

Gesprächspartner vdek–Pressekonferenz:

**Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2021**  
Finanzsituation in der Kranken- und Pflegeversicherung in Coronazeiten  
Corona–Pandemie zeigt Reformbedarf bei den Krankenhäusern  
Corona–Pandemie pusht die Digitalisierung (Start ePA und DiGAs)

am 27. Januar 2021

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

**Uwe Klemens**

Ehrenamtlicher  
Verbandsvorsitzender  
Verband der Ersatzkassen e. V.

**Ulrike Elsner**

Hauptamtliche  
Vorstandsvorsitzende  
Verband der Ersatzkassen e. V.

**Dr. Jörg Meyers–Middendorf**

Vertreter des Vorstandes  
und Abteilungsleiter  
Politik/Selbstverwaltung  
Verband der Ersatzkassen e. V.

**Michaela Gottfried**

Pressesprecherin und  
Abteilungsleiterin Kommunikation  
Verband der Ersatzkassen e. V.

## Pressemitteilung

**Presse: Michaela Gottfried**

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

 @vdek\_presse

27. Januar 2021

**vdek zur Finanz- und Marktsituation in der GKV und Pflege  
GKV-Finzen 2021 abgesichert, aber das Jahr 2022 wird kritisch  
Pflegereform noch vor der Bundestagswahl angehen – Eigenanteile steigen  
erneut**

Die Versicherten vertrauen den Ersatzkassen gerade auch während der Corona-Pandemie. TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK konnten 2020 sogar noch rund 74.000 Versicherte hinzugewinnen. Dies erklärte Uwe Klemens, ehrenamtlicher Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), auf einer Pressekonferenz zur Vorstellung der Finanz- und Marktsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Pflegeversicherung. Mit 38,4 Prozent Marktanteil sind die Ersatzkassen weiterhin Marktführer unter den gesetzlichen Krankenkassen.

### **Finanzdruck der GKV in 2022 groß**

Das Jahr 2020 sei für alle Krankenkassen coronabedingt ein hartes Jahr gewesen, so der Versichertenvertreter. Nur durch einen einmaligen Steuerzuschuss, durch Abbau von Rücklagen in Höhe von acht Milliarden Euro und durch eine moderate Erhöhung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze von 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte GKV-weit sei es gelungen, die Finanzierungslücke von 16 Milliarden Euro Ende des Jahres zu schließen. Dieser Finanzdruck setze sich im Jahr 2021 fort. „Die Vermögen der Kassen werden im Laufe des Jahres weitestgehend aufgebraucht sein. Wenn nichts geschieht, besteht das Risiko, dass sich die Zusatzbeitragssätze für 2022 nahezu verdoppeln – aus heutiger Sicht auf rund 2,5 Prozentpunkte. Nach der Bundestagswahl müsse die Politik die Beitragssätze stabilisieren.“

Positiv wertete Klemens, dass sich die Beitragssatzspanne zwischen den Krankenkassen aktuell gegenüber den Vorjahren angenähert habe. Dies sei

ein Hinweis darauf, dass die Reform des Finanzausgleichs – Morbi-RSA schon jetzt Wirkung zeige und für fairere Wettbewerbsbedingungen Sorge.

### **Eigenanteile Pflege: Belastungsgrenze bei vielen Pflegebedürftigen erreicht**

Der Versichertenvertreter appellierte eindringlich an die Politik, eine Pflegefinanzreform noch vor der Bundestagswahl auf den Weg zu bringen. Dabei geht es zum einen um die Belastung der Pflegebedürftigen durch Eigenanteile und um die finanzielle Stabilisierung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung.

Nach aktuellen Berechnungen (Stand 1. Januar 2021) des vdek zahlt jeder stationär versorgte Pflegebedürftige für pflegebedingte Aufwendungen, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung im Bundesdurchschnitt monatlich 2.068 Euro aus der eigenen Tasche, das sind 128 Euro mehr als im Vorjahr. Klemens: „Wenn bei den Eigenanteilen nichts geschieht, dann werden immer mehr Menschen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sein. Bereits heute betrifft das rund zehn Prozent aller Pflegebedürftigen.“ Die von Gesundheitsminister Spahn in Eckpunkten vorgesehene Deckelung der Eigenanteile (ohne Investitionskosten sowie Unterkunft und Pflege) in Höhe von 700 Euro für längstens 36 Monate gehe daher in die richtige Richtung. Klemens forderte zudem die Bundesländer auf, endlich die Investitionskosten für die Pflegeeinrichtungen zu übernehmen, um auch hier die Pflegebedürftigen zu entlasten. Die dazu von Minister Spahn vorgeschlagenen 100 Euro reichten nicht – sie decken nicht einmal ein Viertel der durchschnittlichen Investitionskosten von 458 Euro.

### **Soziale Pflegeversicherung finanziell stabilisieren**

Demografischer Wandel, Leistungsverbesserungen und die Corona-Pandemie haben die Kosten in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) in die Höhe getrieben. „In 2021 werden der SPV 1,5 Milliarden und in 2022 bereits 2,7 Milliarden Euro fehlen“, so Klemens. Hinzu kommen mögliche Finanzwirkungen einer Reform zur Begrenzung der Eigenanteile in der Pflege. Neben einem dauerhaften Steuerzuschuss für die Pflege fordert Klemens eine Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich mit der SPV. Dieser könnte die SPV um rund zwei Milliarden Euro jährlich entlasten.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK), Twitter: @TK\_Presse
- BARMER, Twitter: @BARMER\_Presse
- DAK-Gesundheit, Twitter: @DAKGesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse, Twitter: @KKH\_Politik
- hkk - Handelskrankenkasse, Twitter: @hkk\_Presse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse, Twitter: @HEKonline

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek-Zentrale in Berlin sind mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 360 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

## Pressemitteilung

**Presse: Michaela Gottfried**

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

 @vdek\_presse

27. Januar 2021

**vdek: Digitalisierung ausbauen, Krankenhausstrukturen modernisieren  
Höhere Akzeptanz von digitalen Anwendungen durch Corona-Pandemie  
Corona-Pandemie unterstreicht Reformbedarf bei den Krankenhäusern**

„Die Corona-Pandemie hat zu einer deutlichen Akzeptanzsteigerung von digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen geführt“, erklärte Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), auf einer Pressekonferenz in Berlin. Allein die Videosprechstunden, bislang ein Nischenprodukt in der Versorgung, seien im zweiten Quartal 2020 auf über eine Million nach oben geschossen – gegenüber 500 im zweiten Quartal 2019 ein deutlicher Anstieg. Auch die zahlreichen digitalen Präventionsangebote der Ersatzkassen hätten einen Boom erfahren.

**Elektronische Patientenakte und Digitale Gesundheits- und Pflegehelfer am Start:**

„Einen hohen Zuspruch erwarten wir von dem digitalen Großprojekt, der elektronischen Patientenakte (ePA), die jede Krankenkasse ihren Versicherten seit dem 1. Januar 2021 zur Verfügung stellt“, so Elsner. Die Versicherten, aber auch die Leistungserbringer würden den Nutzen der ePA – mehr Transparenz, mehr Vernetzung, bessere Versorgungsqualität – zu schätzen wissen. Da die ePA in drei Stufen bis 2023 eingeführt wird, steige der Nutzen mit dem Mehr an Funktionalitäten und der Zahl der angebundenen Leistungserbringer. Zu den Anforderungen für die Ersteinrichtung müsse aber dringend Rechtsklarheit für die Krankenkassen hergestellt werden, etwa was die digitalen Authentisierungsverfahren für die Erstnutzung der ePA anbelangt. Alle Ersatzkassen wollen hier digitale Verfahren zeitnah bereitstellen.

Die neuen digitalen Gesundheits- und Pflegehelfer (DiGAs und künftig auch DiPAs) würden die medizinische und pflegerische Versorgung sinnvoll

ergänzen. Momentan seien zehn DiGAs zugelassen und 24 Zulassungsanträge in Bearbeitung. Elsner forderte den Gesetzgeber auf, eine Nachjustierung bei der Preisbildung der neuen Apps auf Rezept vorzunehmen, denn die meisten Apps unterliegen im ersten Jahr der freien Preisbildung durch die Hersteller. „Die Hersteller rufen hier Kosten bis zu 750 Euro pro Quartal für ihre DiGA auf – ein Vielfaches des ärztlichen Honorars für die Untersuchung.“ Die Preisverhandlungen müssten früher beginnen und rückwirkend ab dem ersten Tag der Zulassung gelten.

