die entsprechenden Festsetzungsbescheide wurden im Juni 2020 zugestellt. Ein pharmazeutischer Unternehmer klagte dagegen. Mit ihm konnte ein außergerichtlicher Vergleich erzielt werden.

Preise erfolgreich neu verhandelt

Die prozentualen Unterschiede zwischen vormaligem gelisteten Preis und neu ermitteltem Preis liegen zwischen -6,5 % und -52,5 %, im Mittel sind -17,5 % zu verzeichnen. Mit dem GSAV wurde dem GKV-Spitzenverband zudem ein Sonderkündigungsrecht für nach 2011 in Deutschland in Verkehr gebrachte Hämophilie-Arzneimittel mit einem AMNOG-Erstattungsbetrag eingeräumt. Somit können auf Basis der zuerst neu ermittelten Preise neue Erstattungsbeträge verhandelt werden. Das Sonderkündigungsrecht wurde für alle vom Gesetz umfassten Arzneimittel in Anspruch genommen.

Mit dem GSAV ist der Lebensalltag der Hämophilie-Patientinnen und -Patienten ein weiteres Stück normaler und weniger belastend geworden: Sie können nun ihre Arzneimittel - wie andere Patientinnen und Patienten auch - einfach in der Apotheke vor Ort abholen. Bisher mussten Hämophilie-Patientinnen und Patienten teilweise Hunderte von Kilometern zur Abholung ihrer Präparate in einem Zentrum in anderen Bundesländern zurücklegen. Auch die wohnortnahe Notversorgung durch Apotheken ist eine logistische Erleichterung für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie ihre Familien. Das Leitbild der ärztlich begleiteten Selbstbehandlung in der Hämophilie bleibt dabei unverändert, die Ärzteschaft kann sich auf die Behandlungsqualität fokussieren.

Im Mittel liegt der prozentuale Unterschied zwischen vormaligem gelisteten Preis und neu ermitteltem Preis bei -17,5 %.

Verhandlungen zur Heilmittelversorgung

Die Verträge auf Bundesebene stellen eine zuverlässige und qualitativ hochwertige Heilmittelversorgung sicher.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat der GKV-Spitzenverband die Aufgabe erhalten, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene Verträge abzuschließen, die eine zuverlässige und qualitativ hochwertige Heilmittelversorgung sicherstellen. Dafür musste über die Leistungen und Preise für jedes einzelne Heilmittel verhandelt und eine vertragliche Regelung gefunden werden. Darüber hinaus wurden Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungserbringer, Verpflichtungen zu Fortbildungen und notwendige Angaben auf der Verordnung verbindlich vereinbart.

Leistungsgerecht und wirtschaftlich

Maßgeblich für die Preisbildung ist das Ziel einer sowohl leistungsgerechten als auch wirtschaftlichen Versorgung. Personalkosten, Sachkosten und die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb einer Heilmittelpraxis müssen dabei Berücksichtigung finden.

In den fünf Heilmittelbereichen wurden die Vertragsverhandlungen im vierten Quartal 2019 aufgenommen. Da die Verträge in vielen Punkten auf die Heilmittel-Richtlinie zurückgreifen, hat der Gesetzgeber beschlossen, dass die Verträge synchron mit der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2021 – und nicht wie ursprünglich geplant zum 1. Juli 2020 – in Kraft treten sollen. Der GKV-Spitzenverband und die Heilmittelverbände haben in zahlreichen Runden miteinander verhandelt.

Mit den Berufsverbänden der Podologinnen und Podologen konnte der Vertrag auf Bundesebene fristgerecht zum 1. Januar 2021 geschlossen werden. Der Vertrag zur Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie wurde am 15. März 2021 und der Vertrag zur Ernährungstherapie am 26. März 2021 von der Schiedsstelle festgesetzt. Die Schiedsstellenverfahren für Physiotherapie und Ergotherapie dauern an und sollen im Juli 2021 beendet sein.

Der Heilmittelbereich im Überblick

	Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	Podologie	Ernährungstherapie
GKV-Umsatz, pro Jahr	6,23 Mrd. €	1,30 Mrd. €	890 Mio. €	238 Mio. €	ca. 50 Tsd. €
Ärztliche Verordnungen, pro Jahr	33 Mio.	2,7 Mio.	1,7 Mio.	1,8 Mio.	ca. 500
Zugelassene Praxen	42.971	10.220	11.674	6.038	ca. 100 tätige Therapeuten
Zulassungsfähige Berufe	<ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapeuten • Krankengymnasten • Masseure und medizinische Bademeister 	<ul style="list-style-type: none"> • Ergotherapeuten • Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopäden • Akademische Sprachtherapeuten • Atem-, Sprech- und Stimmlehrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Podologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Diätassistenten • Diplom-Ökotrophologen • Ernährungswissenschaftler
GKV-Leistungsspektrum	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengymnastik • Massagen • Manuelle Therapie • Manuelle Lymphdrainage • Wärme-/Kältetherapie • Elektrotherapie • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Motorisch-funktionelle Behandlung • Sensomotorisch-perzeptive Behandlung • Psychisch-funktionelle Behandlung • Hirnleistungstraining • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmtherapie • Sprachtherapie • Sprechtherapie • Schlucktherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Hornhautabtragung • Nagelbearbeitung • Komplexbehandlung (beim Diabetischen Fußsyndrom und vergleichbaren Schädigungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungstherapeutische Beratung (bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose)

Quelle: GKV HIS-Berichte, Bundesbericht HIS 2019, Stand 04/2019
Darstellung: GKV-Spitzenverband



Kon|zert|pau|se, die; -n
(kaum als wohltuend
empfundene Stille)

Qualitätssicherung und Kostentransparenz in der häuslichen Krankenpflege

Die Nachweisverfahren sollen sicherstellen, dass höhere Vergütungen der Krankenkassen auch tatsächlich für die Entlohnung der Mitarbeitenden eingesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen haben sich auf weitere Regelungen in den Bundesrahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege

verständigt. Dies betraf zum einen die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, zum anderen Grundsätze der Vergütung sowie Vorgaben zur Kostentransparenz für die Vergütungsverhandlungen. Ein zentraler Regelungsgegenstand ist dabei der Nachweis tatsächlich gezahlter Tariflöhne und Arbeitsentgelte. Darüber hinaus wurden Grundsätze für die Vergütung längerer Wegezeiten vereinbart.

Anforderungen an die psychiatrische häusliche Krankenpflege

Bei den Beratungen über eine Ergänzung der Rahmenempfehlungen um Anforderungen an die psychiatrische häusliche Krankenpflege stand für den GKV-Spitzenverband die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Fokus. Bundesweit gelten nun einheitliche Anforderungen insbesondere an die Qualifikation der im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eingesetzten Pflegefachkräfte, aber auch an die Ausgestaltung der Versorgung. Die ergänzten Rahmenempfehlungen sind Anfang Oktober 2020 in Kraft getreten. Die Regelungen sind in den Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Pflegediensten umzusetzen.

Schiedsspruch zu den Vergütungsgrundsätzen der häuslichen Krankenpflege

In den Verhandlungen zu den Grundsätzen der Vergütung und Vergütungsstrukturen einschließlich der Transparenzvorgaben lagen die Erwartungen der Verhandlungspartner weit auseinander. Ein zentrales Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung war es, einheitliche Grundlagen für Vergütungsverhandlungen auf Basis größtmöglicher Kostentransparenz zu schaffen, damit Krankenkassen und Pflegedienste leistungsgerechte Vergütungen unter Berücksichtigung angemessener Entlohnungen der Pflegekräfte auf Tariflohniveau vereinbaren können. Da zwischen den Verhandlungspartnern kein Konsens erzielt werden konnte, traf die angerufene Schiedsstelle im Oktober 2020 eine Entscheidung.

Die durch die Schiedsstelle festgesetzten Regelungen verfolgen im Grundsatz einen an den Gestehungskosten orientierten Ansatz. Diese Kosten sind vonseiten der Pflegedienste nachvollziehbar darzulegen und nachzuweisen. Die Nachweisverfahren sollen sicherstellen, dass höhere Vergütungen der Krankenkassen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die mit erhöhten Personalkosten begründet werden, auch tatsächlich für die Entlohnung der Mitarbeitenden eingesetzt werden. Die insoweit erweiterten Rahmenempfehlungen sind zu Beginn des Jahres 2021 in Kraft getreten.

Bessere Versorgung für Intensiv-Pflegebedürftige

Seit vielen Jahren gibt es Diskussionen darüber, die Qualität in der außerklinischen Intensivpflege zu verbessern. Im Blickpunkt stehen dabei insbesondere beatmungspflichtige Versicherte und solche mit einem äußeren Zugang zur Luftröhre (Trachealkanüle). Der GKV-Spitzenverband hatte in der Vergangenheit immer wieder gesetzliche Änderungen angemahnt, weil beispielsweise in der ambulanten Pflege beatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten Entwöhnungspotenziale nicht ausgeschöpft werden.

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) vom Oktober 2020 hat der Gesetzgeber die außerklinische Intensivpflege aus den Regelungen der häuslichen Krankenpflege herausgelöst und in eine eigenständige Rechtsvorschrift überführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss nun binnen eines Jahres eine eigene Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege verabschieden, mit spezifischen Regelungen u. a. zur Beatmungspflege.

Potenziale der Beatmungsentwöhnung frühzeitig prüfen

Das IPReG mit seinem umfassenden, sektorübergreifenden Ansatz wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Es setzt insbesondere für Versicherte, die beatmet werden oder tracheotomiert sind, wichtige Impulse für eine qualitativ hochwertige Versorgung und beseitigt bestehende Fehlanreize. Folgende Regelungen für diese Patientengruppe wurden mit dem IPReG getroffen:

- Pflicht zur Prüfung des Potenzials der Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung durch das Krankenhaus vor Überleitung von der klinischen in die außerklinische Versorgung
- Pflicht zur Dokumentation des festgestellten Entwöhnungs- und Dekanülierungspotenzials und der zu ergreifenden Maßnahmen bei jeder Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Die Verbesserungen in der Versorgung erhöhen auch den Grad der Selbstbestimmung der betroffenen Versicherten.

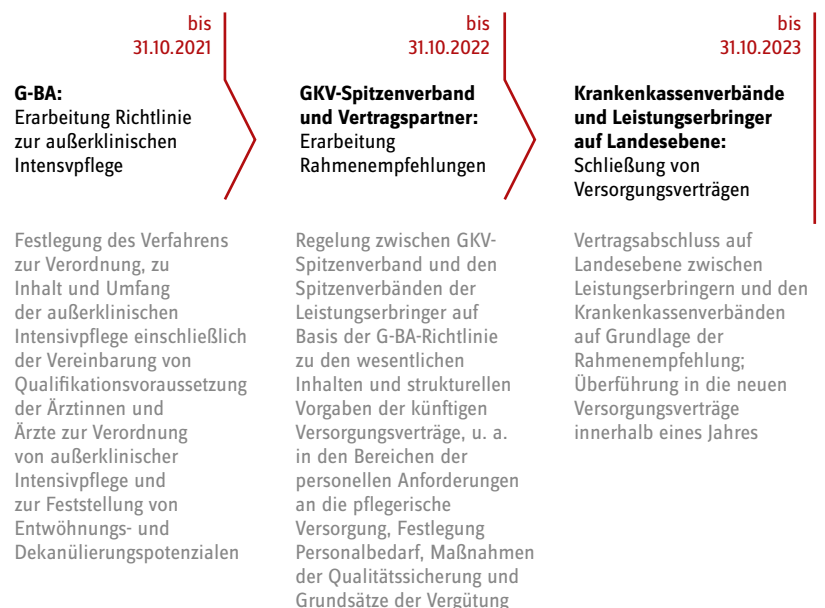
Intensivpflegepatientinnen und -patienten finanziell entlasten

Ein entscheidender Vorteil für die Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen intensivpflegerisch versorgt werden, liegt darin, dass hohe finanzielle Eigenbelastungen der Versicherten nach der Gesetzesänderung entfallen. Damit wurde ein zuvor bestehender Anreiz zugunsten der oft kostengünstigeren ambulanten Versorgung beseitigt. Dies trägt zu einer steigenden Wahlfreiheit zwischen den einzelnen Versorgungssettings bei.

Hohe finanzielle Eigenbelastungen der Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen intensivpflegerisch versorgt werden, entfallen.

Bei der in den Jahren 2021 und 2022 anstehenden Umsetzung der komplexen Regelungen des IPReG wird sich der GKV-Spitzenverband dafür einsetzen, dass in den Beratungen des G-BA und bei den Verhandlungen mit den Leistungserbringern die Versorgungsverbesserungen für die Versicherten auch ausgeschöpft werden.

Umsetzungsschritte zur außerklinischen Intensivpflege



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Änderungen beim Zugang zur Rehabilitation

Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen dem Zweck, dass chronisch kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen weiterhin möglichst selbstständig leben können. Die Maßnahmen sollen dazu beitragen, den dauerhaften Eintritt einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder mit den Folgen einer Erkrankung besser zurechtzukommen.

Anspruchsprüfung durch Krankenkassen untersagt

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) wurde u. a. der Zugang zu Leistungen der geriatrischen Rehabilitation verändert. Danach dürfen die Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit dieser Leistungen nicht

Es stellt ein Novum dar, dass einem Sozialleistungsträger die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Leistungsanspruch untersagt wird.

mehr gesondert überprüfen, nachdem sie von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt nach Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente in Form medizinischer Assessments verordnet wurden. Der GKV-Spitzenverband hat dies im Gesetzgebungsverfahren zum IPReG problematisiert. Es stellt ein Novum dar, dass einem Sozialleistungsträger die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Leistungsanspruch untersagt wird.

Bevor die Regelungen umgesetzt werden können, muss zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss

bis zum 31. Dezember 2021 in der Rehabilitationsrichtlinie das Nähere zur Auswahl, zum Einsatz und zum Nachweis der Anwendung geeigneter Abschätzungsinstrumente regeln. Der GKV-Spitzenverband verknüpft mit diesen Regelungen die Erwartung, dass die Auswahl der Abschätzungsinstrumente auf der Grundlage von fachlich fundierten Entscheidungen erfolgt und ein hohes Maß an Transparenz bei der Anwendung der Instrumente sowie eine hohe Ordnungsqualität sichergestellt werden, damit den Versicherten auf ihren individuellen Bedarf ausgerichtete Rehabilitationsleistungen zur Verfügung gestellt werden können.

Einheitliche Rahmenempfehlungen zur Vorsorge und Rehabilitation

Des Weiteren wurde mit dem IPReG der Auftrag formuliert, dass der GKV-Spitzenverband und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zu Inhalt, Umfang und Qualität der Reha-Leistungen sowie den Grundsätzen einer leistungsgerechten Vergütung vereinbaren. Kommen die Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die entsprechende, neu einzurichtende Bundesschiedsstelle anrufen. Mit den Rahmenempfehlungen wird eine einheitliche Grundlage zum Abschluss von Versorgungs- und Vergütungsverträgen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen geschaffen.



Kernregelungen des IPReG im Bereich Rehabilitation

- Zugänge zur Rehabilitation aus vertragsärztlichem Bereich oder Krankenhaus werden erleichtert
- Grundlagen für Versorgungs- und Vergütungsverträge werden durch Bundesrahmenempfehlungen vereinheitlicht
- Änderungen der Vergütungsverträge: Zahlung von Gehältern bis zur Tariflohnhöhe werden nicht als unwirtschaftlich betrachtet



Kör per waa ge, die; -n
(misst Lockdown-Dauer in Kilo)

Start des kommunalen Strukturaufbaus für Gesundheit

Der kommunalen Steuerung von Gesundheitsförderung und Prävention kommt eine besondere Bedeutung zu, wenn passgenaue und bedarfsgerechte Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für die Bürgerinnen und Bürger geschaffen werden sollen. Vor diesem Hintergrund hat das GKV-Bündnis für Gesundheit im Jahr 2019 ein Förderprogramm für Kommunen aufgelegt. Das

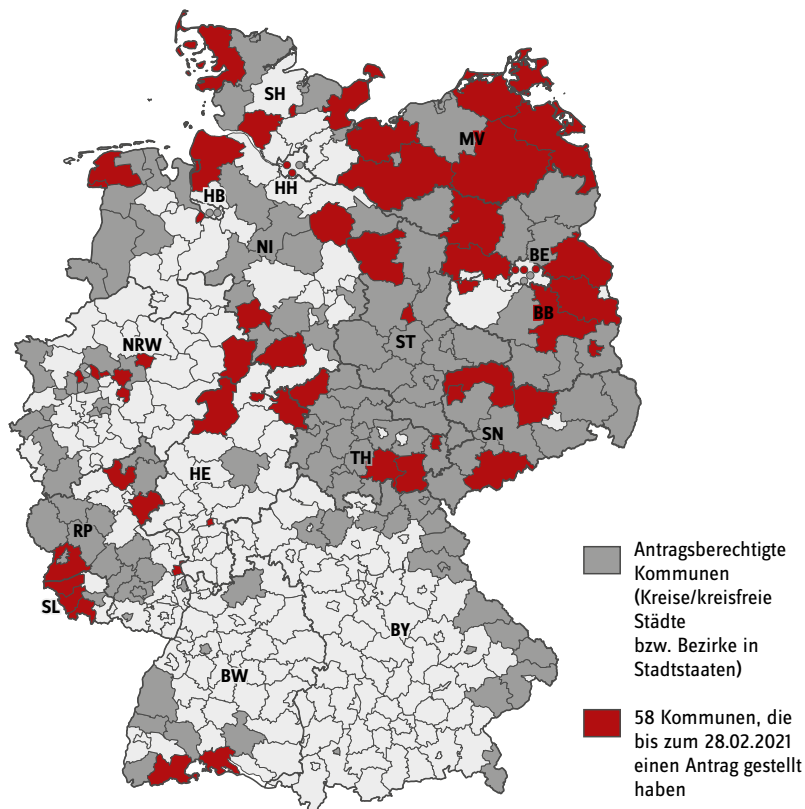
In den kommenden Jahren erhalten 30 bis 40 % aller berechtigten Kommunen eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit, um kommunale Strukturen für Gesundheit aufzubauen und miteinander zu vernetzen.

