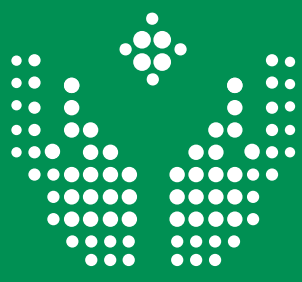
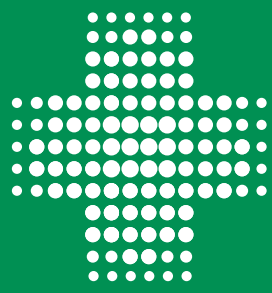
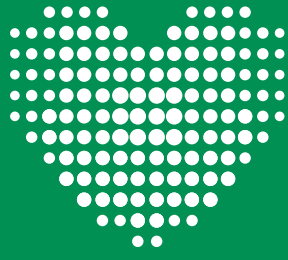
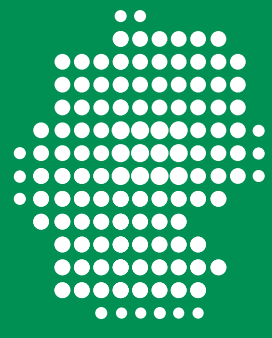


Neue Nähe

für ein gesünderes Deutschland

AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik
nach der Bundestagswahl 2021





Inhalt

VORWORT	4
NEUE NÄHE IN DER VERSORGUNG	6
Koordination und Kooperation unabhängig von Sektoren	6
Schneller und barrierefreier Zugang zu guter Gesundheitsversorgung	7
Sichere und hochwertige Versorgung im Krankenhaus	8
Bessere regionale Koordination und Zusammenarbeit	9
Anschlussversorgung sicherstellen, Entlassmanagement stärken	9
Notfallversorgung an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten	9
Zukunftsfähige Krankenhausstrukturen schaffen	10
Lehren aus der Pandemie für die Krankenhausversorgung	10
Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung	11
Ressourcenverschwendung im Hilfsmittelbereich stoppen	11
Arzneimittel: Sicherheit hat Vorrang	12
Reform der Arzneimittel-Preisbildung erforderlich	12
Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten	13
Transparenz für Versicherte im Leistungsgeschehen	14
NEUE NÄHE DURCH NUTZEN- UND QUALITÄTSORIENTIERUNG	15
Nutzenbewertung nach medizinischer Evidenz, zeitnahe Teilhabe an Innovation	15
Nachgebesserter Nutznachweis für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	16
Patientenrechte stärken und aus Fehlern lernen	17
NEUE NÄHE FÜR EIN GESUNDES LEBEN	18
Gesundheit in allen Politikbereichen als gemeinsamen Gestaltungsauftrag von Bund, Ländern und Kommunen verstehen	18
Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken	19
Pandemiebekämpfung ist Bevölkerungsschutz – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe neu ausrichten	19
NEUE NÄHE IN DER FINANZIELLEN SICHERUNG UND AUSGESTALTUNG DES GESUNDHEITSWESENS	20
Leistungsfähigkeit der GKV finanziell absichern	20
Weiterentwicklung des Morbi-RSA im Interesse aller Versicherten	22
Ungeteilte Zuständigkeit der Länder für alle Versorgungsverträge auf Landesebene	24
Versorgungsorientierter GKV-Wettbewerb durch mehr Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen	24
Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirkungsvoll bekämpfen	25
Innovationsbudget als Alternative zum Innovationsfonds	25
NEUE NÄHE IN DER PFLEGE	26
Pflegeversicherung bedarfsgerecht weiterentwickeln und Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen	26
Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung flexibilisieren und Sektorengrenzen aufheben	27
Vom Payer zum Player – Expertisen und Potenziale der Kranken- und Pflegekassen stärker nutzen	27
Erweiterte Vertragsformen für Kranken- und Pflegekassen in der Primär- und Langzeitversorgung	27
Bedarfs- und Infrastrukturplanung der Kommunen im Einvernehmen mit Pflegekassen	27
Finanzielle Entlastung bei Eigenanteilen	28
Einführung einer breiteren Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung	28
Konsequente Umsetzung der Ergebnisse der Konzierten Aktion Pflege	29
Stärkung der Pflege in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen	29

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

zwischenmenschliche Nähe ist durch nichts zu ersetzen. Dies wurde für uns alle in der Pandemie so deutlich wie noch nie. Es gilt für unser privates Umfeld, aber auch im Gesundheitswesen haben wir erlebt, wie wichtig Nähe für die Menschen ist.