### **Krankenhausversorgung während der Corona-Pandemie**

Die Corona-Pandemie unterstreicht laut vdek den Reformbedarf der Krankenhausstrukturen. Dies zeigen Belegungszahlen der Ersatzkassenversicherten in den 1.702 Krankenhäusern während der Corona-Pandemie (erste Welle bis 31. Juli 2020). Etwa 72 Prozent der Krankenhäuser mit somatischen Fachabteilungen (1.438) haben Ersatzkassenversicherte mit COVID-19 behandelt. In nur 36,5 Prozent dieser Krankenhäuser wurden Ersatzkassen-Patienten intensivmedizinisch behandelt, davon 15,8 Prozent beatmet. Während leichte Fälle überwiegend ambulant versorgt wurden, fand eine Patientenwanderung von den ländlichen Regionen in die Schwerpunktthäuser in den Ballungsregionen statt. Zudem zeigte sich, dass planbare Eingriffe, wie Operationen von Knie- und Hüftprothesen, oft problemlos aufgeschoben werden konnten. Dies belegen Fallzahlrückgänge in Höhe von über 50 Prozent. Elsner: „Es liegt auf der Hand, dass nicht alle verschobenen Krankenhausbehandlungen zwingend erforderlich waren und auch nicht zwingend nachgeholt werden müssen.“

### **Keine existentiellen Finanzeinbußen der Krankenhäuser**

Elsner betonte, die Politik habe richtig auf die Corona-Pandemie reagiert. „Über Freihaltepauschalen, erhöhten Pflegewert und Mindererlösausgleiche wurde die Corona-Pandemie – anders als von der Deutschen Krankenhausgesellschaft behauptet – eben nicht zu einer Existenzfrage der Krankenhäuser. Im Gegenteil: Die Freihaltepauschale wurde leider oft zu einer Leerstandpauschale, von der Krankenhäuser besonders profitiert haben, die nicht intensivmedizinisch betreut haben.“ Mit der sogenannten „Dritten Freihaltepauschale“ habe der Gesetzgeber die Freihaltepauschale folgerichtig auf Kliniken begrenzt, die Covid-19-Patienten tatsächlich behandeln.

### **Konsequenzen aus der Corona-Pandemie ziehen: Weniger ist mehr**

Elsner forderte Bund und Länder auf, einen „Bund-Länder-Pakt“ zu etablieren und sich für einen Konzentrations- und Spezialisierungsprozess der Krankenhauslandschaft stark zu machen und gleichzeitig die Versorgung auf dem Land sicherzustellen. Dies könne erreicht werden durch die Nutzung digitaler Möglichkeiten und die Umwidmung von Krankenhäusern zu einer ambulant-stationären Basisversorgung. Ebenfalls müsste ambulantes Potential stärker genutzt werden und Fehlanreize im Vergütungssystem abgebaut werden. Ziel sei es, die Versorgungsqualität

deutlich zu verbessern. „Weniger ist mehr“, dies gilt auch in Bezug auf die Krankenhäuser bzw. ihre Standorte“, sagte Elsner.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen rund 28 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- Techniker Krankenkasse (TK), Twitter: @TK\_Presse
- BARMER, Twitter: @BARMER\_Presse
- DAK-Gesundheit, Twitter: @DAKGesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse, Twitter: @KKH\_Politik
- hkk - Handelskrankenkasse, Twitter: @hkk\_Presse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse, Twitter: @HEKonline

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) wurde am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet. Bis 2009 firmierte der Verband unter dem Namen „Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.“ (VdAK).

In der vdek-Zentrale in Berlin sind mehr als 270 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen mit insgesamt rund 360 sowie mehr als 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Pflegestützpunkten für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

**Uwe Klemens**

Ehrenamtlicher Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**Gesundheitspolitik 2021**

**Finanzsituation in der Kranken- und Pflegeversicherung in  
Coronazeiten**

am 27. Januar 2021

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

Ihnen ein gutes und vor allem gesundes neues Jahr.

Unser Tagesablauf ist ja leider nach wie vor geprägt von den Anforderungen der Corona-Pandemie.

Wir als Ersatzkassen unterstützen die Politik intensiv bei der Umsetzung der Corona-Gesetzgebung. Und wir organisieren mit flexiblen Lösungen das Gesundheitswesen in dieser Ausnahmesituation.

Mit dem Impfen beginnt jetzt eine neue hoffungsvollere Phase und ich hoffe, dass wir zeitnah ausreichend Impfstoff bekommen und die Impfquoten steigen.

Zum Jahresauftakt möchte ich Ihnen die aktuelle Markt- und Finanzsituation der Ersatzkassen vorstellen und den Reformbedarf in der Pflegeversicherung aufzeigen.

#### *Markt- und Finanzsituation*

Die Ersatzkassen sind weiterhin die Nummer 1 unter den gesetzlichen Krankenkassen. Wir konnten erneut unsere Mitglieder- und Versichertenzahlen ausbauen. 28,2 Millionen Menschen sind nach den jüngsten Zahlen vom Dezember 2020 in einer unserer vdek-Mitgliedskassen versichert. Das Plus beträgt 74.359 Versicherte im Vergleich zum Vorjahr. Unser Marktanteil beläuft sich damit auf 38,4 Prozent. Für uns ist das ein Beleg für die Attraktivität der Ersatzkassen.

Zum 1. Januar 2021 hat es eine moderate Anhebung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze gegeben.

40 der insgesamt 102 Krankenkassen haben ihren Zusatzbeitragssatz angehoben. Von der Erhöhung betroffen sind 37,7 Millionen Mitglieder. Der Höhe nach bewegen sich die Anhebungen in einem moderaten Rahmen von 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte.

Die Anhebung der Zusatzbeitragssätze war notwendig, um die für das aktuelle Jahr 2021 entstandene Finanzlücke von 16 Milliarden Euro zu schließen.

Zum Ausgleich dieser Finanzlücke haben die Krankenkassen neben der Zusatzbeitragssatzerhöhung acht Milliarden Euro an Rücklagen abgebaut und der Bund hat seinen Steuerzuschuss um fünf Milliarden Euro erhöht.

Die 16 Milliarden Euro Finanzlücke hatte sich aufgebaut durch vier zum Teil gegenläufige Effekte, die aus 2020 fortwirken:

1. Pandemiebedingte Mehrausgaben für Schutzausrüstungen, Intensivbetten, Coronatests und Finanzunterstützung für Leistungserbringer.
2. Minderausgaben durch coronabedingt verschobene und ausgefallene Behandlungen.
3. Mindereinnahmen infolge von coronabedingter Kurzarbeit und Rückgang der Beschäftigung.
4. Mehrausgaben durch kostenintensive Gesundheitsgesetze (für mehr Arzttermine und Personal in den Krankenhäusern sowie eine bessere Vergütung für Heilmittelerbringer).

Meine Damen und Herren,

die Beitragssatzspanne zwischen den Krankenkassen hat sich angenähert, da die Zusatzbeitragssätze unterschiedlich stark erhöht wurden. Grund dafür ist die von uns lange geforderte Reform des Morbi-RSA (unter anderem mit der Einführung einer Regionalkomponente und eines Risikopools).

Die Morbi-RSA-Reform wurde zum 1. Januar 2021 wirksam. Wir Ersatzkassen erwarten, dass die neuen Kriterien bei der Finanzaufweisung unsere bisherigen Nachteile, und auch die der Betriebs- und Innungskrankenkassen, zu einem merklichen Teil ausgleichen. Nach unseren Schätzungen werden die Ersatzkassen rund 500 Millionen Euro pro Jahr mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung ihrer Versicherten erhalten.

Die Morbi-RSA-Reform wirkt also und ist ein wichtiger Schritt für fairen Wettbewerb. Wir erwarten, dass weitere Reformelemente wie ein passgenauerer Ausgleich für Kinderkrankengeld und Auslandsversicherte noch vor der Bundestagswahl verabschiedet werden.

Meine Damen und Herren,

für 2021 sind die Finanzen in der GKV also kalkuliert. Doch wir werden auch in diesem Wahljahr 2021 wieder über die Finanzierung für 2022 reden müssen. Die Vermögen der Kassen werden im Laufe des Jahres weitestgehend aufgebraucht sein. Wenn nichts geschieht, besteht das Risiko, dass sich die Zusatzbeitragssätze für 2022 nahezu verdoppeln – aus heutiger Sicht auf rund 2,5 Prozentpunkte.

## *Reformbedarf in der Pflegeversicherung*

Meine Damen und Herren,

ich komme zur Situation in der Pflege. Wie wichtig uns die Pflege sein sollte, zeigt ein Blick auf die Zahlen: 2020 waren über 4,2 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig – das entspricht etwa der Einwohnerzahl von Rheinland-Pfalz oder Sachsen.

Trotz zahlreicher guter Reformen gibt es weiter politischen Handlungsdruck. Zum einen geht es um die zunehmende Kostenbelastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile – ein Problem, auf das wir als Ersatzkassen seit Jahren aufmerksam machen. Zum anderen geht es um die zukunftsfeste Finanzierung der Pflegeversicherung als Säule der sozialen Sicherungssysteme.

Zu den steigenden Eigenanteilen:

Wenn bei den Eigenanteilen nichts geschieht, dann werden immer mehr Menschen auf Leistungen der Sozialhilfe, genauer „Hilfe zur Pflege“, angewiesen sein. Bereits heute betrifft das rund zehn Prozent aller Pflegebedürftigen.

Nach unseren aktuellen Berechnungen (Stand: 1. Januar 2021) zahlt jeder stationär versorgte Pflegebedürftige für pflegebedingte Aufwendungen, Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung im Bundesdurchschnitt monatlich 2.068 Euro aus der eigenen Tasche. Ich sage ganz klar: Für viele Pflegebedürftige ist das zu viel!

Es sind insbesondere die Kosten für die bessere und tariflich gebundene Bezahlung des Pflegepersonals und die schrittweise Verbesserung der personellen Ausstattung der Pflegeeinrichtungen, die die Eigenanteile in die Höhe treiben. Unser Dilemma ist: Steigende Löhne und bessere Personalausstattung sind einerseits eine richtige und politisch wünschenswerte Entwicklung. Andererseits führt genau dies in der derzeitigen Systematik zu weiter steigenden Eigenanteilen der Pflegebedürftigen. Der von Minister Spahn angedachte gedeckelte Eigenanteil der Pflegebedürftigen (ohne Investitionskosten sowie Unterkunft und Pflege) in Höhe von 700 Euro für längstens 36 Monate geht in die richtige Richtung und würde die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen planbar begrenzen.