Portfolio des GKV-Bündnisses für Gesundheit stellt eine Ergänzung zum vielfältigen gesundheitsfördernden Engagement der Krankenkassen in den Bundesländern dar.

Förderangebot findet gute Resonanz bei Kommunen

Von den insgesamt 195 berechtigten Kommunen haben bis Ende Februar 2021 58 einen Antrag auf Förderung gestellt und seit Ende 2019 bereits sukzessive mit der Umsetzung begonnen. Zudem liegen von weiteren 21 Kommunen, die bis 30. Juni 2020 das aufgrund der Corona-Pandemie vereinfachte Antragsverfahren zur Fristwahrung genutzt hatten, Interessenbekundungen zur Antragstellung vor. Damit erhalten in den kommenden Jahren 30 bis 40 % aller berechtigten Kommunen eine Förderung durch das GKV-Bündnis für Gesundheit, um kommunale Strukturen für Gesundheit aufzubauen und miteinander zu vernetzen. Ergänzt wird die finanzielle Förderung durch Beratungs- und Qualifizierungsangebote.

Kommunales Förderprogramm:
Antragstellungen im Förderangebot „Kommunaler Strukturaufbau“



Zentrale Anlaufstellen in den Ländern

In den Bundesländern fungieren die Programmbüros des GKV-Bündnisses für Gesundheit als zentrale Anlaufstelle für interessierte kommunale Akteure. Sie beraten und informieren zu weiteren Förder- und Unterstützungsangeboten des GKV-Bündnisses für Gesundheit. Aktuell ist hier insbesondere das Angebot zur Gesundheitsförderung vulnerabler Zielgruppen zu nennen, das u. a. auch die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien in den Fokus rückt.

Evaluation verbessert wissenschaftliche Grundlagen

Das Förderprogramm soll dazu beitragen, einen bundesweiten Entwicklungsprozess im Themenfeld der kommunalen Gesundheitsförderung anzustoßen und zu unterstützen. Ein wichtiger Beitrag hierzu ist die Verbesserung wissenschaftlicher Grundlagen. Mit der begleitenden Evaluation des Förderprogramms wurde die PROGNOSE AG beauftragt. Die Evaluation erfasst auch die unterschiedlichen Ausgangs- und Rahmenbedingungen der Kommunen, um Veränderungen besser einordnen zu können. Im Forschungsinteresse stehen zudem hemmende und fördernde Faktoren bei der Erreichung der Förderziele sowie Nutzen und Wirkung der umgesetzten Maßnahmen.

Digitale Anwendungen in der Prävention

Die Digitalisierung hat auch in der Prävention längst Einzug gehalten. Die Auswahl gesunder Lebensmittel und deren Zubereitung, Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören oder täglich Sport zu treiben – zur Umsetzung dieser guten Vorsätze bietet der Markt mittlerweile eine Vielzahl digitaler Helfer. Bei der Digitalisierungsgesetzgebung lag der Fokus bisher auf der Implementierung digitaler Anwendungen zur Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Erkrankungen, nicht aber zu deren Vorbeugung. Nur Versicherte mit behandlungsbedürftigen Erkrankungen können digitale Anwendungen verschrieben bekommen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte für die jeweilige Krankheit zugelassen sind.

Individueller und flexibler

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes stellen digitale Anwendungen im Bereich der Prävention eine wertvolle Erweiterung des bestehenden Angebotsspektrums dar. Sie haben das Potenzial, die individuellen Bedarfe der Versicherten abzudecken und damit insgesamt mehr Menschen zu erreichen. Versicherte sollten diese präven-

tiven Potenziale mit einer Förderung durch die Krankenkassen nutzen können. Daher legt der GKV-Spitzenverband in seinem Leitfaden Prävention erweiterte Qualitätskriterien für digitale Anwendungen als Leistungen der Primärprävention fest, die über die bisher bereits geförderten E-Kurse hinausgehen. Durch die Loslösung vom Format der Gesundheitskurse mit in der Regel wöchentlichen Übungseinheiten können Angebote, z. B. zum Erlernen einer Entspannungsmethode, individualisiert und flexibler in den Alltag integriert werden.

Digitale Angebote haben das Potenzial, die individuellen Bedarfe der Versicherten abzudecken und damit insgesamt mehr Menschen zu erreichen.

In der Neuauflage des Leitfadens werden u. a. die vorzulegenden Nachweise für einen gesundheitlichen Nutzen digitaler Anwendungen, die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit persönlicher Unterstützung definiert. Der Anbieter muss den gesundheitlichen Nutzen der Anwendung durch mindestens eine prospektive Beobachtungsstudie mit drei Messzeitpunkten belegen.



Digitaler Wandel in der Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen nutzen seit vielen Jahren und in steigendem Umfang digitale Anwendungen und erhalten hierfür Selbsthilfe-Fördermittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie bieten ihren Mitgliedern hilfreiche Informationen auf ihren Internetseiten an, nutzen Tools zur Terminkoordination oder ermöglichen einen digitalen Austausch z. B. in Chat-Gruppen oder Online-Foren. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie ist die Zielsetzung, den digitalen Wandel der Selbsthilfe zu fördern, aktueller denn je.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz, das Anfang 2020 in Kraft trat, wird die Digitalisierung der Selbsthilfe weiter vorangebracht. Die GKV-Selbsthilfeförderung unterstützt die Nutzung analoger und digitaler Angebote gleichberechtigt. Berücksichtigt werden dabei aber nur solche digitalen Anwendungen, die höchsten Datenschutzerfordernissen genügen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Anpassung der Grundsätze der Selbsthilfeförderung

Trotz schwieriger Rahmenbedingungen aufgrund der Corona-Pandemie konnten der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene die Gesetzesänderung in den Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe zeitnah umsetzen. Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wurden dabei beratend hinzugezogen. Unter Berücksichtigung der notwendigen Vorlaufzeiten zur Anpassung von Antragsformularen und -verfahren gelten die Neuregelungen seit 1. Januar 2021.

Im Ergebnis wird an der Ebenen-Förderung festgehalten. Das bedeutet, dass Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen oder Selbsthilfekontaktstellen ihre Anträge weiterhin - unabhängig von der Art des praktizierten Austauschs (analog und/oder digital) - auf den jeweiligen Förderebenen (Bundes-, Landes- und Ortsebene) stellen können.

Zudem wurden im Leitfaden zur Selbsthilfeförderung weitere Anpassungen vorgenommen, um eine möglichst einheitliche Förderpraxis zu gewährleisten.

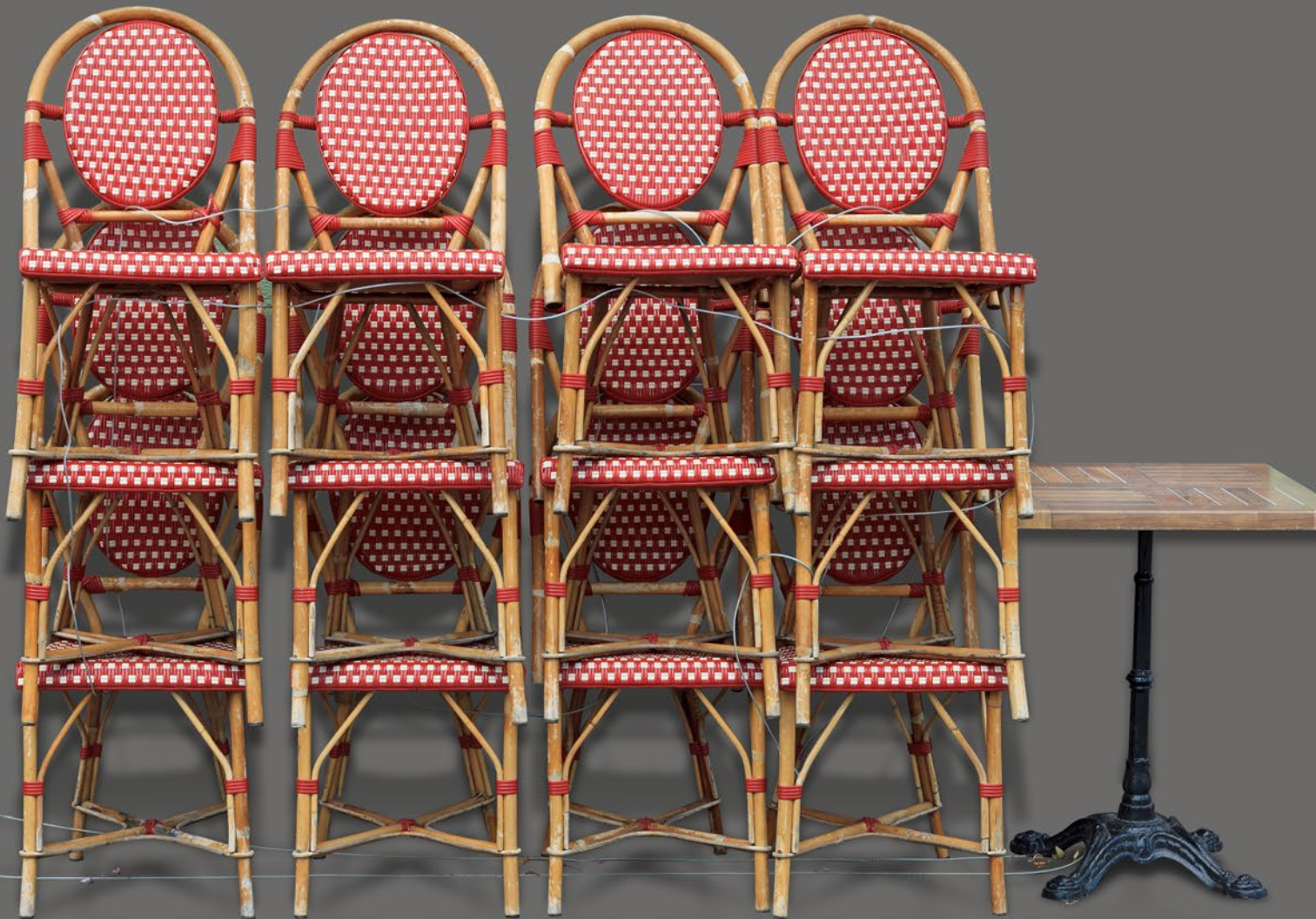
Allerdings zeigen Rückmeldungen - u. a. aus der Suchtselbsthilfe oder der Selbsthilfe zu psychischen Erkrankungen -, dass ein digitaler Austausch die persönliche Begegnung von Mensch zu Mensch oft nur bedingt oder temporär ersetzen kann.

Der Leitfaden zur Selbsthilfeförderung in der Fassung vom 27. August 2020 ist veröffentlicht unter www.gkv-spitzenverband.de/selbsthilfe.

Digitale Anwendungen müssen den höchsten Datenschutzerfordernissen genügen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe zeitnah umsetzen. Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wurden dabei beratend hinzugezogen. Unter Berücksichtigung der notwendigen Vorlaufzeiten zur Anpassung von Antragsformularen und -verfahren gelten die Neuregelungen seit 1. Januar 2021.





Gas tro-Lock down, der; -s
(Liefersdienste können nicht alles
ersetzen)

Stärkere Rolle der EU im Medizinprodukterecht

Unabhängig von der Regelungsebene muss der Versicherten- und Patientenschutz bei der Zulassung von Medizinprodukten an erster Stelle stehen.

Das Medizinprodukterecht befindet sich im Umbruch. Mit den neuen EU-Verordnungen für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika verliert 2021 das bisher auf europäischer und nationaler

Ebene gültige Medizinprodukterecht seine Gültigkeit.

Anders als zuvor treten diese EU-Verordnungen unmittelbar in allen Mitgliedstaaten in Kraft.

Sie bedürfen nur noch in

bestimmten Teilen einer Umsetzung in nationales Recht. Unabhängig von der Regelungsebene muss der Versicherten- und Patientenschutz bei der Zulassung von Medizinprodukten an erster Stelle stehen. Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass die medizinische Versorgung nur mit qualitativ hochwertigen und sicheren Medizinprodukten erfolgt.

Zur Angleichung der nationalen Gesetze an die neuen europäischen Rahmenbedingungen wurden im Frühjahr 2020 das Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) und damit u. a. das Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG) verabschiedet. Viele der getroffenen Regelungen konkretisieren die national zu regelnden Rechtsbereiche, z. B. die Marktüberwachung oder die Durchführung sogenannter sonstiger klinischer Prüfungen.

Anpassung des deutschen Rechts

Mit Inkrafttreten des MPDG wird das Medizinprodukterecht in Deutschland vollständig neu geordnet. Das Medizinproduktegesetz tritt außer Kraft und gilt nur noch für Medizinprodukte, die während einer Übergangsphase noch nach dem alten Recht in Verkehr gebracht oder in Betrieb genommen wurden. Drei Bestimmungen der Anpassungsgesetzgebung sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hervorzuheben:

1. Die Zuständigkeiten der Behörden für die Marktüberwachung sind neu verteilt. Sehr zu begrüßen ist, dass mehrere Kompetenzen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bundeseinheitlich gebündelt wurden. Das dient der Patientensicherheit und setzt eine langjährige Forderung des GKV-Spitzenverbandes um.
2. Es wurden sehr weitreichende Regelungen für nationale Sonderzulassungen von Medizinprodukten eingeführt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bleibt die Frage zu beantworten, ob sie mit dem geltenden neuen EU-Recht vereinbar sind. Immerhin ist so, anders als von der EU-Verordnung vorgesehen, die nationale Zulassung von ganzen Produktgruppen möglich.
3. Während die neuen EU-Verordnungen sehr weitreichende Zugangsmöglichkeiten zu Informationen über die in Verkehr gebrachten Medizinprodukte und deren klinische Prüfungen vorsehen, findet sich dieser Transparenzgedanke bei einigen nationalen Regelungen des MPDG nicht in ausreichendem Maße wieder. Für die Patientensouveränität wäre es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes notwendig gewesen, den Zugang zu Informationen über erteilte nationale Sonderzulassungen und über die Ergebnisse sogenannter sonstiger klinischer Prüfungen zu ermöglichen.

Aufgrund der Corona-Pandemie wurde der Geltungsbeginn der EU-Medizinprodukteverordnung von 2020 auf den 26. Mai 2021 verschoben. Deshalb musste auch das Inkrafttreten des MPDG sowie weiterer mit dem Medizinprodukterecht zusammenhängender Regelungen des MPEUAnpG verschoben werden.



Impfung, die; -en
(Gamechanger mit
Anlaufproblemen)

Neuordnung der Methodenbewertung

Mit der im Juni 2020 vorgelegten Verordnung über die Verfahrensgrundsätze der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurde die Neuordnung der Bewertung nicht-medikamentöser Innovationen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) abgeschlossen.

Die gesetzliche Grundlage zur Neuregelung der Methodenbewertung wurde mit dem Implantateregister-Errichtungsgesetz geschaffen. Hier war die Ermächtigung an das Gesundheitsministerium enthalten, bis zum 30. Juni 2020 die Grundsätze der Methodenbewertung im G-BA in einer Rechtsverordnung neu zu regeln. Weiterreichende staatliche Eingriffsmöglichkeiten, die nicht allein der intendierten

Verfahrensbeschleunigung dienen, sondern noch größere Spielräume für politische Einflussnahme auf die evidenzbasierte Methodenbewertung erlaubt hätten, konnten in dem Gesetzgebungsverfahren verhindert werden.