Patient*innen, Versicherte und Beitragszahler*innen erwarten eine nahe Gesundheitsversorgung vor Ort. Das meint nicht nur räumliche Nähe, schnelle Erreichbarkeit oder die zeitnahe Behandlung der eigenen Anliegen. Es bedeutet vor allem – und das belegen Umfragen und Studien –, sich an den Bedürfnissen der Menschen und der Solidargemeinschaft insgesamt auszurichten. Hierzu zählen nachhaltiger Ressourceneinsatz, stabile Beiträge oder die kooperative, digitale Vernetzung. Die konsequente Betrachtung aus der Perspektive von Versicherten und Beitragszahlern*innen macht deutlich, dass das bestehende System häufig an seine Grenzen stößt. Zugleich wird dadurch der große Bedarf an umfassenden Veränderungen und neuen Herangehensweisen offengelegt, mit deren Hilfe es gelingen kann, diese Herausforderungen erfolgreich zu bewältigen. Die konsequente Betrachtung aus der Perspektive von Versicherten und Beitragszahler*innen gibt nicht nur wertvolle Impulse, sondern liefert uns eine Richtschnur, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Um den Bedürfnissen der Versicherten, Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu entsprechen, muss unser System beweglicher, nachhaltiger und vernetzter werden. Digitalisierung und der Einsatz von künstlicher Intelligenz sind hierbei wesentliche Faktoren, um diese Entwicklung zu unterstützen. Nur wenn wir jetzt die Bereitschaft aller zur Weiterentwicklung und Veränderung aufnehmen, wird es uns gemeinsam gelingen, eine dauerhaft bezahlbare und qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung abzusichern.

Ausgehend von den Versichertenerwartungen und vor dem Hintergrund der Pandemieerfahrungen hat die AOK-Gemeinschaft Lösungsvorschläge für die zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen in der kommenden Legislaturperiode entwickelt. Die Perspektiven der Patient*innen und Beitragszahler*innen sind für unser Handeln wegweisend. Ergebnis ist das Positionspapier der AOK-Gemeinschaft zur Bundestagswahl 2021, in dem wir aufzeigen, warum wir in Deutschland **Neue Nähe** in der Gesundheitsversorgung brauchen.

Was verstehen wir unter „Neue Nähe“?

- Neue Nähe in der Versorgung bedeutet, Behandlungswege neu zu gestalten, Strukturen durchlässiger und flexibler zu machen und nicht an veralteten Prozessen festzuhalten.
- Neue Nähe in strukturschwachen und ländlichen Regionen bedeutet, Versorgungsangebote in allen Teilen Deutschlands zu erhalten oder dort, wo dies nicht immer möglich ist, neue Wege zu suchen, wie eine gute Gesundheitsversorgung zu den Menschen kommt.
- Neue Nähe für die Versicherten und Beitragszahler*innen bedeutet, ihre Erwartungen nach einem leistungsfähigen, qualitativ hochwertigen, gerecht finanzierten und nachhaltig bezahlbaren Gesundheitswesen in den Mittelpunkt zu rücken.
- Neue Nähe für die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, bedeutet, ihre Bedürfnisse mehr zu berücksichtigen. Das heißt, ihre Arbeitsbedingungen besser zu gestalten und so eine qualitätsgerechte Betreuung zu ermöglichen.
- Neue Nähe heißt auch, dass der Blick darauf, was ein gesundes Leben ist, geweitet wird. Dafür müssen alle Politikbereiche Verantwortung übernehmen, um den Menschen in Deutschland gleiche Chancen hierauf zu ermöglichen.

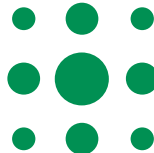
Wie schaffen wir „Neue Nähe“?