Daneben müssen die Bundesländer die Bewohner von den Investitionskosten für die Einrichtungen entlasten. Die dazu von Minister Spahn vorgeschlagenen 100 Euro

reichen nicht – sie decken nicht einmal ein Viertel der durchschnittlichen Investitionskosten von 458 Euro.

Meine Damen und Herren,

nun zur Finanzlage in der Pflegeversicherung insgesamt. Die demografische Entwicklung und die zahlreichen Leistungsverbesserungen der letzten Jahre erhöhen stetig den Druck auf die Finanzen. Hinzu kam noch Corona mit Rettungsschirmen und Corona-Prämie. Nur mit Hilfe eines einmaligen Steuerzuschusses in Höhe von 1,8 Milliarden Euro konnte der Beitragssatz in Höhe von 3,05 Prozent stabil gehalten werden.

Unseren Berechnungen nach fehlen 2021 1,5 Milliarden und 2022 bereits 2,7 Milliarden Euro. Hier sind die möglichen Finanzwirkungen einer Reform zur Begrenzung der Eigenanteile auf 700 Euro, wie von Bundesgesundheitsminister Spahn vorgeschlagen, allerdings noch nicht eingerechnet.

Zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen braucht die Pflegeversicherung dauerhaft einen Steuerzuschuss.

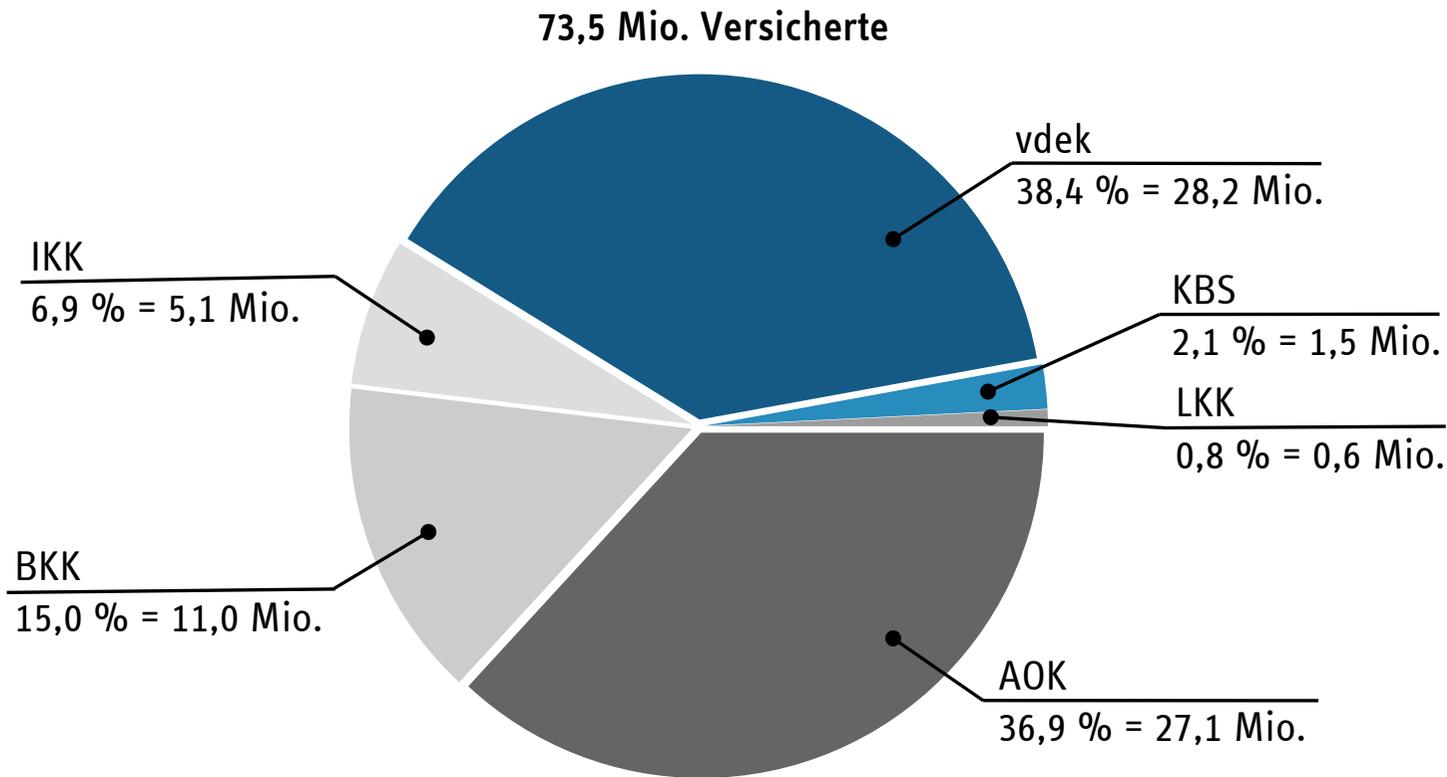
Zu einer Reform gehört auch die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung am Solidarausgleich mit der Sozialen Pflegeversicherung. Dieser Finanzausgleich könnte die Soziale Pflegeversicherung um rund zwei Milliarden Euro jährlich entlasten. Das wäre solidarisch, da die private im Vergleich zur Sozialen Pflegeversicherung vor allem einkommensstarke Personen mit geringerer Pflegewahrscheinlichkeit versichert.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als gewählter Versichertenvertreter geht mein Appell an die Politik: Die Pflegefinanzreform muss noch vor der Bundestagswahl verabschiedet werden – die Betroffenen brauchen unsere Unterstützung.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und übergebe das Wort an Frau Elsner.

# GKV - Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten in Prozent und Millionen 2020/12



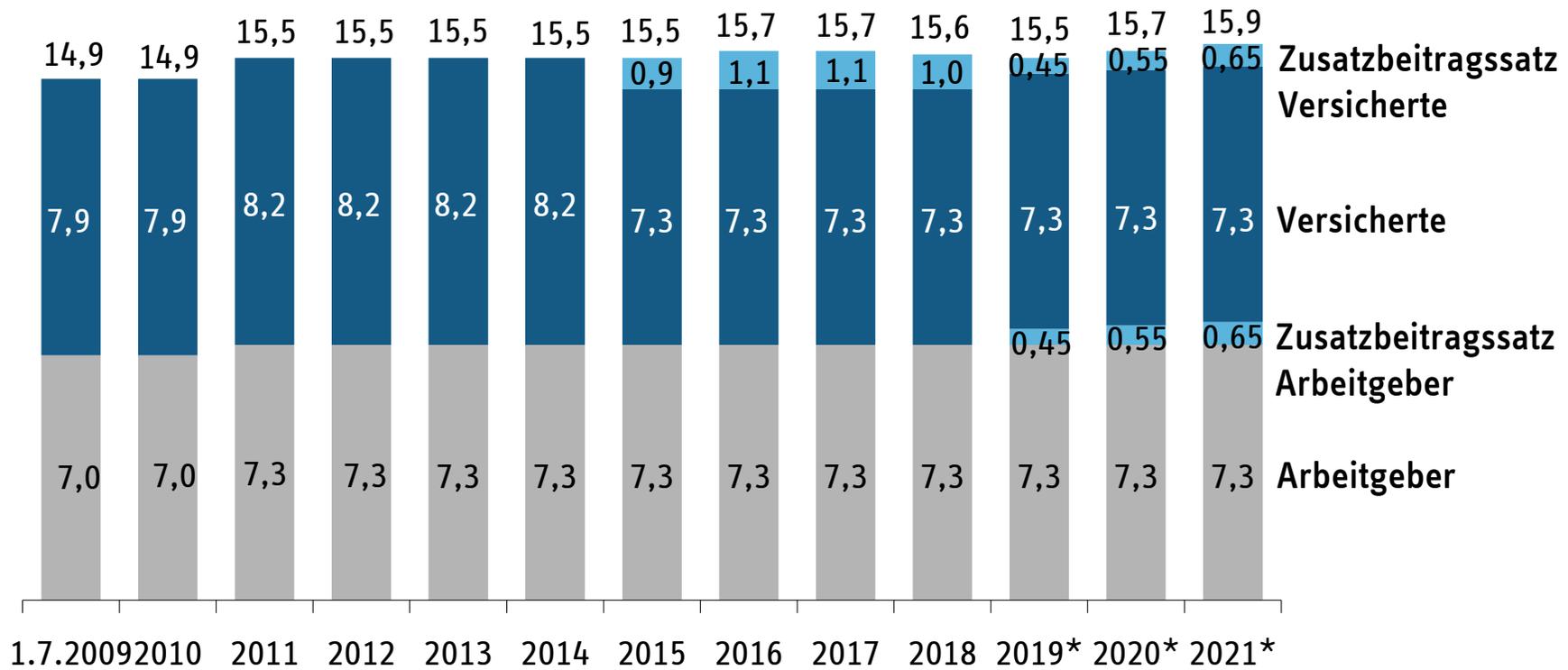
**Versicherte**

vdek:	28.206.722
AOK:	27.101.565
BKK:	11.009.644
IKK:	5.072.188
KBS:	1.519.518
LKK:	572.117
GKV:	73.481.754

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG.