Wissenschaftlich fundiertes Beratungsverfahren erschwert

Ziel der vorgelegten Verordnung ist eine schnelle Anwendung und Vergütung von Innovationen. Es werden damit jedoch auch wesentliche methodisch-wissenschaftliche Grundlagen des G-BA und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen infrage gestellt. Mit der Neuregelung wird eine methodisch fundierte Gewichtung und Bewertung der Evidenz bezüglich ihrer Aussagesicherheit und Qualität gefährdet und das formale Verfahren verkompliziert. Gleichzeitig werden die Fristen für die wissenschaftliche Bearbeitung und Beratung weiter beschnitten. Unter diesen Bedingungen wird ein inhaltlich angemessenes Beratungsverfahren im G-BA erheblich erschwert.

Nach deutlicher Kritik am ersten Verordnungsentwurf konnten punktuelle Änderungen erreicht werden. Die ursprünglich geplante Regelung, dass in die Ermittlung des Standes der medizinischen Erkenntnisse künftig ausnahmslos sämtliche Unterlagen und Nachweise einbezogen werden müssen, wurde abgemildert. Die Verordnung sieht nunmehr vor, dass die Recherche unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin erfolgen soll und damit nicht in jedem Fall Unterlagen aller Evidenzstufen vollumfänglich erfasst werden müssen. Die Methodik der evidenzbasierten Medizin verlangt in Abhängigkeit von der Fragestellung vor der Recherche festzulegen, welche Studientypen grundsätzlich dazu geeignet sind, den Nutzen einer Innovation nachzuweisen. Denn in der Bewertungspraxis ist es faktisch unmöglich, alle Fallberichte und Einzelmeinungen umfassend zu recherchieren, zu dokumentieren und in die Bewertung einzubeziehen. So werden die Aussagesicherheit und die Praktikabilität der Recherche sichergestellt.

Der G-BA hat die Verordnung inzwischen in seine Verfahrensordnung integriert. Es bleibt abzuwarten, wie dies in der praktischen Arbeit des G-BA umgesetzt werden wird.

Der GKV-Spitzenverband wird sich im G-BA weiterhin dafür einsetzen, dass Fragen nach dem Nutzen für Patientinnen und Patienten und die dafür notwendigen wissenschaftlichen Daten bei den Entscheidungen des G-BA im Vordergrund stehen.

**Weiterreichende staatliche
Eingriffsmöglichkeiten, die noch
größere Spielräume für politische
Einflussnahme auf die evidenzbasierte
Methodenbewertung erlaubt hätten,
konnten verhindert werden.**



Desinfection, die; -en
(mache tägliche Verwendung
von Alkohol salonfähig)

Fortsetzung des Innovationsfonds

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden der Innovationsfonds bis Ende des Jahres 2024 verlängert und Anpassungen am Förderverfahren vorgenommen.

Seit 2016 fördert der beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsausschuss innovative Versorgungsmodelle und anwendungsorientierte Versorgungsforschung. In den Jahren 2016 bis 2019 standen dazu jährlich 300 Mio. Euro Fördervolumen zur Verfügung. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurden der Innovationsfonds bis Ende des Jahres 2024 verlängert und einige Neuregelungen am Förderverfahren vorgenommen. Ab 2020 steht nun ein auf 200 Mio. Euro reduziertes jährliches Fördervolumen zur Verfügung.

Innovationsausschuss setzt Neuregelungen um

Der Innovationsausschuss hat den mit dem DVG eingeführten Pool von Expertinnen und Experten, die mit breit aufgestellter Expertise die Förderanträge mitbegutachten sollen, erfolgreich aufgebaut. Zudem wurde erstmals ein öffentliches Konsultationsverfahren zur Einbeziehung von Themenvorschlägen auch von Akteuren des Gesundheitswesens außerhalb des Innovationsausschusses durchgeführt. Im Oktober 2020

veröffentlichte der Innovationsausschuss die erste Förderbekanntmachung für den neuen Förderbereich „(Weiter-)Entwicklung medizinischer Leitlinien“. Jährlich sind mindestens 5 Mio. Euro aus dem Fördervolumen „Versorgungsforschung“ für Leitlinien-Projekte vorzusehen.

Ebenfalls gestartet ist im Jahr 2020 das durch das DVG vorgesehene zweistufige Antragsverfahren im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“. Hier müssen sich die Antragstellenden zunächst mit einer kurzen Ideenskizze bewerben. Wird diese vom Innovationsausschuss positiv bewertet, gewährt er den Antragstellenden sechs Monate Zeit und bis zu 75.000 Euro Förderung für die Ausarbeitung eines Vollertrags. Aus den eingereichten Vollerträgen kann der Innovationsausschuss schließlich i. d. R. 20 Projekte fördern.

Es muss sich erst noch zeigen, ob alle Neuerungen die vom Gesetzgeber intendierten Verbesserungen im Förderverfahren erzielen können.

Förderentscheidungen im Jahr 2020

Der Innovationsausschuss hat auch 2020 wieder zahlreiche Förderanträge von Krankenkassen, Ärzteverbänden, Krankenhäusern sowie Univer-

Förderung im Innovationsfonds 2020

Förderbereich	Anträge/ Ideenskizzen eingereicht	Fördervolumen eingereichte Anträge/Ideenskizzen	Projekte/ Ideenskizzen gefördert	Fördervolumen geförderte Projekte/ Ideenskizzen
Versorgungsforschung	186	247,6 Mio. €	33	37,3 Mio. €
Vollerträge Neue Versorgungsformen (einstufiges Verfahren)	73	421,8 Mio. €	28	146,9 Mio. €
Ideenskizzen Neue Versorgungsformen (zweistufiges Verfahren, Stufe 1)	136	9,4 Mio. €	33	2,4 Mio. €

sitäten und Forschungsinstituten erhalten. Im Förderbereich „Versorgungsforschung“ wurden von 186 eingereichten Anträgen 33 Forschungsprojekte zur Förderung ausgewählt, womit das Fördervolumen ausgeschöpft wurde. Im letztmalig einstufig stattfindenden Antragsverfahren im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ hat der Innovationsausschuss 28 Projekte aus 73 Anträgen positiv beschieden.

2020 fand auch erstmals die Quotenregelung für die themenoffene und themenspezifische Förderung Anwendung. Nach dieser Vorgabe aus dem DVG dürfen maximal 20 % des Fördervolumens im jeweiligen Förderbereich für themenoffen eingereichte Anträge verwendet werden. Damit soll eine stärkere inhaltliche Steuerung der Projekte erreicht werden. Parallel zum letztmalig einstufigen Antragsverfahren wurde das zweistufige Antragsverfahren für „Neue Versorgungsformen“ gestartet. Zum Jahreswechsel 2020/2021 hat der Innovationsausschuss 33 aus den 136 eingegangenen Ideenskizzen für die Ausarbeitung von Vollanträgen im Jahr 2021 ausgewählt.

Die Krankenkassenbeteiligung bei den geförderten Forschungsprojekten aus dem Jahr 2020 liegt bei 42 %, bei den einstufig geförderten „Neuen Versorgungsformen“ bei 93 %.

Erste Projektergebnisse und Empfehlungen

Im Jahr 2020 hat der Innovationsausschuss die Berichte von 14 abgeschlossenen Versorgungsforschungsprojekten veröffentlicht. Er sprach zudem Empfehlungen zur Verwertung der Erkenntnisse aus. So wurde u. a. ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der G-BA-Richtlinie zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung angestoßen. Ende 2020 wurden auch die ersten beiden Empfehlungen zu abgeschlossenen „Neuen Versorgungsformen“ veröffentlicht. Der Innovationsausschuss hat in einer der Empfehlungen die Gesundheitsministerien der Länder gebeten, für ihr jeweiliges Bundesland zu prüfen, ob ein Tele-Notarztsystem als ergänzendes Rettungsmittel implementiert werden kann.

Gesetzliche Neuerungen

Mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz, das im Dezember 2020 beschlossen wurde und zum Januar 2021 in Kraft getreten ist, werden aufsichtsrechtliche Erleichterungen für die Fortführung von Verträgen nach § 140a SGB V aus dem Innovationsfonds nach Förderende festgelegt. Die Anforderungen an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung sowie eine Versorgungsverbesserung werden mit der Förderentscheidung des Innovationsausschusses als erfüllt angesehen.



DEPARTURES

TIME	DESTINATION	FLIGHT	GATE	REMARKS
12:39	BERLIN	BA 903	31	CANCELLED
12:57	SYDNEY	QF5723	27	CANCELLED
13:08	TORONTO	AC5984	22	CANCELLED
13:21	TOKYO	JL 608	41	CANCELLED
13:37	HONG KONG	CX5471	29	CANCELLED
13:48	MADRID	IB3941	30	CANCELLED
14:19	LONDON	LH5021	28	CANCELLED
14:35	NEW YORK	AA 997	11	CANCELLED
14:54	PARIS	AF5870	23	CANCELLED
15:10	ROME	AZ5324	43	CANCELLED

Rück|er|stat|tung, die; -en

(Faustformel: dauert viermal so lang
wie die geplante Reise)

Aufbau der klinischen Krebsregister

Klinische Krebsregister sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung und Sicherung der Qualität in der onkologischen Versorgung. Mit dem Inkrafttreten des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes 2013 erhielten alle Bundesländer die Aufgabe, flächendeckende klinische Krebsregister einzurichten. Die Krebsregister müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, damit sie von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden können. Diese 43 Förderkriterien beziehen sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Registeraktivitäten und sollen ein Mindestmaß an Qualität der klinischen Krebsregister und ihrer Daten sicherstellen. Während der Aufbau- und Nachbesserungsphase erfolgte die Finanzierung unabhängig von der Erfüllung der Förderkriterien. Diese Phase endete am 31. Dezember 2020. Ab 2021 müssen die Krebsregister alle Förderkriterien erfüllen.

Die Prüfung des Erfüllungsstandes der Förderkriterien für die 18 klinischen Krebsregister ist Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Sie fand Ende 2020 zum vierten Mal statt.

Klinische Krebsregister nun voll arbeitsfähig

Die aktuelle Prüfung zum 31. Dezember 2020 zeigt, dass nun alle 18 klinischen Krebsregister die 43 Förderkriterien erfüllen. Damit gelten der Aufbau als abgeschlossen und die Krebsregister als voll arbeitsfähig. Dennoch bleiben die Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität anhand der aktuellen Daten einmal jährlich zu prüfen und nachzuweisen. Der GKV-Spitzenverband wertet dieses Ergebnis als sehr positiv, weil die Krankenkassen in ihrer Prognose

Die Krebsregister müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, damit sie von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden können.

Erfüllung Förderkriterien der Krebsregister 2019 und 2020

43 zu erfüllende Förderkriterien

	2019	2020
Baden-Württemberg	43 ✓	43 ✓
Bayern	41	43 ✓
Brandenburg/Berlin	36	43 ✓
Bremen	43 ✓	43 ✓
Hamburg	42	43 ✓
Hessen	41	43 ✓
Mecklenburg-Vorpommern	29	43 ✓
Niedersachsen	31	43 ✓
Nordrhein-Westfalen	39	43 ✓
Rheinland-Pfalz	43 ✓	43 ✓
Saarland	43 ✓	43 ✓
Chemnitz	40	43 ✓
Dresden	39	43 ✓
Leipzig	40	43 ✓
Zwickau	40	43 ✓
Sachsen-Anhalt	35	43 ✓
Schleswig-Holstein	42	43 ✓
Thüringen	34	43 ✓

Entfällt die Finanzierung durch die Krankenkassen, müssen nach jetzigem Stand die Länder einspringen.

basierend auf der Situation der Krebsregister im Jahr 2019 davon ausgingen, dass mehrere Krebsregister die Fördervoraussetzungen im Jahr 2020 nicht erfüllen würden. Eine wesentliche Rolle dürften methodische Änderungen seitens der Krebsregister bei der Ermittlung der für die Prüfung erforderlichen epidemiologischen Daten gespielt haben.

Ausblick

Da die Krebsregister Ende 2019 noch deutlich hinter den Anforderungen zurücklagen, appellierte der GKV-Spitzenverband zuletzt im August 2020 an die Länder und die Register, umgehend ihre gesetzlichen Verpflichtungen zu erfüllen, um die Förderkriterien bis Ende 2020 sicherzustellen. Denn

nur dann können die gesetzlichen Krankenkassen die Register weiterhin fördern. Entfällt die Finanzierung durch die Krankenkassen, müssen nach jetzigem Stand die Länder einspringen. Darauf hat der Gesetzgeber reagiert und in seinem Gesetzentwurf zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten u. a. für Krebsregister, die Anfang 2021 noch nicht alle Förderkriterien erfüllen, eine dreijährige Übergangsregelung mit abgestufter Fallpauschale aufgenommen.

2021 werden nun alle Krebsregister die Förderkriterien erfüllen. Im noch laufenden Gesetzgebungsprozess wurde die Sachlage vom GKV-Spitzenverband neu bewertet. Die dreijährige Übergangsphase für Krebsregister, die nach 2020 die Fördervoraussetzungen nicht erfüllen, ist somit nicht mehr erforderlich.



Wan|dern, das
(unerwartete Entdeckung der
Schönheit des Nahen)

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind GKV und SPV Schäden in Höhe von über 186 Mio. Euro entstanden.

Die bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und beim GKV-Spitzenverband eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gehen Hinweisen nach, die auf „Unregelmäßigkeiten“ oder eine „rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln“ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) hindeuten, insbesondere Abrechnungsbetrug und Korruption. Gemäß seiner Berichtspflicht informierte der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes den Verwaltungsrat am 2. Dezember 2020 über Arbeit und Ergebnisse seiner Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im abgeschlossenen Berichtszeitraum 2018/2019. Der auch im Internet veröffentlichte Bericht führt darüber hinaus die Ergebnisse der Tätigkeitsberichte seiner Mitglieder zu einer GKV-Gesamtsicht zusammen und leitet aktuelle Positionen und Forderungen ab.

Deutlicher Anstieg der eingegangenen Hinweise und entstandenen Schäden

Die Anzahl der bei den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eingegangenen externen Hinweise ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um insgesamt 38 % angestiegen. Mehr

als 80 % aller Hinweise werden von externen Hinweisgebenden übermittelt. Die Summe der gesicherten Forderungen ist im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum um 26 % angestiegen. Insgesamt konnten Forderungen in Höhe von über 62 Mio. Euro gesichert werden. Dies stellt den höchsten Wert seit dem Beginn der Berichterstattung dar. Erstmals wurden auch die tatsächlich entstandenen Schäden beziffert: Durch Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind der GKV und der SPV Schäden in Höhe von über 186 Mio. Euro entstanden.

Die genaue Analyse der GKV-Gesamtsicht macht deutlich, dass die höchsten Forderungen im Leistungsbereich der häuslichen Krankenpflege gesichert wurden. Die mit Abstand höchsten Schäden sind demgegenüber im Bereich der Arznei- und Verbandmittel entstanden.

Diese und weitere Ergebnisse des Berichts belegen, dass Fehlverhalten im Gesundheitswesen erfolgreich bekämpft werden kann – mit weiter steigender Tendenz. Die systematische Arbeit der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erfolgt im Interesse der Versichertengemeinschaft.

Kennzahlen der GKV-Gesamtsicht

Inhaltsbeschreibung	2016/2017	2018/2019	+/-	%	Tendenz
1. Anzahl der eingegangenen Hinweise	33.041	42.350	+ 9.309	+ 28,17	▲
1.1. Anzahl der externen Hinweise	25.039	34.542	+ 9.503	+ 37,95	▲
1.2. Anzahl der internen Hinweise	8.002	7.808	- 194	- 2,42	▼
2. Anzahl der verfolgten Fälle	40.090	43.644	+ 3.554	+ 8,87	▲
2.1. Anzahl verfolgter Bestandsfälle	14.853	15.447	+ 594	+ 4,00	▲
2.2. Anzahl verfolgter Neufälle	25.237	28.197	+ 2.960	+ 11,73	▲
3. Anzahl der abgeschlossenen Fälle	24.172	26.236	+ 2.064	+ 8,54	▲
4. Höhe der gesicherten Forderungen in Euro	49.081.369	62.012.385	+ 12.931.016	+ 26,35	▲
5. Anzahl der Fälle mit Unterrichtung der Staatsanwaltschaft	3.371	2.952	- 419	- 12,43	▼

Quelle: Bericht des Vorstandes an den Verwaltungsrat – Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, Stand 2. Dezember 2020; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Verwaltungsrat fordert Hinweisgeberschutzgesetz

Um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zukünftig noch effizienter zu gestalten, hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes in einer Erklärung weitergehenden Handlungsbedarf festgestellt und konkrete Maßnahmen vorgeschlagen. Der Verwaltungsrat spricht sich dafür aus, die sogenannte Whistleblower-Richtlinie der EU durch ein eigenständiges „Hinweisgeberschutzgesetz“ in deutsches Recht umzusetzen, um die Schutzbelange externer Hinweisgebender einheitlich zu regeln. Schon heute gehen in der Bundesrepublik die zahlenmäßig mit Abstand meisten Hinweise bei den externen Fehlverhaltensbekämpfungsstellen von GKV und SPV ein. Der Verwaltungsrat fordert die Bundesregierung deshalb auf, den gesetzlichen Hinweisgeberschutz zukünftig auch auf die Meldung von Hinweisen auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen auszuweiten. Um die Identität der Hinweisgebenden effektiver schützen zu können, sollten auch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ein Zeugnisverweigerungsrecht erhalten.