In den folgenden fünf Handlungsfeldern stellt die AOK-Gemeinschaft ihre Vorschläge vor, mit denen wir **Neue Nähe** schaffen können:

- Neue Nähe in der Versorgung
- Neue Nähe durch Nutzen- und Qualitätsorientierung
- Neue Nähe für ein gesundes Leben
- Neue Nähe bei der finanziellen Sicherung und Ausgestaltung des Gesundheitswesens
- Neue Nähe in der Pflege

Sich konsequent an den Erwartungen von Versicherten, Patient*innen und Beitragszahler*innen zu orientieren, ist nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft ein guter Kompass für die Ausrichtung der künftigen Gesundheitspolitik. Als AOK-Gemeinschaft sind wir überzeugt, dass dies als Handlungsleitfaden in der nächsten Wahlperiode wertvolle Dienste leisten wird.

WIR WÜNSCHEN EINE ANREGENDE LEKTÜRE!



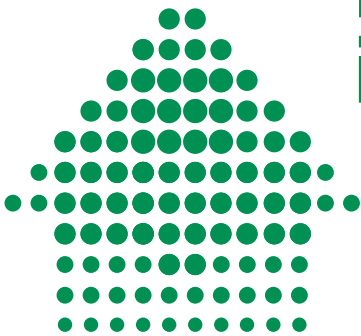
Für die AOK-Gemeinschaft:

Dr. Volker Hansen
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

Knut Lambertin
Alternierender
Vorsitzender
des Aufsichtsrates

Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes

Jens Martin Hoyer
Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender
des AOK-Bundesverbandes



Neue Nähe in der Versorgung

*Wir wollen die Versorgung so gestalten, dass sie dort ankommt, wo sie benötigt wird. Für alle Versicherten muss ein guter Zugang zu einer gleichermaßen qualitativ hochwertigen, sicheren und wirtschaftlichen Versorgung sichergestellt werden, die sich an den individuellen Bedarfen der Patient*innen orientiert. Dafür müssen die Gesundheitsangebote vor Ort besser aufeinander abgestimmt werden und die Beteiligten müssen besser miteinander kooperieren. Dafür schlagen wir vor, die Versorgung vor Ort besser zu steuern, die Notfallversorgung neu auszurichten und mit Gesundheitszentren die ländliche Versorgung zu sichern. Krankenhäuser sollen sich so koordinieren, dass sie den Zugang zu spezialisierten Leistungen gezielter bieten können. Neue Nähe heißt auch, Versorgung digital besser zu organisieren.*

Unsere konkreten Vorschläge lauten:

Koordination und Kooperation unabhängig von Sektoren

Egal, ob bei einem niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin, im Krankenhaus oder in der Reha – Versicherte erwarten vor allem eine verlässlich gute Behandlungsqualität, die durch die verschiedenen Gesundheitsberufe überall gleichermaßen gewährleistet und koordiniert wird. Die Behandlung soll für sie so organisiert werden, dass sie schnellstmöglich bei den richtigen Behandelnden und am richtigen Behandlungsort sind. Deshalb sollen alle Beteiligten die Versorgung ihrer Patient*innen sektorenunabhängig als gemeinsame und in den Abläufen aufeinander abgestimmte Aufgabe begreifen.

Tatsache ist aber, dass eine solche qualitätsorientierte Verzahnung noch zu oft an starren Sektorengrenzen sowie fehlender Kommunikation und Zusammenarbeit scheitert. Zu selten sind einzelne Behandlungen in koordinierte Versorgungsabläufe eingebettet. Patient*innen finden in der Vielzahl unterschiedlicher Angebote oft nicht unmittelbar die richtigen Ansprechpartner*innen. Im Versorgungsalltag führt dies meist zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Mit bundesweiten Vorgaben und Steuerungsansätzen wird man den regionalen Problemstellungen nicht gerecht.

Versorgungsplanung und Sicherstellung dürfen sich nicht mehr an Sektorengrenzen, an Arztsitzen und Bettenzahlen orientieren, sondern an Versorgungsaufträgen und Leistungskomplexen. Eine an diesen Zielen orientierte Weiterentwicklung der Versorgung setzt daher voraus, dass die regionale Handlungsfähigkeit gestärkt wird. Auf der Bundesebene sollte deshalb ein neuer Rahmen geschaf-

fen werden, der es ermöglicht, die konkreten Versorgungsbedarfe vor Ort zu formulieren und zu gestalten. Hierfür ist **auf Landesebene ein gemeinsames Gremium einzurichten, das mit Vertreter*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausesellschaften und Krankenkassen besetzt ist. Die Stimmenverteilung des Gremiums erfolgt analog zum Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss paritätisch zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Ergänzt wird dies um Vertreter*innen der Behörden der Bundesländer in der Rolle der Unparteiischen.** Dieses 3+1-Gremium übernimmt den Sicherstellungsauftrag, definiert in Abstimmung mit den obersten Landesbehörden den Versorgungsbedarf vor Ort und vergibt entsprechende Versorgungsaufträge sektorenunabhängig an geeignete Leistungserbringer, die über regionale kollektive und selektive Verträge eingebunden werden.