## GKV - Beitragssätze

Versicherten- und Arbeitgeberanteile in Prozent  
2009 - 2021



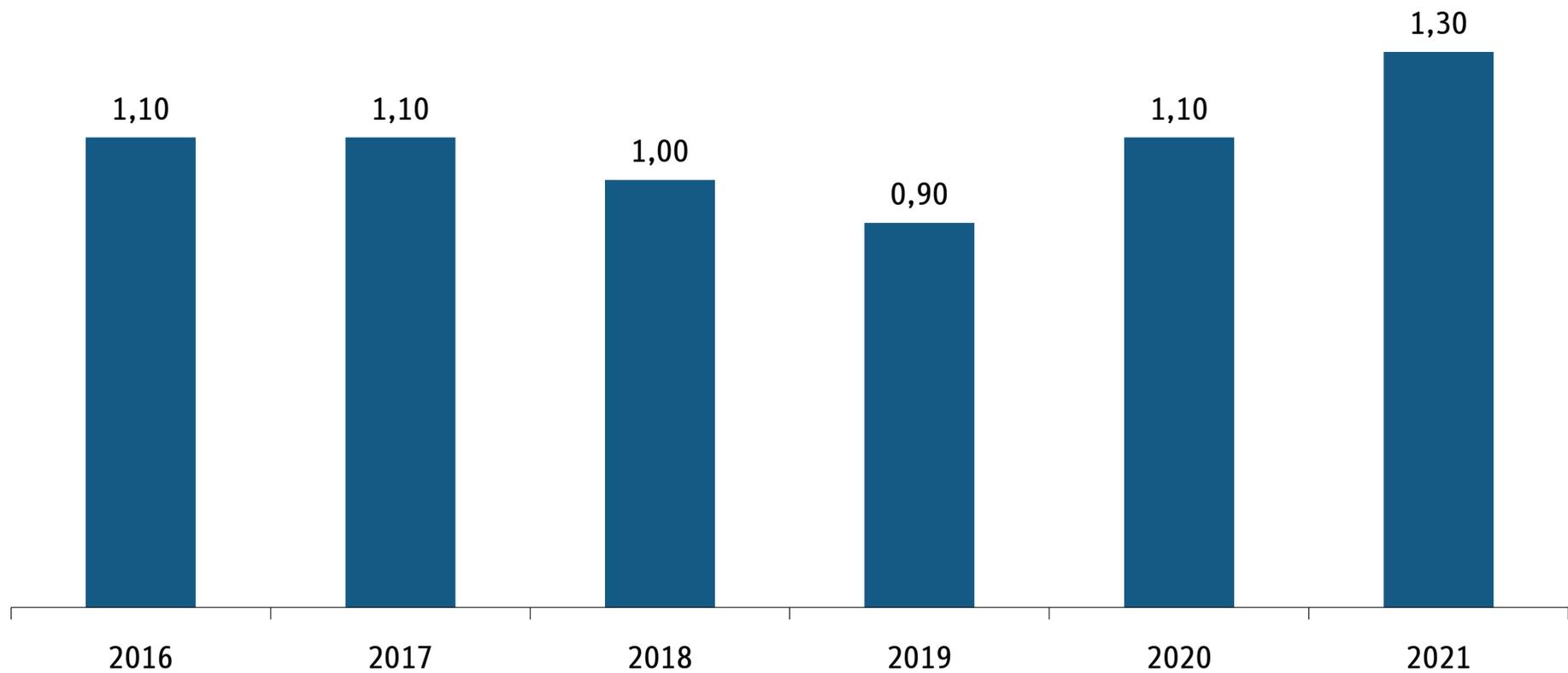
Quelle: vdek.

\*Der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz ist jeweils zur Hälfte von Versicherten und Arbeitgebern zu tragen.

## GKV - Entwicklung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (ZBS)\*

in Prozent

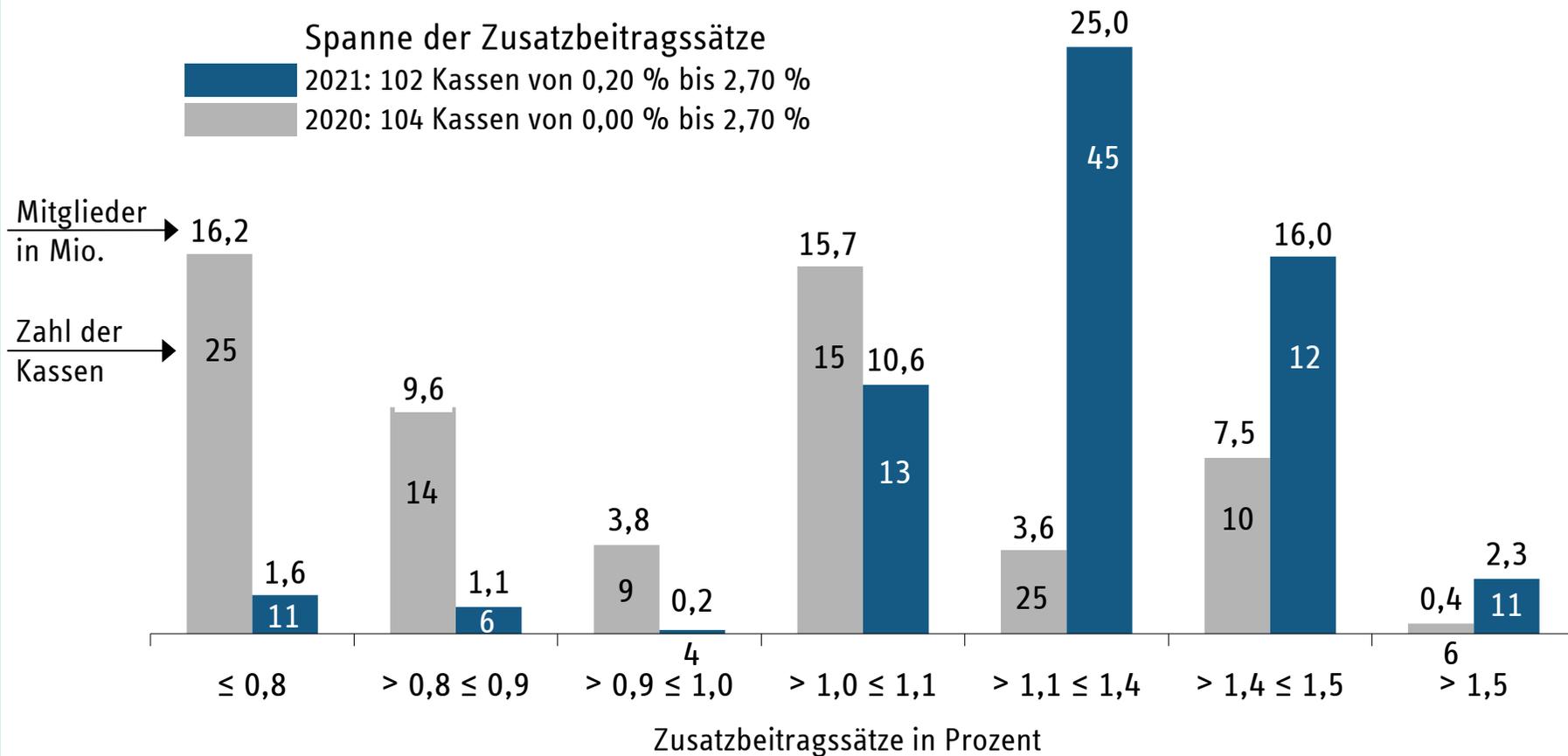
2016 - 2021



Quelle: vdek. \*Gemäß § 242a SGB V

## GKV - Zusatzbeitragssätze (ZBS)

nach Mitgliedern in Millionen und Zahl der Krankenkassen\*  
2021 und 2020 - jeweils 1. Januar

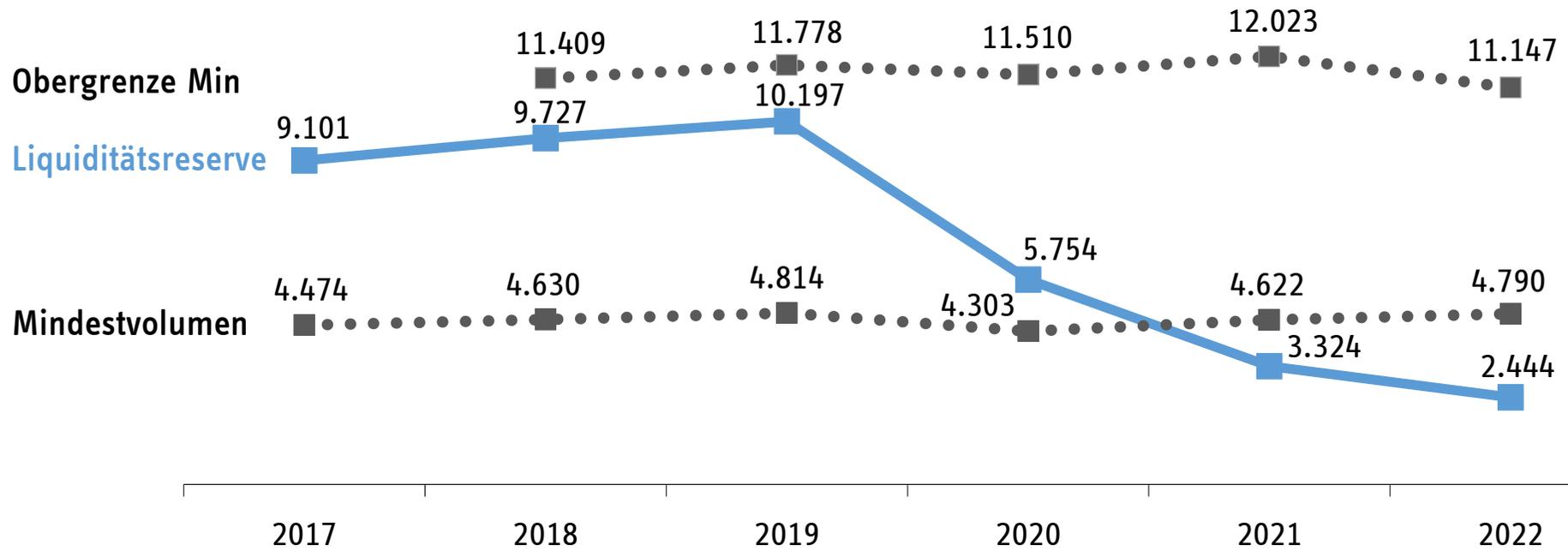


Quelle: vdek.