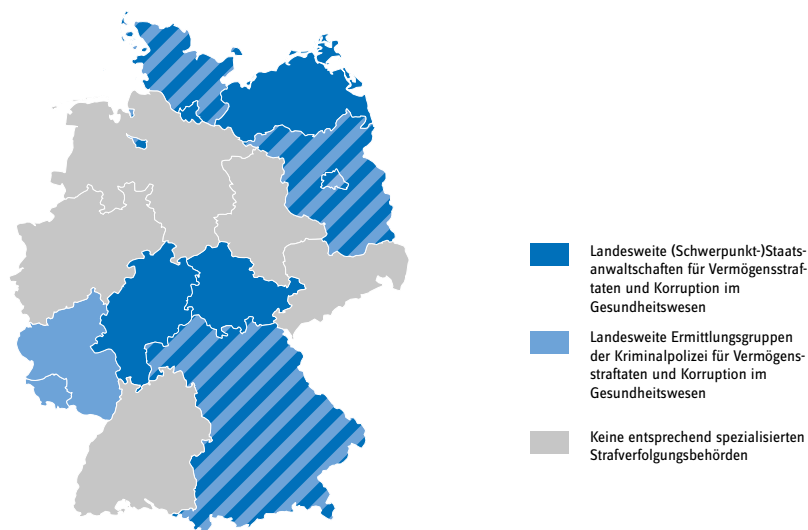
Der Verwaltungsrat spricht sich darüber hinaus für die Konkretisierung der sozialgesetzlichen Grundlagen im Abrechnungsgeschehen der Pflege aus. Nach den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen sind bei der Abrechnung von Leistungen der ambulanten Pflege die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen. Darüber hinaus sind der Tag und die Dauer der Leistungserbringung anzugeben, nicht aber der konkrete Zeitraum. Dies reicht nicht aus, um eine Plausibilisierung der abgerechneten Leistungen zu ermöglichen. Zur Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmisbrauch ist die Angabe der Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz von hoher Relevanz.

Spezialisierte Strafverfolgungsbehörden in allen Bundesländern aufbauen

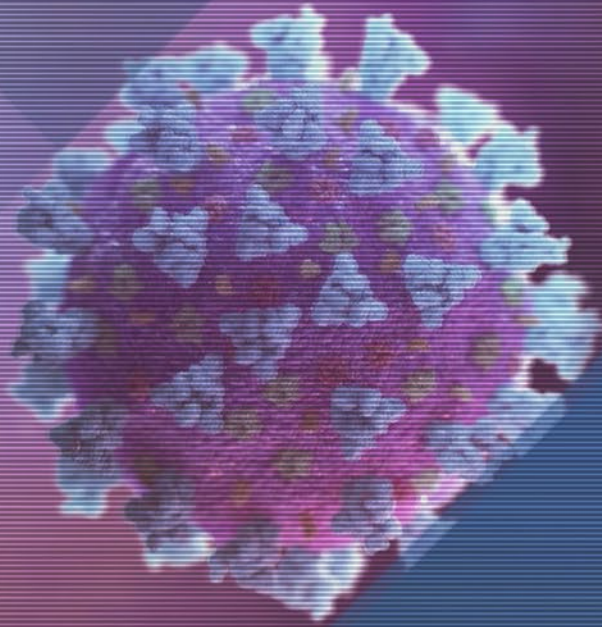
Schließlich appelliert der Verwaltungsrat an die Länder, den vereinzelt bereits eingeschlagenen Weg konsequent fortzusetzen und in den länderübergreifenden Gremien zu beraten. Die Effektivierung der Strafverfolgung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen sollte z. B. auch von der Justizministerkonferenz aufgegriffen werden. Ermittlungsverfahren im Bereich des Gesundheitswesens sind eine absolute Spezialmaterie. Eine effektive Strafverfolgung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen kann nur dort gelingen, wo sich nicht nur Richterinnen und Richter, sondern auch Staatsanwältinnen und Staatsanwälte längerfristig und durchgängig mit dieser Spezialmaterie befassen und entsprechende Expertise aufbauen können. Spezialisierte (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften oder Zentralstellen zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen sollten deshalb in allen Bundesländern eingerichtet werden.

Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen

Spezialisierte (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften und Fachkommissariate der Kriminalpolizei



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 01.06.2021



HEUTE 20:15

ARD EXTRA
DIE CORONA-LAGE

TV-Son|der|sen|dung, die; -en
(Quote mit Inzidenz)

GKV-Financen – Fortsetzung des Negativtrends im ersten Jahr der Pandemie

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen das Jahr 2019 bereits mit einem Defizit von rd. 1,7 Mrd. Euro abgeschlossen hatten, betrug das Defizit im ersten Jahr der Corona-Pandemie nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen rd. 2,7 Mrd. Euro¹. Parallel schloss der Gesundheitsfonds das Berichtsjahr 2020 mit einem Minus von rd. 3,6 Mrd. Euro ab. Das GKV-Finanzergebnis adaptierte sich somit auf ein Defizit von rd. 6,2 Mrd. Euro.

Auch für das Jahr 2021 sind negative Finanzergebnisse zu erwarten – sowohl für die Krankenkassen als auch für den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen werden 2021 allein durch die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Rücklagen mit zusätzlichen Ausgaben von rd. 8 Mrd. Euro belastet. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz hat der Gesetzgeber Ende 2020 vorgegeben, dass die vermögendere Krankenkassen erhebliche Anteile ihrer Reserven abführen müssen, um so die für das Jahr 2021 erwartete pandemiebedingte Finanzierungslücke zu schließen. Und auch der Fonds wird bei treffgenauer Einnamenschätzung rd. 1 Mrd. Euro mehr ausgeben müssen, als er einnimmt, insbesondere aufgrund seiner Verpflichtung zum partiellen Ausgleich der Mindereinnahmen infolge der Einführung des Freibetrags für Betriebsrenten. Dieser Ausblick auf die Finanzentwicklung ist insoweit beunruhigend, als hierbei noch keinerlei pandemiebedingte Lasten berücksichtigt sind. Denn deren Ausmaß ist zu Beginn des Jahres 2021 noch nicht kalkulierbar.

Vor dem Hintergrund der vom GKV-Schätzerkreis für das Jahr 2021 festgestellten Unterdeckung der Krankenkassenhaushalte von mindestens rd. 20 Mrd. Euro und der gesetzlichen Verpflichtung zum drastischen Vermögensabbau mussten die Krankenkassen in großer Zahl zum Jahreswechsel ihre Beitragssätze erhöhen. Von den 103 Krankenkassen setzten 40 ihren Zusatzbeitragssatz herauf, nur zwei konnten ihren Satz senken. Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz stieg von 1,0 % im Dezember 2020 auf 1,28 % im

Januar 2021. Damit entspricht der tatsächliche Durchschnitt gegenwärtig dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2021 von 1,3 %.

Finanzentwicklung 2020

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) im Berichtsjahr pandemiebedingt nur um 1,9 % auf 1.496,8 Mrd. Euro. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % ergaben sich damit Beitragseinnahmen von rd. 218,6 Mrd. Euro. Einschließlich der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung (2,9 Mrd. Euro), einer gesonderten Zuführung aus der Liquiditätsreserve von 225 Mio. Euro und der zur Verbesserung der Finanzausstattung des Gesundheitsfonds in der Pandemie um 3,5 Mrd. Euro erhöhten Bundesbeteiligung (rd. 17,9 Mrd. Euro) beliefen sich die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds auf rd. 239,4 Mrd. Euro. Mit diesen Einnahmen konnte der Gesundheitsfonds die den Krankenkassen für 2020 zugesicherten Zuweisungen in Höhe von 240,2 Mrd. Euro nicht vollständig finanzieren. Die fehlenden Mittel in Höhe von 0,6 Mrd. Euro waren demnach der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu entnehmen. Aufgrund weiterer gesetzlicher Zahlungsverpflichtungen, u. a. gegenüber dem Innovations- und dem Strukturfonds, aber insbesondere durch die Auszahlung von Finanzhilfen an Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die nicht vollständig vom Bund erstattet wurden, erwirtschaftete der Fonds zum 31. Dezember 2020 ein Defizit von rd. 3,6 Mrd. Euro. Die Fondsreserve betrug damit zum Jahresende noch rd. 6,2 Mrd. Euro.

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen stiegen die fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen um 4,0 % auf 257,3 Mrd. Euro und blieben somit aufgrund der pandemiebedingt

Vor dem Hintergrund einer geschätzten Unterdeckung von mindestens rd. 20 Mrd. Euro mussten die Krankenkassen in großer Zahl zum Jahreswechsel ihre Beitragssätze erhöhen.

Der Gesundheitsfonds erwirtschaftete zum 31. Dezember 2020 ein Defizit von rd. 3,6 Mrd. Euro.

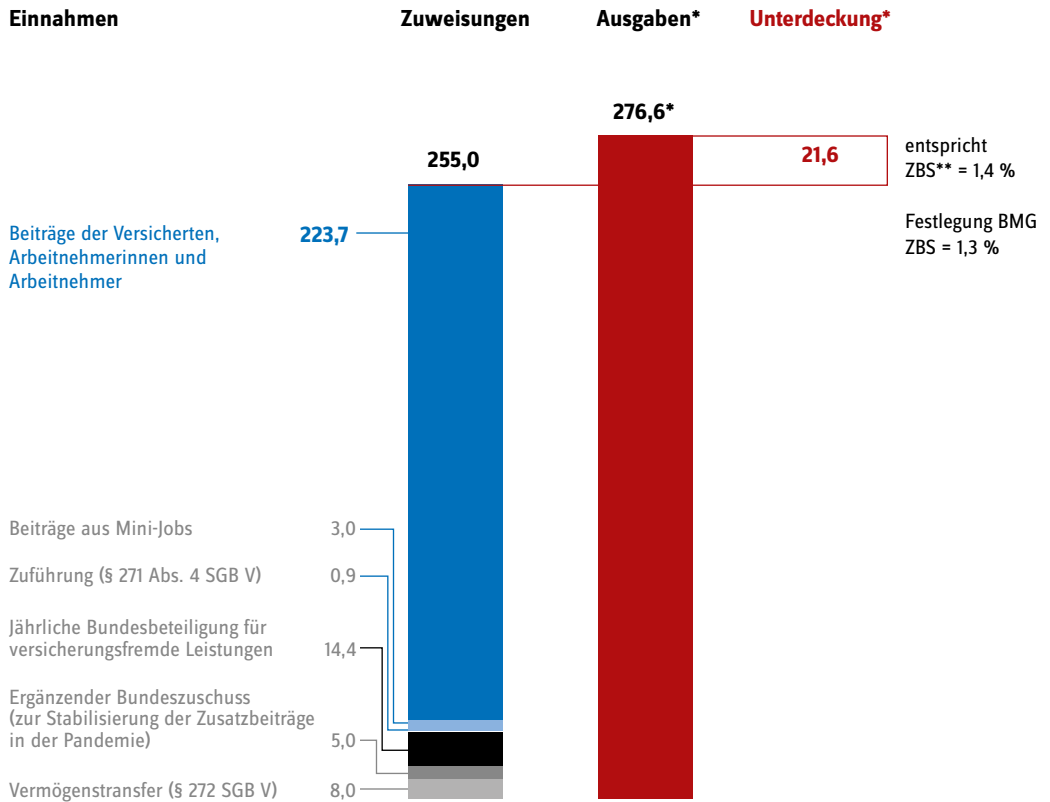
verringerten Leistungserbringung knapp unter der Ausgabenprognose des BMG und des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) vom Herbst 2019. Die Finanzexpertinnen und -experten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatten mit einem Ausgabenanstieg um 4,6 % auf 258,6 Mrd. Euro gerechnet. Bei Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen in Höhe von rd. 240,2 Mrd. Euro betrug die Unterdeckung der fondsrelevanten Ausgaben demnach im Jahr 2020 rd. 17,1 Mrd. Euro. Die zur Finanzierung

dieser Unterdeckung im Jahr 2020 tatsächlich erhobenen Zusatzbeitragssätze variierten - bei einem vom BMG ex ante festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,1 % - zwischen 0,2 % und 2,7 %; eine Krankenkasse konnte 2020 auf die Erhebung eines Zusatzbeitrags verzichten.

Finanzprognose 2021

Für 2021 ging der Schätzerkreis im Herbst 2020 einhellig von einem weiteren Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um 2,4 % auf nunmehr 1.532,2 Mrd. Euro aus. Auf dieser Basis werden Beitragseinnahmen in Höhe von 223,7 Mrd. Euro

Einnahmen-Ausgaben-Prognose 2021
in Mrd. Euro (Werte gerundet)



* Schätzung GKV-Spitzenverband
** Zusatzbeitragssatz
Quelle: BAS, GKV-Schätzerkreis; Darstellung: GKV-Spitzenverband

erwartet; hinzu kommen Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung von rd. 3,0 Mrd. Euro. Des Weiteren erhalten die Krankenkassen für das Kalenderjahr 2021 900 Mio. Euro aus der Reserve des Fonds zum partiellen Ausgleich der Mindereinnahmen infolge des zum 1. Januar 2020 eingeführten Freibetrags für Betriebsrenten. Zusätzlich zur Bundesbeteiligung für die versicherungsfremden Aufwendungen der GKV (14,5 Mrd. Euro) zahlt der Bund 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Mrd. Euro, um das Zusatzbeitragssatzniveau zu stabilisieren und zugleich die von der Bundesregierung zugesicherte Sozialgarantie² für das Jahr 2021 abzusichern. Des Weiteren fließen den Einnahmen des Gesundheitsfonds die von den vermögendere Krankenkassen zwangsweise erhobenen Transferzahlungen von rd. 8 Mrd. Euro zu. Somit ergibt sich damit ein Zuweisungsvolumen von insgesamt rd. 255,0 Mrd. Euro. Dieser Rekordbetrag, der einmalige Transfers aus dem Bundeshaushalt sowie den Vermögen der Krankenkassen in Höhe von 13 Mrd. Euro umfasst, wird den Krankenkassen als Zuweisungssumme für das Jahr 2021 zugesichert.

Ausgehend von der Ausgabenschätzung 2020 konnte der GKV-Schätzerkreis auch für 2021 keine geeinigte Ausgabenprognose abgeben. Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2021 wurden seitens BMG und BAS auf 274,9 Mrd. Euro, seitens des GKV-Spitzenverbandes auf 276,6 Mrd. Euro geschätzt. Dies entspricht einem Anstieg um 6,6 % (BMG/BAS) bzw. 6,9 % (GKV-Spitzenverband) im Vergleich zum Vorjahr. Dabei wurden die mutmaßlichen Finanzwirkungen insbesondere der COVID-19-Gesetzgebung sowie weiterer verabschiedeter Gesetze berücksichtigt. Eine verringerte Leistungserbringung als Folge weiterer Infektionswellen wurde hingegen nicht erwartet.

Für die Krankenkassen ergab sich damit im Jahr 2021 eine rechnerische Unterdeckung der Ausgaben von rd. 19,9 Mrd. Euro (BMG/BAS) bzw. von rd. 21,6 Mrd. Euro (GKV-Spitzenverband). Ausgehend von den Schätzgrößen von BMG/BAS hat

das BMG im Oktober 2020 den durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitragssatz von bislang 1,1 auf 1,3 % angehoben.

Ausblick auf das Jahr 2022

Die Frage der Finanzierung der GKV im Jahr 2022 muss ganz oben auf der Agenda stehen. Der Zusatzbeitragssatz zur Krankenversicherung kann 2021 allein durch zusätzliche Bundesmittel sowie durch den einmaligen und drastischen Griff in die Reserven der Krankenkassen bei 1,3 % gehalten werden. Zwar wird die Einnahmenbasis durch die absehbare Konjunkturerholung wieder ansteigen, aber keineswegs den negativen Basiseffekt der Jahre 2020 und 2021 wettmachen. Klar ist, dass ohne Zusicherung ergänzender Bundesmittel für 2022 der Zusatzbeitragssatz im kommenden Jahr dramatisch steigen wird. So hat der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes auf seiner Sitzung im März mit Erstaunen und großer Besorgnis feststellen müssen, dass die Bundesregierung in ihren Eckwerten für den Bundeshaushalt 2022 keine zusätzlichen Haushaltsmittel zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzes eingeplant hat. Damit wird aber schlicht ignoriert, dass allein die GKV im kommenden Jahr einen zusätzlichen Finanzbedarf von voraussichtlich 18 Mrd. Euro haben wird.