\*ohne landwirtschaftliche Krankenkasse

# Gesundheitsfonds: Entwicklung der Liquiditätsreserve

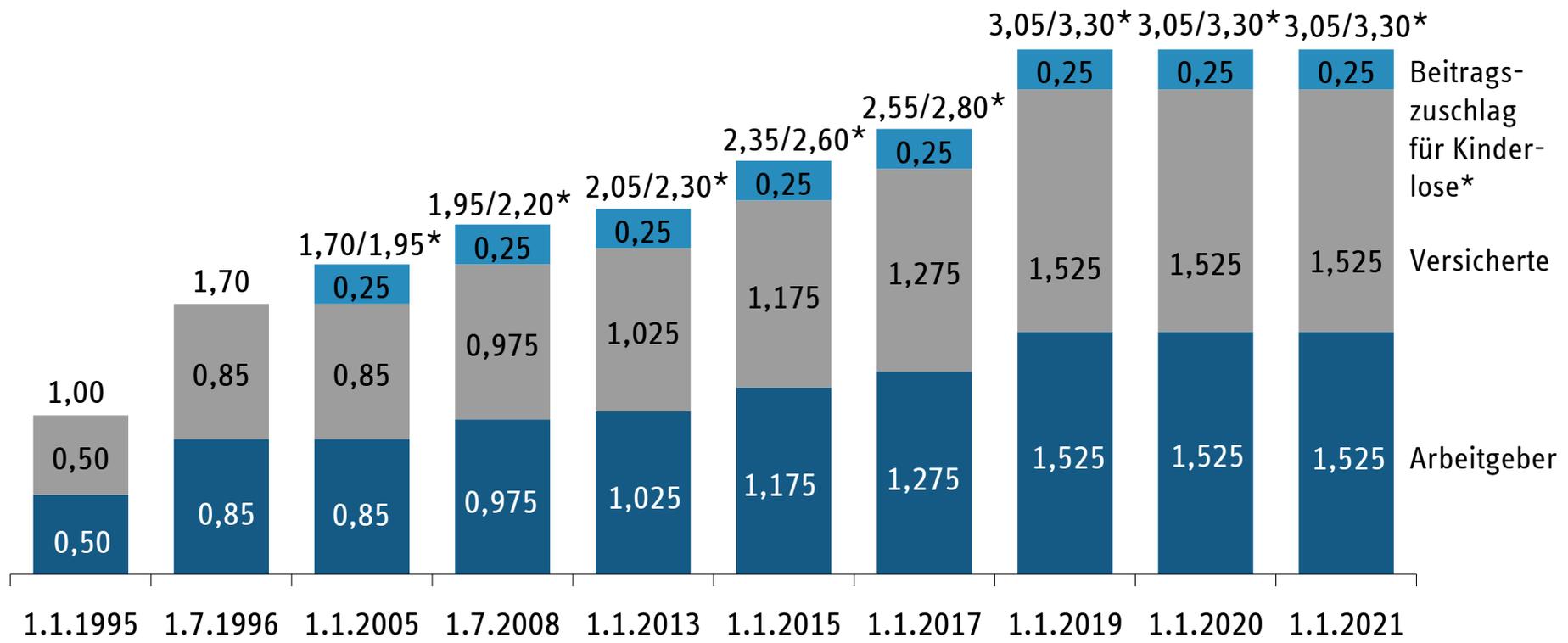
Schätzung vdek  
Dezember 2020



Quelle: vdek.

# SPV - Beitragssätze und Beitragszuschlag für Kinderlose\*

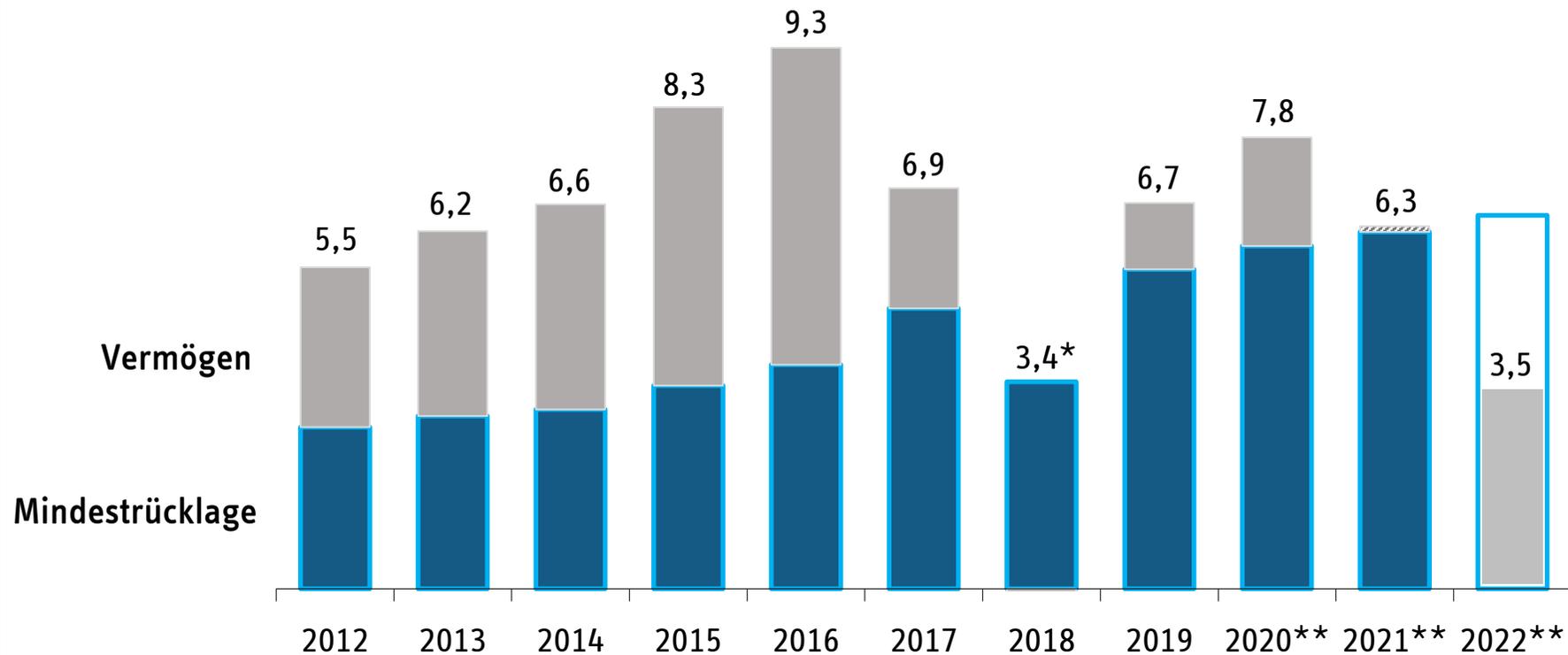
in Prozent  
1995 - 2021



Quelle: vdek.

\*Inkl. Beitragszuschlag für Kinderlose (§ 55 Abs. 3 SGB XI) ohne Arbeitgeberbeteiligung