Um die drohende Verdopplung der Zusatzbeiträge zu verhindern, ist es aber entscheidend, dass zum Zeitpunkt der Prognose des Schätzerkreises im Oktober 2021 zusätzliche Mittel gesetzlich zugesichert sind. Nur in diesem Fall kann der Schätzerkreis diese Mittel auch berücksichtigen, und die Krankenkassen können entsprechend niedrigere Beitragssätze kalkulieren.

Ohne ergänzende Bundesmittel für die Krankenversicherung wird der Zusatzbeitragssatz im Jahr 2022 dramatisch steigen.

1 Die Darstellung der finanziellen Lage der GKV erfolgt hinsichtlich der Finanzergebnisse des Jahres 2020 auf der Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse vom 9. März 2021 (BMG, KV 45, Gesamtjahr 2020), hinsichtlich der Prognose für 2021 auf der Basis der Ergebnisse der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises vom 13. Oktober 2020.

2 Nach der sogenannten Sozialgarantie 2021 der Bundesregierung sollen die paritätisch finanzierten Beitragssätze zur Sozialversicherung insgesamt nicht über 40 % steigen. 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 %.

GKV-Finanzhilfen für Leistungserbringer

In der Corona-Pandemie konnten sich Gesetz- und Verordnungsgeber auf die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verlassen. Für bestimmte Leistungserbringer, die durch Einnahmeausfälle infolge der weitreichenden Kontaktbeschränkungen finanziell stark belastet waren, spannte der Gesetzgeber 2020 Rettungsschirme auf. Mit deren Hilfe sollten etablierte Versorgungsstrukturen für die Patientinnen und Patienten dauerhaft erhalten werden. Ein Großteil

dieser Finanzhilfen wurde über den vom Bundesamt für Soziale Sicherung verwalteten Gesundheitsfonds der GKV abgewickelt und aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert.

Bund erstattet Großteil der Zahlungen, GKV bleibt belastet

Nach den vorläufigen Rechnungsergebnissen der GKV wurden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 2020 insgesamt rd. 12,2 Mrd. Euro für pandemiebedingte Finanzhilfen gezahlt. Empfänger der Finanzhilfen waren Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer sowie soziale Dienstleister. Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds wurden zudem für Corona-Tests, Impfungen, Schutzmasken sowie für Corona-Prämien für Pflegekräfte geleistet. Der Bund erstattete dem Gesundheitsfonds davon rd. 10,0 Mrd. Euro, darunter insbesondere die gezahlten Ausgleichsbeträge für Krankenhäuser in Höhe von 9,4 Mrd. Euro. Die verbleibende Belastung des Gesundheitsfonds betrug somit rd. 2,2 Mrd. Euro.

Mit Verweis auf die vom Gesundheitsfonds zu tragenden pandemiebedingten Mehrausgaben hatte der Bund im Juli 2020 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 3,5 Mrd. Euro geleistet. Mit diesem Pauschalbetrag sollten zugleich die pandemiebedingten Beitragsmindereinnahmen kompensiert werden. Diese werden seitens des GKV-Spitzenverbandes auf rd. 3 Mrd. Euro geschätzt. Zusammen mit den Mehrausgaben ergibt sich eine pandemiebedingte Gesamtbelastung des Gesundheitsfonds von rd. 5,2 Mrd. Euro. Im Ergebnis blieb der Gesundheitsfonds 2020 abzüglich der ergänzenden Bundesmittel mit rd. 1,7 Mrd. Euro belastet.

Pandemiebedingte Auszahlungen des BAS für das Jahr 2020

Zweck/Empfänger der Auszahlung	Betrag in Mio. Euro
Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 4 KHG (Einnahmeausfälle)	9.410
Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 5 KHG (Vorhaltung zusätzlicher Intensivbetten)	701
Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V (Einnahmeausfälle)	335
Ausgleichszahlungen für Heilmittelerbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV	814
Zuschussbeträge für soziale Dienstleister nach § 9 SodEG (Interdisziplinäre Frühförderstellen, Sozialpädiatrische Zentren)	7
Aufwendungen für Testung auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V/TestV (asymptomatische Tests)	286
Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V - Ausgleichszeitraum ab 18.11.2020	38
Aufwendungen für Schutzmasken nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe c SGB V/SchutzmV	491
Sonstige Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie (Corona-Prämien nach § 26a KHG)	93
Summe	12.175
Davon vom Bund erstattet (blau markiert)	9.940
Belastung Gesundheitsfonds	2.235

Neue Regelungen zum Wettbewerb der Krankenkassen

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) wurde im SGB V eine zentrale wettbewerbsrechtliche Norm eingeführt. Ein Ziel der Neuregelung ist es, mehr Rechtssicherheit für die Krankenkassen und deren Aufsichtsbehörden im Wettbewerb zu schaffen.

Die neuen Bestimmungen legen nicht nur die Anforderungen an die zulässige Werbung einer Krankenkasse fest, sondern regeln darüber hinaus das gesamte Wettbewerbsverhalten. Auf dieser Grundlage können die Krankenkassen untereinander die Beseitigung und Unterlassung sämtlicher unzulässiger Maßnahmen verlangen, die ihre Interessen im Wettbewerb beeinträchtigen. Damit wurden die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen erheblich erweitert.

Das Gesetz ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Rechtsverordnung, das Nähere über die Zulässigkeit von Werbemaßnahmen zu regeln. Das Ministerium kann diese Ermächtigung auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen.

Erster Schritt zu einem speziellen Wettbewerbsrecht im SGB V

Bisher war das Wettbewerbsrecht der Krankenkassen untereinander durch Rechtsprechung und Praxis der Aufsichtsbehörden geprägt. Die

sozialgerichtliche Rechtsprechung entwickelte die Verhaltensmaßnahmen für den Wettbewerb aus dem Gebot der Zusammenarbeit sowie aus den Pflichten der Krankenkassen zur Aufklärung und Beratung. Die Aufsichtsbehörden hatten zudem allgemeine, einheitliche Wettbewerbsgrundsätze erlassen. Neben der fehlenden unmittelbaren Rechtsverbindlichkeit dieser Wettbewerbsgrundsätze waren auch die Durchsetzung und Ahndung von (vermeidbaren) Wettbewerbsverstößen in der Praxis der Aufsichtsbehörden nicht immer einheitlich. Dies konnte zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Der GKV-Spitzenverband hat schon seit Langem ein spezielles Wettbewerbsrecht für die Krankenkassen gefordert. Die undifferenzierte Übernahme des zivilrechtlichen Wettbewerbsrechts wird dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen nicht gerecht. Insofern begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass der Wettbewerbsrahmen für die Krankenkassen im SGB V geregelt wird. Der vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollte Wettbewerb der Krankenkassen wird so auf eine einheitliche Rechtsgrundlage gestellt. Das BMG beabsichtigt, von der Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung Gebrauch zu machen. Ein entsprechender Entwurf liegt vor. Das ministerielle Verfahren ist bisher allerdings noch nicht abgeschlossen.

Die neuen Bestimmungen regeln das gesamte Wettbewerbsverhalten der Krankenkassen.



Grenze, die; -n
(Verbindungsline zwischen
Staaten, die plötzlich trennen kann)

Plädoyer für einen gemeinsamen EU-Gesundheitsdatenraum

Eine der Prioritäten für die deutsche EU-Ratspräsidentschaft war es, das Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitsbereich europaweit auszuschöpfen. Der datenschutzkonforme Zugang zu und Austausch von Gesundheitsdaten innerhalb der Europäischen Union (EU) sollten verbessert werden. Ein künftiger gemeinsamer Gesundheitsdatenraum kann neue Möglichkeiten für Forschung, Diagnose und Therapie schaffen.

Potenziale ausloten

Mit einer Online-Konferenz unter dem Titel „Große Daten, große Taten? Auf dem Weg zu datengestützten europäischen Gesundheitssystemen“ trug der GKV-Spitzenverband am 28. September 2020 zum assoziierten Programm der deutschen EU-Ratspräsidentschaft bei. Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Kommission, des Bundesministeriums für Gesundheit und des europäischen Ärzteverbandes konnten die Potenziale der Zusammenarbeit in Europa bei der grenzüberschreitenden Nutzung von Daten zur Optimierung der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitssysteme ausgelotet werden. Besonders Augenmerk legte der GKV-Spitzenverband auf die Rolle der EU und den möglichen Beitrag der Krankenversicherungssysteme in Europa.

Forschung voranbringen

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Ziel der EU, durch Forschung im Bereich der Gesundheitssysteme und der Versorgung europaweite Herausforderungen gemeinsam anzunehmen und Anstrengungen auf europäischer Ebene zu bündeln. Insbesondere im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen ergeben sich neue Möglichkeiten zur Zusammenarbeit. Bei seltenen Erkrankungen, aber auch bei Volkskrankheiten wie Krebs und Demenz und bei Infektionskrankheiten besteht nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes erhebliches Potenzial für eine europäische Zusammenarbeit bei der Datengenerierung, -nutzung und -auswertung.



Insbesondere könnten die dem deutschen Forschungsdatenzentrum übermittelten Daten auch grenzüberschreitend zur Verfügung gestellt werden. Es sollten die rechtlichen und technischen Voraussetzungen geschaffen werden, um Behandlungsdaten, Abrechnungsdaten und weitere in den Gesundheitssystemen anfallende Datenbestände im Rahmen von Forschungsdaten-Infrastrukturen grenzüberschreitend austauschen oder gemeinsam nutzen zu können.

Europäischen Gesundheitsdatenraum schaffen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Pläne der Europäischen Kommission, einen Rahmen für einen europäischen Gesundheitsdatenraum zu schaffen. Mit diesem sollen die Zugänglichkeit, Nutzbarkeit und Interoperabilität von Daten verbessert und gleichzeitig die Kosten von Datentransaktionen gesenkt werden. Der GKV-Spitzenverband setzt sich für die Schaffung eines einheitlichen Rechtsrahmens ein, der den Austausch öffentlich zugänglicher Daten zwischen den Mitgliedstaaten vorsieht. Der sorgsame Umgang mit sensiblen Daten, die Transparenz und die Nachverfolgbarkeit ihrer Nutzung sollten ebenso klar geregelt werden wie die einheitliche Anwendung der Datenschutzgrundverordnung.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten europäische Strukturen für die gemeinsame Nutzung von Daten geschaffen werden. Die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten und die Einrichtungen der sozialen Sicherheit sollten in vollem Umfang in den Austausch bewährter Praktiken, in die Festlegung von Standards sowie in die

Bei seltenen Erkrankungen, aber auch bei Krebs, Demenz und Infektionskrankheiten besteht erhebliches Potenzial für eine europäische Zusammenarbeit bei der Datengenerierung, -nutzung und -auswertung.

Die gesetzliche Krankenversicherung sollte nicht nur als Datenlieferant, sondern vielmehr als Schlüsselakteur eines europäischen Gesundheitsdatenraumes betrachtet werden.

Formulierung von Prioritäten und Bedingungen für die Nutzung von Daten einbezogen werden. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte nicht nur als Datenlieferant, sondern vielmehr als Schlüsselakteur eines europäischen Gesundheitsdatenraumes betrachtet werden. Sie muss ihre wesentlichen Funktionen zur Gestaltung einer bedarfsgerechten, nutzenorientierten, qualitativ hochwertigen und nachhaltig finanzierbaren Versorgung auch auf der Grundlage von Datenanalysen erfüllen können.

Betrug und Korruption gemeinsam bekämpfen

Angesichts zunehmender grenzüberschreitender Beziehungen bei Gesundheit und Pflege ist es erforderlich, eine gemeinsame europäische Definition des grenzüberschreitenden Fehlverhaltens im Gesundheitswesen zu entwickeln. Die europaweite Datennutzung und -analyse kann zukünftig dazu beitragen, Fehlverhalten aufzudecken, zu verhindern und das derzeit noch große Dunkelfeld des tatsächlichen Ausmaßes grenzüberschreitenden Betrugs im Gesundheitswesen aufzuhellen.

Soziale Sicherung nach dem Brexit

Das Vereinigte Königreich hat mit Ablauf des 31. Januar 2020 die Europäische Union (EU) verlassen. Das zwischen beiden Partnern geschlossene Austrittsabkommen enthält die Bedingungen der Trennung, Regelungen für einen Übergangszeitraum sowie zum Bestands- und Vertrauensschutz.

Bis zum Ende des Übergangszeitraums am 31. Dezember 2020 fanden die Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit für Sachverhalte mit Bezug zum Vereinigten Königreich uneingeschränkt weiter Anwendung. Ab 2021 sieht das Austrittsabkommen einen besonderen Schutz für Personen vor, die zuvor bereits einen grenzüberschreitenden Bezug zum Vereinigten Königreich und zu den Mitgliedstaaten der EU hatten. Für diese Personen gelten für alle Sozialversicherungszweige die bisherigen Regelungen vollumfänglich weiter.

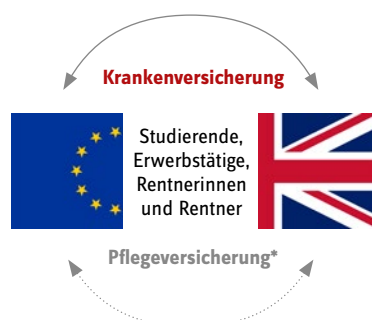
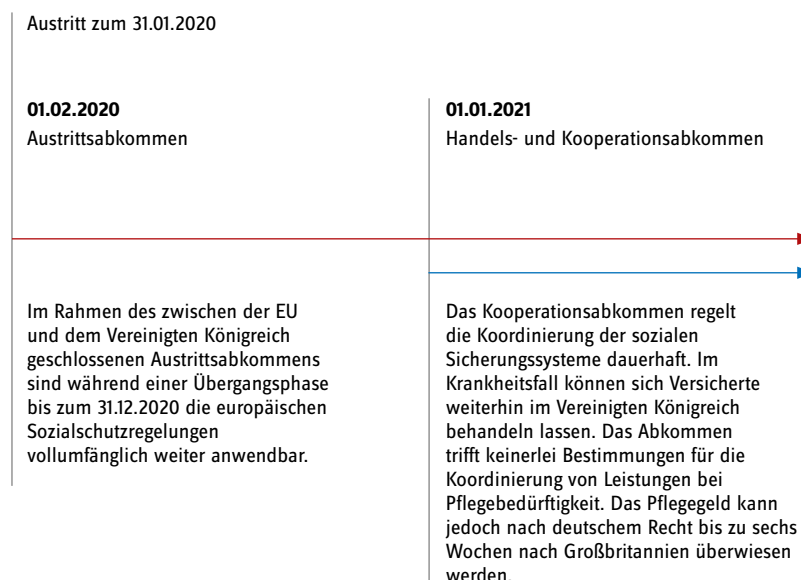
Zukünftige Beziehungen

Für neue Sachverhalte ab 2021 ohne vorherigen grenzüberschreitenden Bezug findet das zwischen Brüssel und London verhandelte Handels- und Kooperationsabkommen Anwendung. Die Verhandlungen hierzu dauerten bis kurz vor Jahreswechsel an. Das Abkommen fand zunächst vorläufig Anwendung, bis es Ende April 2021 endgültig ratifiziert wurde. Es enthält Regelungen für den Bereich der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, die im Wesentlichen den bisherigen entsprechen. So können sich etwa in Deutschland versicherte Personen auch zukünftig mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) in Großbritannien behandeln lassen. Auch Britinnen und Briten, die über den Nationalen Gesundheitsdienst abgesichert sind, können in der EU weiterhin Leistungen mit der EHIC erhalten. Nicht erfasst vom Anwendungsbereich des Abkommens sind allerdings Arbeitslosen-, Familien- sowie Pflegeleistungen. Für in Deutschland versicherte Personen kann Pflegegeld daher nur noch für längstens sechs Wochen im Vereinigten Königreich in Anspruch genommen werden.

Um den Krankenkassen die Beurteilung entsprechender Sachverhalte zu erleichtern, hat der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), eine Online-Arbeitshilfe erstellt und fortlaufend aktualisiert. Auch entsprechende Informationen für Versicherte, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Leistungserbringer sind auf der Internetseite der DVKA verfügbar.

In Deutschland versicherte Personen können sich auch zukünftig mit der Europäischen Krankenversicherungskarte in Großbritannien behandeln lassen.

Vertragliche Beziehungen mit dem Vereinigten Königreich



* Pflegeleistungen nicht vom Abkommen erfasst:
Bezug Pflegegeldleistung in UK längstens 6 Wochen

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in Europa

Auf EU-Ebene begleitet und gestaltet der GKV-Spitzenverband wichtige Prozesse mit Stellungnahmen und Konsultationsbeiträgen. Als Trägerorganisation der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und der European Social Insurance Platform (ESIP) bringt er die Positionen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ein und setzt wichtige Impulse für die Gestaltung der europäischen Gesundheitspolitik.

Zukunft der Arzneimittelversorgung

Die Corona-Pandemie hat eine Reihe von Handlungsbedarfen in der EU deutlich gemacht, z. B.:

- Verhinderung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln
- Sicherung von Lieferketten
- Vermeidung von Abhängigkeiten bei der Wirkstoffherstellung

Strukturelle Probleme im globalen Arzneimittelmarkt müssen überwunden werden, um die Versorgungssicherheit der Patientinnen und Patienten in Europa sicherzustellen.

Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung stellte bei ihrer Veranstaltung im Rahmen der deutschen EU-Ratspräsidentschaft folgende Frage: „Arzneimittel für kommende Generationen – mehr Versorgungssicherheit durch strategische Unabhängigkeit?“.

Die EU trägt Mitverantwortung dafür, eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau für Patientinnen und Patienten sicherzustellen.

Unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes diskutierten Vertreterinnen und Vertreter des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission über die Prioritäten bei der Pandemiebewältigung und die Rolle der EU im Bereich der Arzneimittelversorgung. Für den GKV-Spitzenverband liegen die vordringlichen gemeinsamen Herausforderungen in der Verteilung von Impfstoffen, Medikamenten und Schutzausrüstung. Bei Arzneimitteln muss die EU zu mehr Versorgungssicherheit beitragen. Gelingen kann dies durch bessere Koordinierung und mehr Transparenz, beispielsweise über Produktionsprobleme und Ausweichkapazitäten.

Europäische Arzneimittelstrategie

Die Europäische Kommission hat zum Jahresende 2020 eine Arzneimittelstrategie vorgelegt, die sicherstellen soll, dass es in Europa ein bedarfsdeckendes Angebot an sicheren und bezahlbaren Arzneimitteln gibt. Im Mittelpunkt stehen die strategische Unabhängigkeit von anderen Weltregionen und wirtschaftlich und ökologisch nachhaltige Produktionsbedingungen. Die finanzielle Stabilität der Gesundheitssysteme nimmt die EU-Kommission dabei ebenfalls in den Blick. Teile der Strategie sind u. a. die Überarbeitung der Gesetzgebung zu Arzneimitteln für seltene Erkrankungen und Kinderarzneimitteln sowie die Weiterentwicklung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). Ein Aktionsplan zu Lieferengpässen sowie Initiativen im Rahmen von Fondsprogrammen sollen die Reformen ergänzen.



Die Plattform der Sozialversicherer: Gemeinsam mehr für Versicherte erreichen

- Die ESIP ist das Sprachrohr der Sozialversicherung in Europa. Sie vertritt rund 50 Organisationen aus 18 EU-Staaten und der Schweiz. Seit 2019 steht Ilka Wölfle als Präsidentin an der Spitze des Verbandes. Den Vorsitz des Gesundheitsausschusses hat seit mehr als sechs Jahren der GKV-Spitzenverband inne.
- Die ESIP setzt sich dafür ein, dass Arzneimittel bezahlbar bleiben. Im vergangenen Jahr stand neben der Bewertung von Gesundheitstechnologien die Sicherung der Arzneimittelversorgung im Vordergrund. Angesichts der Corona-Pandemie tauschten sich die ESIP-Mitglieder auch über Lösungsansätze zur Bewältigung der Herausforderungen in den Mitgliedstaaten aus.

Bereits im Vorfeld haben sich die Deutsche Sozialversicherung und die ESIP mit eigenen Positionen in die Debatte um die neue Arzneimittelstrategie eingebracht und diese u. a. mit der EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides diskutiert. Der GKV-Spitzenverband legt nicht nur Wert auf die Sicherung der Arzneimittelversorgung durch diversifizierte Produktions- und Lieferketten, sondern auch auf mehr Transparenz. Eine verpflichtende europaweite Meldung über Lieferengpässe und deren Ursachen würde es ermöglichen, Engpässe kurzfristig auszugleichen und längerfristig zielgerichtete Maßnahmen zu ergreifen. Die EU trägt Mitverantwortung für eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau für Patientinnen und Patienten. Dies ist angesichts hoher Arzneimittelpreise eine europaweite Herausforderung.

Potenziale Künstlicher Intelligenz

Die Europäische Kommission veröffentlichte im Februar 2020 ein Weißbuch zur Künstlichen Intelligenz (KI). Sie stellte damit ihre Vorschläge für einen sicheren und verantwortungsvollen Umgang mit KI zur Diskussion. Die Deutsche Sozialversicherung betonte in ihrer Stellungnahme das große Potenzial für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und der Gesundheitssysteme, das im Einsatz von KI und insbesondere in einer europäischen Zusammenarbeit liegt.

KI-Anwendungen dürfen nicht zu neuen Diskriminierungen führen.

Neben den Chancen gibt es auch Risiken. KI-Anwendungen müssen transparent arbeiten und die Verantwortung für Entscheidungen, z. B. über Leistungen der Sozialversicherung, muss in den Händen der Entscheidungsträgerinnen und -träger bleiben. Darüber hinaus dürfen sie nicht zu neuen Diskriminierungen führen.



Maske, die; -n
(Notwendigkeit gefilterter Luft sorgt
bei einigen für dicke Luft)

Elektronischer Datenaustausch in der Sozialversicherung in Europa

Mit der Electronic Exchange of Social Security Information (EESSI) soll der länderübergreifende elektronische Austausch von Sozialversicherungsdaten in Europa verbessert, beschleunigt und vereinfacht werden. Die EU-Mitgliedstaaten haben entsprechende Infrastrukturen geschaffen und seit 2019 Geschäftsprozesse weitestgehend in Betrieb genommen. Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland hat der GKV-Spitzenverband, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) die nationale Zugangsstelle errichtet und betreibt diese. Auch wenn noch nicht alle Mitgliedstaaten die elektronischen Verfahren einsetzen, ist das Volumen der übermittelten Nachrichten deutlich angestiegen.

Ausweitung des elektronischen Antragsverfahrens A1

Setzen Unternehmen in Deutschland Beschäftigte im europäischen Ausland ein und gelten weiterhin die deutschen Rechtsvorschriften, ist dies mit einer „A1-Bescheinigung“ nachzuweisen. Über 90 % der A1-Bescheinigungen werden von den Krankenkassen oder vom GKV-Spitzenverband, DVKA ausgestellt. Seit 2019 übermitteln Krankenkassen A1-Bescheinigungen für entsandte Personen ausschließlich elektronisch an die Antragstellenden. Abläufe werden dadurch für alle Beteiligten vereinfacht und Reaktionszeiten verkürzt.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat im Jahr 2020 weitere Digitalisierungsschritte initiiert. Auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die in Deutschland wohnende Personen gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten einsetzen, können die A1-Bescheinigung künftig elektronisch beantragen. Dies war zuvor bereits bei der Beantragung von Ausnahmevereinbarungen der Fall. Ab Anfang 2021 erfolgt in beiden Fällen sowohl die Antragstellung als auch die Übermittlung der A1-Bescheinigung elektronisch.

Auswirkungen der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie stellte die Sozialversicherung in Bezug auf die Regelung grenzüberschreitender Beschäftigung und medizinischer Versor-

gung im EU-Ausland vor neue Herausforderungen.

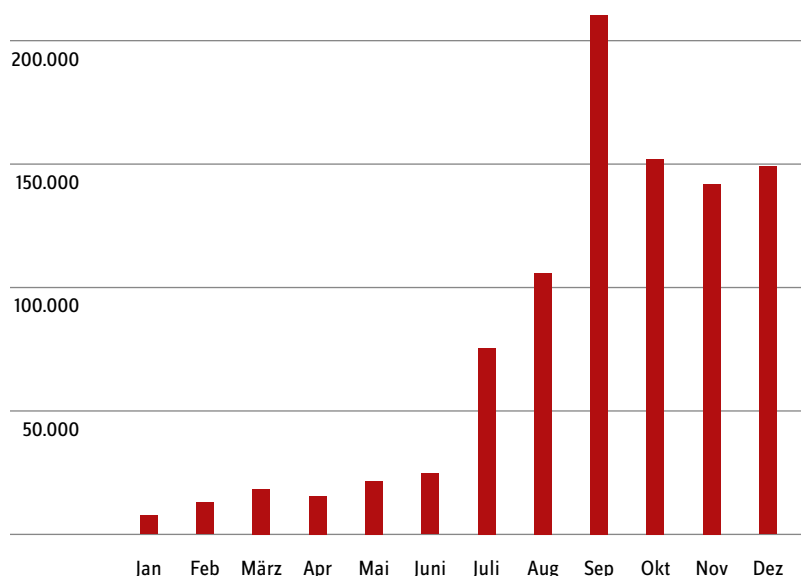
Der GKV-Spitzenverband, DVKA erwirkte auf EU- und bilateraler Ebene verschiedene Sonder- und Grundsatzvereinbarungen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Erwerbstätige, Versicherte, gesetzliche Kranken- und Pflegekassen sowie Leistungserbringer oder war an diesen beteiligt:

Auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die in Deutschland wohnende Personen gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten einsetzen, können die A1-Bescheinigung künftig elektronisch beantragen.

a) Grenzüberschreitende Beschäftigung

Telearbeit hat in der Corona-Pandemie enorm an Bedeutung gewonnen und trägt dazu bei, der Ausbreitung des Coronavirus entgegenzuwirken. Um eventuelle Hindernisse abzubauen, haben die Mitgliedstaaten allgemeine Grundsätze über die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen vereinbart. Für Personen, die vorübergehend - ganz oder teilweise - für bis zu 24 Monate

Anzahl der mit anderen EU-Mitgliedstaaten ausgetauschten EESSI-Nachrichten der GKV im Jahr 2020



Stand: 31.12.2020

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

ihre Tätigkeit innerhalb der Mitgliedstaaten von zu Hause aus ausüben, ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich des anwendbaren Sozialversicherungsrechts. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat eine entsprechende Empfehlung an die Mitgliedskassen und auch auf seiner Homepage veröffentlicht.

b) Inanspruchnahme von Leistungen im EU-Ausland

Damit sich Versicherte trotz der Corona-Pandemie im EU-Ausland weiterhin, z. B. mit der Europäischen Krankenversicherungskarte, behandeln lassen können, haben die Mitgliedstaaten sicherstellende Absprachen getroffen. Der GKV-Spitzenverband hat hier themenspezifisch mitgewirkt. Mitgliedstaaten, in denen aufgrund der Corona-Pandemie die Behandlungskapazitäten erschöpft waren bzw. sind, haben mit dem Bund oder den Bundesländern Vereinbarungen über die medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten in Deutschland geschlossen. Nach einer für diese Sondersituation geschaffenen Vorschrift trägt der Bund für einen festgelegten Zeitraum die Kosten für die entsprechenden Behandlungen. Die Abrechnung der Kosten erfolgt über den GKV-Spitzenverband, DVKA.

Damit sich Versicherte trotz der Corona-Pandemie im EU-Ausland weiterhin behandeln lassen können, haben die Mitgliedstaaten sicherstellende Absprachen getroffen.

c) Kostenabrechnung

Die Corona-Pandemie hat die Krankenversicherungsträger und Verbindungsstellen in einigen EU-Mitgliedstaaten bei der Abrechnung von Forderungen beeinträchtigt. Dadurch bestand die Gefahr, dass geltende Fristen, insbesondere für die Begleichung bzw. Beanstandung von Forderungen, nicht eingehalten werden können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat sich mit Erfolg auf EU-Ebene für eine einheitliche Verlängerung der Fristen während eines begrenzten Zeitraums eingesetzt. Damit sind die beteiligten Träger in der Lage, die Vorgänge fristgemäß einzureichen.

AHA

Abstand + Hygiene
+ Alltag mit Maske



Bundesministerium
für Gesundheit

Mit der AHA-Formel durchs Jahr!

Die Coronavirus-Pandemie ist nicht vorbei. Schützen können wir uns mit der AHA-Formel: Abstand halten, auf Hygiene achten und im Alltag eine Maske tragen. [ZusammenGegenCorona.de](https://www.zusammengegen-corona.de)

AHA-Effekt, der; -e
(bis es auch die Letzten kapieren)

Kommunikation im Zeichen der Corona-Pandemie



Rund um den Jahreswechsel 2019/2020 positionierte sich der Verband noch über Interviews aller drei Vorstände zu den erwarteten großen gesundheits- und pflegepolitischen Themen des Jahres 2020. Mit einer gemeinsamen Pressekonferenz mit dem Medizinischen Dienst Ende Februar zum neuen Personalbemessungsinstrument in der Langzeitpflege nahm das Kommunikationsjahr trotz des bereits nun in Deutschland und Europa angekommenen Infektionsgeschehens noch seinen normalen Verlauf. Aber nur einen Tag später,

am 26. Februar 2020, war das erste Mal im Bundesgesundheitsministerium von einer beginnenden Pandemie die Rede. Und damit entwickelte sich die Presstelle des GKV-Spitzenverbandes vom gesundheitspolitischen Allrounder für eher gesundheitspolitisch orientierte Medien zur allgemeinen Corona-Auskunfts-

und -Informationsstelle für Journalistinnen und Journalisten, die bis dahin noch keinerlei Berührungspunkte mit dem Gesundheitswesen hatten. Da mehr oder weniger über Nacht die gesamte Medienlandschaft über Corona berichten musste, war das Informationsbedürfnis gewaltig.

Ab dem ersten Tag der Pandemie war unsere wichtigste Botschaft, dass die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung alles medizinisch und pflegerisch Notwendige finanzieren und die Versorgungsstrukturen stabilisieren.

Eine besondere Herausforderung war dabei, immer wieder zu erklären und aufzuzeigen, welche Maßnahmen und Aktivitäten im Kampf gegen die Pandemie zu den staatlichen Aufgaben im Rahmen des Schutzes der Bevölkerung und welche zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören. Häufig wurde die Frage gestellt, welche Leistungen durch Bundesmittel und welche durch die Gelder der Beitragszahlenden zu finanzieren sind. Vom ersten Tag an war die wichtigste Botschaft des GKV-Spitzenverbandes, dass die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung alles medizinisch und pflegerisch Notwendige finanzieren und die Versorgungsstrukturen stabilisieren.

Ausbau des Mitgliederportals GKV-Dialog

Trotz des immensen öffentlichen Informationsbedürfnisses ist es gelungen, die GKV-interne Kommunikation weiterzuentwickeln. GKV-Dialog, das seit zehn Jahren bestehende Mitgliederportal des GKV-Spitzenverbandes, wurde nach 2015 zum zweiten Mal einem Relaunch unterzogen. Die Rundschreiben als zentrales Informationsmedium des Verbandes für seine Mitglieder und ca. 80 Gruppenräume – das Herzstück von GKV-Dialog – wurden konsequenter in den Fokus gerückt und die Gruppenräume zusätzlich mit neuen Funktionen ausgestattet und noch intuitiver gestaltet. Im Dezember konnte dann der Live-Gang des generalüberholten Mitgliederportals erfolgen.