**SPV - Saldo und Vermögen**  
in Milliarden EUR  
2012 - 2022

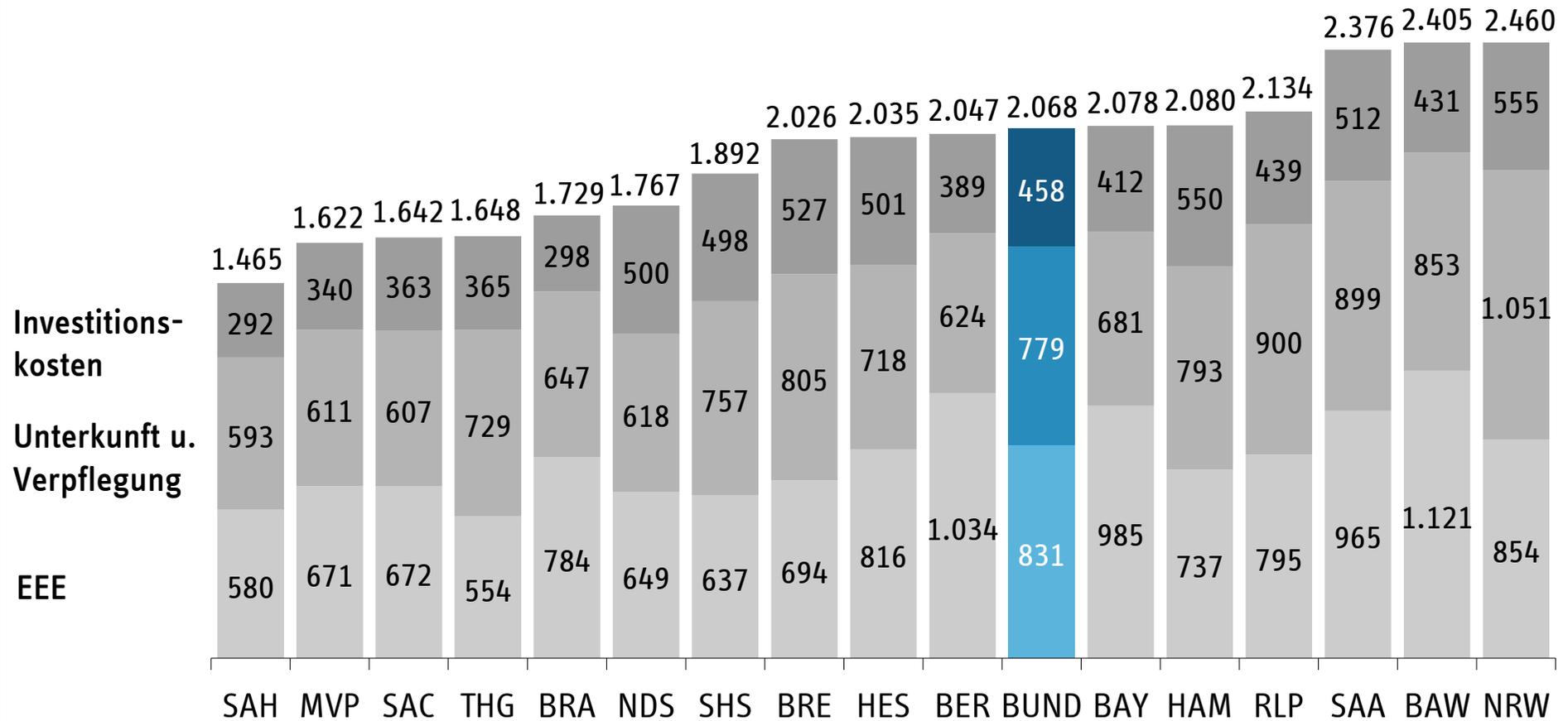


Quelle: vdek.

\*2018: einmalige Absenkung der Mindestrücklage durch das BAS von 1,5 auf eine Monatsausgabe

\*\*Schätzung vdek

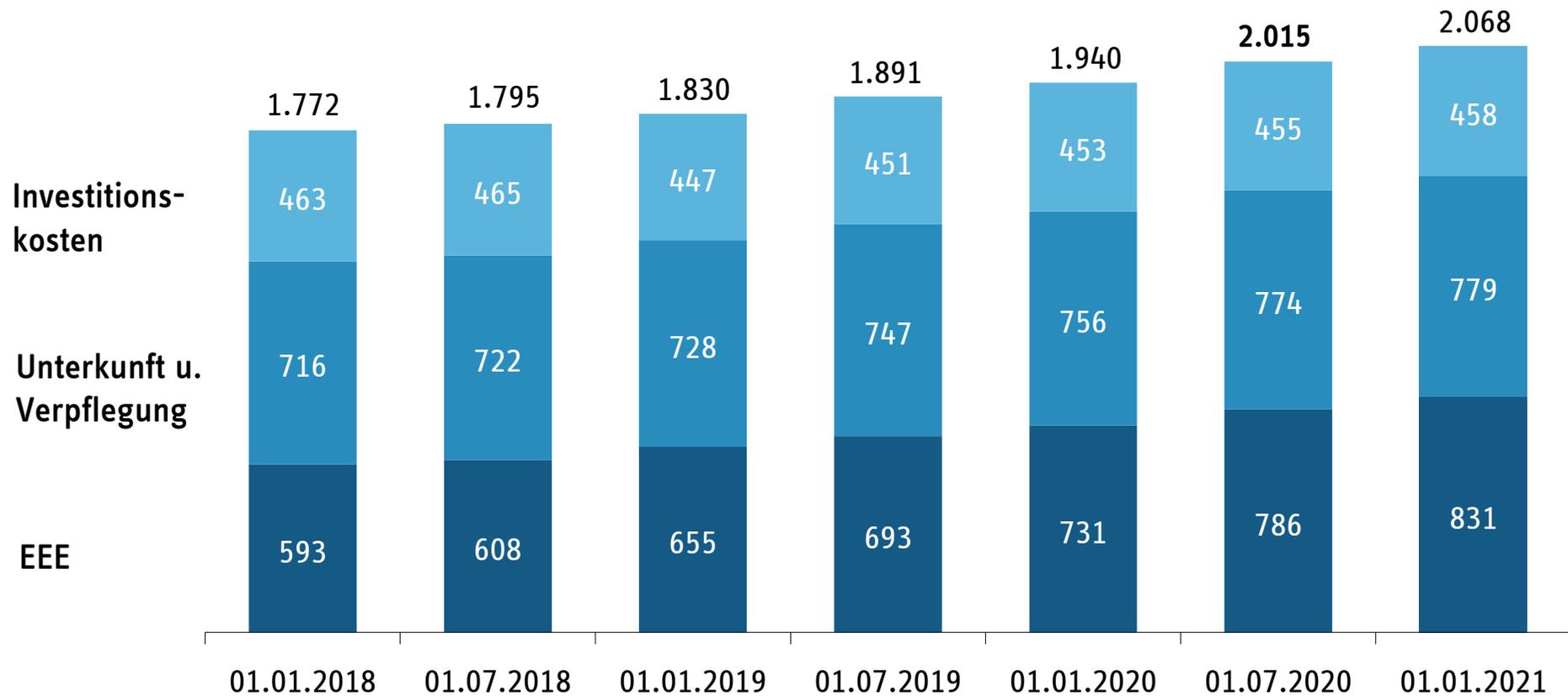
# Finanzielle Belastung\* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat nach Bundesländern 1. Januar 2021



Quelle: vdek.

\*Durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individuelle Ausbildungskosten  
EEE=Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (vor allem Personalkosten)

**Finanzielle Belastung\* eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege**  
in EUR je Monat  
2018 - 2021 - Bundesgebiet



Quelle: vdek.

\*durchschnittliche finanzielle Belastung ohne Ausbildungsumlage bzw. individ. Ausbildungskosten  
EEE=Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (vor allem Personalkosten)

Statement

von

**Ulrike Elsner**

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**Gesundheitspolitik 2021**

**Corona-Pandemie zeigt Reformbedarf bei den Krankenhäusern  
Corona-Pandemie pusht die Digitalisierung (Start ePA und DiGAs)**

am 27. Januar 2021

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,  
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,  
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

als *lessons learned* aus zwei Pandemiewellen will ich zwei Bereiche ansprechen, die für das dauerhafte Gelingen einer guten Versorgung essentiell sind:

1. der Ausbau der Digitalisierung
2. die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

Zu 1.

*Digitale Anwendungen müssen in allen Versorgungsbereichen zum Nutzen der Versicherten eingesetzt werden.*

Die derzeitigen Anwendungen sind in der Pandemie immer mehr zu Routinen geworden. Ein Beispiel ist die Zunahme der Videosprechstunden. Im ersten Jahr der Einführung (2019) absolutes Nischenprodukt, heute fest etabliert in den Alltag vieler Ärzte – das zeigen die Zahlen eindrücklich: Wurden im zweiten Quartal 2019 noch weniger als 500 Videosprechstunden in Deutschland durchgeführt, schoss diese Zahl im zweiten Quartal 2020 auf über eine Million nach oben.

Ein zweites Beispiel ist die digitale Unterstützung in der Prävention. So fördert die gesetzliche Krankenversicherung zertifizierte Online-Kurse, jeweils abzurufen auf der Kassenshomepage. Und als Sofortangebot in der Coronakrise haben die vdek-Ersatzkassen (TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufgesetzt („MEHRWERT:PFLEGE“, [www.mehrwert-pflege.com](http://www.mehrwert-pflege.com)). Auch für die Selbsthilfeförderung wurde ein Onlineportal entwickelt, sodass die Antragstellung von Fördermitteln digital erfolgen kann.

Meine Damen und Herren,

*Elektronische Patientenakten (ePA) gehen in den Echtbetrieb. Die Nutzung durch die Versicherten und die Öffnung für behandelnde Ärzte bleibt freiwillig.*

Seit Januar 2021 können alle Versicherten die ePA bei ihrer Krankenkasse beantragen und in einem ersten Schritt persönliche Gesundheitsdaten darin speichern, beispielsweise Gesundheits- oder Schmerztagebücher. Parallel dazu wird die ePA zunächst in ausgewählten Arztpraxen und Krankenhäusern in den Regionen Westfalen-Lippe und Berlin hinsichtlich des Hochladens medizinischer Daten getestet. Ab Juli 2021 werden dann etwa 200.000 Arzt- und Zahnarztpraxen und Psychotherapeuten auf Wunsch der Versicherten deren medizinische Daten in die ePA hochladen. Die Krankenhäuser und Apotheken kommen im zweiten Halbjahr dieses Jahres flächendeckend hinzu, die Anbindung weiterer Leistungserbringer, wie

Pflegeeinrichtungen, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, Heil- und Hilfsmittelerbringer und Hebammen ist ebenfalls schrittweise vorgesehen.