Der komplette mRNA-Code des Wirkstoffs des BioNTech/Pfizer-Vakzins:

GAGAAΨAAAC	ΨAGΨAΨΨΨΨ	ΨGGΨCCCCA	CAGACΨCAGA	GAGAAACCGC	50
CACCAΨΨΨΨ	ΨGWΨΨΨΨ	ΨGCΨGCΨGC	ΨCΨGGΨΨΨ	AGCCAGΨΨΨ	100
ΨGAACΨΨΨ	CACCAGAACA	CAGCΨGCΨC	CAGCΨACAC	CAACAGCΨΨΨ	150
ACCAGAGCCG	ΨΨACΨACCC	CGACAAGGW	ΨΨCAGAΨCCA	GCΨGCΨGCA	200
CΨCΨACCCAG	GACCΨΨΨΨ	ΨGCΨΨΨΨ	CAGCAACGW	ACCΨGGΨΨΨ	250
ACGCCAΨCCA	CGΨΨCCGGC	ACCAAΨGGCA	CCAAGAGAΨΨ	CGACAACCCC	300
ΨΨGCΨGCΨΨ	ΨCAACGACGG	GGΨΨACΨΨΨ	GCCAGCACCG	AGAAGΨCCAA	350
CAΨCAΨCAGA	GGCΨGGAWΨ	ΨCGGCACCAC	ACΨGGACAGC	AAGACCCAGA	400
GCCΨGCΨGAW	CGΨGAACAAC	GCCACCACAG	ΨGGΨCAΨCAA	AGΨGCΨGGAG	450
ΨΨCCAGΨΨΨ	GCACAACGACC	CΨΨCCΨGGGC	GΨCΨACΨACC	ACAAGAACA	500
CAAGAGCΨGG	AΨGGAAAAGC	AGΨΨCCGGGW	GΨACAGCAGC	GCCAACAACΨ	550
GCACCΨΨCGA	GΨACGΨΨCC	CAGCCΨΨΨΨ	ΨGAWGGACΨ	GGAAAGCCAAG	600
CAGGGCAACΨ	ΨCAAGAACΨ	GCΨGGAGΨΨ	GΨΨΨΨAAGA	ACAΨCGACGG	650
CΨACΨΨCAA	AΨCΨACAGCA	AGCACACCCC	ΨAΨCAACCΨC	GΨGCΨGGAWΨ	700
ΨGCCΨCAGGG	CΨΨCΨCΨGC	CΨGGAAACCC	ΨGGΨGGAWΨ	GCCCAΨCΨGG	750
AΨCAACAΨCA	CCCΨGGΨΨCA	GACACΨGCΨG	GCCCΨGCACA	GAAGCΨACΨΨ	800
GACACCΨGGC	GAΨAGCAGCA	GCΨGAΨGGAC	AGCΨGGΨGC	GCCΨCΨΨACΨ	850
AΨGGGGCΨWA	CCΨGCAGCCΨ	AGAACCΨΨC	ΨGCΨGAAGWA	CAACGAGAAC	900
GGCACCAΨWA	CCGACGCCGΨ	GGAΨΨGΨGC	CΨGGAWCCΨC	ΨGAGCGGAGAC	950
AAAGΨGCACC	CΨGAAGΨCCΨ	ΨCACCCΨGGGA	AAAGGGCAΨC	ΨACCAGACCA	1000
GCAACΨΨCCG	GGΨGCAGCCC	ACCGAAΨCCA	ΨCGΨGGGGΨΨ	CCCCAAΨAΨC	1050
ACCAAΨCΨGW	GGCCΨΨCΨGG	CGAGGΨΨΨC	AAΨGGCCACA	GAΨΨCΨCCΨC	1100
ΨGWΨΨACGCC	ΨGGAAACCGGA	AGCCGAΨCAG	CAAAΨΨCCGΨG	GCCGACΨAΨΨ	1150
CCGΨGCΨGWA	CAACΨCCGCC	AGCΨΨCAGCA	CCΨΨCAAGΨG	CΨACGGGGΨG	1200
ΨCCCCΨACCA	AGCΨGAACGA	CΨΨGΨCΨΨC	ACAAACGΨGΨ	ACGCCGACAG	1250
CΨΨCGΨGAW	CGGGGAGAWΨ	AAGΨGCΨGCA	GAΨΨGCCΨΨ	GGACAGACAG	1300
GCAAGAWCCG	CGACΨACAAC	ΨACAAGCΨGC	CCGACGACΨΨ	CACCΨCΨΨΨ	1350
GΨGAWΨGCΨ	GGAAACAGCAA	CAACCΨGGAC	ΨCCAAGΨCG	GCΨGCAACΨA	1400
CAAΨΨACΨG	ΨACCGGCΨGΨ	ΨCCGGAAAGΨC	CAAΨΨGAAAG	CCCΨΨCΨGAGC	1450
GGGACAWΨC	CACCGAGAWC	ΨAΨCAGCCCG	GCAGCACCCC	ΨΨGWAACGGC	1500
GΨGGAAGGCΨ	ΨCAACΨGCΨA	CΨΨCCACΨG	CAGΨCCΨACG	GCΨΨΨCAGCC	1550
CACAAΨΨGGC	GΨGGGΨAΨC	AGCCΨACAG	AGΨGGΨGGΨG	CΨGAGCΨΨΨG	1600
AAACΨGCΨGCA	ΨGCCCCΨGGC	ACAGΨGΨGGG	GCCΨAAGAA	AAGCACCAAΨ	1650
CΨCGΨGAAGA	ACAAΨΨGGCΨ	GAACΨΨCAAC	ΨΨCAACGGCC	ΨGACCCGGCAC	1700
CGGGCΨGCΨG	ACAGAGAGCA	ACAAGAAGΨΨ	CCΨGGCAΨΨC	CAGCAGΨΨΨG	1750
GCCGGGAWAΨ	CGCCGAWACC	ACAGACCCCG	ΨΨAGAGAWCC	CCAGACACΨG	1800
GAAAWCCΨGG	ACAWCACCCC	ΨΨGCAGCΨΨC	GGCCGAGΨΨG	CΨΨGAWCAC	1850
CCCΨGGCAC	AACACCAGCA	AΨCAGGΨGGC	AGΨGCΨGΨAC	CAGGACGΨGA	1900
ACΨGAWCCGA	AGΨGCCGΨG	GCCAΨΨCAGC	CCGAWCAGCΨ	GACACΨACA	1950
ΨGGCCGGΨGΨ	ACΨCCACCCG	CAGCAAWΨGG	ΨΨΨCAGACCA	GAGCCGGCΨG	2000
ΨCΨGAWCCGA	GCCGAGCACG	ΨGAACAΨAΨG	CΨACGAGΨGC	GACAΨCCCCA	2050
ΨCGCCGΨGG	AAWCΨGCΨCC	AGCΨACCGAGA	CACAGACAAA	CAGCCΨCΨGG	2100
AGAGCCAGAA	GCCΨGGCCAG	CCAGAGCΨAΨC	AΨΨGCCΨACA	CAAWGΨCΨΨ	2150
GGGGCCCGAG	AACAGCΨGGG	CCΨACΨCCAA	CAACΨCΨAΨC	GCΨAΨCCCCA	2200
CCAACΨΨCAC	CAYCAGCΨGG	ACCACAGAGA	ΨCCΨGCCΨGΨ	GΨCCAΨGACC	2250
AAGACCAGCG	ΨGGACΨGCAC	CAΨGΨACAΨC	ΨGCCGGCAΨΨ	CCACCAGAGΨG	2300
CΨCCAAACCCΨ	CΨGCΨGCAGΨ	ACGGCAGCΨΨ	CΨGCACCCAG	CΨGAAΨAGAG	2350
CCCΨGACAGG	GAΨCCGΨGG	GAACAGGACA	AGAACCCCA	AGAGGΨGΨΨC	2400
GCCCAAGΨGA	AGCAGAWΨCA	CAAGACCCΨΨ	CCΨAΨCAAGG	ACΨΨCΨGGGG	2450
CΨΨCAΨΨΨΨ	AGCCAGAWΨC	ΨGCCCGAWΨC	ΨAGCAAGCCC	AGCAAGCCGA	2500
GCΨΨCAΨCGA	GGACCΨGCΨG	ΨΨCAACAAG	ΨGACACΨGGC	CGACCCGGGC	2550
ΨΨCAΨCAAGC	AGΨAWGGCCGA	ΨΨGΨCΨGGGC	GACAΨΨGGCC	CCAGGGAWΨΨ	2600
GAΨΨΨGGCC	CAGAAGΨΨA	ACGGACΨGAC	AGΨGCΨGCΨC	CCΨCΨGCΨGA	2650
CCGAWΨGAGAW	GAΨCCGCCAG	ΨACACAΨCΨG	CCΨΨGCΨGGC	CGGCACAΨΨC	2700
ACAAGCCGGCΨ	GGACAWΨΨGG	AGCAGGCGCC	GCΨCΨGCAGA	ΨCCCCΨΨΨG	2750
ΨAΨGCAGAWΨ	GCCΨACCCGGΨ	ΨCAACGGCAΨ	CGGAGΨGACC	CAGAAΨGΨGC	2800
ΨGΨACGAGAA	CCAGAAAGCΨG	AΨCGCCAAACC	AGΨΨCAACAG	CGCCAΨCΨGG	2850
AAGAWCCAGG	ACAGCCΨGAG	CAGCACAGCA	AGCCCCΨGG	GAAAGCΨGCA	2900
GGACGΨGGΨC	AACCAGAAΨG	CCCAGGCACΨ	GAACACCCΨG	ΨΨCAAGCAGC	2950
ΨGΨCCΨCCAA	CΨΨCCGGCC	AΨCAGCΨCΨG	ΨGCΨGAACGA	ΨAΨCCΨGAGC	3000
AGACΨGGACC	CΨCCΨGAGGC	CGAGGΨGCAG	AΨCGACAGAC	ΨGAWCACAGG	3050
CAGACΨGCAG	AGCCΨCCAGA	CAYACΨGAC	CCAGCAGCΨG	AΨCAGAGCCG	3100
CCGAGAWΨAΨ	AGCCΨCΨGGC	AAΨCΨGGCCG	CCACCAAGAW	GΨCΨGAGΨGΨ	3150
GΨGCΨGGGCC	AGAGCAAGAG	AGΨGGACΨΨΨ	ΨGCCGCAAGG	GCΨACCACΨΨ	3200
GAΨGAGCΨΨC	CCΨCAGΨCΨG	CCCCΨCACGG	CGΨGGΨGΨΨΨ	CΨGCAGCΨGA	3250
CAΨAΨGΨGCC	CGCΨCAAGAG	AAGAΨΨΨΨCA	CCACCΨCΨCC	AGCCAΨCΨGC	3300
CACGACGGCA	AAGCCACΨΨ	ΨCCΨAGAGAA	GGCΨGΨΨCΨG	ΨGΨCCAAACGG	3350
CACCACΨΨGG	ΨΨCGΨGACAC	AGCCGAACΨΨ	CΨACGAGCC	CAGAWCAΨCA	3400
CCACCGCACAA	CACCΨΨCΨGΨ	ΨCΨGGCAACΨ	CGCAGCΨCΨG	GAΨCGGCACΨΨ	3450
GΨGAACAΨAΨA	CCΨGΨACGA	CCΨCΨCΨGAG	CCCGAGCΨGG	ACAGCΨΨCAA	3500
AGAGGAACΨG	GACAAGΨACΨ	ΨΨAAGAACCA	CACAAGCCCC	GAGCΨGGACC	3550
ΨGGGGCAΨAΨ	CAGCCGAAΨC	AAΨGCCAGCG	ΨCGΨGAACAΨ	CCAGAAAGAG	3600
AΨCGACCGGC	ΨGAACGAGGΨ	GGCCAAGAAΨ	CΨGAACGAGA	GCCΨGAWCΨGA	3650
CCΨGCAAGAA	CΨGGGGAAGΨ	ACGAGCAGΨA	CAΨCAAGΨGG	CCCΨGGWACA	3700
ΨCΨGGCΨGGG	CΨΨAWCΨGCC	GGACΨGAWΨG	CCAΨCΨGAWΨ	GGΨCACAΨΨC	3750
AΨGCΨGΨGΨ	GCAYGACCAG	CΨGCΨGΨAGC	ΨGCCΨGAAGG	GCΨGΨGΨWAG	3800
CΨGΨGGCAGC	ΨGCΨGCAAGΨ	ΨCGACGAGGA	CGAΨΨCΨGAG	CCCΨGΨCΨGA	3850
AGGGCΨGAA	ACΨGCACΨAC	ACAΨGAWΨGAC	ΨCGAGCΨGGΨ	ACΨGCAYGCA	3900
CGCAAWGCΨA	GCΨGCCΨΨΨ	ΨCCGΨΨCΨG	GGΨACCCCGA	GΨCΨCCCCCG	3950
ACCΨCGGGΨC	CCAGGΨAΨGC	ΨCCCAACΨCC	ACCΨGCCCA	CΨCACCAACΨ	4000
CΨGCΨGΨΨC	CAGACACCΨC	CCAAGCACGC	AGCAAWGCAG	CΨCAAAAACGC	4050
ΨΨAGCCΨAGC	CACACCCCCA	CGGGAAACAG	CAGΨGAWΨAA	CCΨΨΨWAGCAA	4100
ΨAAACGAAAG	ΨΨΨAACΨAAG	CΨAWACΨAAC	CCCAGGGΨΨG	GΨCAAAΨΨΨC	4150
ΨGCCAGCCAC	ACCCΨGGAGC	ΨAGCAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA	4200
AAAAAGAWAΨ	GACΨAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA	4250
AAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA	AAAA		4284

For | **schung**, die; -en
(kann die Antwort auf das Virus auf
einer Seite zusammenfassen)

Haushalt und Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2019

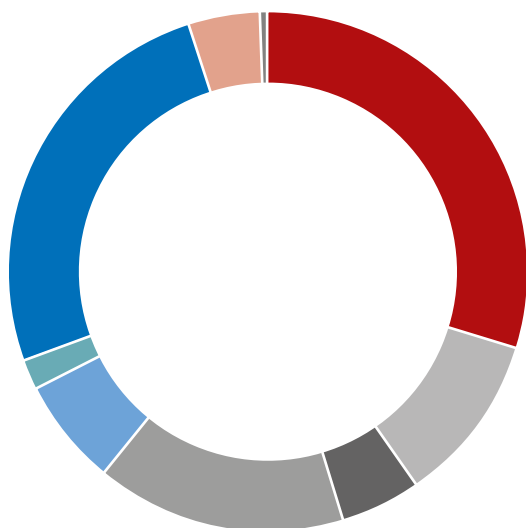
Im April 2020 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2019 aufgestellt. Deren Prüfung, einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA), erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG AG. Geprüft wurde außerdem die „Umsetzung der Datenschutzgrundverordnung“. Die KPMG erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung vom 17. Juni 2020 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2019 ab.

Verbandsbeitrag 2020

Der Haushaltsplan 2020 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 230,1 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes sowie folgende Umlagefinanzierungen:

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

Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags 2020



■ Beitrag Kernhaushalt	68.590.000 €	
■ DVKA	24.645.000 €	
■ MDS (inkl. Kompetenz-Zentren)	11.509.000 €	
■ BZgA*	35.775.000 €	
■ Sicherstellungszuschlag Hebammen	14.975.000 €	
■ Förderung besonderer Therapieeinrichtungen	4.625.000 €	
Beitrag GKV-Spitzenverband	160.119.000 €	Kosten je Versicherter 2,20 €
■ gematik	59.174.000 €	
■ UPD	9.868.000 €	
■ Datentransparenz	1.019.000 €	
Umlage - Weitere Haushaltsbestandteile	70.061.000 €	Kosten je Mitglied 1,23 €
Gesamtverbandsbeitrag	230.180.000 €	

* Das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 sieht vor, dass die Geltung der gesetzlichen Orientierungs- und Mindestausgabenwerte für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Jahr 2020 ausgesetzt wird. Dies beinhaltet auch die Aussetzung der pauschalen Vergütung für die Leistungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nach § 20a Abs. 3 SGB V für das Jahr 2020 (vgl. Art 4 Nr. 2 des o. g. Gesetzes) in Höhe von insgesamt 35.775.000,00 Euro. In diesem Zusammenhang erfolgte am 22. Juni 2020 die Rückzahlung der bereits durch die Mitgliedskassen im Jahr 2020 geleisteten Umlagebeiträge für die BZgA.

Haushalt 2021

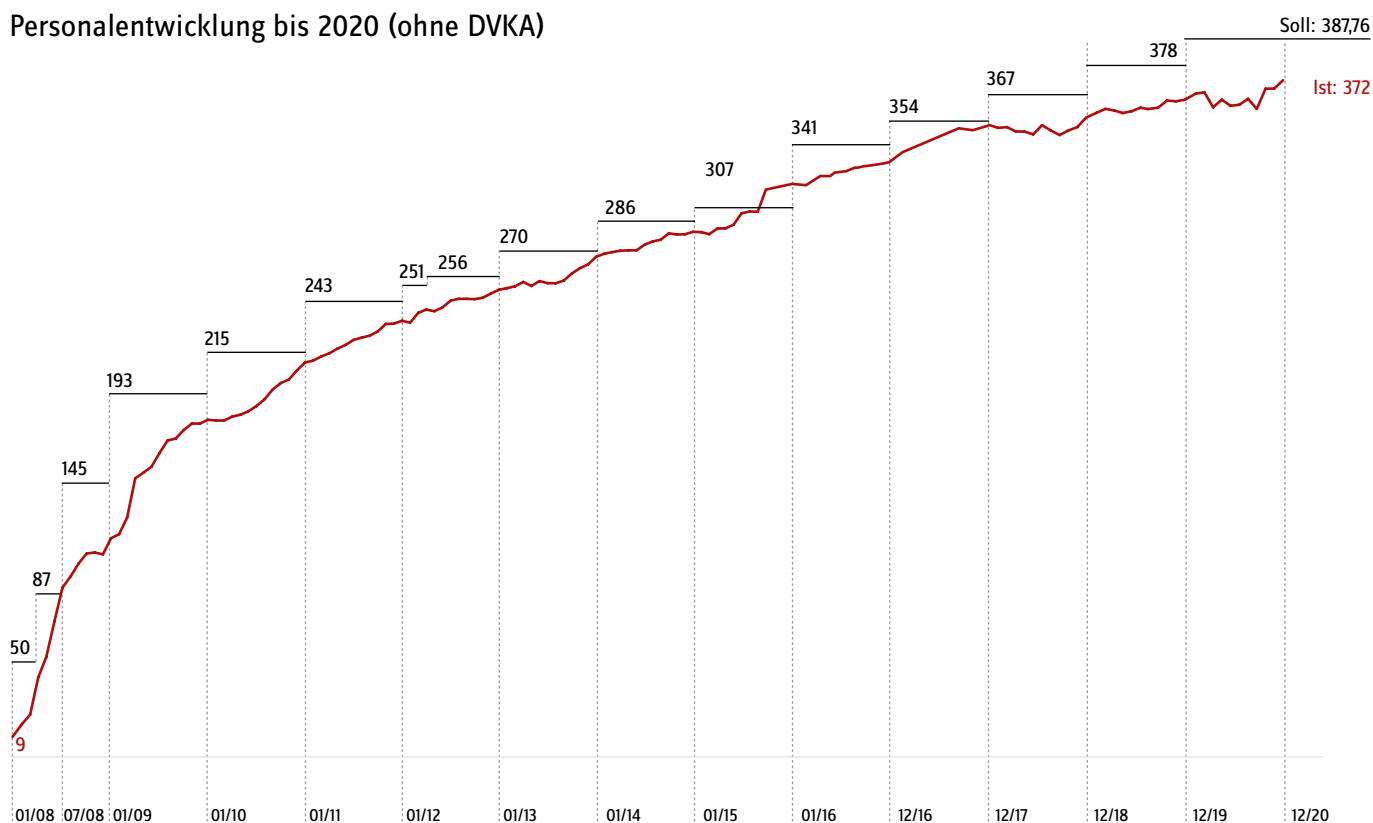
Der vom Vorstand am 13. November 2020 aufgestellte Haushaltsplan 2021 wurde vom Verwaltungsrat einstimmig im Rahmen eines schriftlichen Beschlussverfahrens am 8. Januar 2021 festgestellt und vom Bundesministerium für Gesundheit, als Aufsichtsbehörde des GKV-Spitzenverbandes, am 15. Januar 2021 genehmigt. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 282,4 Mio. Euro festgesetzt und steigt damit gegenüber dem Vorjahr um 52,3 Mio. Euro an. Dies ist zum einen auf die höheren Umlagen zur Finanzierung der gematik, des MDS, des Sicherstellungszuschlags für Hebammen, der Datentransparenz und der pauschalen Vergütung für die Leistungen der BZgA zurückzuführen sowie zum anderen auf den höheren Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes (insbesondere aufgrund von neuen oder veränderten gesetzlichen Aufgaben).

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Der Personalhaushalt umfasst für das Jahr 2020 insgesamt 510,62 Planstellen. Davon entfallen auf den Standort Berlin 387,76 Soll-Stellen und auf die DVKA 122,86 Soll-Stellen.

Am 1. Dezember 2020 waren 488,52 Stellen besetzt, davon 371,91 am Standort Berlin und 116,61 bei der DVKA. Die Besetzungsquote betrug 95,7 % für den Gesamtverband. Am Standort Berlin betrug die Besetzungsquote 95,9 %, bei der DVKA 95,0 %.

Personalentwicklung bis 2020 (ohne DVKA)



Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2020

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

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

Stichtag: 1. Januar 2021

Fusionen

Vereinigte Kasse

vivida bkk
(Umbenennung der Schwenninger BKK)

BIG direkt gesund

Fusionspartner

Schwenninger BKK
atlas BKK ahlmann

BIG direkt gesund
actimonda BKK

Stichtag: 1. Januar 2021

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

Versichertenvertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Auerbach, Thomas	BARMER
Balsler, Erich	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beier, Angelika	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Berking, Jochen	BARMER
Breher, Wilhelm	DAK-Gesundheit
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Date, Achmed	BARMER
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

Arbeitgebervertreterinnen und -vertreter

Name	Krankenkasse
Avenarius, Friedrich	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Bley, Alexander	SIEMAG BKK
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Dohm, Rolf	pronova BKK
N. N.	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Empl, Martin	SVLFG
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Heß, Johannes	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Jehring, Stephan	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Landrock, Dieter Jürgen	AOK Baden-Württemberg
Meinecke, Christoph	AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Parvanov, Ivor	AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Ries, Manfred	BKK ProVita
Ropertz, Wolfgang	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Neumeyer, Ronald-Mike	Handelskrankenkasse (hkk)
Thomas, Dr. Anne	Techniker Krankenkasse
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
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	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
Böse, Annemarie	DAK-Gesundheit
Brück, Peter	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Coors, Jürgen	Daimler Betriebskrankenkasse
de Win, Thomas	pronova BKK
Dehde, Klaus-Peter	BARMER
Dorneau, Hans Jürgen	BAHN-BKK
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
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 Nord
Klemens, Luise	DAK-Gesundheit
Korschinsky, Ralf	BARMER
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Kuklenski, Mirko	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Lohre, Karl Werner	BARMER
Löwenstein, Katrin von	BARMER
Mohr, Hans-Dieter	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Nimz, Torsten	Handelskrankenkasse (hkk)
Plaumann, Karl-Heinz	BARMER
Roloff, Sebastian	DAK-Gesundheit
Schmidt, Günther	BARMER
Schönewolf, André	AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
Scholz, Jendrik	IKK classic
Schorsch-Brandt, Dagmar	AOK Baden-Württemberg
Schümann, Heinrich Joachim	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Treuter, Uta	BARMER

Name	Krankenkasse
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
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 Nord
Kittner, Susanne	BAHN-BKK
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Leitl, Robert	BIG direkt gesund
Lübbe, Günther	Handelskrankenkasse (hkk)
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Nobereit, Sven	AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Reinisch, Dr. Mark	BKK VerbundPlus
Schirp, Alexander	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Schomburg, Uwe	AOK Sachsen-Anhalt
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Söllner, Wolfgang	AOK - Bremen/Bremerhaven
Stehr, Axel	AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
Vogler, Dr. Bernd	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Winkler, Walter	Techniker Krankenkasse
Wolff, Michael	AOK Niedersachsen

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

- Söller, 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

- Wegner, Bernd (EK)
- Landrock, Dieter Jürgen (AOK)
- Ropertz, Wolfgang (AOK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Ries, Manfred (BKK)
- Lunk, Rainer (IKK)

Versichertenvertreter/-innen

- Roer, Albert (EK)
- Fritz, Anke (EK)
- Stensitzky, Annette (EK)
- Keppeler, Georg (AOK)
- Kloppich, Iris (AOK)
- Tölle, Hartmut (AOK)
- Baer, Detlef (IKK)
- Strobel, Andreas (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

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

Versichertenvertreter/-innen

- Schröder, Dieter (EK)
- Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Balzer-Wehr, Dr. Alexandra (EK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Wiedemann, Andrea (EK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Firsching, Frank (AOK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Lersmacher, Monika (AOK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
N. N. (AOK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Brendel, Roland (BKK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Berger, Silvia (IKK)
 - Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
N. N. (BKK)
 - 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)
- Wadenbach, Peter (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. Söllner, Wolfgang (AOK)
3. Japing, Kim Nikolaj (EK)
4. Bley, Alexander (BKK)
5. Leitl, Robert (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)
- Schirp, Alexander (AOK)
- Parvanov, Ivor (AOK)
- Wegner, Bernd (EK)
- Reyher, Dietrich von (BKK)
- Wadenbach, Peter (IKK)
- Lunk, Rainer (IKK)
- Heins, Rudolf (SVLFG)

Versichertenvertreter/-innen

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

Fachausschuss Digitalisierung, Innovation und Patientennutzen

Vorsitzende: Nikolaus Chudek/Jochen Berking (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

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

Versichertenvertreter/-innen

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

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter/-innen

- Japing, Kim Nikolaj (EK)
- Landrock, Dieter Jürgen (AOK)
- Selke, Prof. Dr. Manfred (AOK)
- Ries, Manfred (BKK)
- Leitl, Robert (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
Keppeler, Georg (AOK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5
Wiedemeyer, Susanne (AOK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-5
Strobel, Andreas (BKK)
 1. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Grellmann, Norbert (IKK)
 2. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8
Linnemann, Eckehard (Kn)
 3. Listenvertretung Versichertenvertreter 6-8

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses

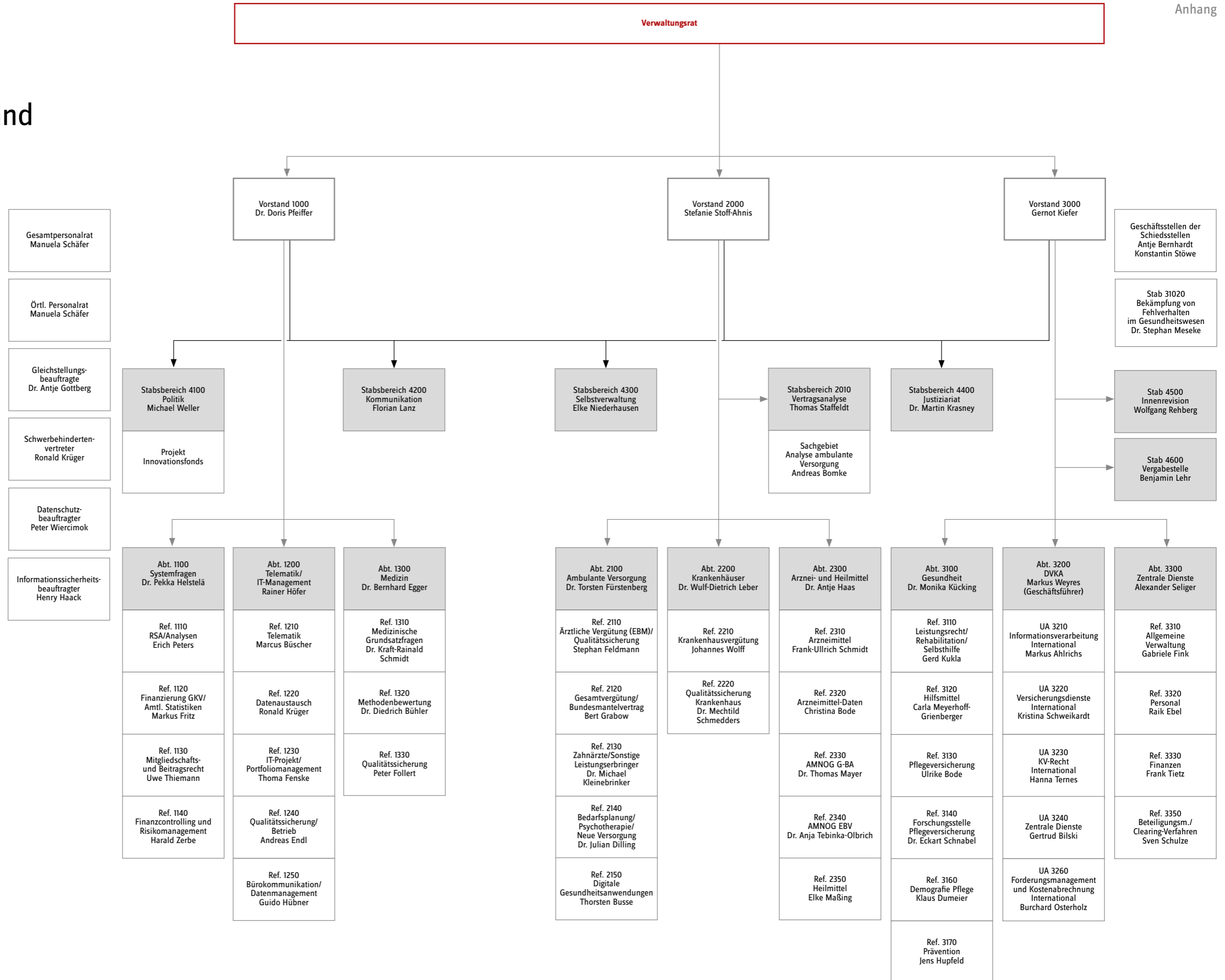
	Ordentliches Mitglied	Stellvertretung
AOK	Stippler, Dr. Irmgard (AOK Bayern)	Teichert, Daniela (AOK Nordost)
	Ackermann, Tom (AOK NORDWEST)	Striebel, Rainer (AOK PLUS)
BKK	Galle, Andrea (BKK VBU)	1. Stv. Demmler, Dr. Gertrud (SBK) 2. Stv. Stamm, Sabine (DIE BERGISCHE KRANKENKASSE)
	Fuchs, Gerhard (Audi BKK)	1. Stv. Kaiser, Lutz (pronova BKK) 2. Stv. Gerhardt, Jens (BMW BKK)
EK	Walkenhorst, Karen (TK)	keine Stellvertretung
	Rafii, Dr. Mani (BARMER)	Kafka, Torsten (HEK)
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

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

Hinweis: Mit Inkrafttreten des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) wurde der Fachbeirat durch den beim GKV-Spitzenverband zu bildenden Lenkungs- und Koordinierungsausschuss abgelöst.

	Ordentliches Mitglied	Stellvertretung
AOK	Litsch, Martin	Hoyer, Jens Martin
	Stippler, Dr. Irmgard	Peter, Dr. Jürgen
BKK	Knieps, Franz	Heinz, Verena
	Galle, Andrea	Kaiser, Lutz
EK	Elsner, Ulrike	von Maydell, Boris
	Meyers-Middendorf, Dr. Jörg	Blatt, Oliver
IKK	Hohnl, Jürgen	Hippler, Frank
	Schröder, Uwe	Kreutz, Enrico
KNAPPSCHAFT	am Orde, Bettina	Castrup, Dieter
	Jockenhöfer, Gerd	Neumann, Jörg
SVLFG	Lex, Claudia	Ender, Dirk
	Sehnert, Gerhard	Helfenritter, Jürgen

Organigramm GKV-Spitzenverband



Publikationen

Positionspapiere

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Qualitativ hochwertige Medizinprodukte: Versorgungssicherheit in Europa auch unter Corona gewährleisten.	März 2020
GKV-Spitzenverband	Positionspapier zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung in der COVID-19-Pandemie	Mai 2020
GKV-Spitzenverband	GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020	Dezember 2020
GKV-Spitzenverband	Anforderungen und Kriterien an Digitale Gesundheitsanwendungen	Dezember 2020

Schriftenreihe Pflege

GKV-Spitzenverband	Schriftenreihe Pflege, Band 16: Prävention in der ambulanten Pflege – Bestandsaufnahme von zielgruppenspezifischen präventiven und gesundheitsförderlichen Bedarfen, Potenzialen und Interventionsmaßnahmen	Mai 2020
GKV-Spitzenverband	Schriftenreihe Pflege, Band 17: Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung	Oktober 2020
GKV-Spitzenverband	Schriftenreihe Pflege, Band 18: Weiterentwicklung der Pflegeberatung – Evaluation der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen gemäß § 7a Abs. 9 SGB XI	Dezember 2020

Weitere Publikationen

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
GKV-Spitzenverband	Lieferengpässe bei Arzneimitteln: Internationale Evidenz und Empfehlungen für Deutschland - Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes	Februar 2020
GKV-Spitzenverband	Leitfaden zur Selbsthilfeförderung: Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20h SGB V vom 10. März in der Fassung vom 27. August 2020	August 2020
GKV-Spitzenverband	Gutachten Stand der klinischen Krebsregistrierung zum 31.12.2019. Ergebnisse der Überprüfung der Förderkriterien	August 2020
GKV-Spitzenverband, MDS	Präventionsbericht 2020, Berichtsjahr 2019	November 2020
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V	Dezember 2020
GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	Dezember 2020
GKV-Spitzenverband	Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019	Dezember 2020

Fotonachweis

Titel	Ralf Geithe, AdobeStock
S. 7	Tom Maelsa, tommaelsa.com (2)
S. 8	Tom Maelsa, tommaelsa.com (2: l., r.) Florian Küttler, floriankuettler.de (m.)
S. 17	Torsack, AdobeStock
S. 20	bartoshd, iStock
S. 29	Ralf Geithe, AdobeStock
S. 36	RKI
S. 40	Clubfoto, iStock
S. 51	brebca, iStock
S. 58	rolleiflextr, iStock
S. 69	AlexXL66, iStock
S. 73	GKV-Spitzenverband
S. 74	Lilkin, iStock
S. 81	gmalandra, iStock
S. 85	William Potter, iStock
S. 87	GKV-Spitzenverband
S. 88	GKV-Spitzenverband
S. 89	Tree4Two, iStock
S. 91	Lucas Ninno, iStock
S. 93	deepblue4you, iStock
S. 96	Sablin, iStock
S. 99	Amdam Smigielski, iStock
S. 102	ARD
S. 108	U. J. Alexander, iStock
S. 114	BBGK
S. 117	BMG
S. 118	Tom Maelsa, tommaelsa.com



GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de