Insgesamt erwarten unsere Mitgliedskassen einen hohen Zuspruch bei der ePA – der mit den zunehmenden Funktionalitäten weiter ansteigen wird. Die Nutzung der bisherigen Digitalangebote in den sogenannten Online-Geschäftsstellen jedenfalls boomte nochmal besonders in der Pandemie. Ähnlich wie beim Online-Banking verändert die Digitalisierung nun auch die Routinen im Gesundheitswesen. Wir erwarten, dass über die mit der Vernetzung einhergehende Transparenz die Versorgungsqualität steigt. Impfpass, Mutterpass, Untersuchungsheft für Kinder und zahnärztliches Bonusheft sollen spätestens zu Beginn 2022 in die ePA integriert werden. Ab spätestens 2023 können Versicherte dann beispielsweise auch Daten aus der ePA zu Forschungszwecken bereitstellen.

*Rechtssicherheit für digitale Authentisierungsverfahren muss kurzfristig hergestellt werden.*

Zwei der sechs Ersatzkassen bieten neben der Möglichkeit, sich in einer Geschäftsstelle für die ePA zu authentisieren, bereits ein digitales Verfahren an (TK und HEK). Auch die anderen Ersatzkassen werden solche Verfahren zeitnah bereitstellen. Doch es gibt Signale des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), dass bestimmte digitale Verfahren unter Umständen aus Sicherheitsgründen nicht dauerhaft angewendet werden dürfen. Hier muss zügig Rechtssicherheit hergestellt werden. Es darf nicht sein, dass die Krankenkassen viel Geld in digitale Authentisierungsverfahren investieren, die dann gegebenenfalls gekippt werden.

*DiGAs und DiPAs modernisieren die Versorgung, Vergütungsregeln bedürfen der Nachschärfung.*

Ein weiteres neues Feld sind die digitalen Gesundheitsanwendungen – DiGA oder Apps auf Rezept genannt – und künftig auch die digitalen Pflegeanwendungen DiPA. Momentan sind zehn DiGAs zugelassen und 24 Zulassungsanträge beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in Bearbeitung (DiGA-Verzeichnis: <https://diga.bfarm.de/de>). Die meisten Apps befinden sich im sogenannten Erprobungsverfahren und unterliegen im ersten Jahr der freien Preisbildung durch die Hersteller.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass das zu einer exzessiven und willkürlichen Preisstrategie führt. Die Hersteller rufen hier Kosten von bis zu 750 Euro pro Quartal für ihre DiGA auf – ein Vielfaches des ärztlichen Honorars für die Untersuchung. Der Gesetzgeber muss hier dringend bei den Regelungen zur Preisgestaltung

nachjustieren, es braucht frühe Preisverhandlungen mit rückwirkender Geltung ab dem ersten Tag der Zulassung.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich komme nun zum 2. Thema, der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen.

Mit der ersten Welle der Pandemie standen die Krankenhäuser im öffentlichen Fokus zur Bekämpfung der Pandemie und die Diskussion um die Modernisierung der Krankenhauslandschaft verstummte.

Vor der Pandemie hingegen bestand ein – auch wissenschaftlich unterlegter – breiter Konsens, dass unsere Krankenhausstruktur nicht mehr zeitgemäß ist. Die Zahl von 1.702 Krankenhäusern mit insgesamt 2.571 Standorten wird im internationalen Vergleich als zu hoch bewertet. Insbesondere wird kritisiert, dass es zu viele kleine Krankenhäuser gibt, denen es zum Beispiel an Erfahrung, Ausstattung und nötigen Investitionsmitteln fehlt. Immerhin haben 65 Prozent der Krankenhäuser weniger als 300 Betten; diese Krankenhäuser stellen zusammengenommen nur 28 Prozent der bundesweiten Bettenkapazitäten.

Mittlerweile stecken wir mitten in der zweiten Welle der Pandemie, und wir haben Erkenntnisse, wie unser Gesundheitsversorgungssystem auf die Pandemie reagiert hat.

Die Erkenntnisse und die Schlussfolgerungen daraus möchte ich nachfolgend vorstellen.

*Ohne ambulante Strukturen keine ausreichende Gesundheitsversorgung.*

Der Großteil der an COVID-19 erkrankten Patienten konnte ambulant behandelt werden. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat sich gezeigt, dass man einen starken ambulanten Sektor benötigt, der den Krankenhäusern den Rücken freihält, damit diese sich auf die Behandlung der schwerstkranken und tatsächlich krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten konzentrieren können.

*Die Behandlung schwerstkranker COVID-19-Patienten hat sich auf Schwerpunkthäuser konzentriert.*

Von den 1.702 Krankenhäusern haben 1.438 somatische Fachabteilungen. Etwa 72 Prozent der somatischen Krankenhäuser haben Ersatzkassenpatienten behandelt, die bestätigt an COVID-19 erkrankt waren. 36,5 Prozent dieser Krankenhäuser haben COVID-19-Ersatzkassenpatienten beatmet bzw. intensivmedizinisch behandelt. Von allen stationär behandelten Ersatzkassenpatienten wurden insgesamt 15,8 Prozent beatmet. Die intensivbehandlungsbedürftigen COVID-19-

Patienten wurden primär in Schwerpunktversorgungskrankenhäusern oder Fachkrankenhäusern der Lungenheilkunde behandelt und nicht in Krankenhäusern der Basisversorgung. Diese haben hingegen häufig COVID-19-Patienten aus Alten- und Pflegeheimen versorgt, deren Betreuung anderweitig nicht sichergestellt werden konnte.

#### *Wohnortnahe Krankenhausversorgung sekundär.*

Mit zunehmender Schwere der Erkrankung rückte auch bei COVID-19-Patienten die wohnortnahe Versorgung in den Hintergrund. Dies gilt insbesondere für die ländlichen Regionen. Gerade hier hat die COVID-19-Pandemie de facto zu einer Patientenwanderung der Schwersterkrankten in die Schwerpunkthäuser in Ballungsregionen geführt. Die kleineren ländlichen Krankenhäuser haben sich in der Regel an der Versorgung ambulant behandlungsbedürftiger COVID-19-Patienten beteiligt.

#### *Nicht alle verschobenen Krankenhausbehandlungen müssen nachgeholt werden.*

Planbare Eingriffe konnten im höheren Ausmaß problemlos aufgeschoben werden. Hier waren zum Teil Fallzahlrückgänge von über 50 Prozent zu beobachten. Zu nennen sind gynäkologische Operationen oder auch das Einsetzen einer Knie- oder Hüftprothese. Diese Entwicklung wirft die Frage nach dem generellen Fehlbelegungspotenzial auf.

#### *Keine existentiellen Finanzeinbußen der Krankenhäuser infolge Corona-Pandemie.*

Richtigerweise hat die Politik in der ersten Pandemiewelle ihre Aktivitäten darauf gerichtet, dass ausreichend Behandlungskapazitäten für potentielle COVID-19-Patienten bereitstehen. Über Freihaltepauschalen, erhöhten Pflegewert und Mindererlösausgleiche ist gewährleistet, dass die Corona-Pandemie für die Krankenhäuser nicht zur Existenzfrage wird. Öffentlich kommunizierte Insolvenzszenarien der Krankenhauslobby lassen die Realitäten außer Acht und tragen zur unnötigen Verunsicherung bei den Beschäftigten bei, die die so wichtige ärztliche und pflegerische Betreuung übernehmen. Insbesondere die Krankenhäuser, die keine COVID-19-Patienten intensivmedizinisch behandeln und gleichzeitig planbare Eingriffe stark reduziert haben, zählen zu den wirtschaftlichen Gewinnern. Die zunächst einheitlichen Freihaltepauschalen der Bundesregierung überkompensierten ihre Kosten. Die Freihaltepauschale wurde leider viel zu oft zur Leerstandpauschale. Die neue und vielfach von der Leistungserbringerseite kritisierte angepasste zwischenzeitlich dritte Freihaltepauschale ist sachgerecht, da sie auf Kliniken begrenzt ist, die COVID-19-Patienten behandeln.

Damit komme ich zu unseren Schlussfolgerungen und Forderungen:

## **1. Bund-Länder-Pakt für moderne Krankenhausstrukturen etablieren**

Auch wenn die Pandemie nicht zu existenziellen Einnahmerückgängen bei den Krankenhäusern geführt hat, so hat sie deutlich gemacht, wo die Strukturentwicklung hingehen muss. Krankenhausversorgung muss über die Bundesländer geplant und gestaltet werden. Wie das Bildungswesen gehört die Krankenhausversorgung zur Daseinsvorsorge der Länder. Über eine bundesweite Rahmenplanung sollten die jeweiligen Versorgungsstufen definiert werden. Investitionsfördermittel und medizinisches Fachkräftepersonal sollten dann auf weniger, aber größere Standorte konzentriert werden.

## **2. Versorgung auf dem Land sichern**

Krankenhäuser auf dem Land sind notwendig, aber paradoxerweise häufig nicht ausgelastet. Sie sollten zu einer ambulant-stationären Basisversorgung umgewidmet werden und als zentrale Anlaufstelle für die Versicherten erhalten bleiben. Eine Zusammenarbeit mit den Zentren in den Ballungsgebieten unter Nutzung der digitalen Möglichkeiten muss den notwendigen Know-how-Transfer in die ländlichen Regionen sichern.

## **3. Fehlanreize im Vergütungssystem abbauen**

Knapper werdendes medizinisches Fachkräftepersonal sollte ausschließlich da eingesetzt werden, wo es unter versorgungs- und nicht unter monetären Gesichtspunkten benötigt wird. Daher ist es erforderlich, dass die stationäre Vergütung um den Fehlanreiz der Fallzahlsteigerung bereinigt wird; Fehlbelegungen müssen reduziert werden. Mengenabhängige Vergütungsabschläge oder eine nach Versorgungsstufen differenzierte Finanzierung der Vorhaltekosten der Krankenhäuser bieten Lösungsoptionen im Vergleich zum derzeit geltenden Einheitspreis.

## **4. Ambulantes Potenzial nutzen**

Leistungen, die nicht stationär erbracht werden müssen, aber die Infrastruktur eines Krankenhauses erfordern, sollten als ambulante Behandlungen in Krankenhäusern erfolgen. Damit soll vermieden werden, dass die Patienten unnötig stationär behandelt werden. Die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung müssen an den medizinischen Fortschritt angepasst und nicht an Sektorengrenzen ausgerichtet werden.

„Weniger ist mehr“, dies gilt auch in Bezug auf die Zahl der Krankenhäuser bzw. ihrer Standorte. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse zu einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung führen.

Meine Damen und Herren,

als Ersatzkassenverband wollen wir die Debatte zur Modernisierung der Krankenhausstrukturen konstruktiv begleiten. Wir haben bei dem IGES-Institut ein Gutachten zur „Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung“ beauftragt. Die Ergebnisse werden wir am 12. April 2021 im Rahmen des vdek-Zukunftsforums online der Öffentlichkeit vorstellen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

# Einführung der ePA 2021

2021

## 1. Quartal Einführungs- und Testphase

- **Testphase** zur schrittweisen Einführung der ePA in ausgewählten Praxen und Krankenhäusern in Berlin und Westfalen-Lippe

## 2. Quartal Start der Rollout-Phase

- Nach erfolgreicher Testphase erfolgt die Anbindung aller Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten (ca. 200.000 Praxen) an die ePA
- Start der Anbindung von Krankenhäusern und Apotheken

## 3. und 4. Quartal Flächendeckende Vernetzung

- Anbindung aller Apotheken und Krankenhäuser

Künftig können angebunden werden:

- Pflegeeinrichtungen
- Reha- und Vorsorgeeinrichtungen
- Heil- und Hilfsmittelerbringer
- Hebammen/ Entbindungspfleger
- Öffentlicher Gesundheitsdienst

# Umsetzungsstufen ePA 2021 bis 2023

Umsetzungsstufen im Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG); in Kraft seit 20.10.2020

## 1. Umsetzungsstufe

2021\*

Das kann gespeichert werden:

- **Medizinische Informationen** (Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichte etc.)
- **elektronische Notfalldaten, elektronischer Medikationsplan und elektronischer Arztbrief**
- **Eigene Gesundheitsdaten** der Versicherten

**Wahlmöglichkeit** des Versicherten bei **Zugriffserteilung**, z. B. nicht auf eigene Gesundheitsdaten oder ausschließlich auf diese (**grobgranulares Berechtigungsmanagement**)

**Einsichtnahme** des Versicherten in **Protokolldaten** zu Zugriffen auf ePA unter Verwendung der App seiner Krankenkasse

- \*1. Quartal: Testphase
- 2. Quartal: Start Rollout-Phase

## 2. Umsetzungsstufe

2022

Das kann gespeichert werden:

- **Zahn-Bonusheft, Untersuchungsheft für Kinder, Mutterpass, Impfdokumentation,**
- Daten der bisherigen **elektronischen Gesundheitsakten** und bei den Krankenkassen gespeicherte Daten über vom Versicherten **in Anspruch genommene Leistungen**
- **Elektronische Verordnungen**

**Einführung fein- und mittelgranulares, barrierefreies Berechtigungsmanagement**

**Migrationsmöglichkeit** der in ePA gespeicherten Daten bei **Wechsel der Krankenkasse**

**Zugriffsmöglichkeit durch Vertreter** des Versicherten auf ePA (nach Berechtigung durch Versicherten per App)

## 3. Umsetzungsstufe

2023

Das kann gespeichert werden:

- Versicherte können ihrer Krankenkasse Daten für die Nutzung in zusätzlichen **Kassenanwendungen** zur Verfügung stellen
- Daten zur **pflegerischen Versorgung, elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldungen** und sonstige von **Leistungserbringern** für Versicherte bereitgestellte Daten
- Versicherte können Daten aus der ePA zu **Forschungszwecken** bereitstellen

## Prozentuale Fallzahlrückgänge ausgewählter Behandlungsanlässe\* Ersatzkassenpatienten



Quelle: vdek.

\*Aus der ersten Pandemiewelle



## FAQ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

(Stand: 25.1.2021)



## **FAQ Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)**

**Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind Medizinprodukte niedriger Risikoklasse. Sie sind als Apps für Smartphone und Tablet verfügbar, können aber auch als Webanwendung über den Browser abgerufen werden. DiGA haben zum Ziel, Erkrankungen zu erkennen und zu lindern. Voraussetzung für ihre Nutzung ist der Nachweis der Wirksamkeit, welcher bei Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wird.**

### **Wo kann die Liste der zugelassenen Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingesehen werden?**

Eine Übersicht aller zugelassenen Anwendungen ist dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen zu entnehmen (<https://diga.bfarm.de/de>). Das Verzeichnis bietet für Patienten, Ärzte und andere Leistungserbringer Informationen zu den jeweiligen Anwendungen. Neben einer Kurzbeschreibung werden beispielsweise die Zielsetzung, Wirkungsweise und Funktionen der DiGA beschrieben. Neben den bisherigen zehn zugelassenen Anwendungen befinden sich derzeit 24 weitere Anträge auf Zulassung beim BfArM in Bearbeitung.

### **Wie erfolgt die Zulassung einer DiGA?**

Damit eine DiGA zugelassen wird, müssen eine Reihe verschiedener Anforderungen erfüllt werden. So müssen Benutzerfreundlichkeit und Datenschutz gewährleistet sein. Das BfArM nimmt hierbei allerdings nur eine Prüfung auf Plausibilität der Selbstangaben der Hersteller vor, ohne eigene zusätzliche Prüfverfahren zu verwenden. Zum anderen – und damit entscheidend für die Zulassung – muss die vom Hersteller angegebene Wirksamkeit der Anwendung durch wissenschaftliche Studien belegt werden.

Können beim Antragsverfahren noch keine abgeschlossenen Studien vorgelegt werden, kann eine DiGA für einen Erprobungszeitraum zugelassen werden. Der Nachweis zur Wirksamkeit muss dann nachgereicht werden. Der Gesetzgeber hat mit dem sogenannten "Fast-Track-Verfahren" ein zügig konzipiertes Verfahren zur schnellen Antragsprüfung etabliert. Anbieter von DiGA müssen beim BfArM einen Antrag auf Zulassung stellen, der innerhalb von drei Monaten geprüft wird.

### **Wie ist die Kostenübernahme durch die Krankenkasse geregelt?**

Digitale Gesundheitsanwendungen werden durch die Krankenkassen erstattet. Voraussetzung ist die Zulassung und die Aufnahme der App in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen. Nicht erstattet wird dagegen Hardware, die das BfArM als nicht unmittelbaren Bestandteil der App definiert. Kosten für Gegenstände der alltäglichen Nutzung wie zum Beispiel Smartphones sind damit selbst zu tragen.

### **Wie erhalten die Versicherten eine DiGA?**

Den Versicherten stehen zwei Zugangswege offen. Der erste Weg verläuft über Ärzte und Psychotherapeuten, die eine „App auf Rezept“ verordnen. Versicherte erhalten dann eine Papierverordnung, die bei der Krankenkasse eingereicht werden muss. Langfristig sollen auch digitale Verordnungen eingesetzt werden können. Der zweite Weg verläuft direkt

über die Krankenkasse. Versicherte können eine DiGA aus dem Verzeichnis auch bei der Krankenkasse beantragen, sofern die medizinische Indikation nachgewiesen ist.

### **Was passiert nach der Einreichung der Verordnung bzw. Antragstellung auf Genehmigung bei der Krankenkasse?**

Die Krankenkasse erstellt einen Freischaltcode für die DiGA und übermittelt diesen an den Versicherten. Daraufhin lädt sich der Versicherte die App über den jeweiligen App-Store herunter oder öffnet die Webanwendung im Browser. Der Freischaltcode ist dann in der DiGA in einem dafür vorgesehenen Feld einzugeben. Um die Gültigkeit des Freischaltcodes zu prüfen, fragt das System der Hersteller von DiGA daraufhin über eine Schnittstelle bei der Krankenkasse nach. Ist der Freischaltcode gültig, kann der Versicherte die DiGA für den vorgesehenen Zeitraum nutzen.

### **Wie stehen die Ersatzkassen zu den DiGA?**

Die Ersatzkassen begrüßen die ersten Zulassungen von DiGA. Sie stellen einen wichtigen Baustein dar, um die Versorgung der Versicherten mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten zu verbessern. Voraussetzung für den Einsatz einer DiGA muss jedoch immer die nachgewiesene Wirksamkeit sein. Auch sind Anforderungen bei der Zulassung an eine DiGA beispielsweise im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit streng zu prüfen, um Versichertendaten zu schützen.

Quelle:

[https://www.vdek.com/presse/faq\\_fragen\\_und\\_antworten/faq-digitale-gesundheitsanwendungen.html](https://www.vdek.com/presse/faq_fragen_und_antworten/faq-digitale-gesundheitsanwendungen.html)