Hiermit wird der Rahmen geschaffen auch für neue, am regionalen Bedarf angepasste Versorgungsmodelle, z. B. für **regionale interprofessionelle Gesundheitszentren**, die zur zentralen Anlaufstelle, zum Dreh- und Angelpunkt interdisziplinärer Vernetzung und Kooperation werden können. Sie gewährleisten die Versorgung unter einem Dach, übernehmen die Gesamtkoordination auf allen Versorgungsebenen und sorgen für die richtigen Behandlungspfade. Auch die Krankenkassen setzen ihre ausgezeichnete regionale Systemkenntnis ein und übernehmen die Lotsenfunktion im weiteren Versorgungsablauf. Die Möglichkeiten der elektronischen Patientenakte und anderer digitaler Hilfen ergänzen das Angebot.

Dieser Prozess der Transformation der Versorgungsstrukturen ist auch finanziell zu begleiten. Schon jetzt werden in sektoralen Strukturfonds Mittel für die Weiterentwicklung der Strukturen zur Verfügung gestellt. Diese Mittel sind zukünftig vor allem für einen zielgerichteten regionalen Umbau einzusetzen, der sich an der bedarfsgerechten und sektorenunabhängigen Weiterentwicklung der Versorgungsaufträge orientiert. Daher sollte die Mittelvergabe dem 3+1-Gremium obliegen.

Auf diese Weise wird ein wichtiges und bewährtes Strukturmerkmal unseres Gesundheitswesens mit Leben gefüllt. Über das Subsidiaritätsprinzip wird die Verantwortung für optimale Versorgungsstrukturen und bedarfsgerechte Versorgungskonzepte in die Hände der Selbstverwaltung gelegt, und zwar dort, wo auch die Versorgung stattfindet.

Schneller und barrierefreier Zugang zu guter Gesundheitsversorgung

Die Menschen erwarten einen schnellen, barrierefreien Zugang zu guter Gesundheitsversorgung, unabhängig vom Geschlecht, von Alter, Sprache, Behinderung, Pflegebedürftigkeit, Erkrankung, Wohnort und sozialem Status. Tatsächlich zählt aber soziale Benachteiligung schon in frühester Kindheit weiterhin zu den wesentlichen gesundheitlichen Risikofaktoren.

Um gesundheitliche Teilhabe insbesondere in strukturschwachen Gebieten zu verbessern und unterschiedliche regionale Handlungsbedarfe – ob im ländlichen Raum oder in Ballungsgebieten – zu berücksichtigen, braucht es einen verlässlichen Rahmen zur Zusammenarbeit der Akteur*innen vor Ort. Erforderlich ist, dass **Krankenkassen die Gesundheitskompetenz ihrer Mitglieder und Familienversicherten stärken, indem sie sie bei der Krankheitsbewältigung durch Pflegefachpersonen oder Gesundheitsassistent*innen unterstützen. Gemeinsam mit den Kommunen sind neuartige Angebote zu schaffen**, wie z. B. Gesundheitszentren oder Gesundheitskioske. Sofern sie im Rahmen kommunaler Verantwortung agieren, benötigen sie dazu eine gefestigte rechtliche Basis und Finanzierungsgrundlage. Gleiches gilt für **Kommunen**, die im Rahmen der Daseinsvorsorge, z. B. über erweiterte soziale Dienste oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), speziell ausgebildete Pflegefachpersonen vor allem in die Planung,





Steuerung und Gestaltung von gesundheitsbezogenen sozialräumlichen Strukturen (international Community Health Nurses genannt) einbinden können. Schließlich müssen die **aufsuchende Beratung** und das Pflege- und Fallmanagement von Arztnetzen und anderen Gesundheitsberufen konsequent ausgebaut werden.

Sichere und hochwertige Versorgung im Krankenhaus

Versicherte erwarten zu Recht, dass die Qualität der medizinischen Behandlung dem Stand aktueller Wissenschaft entspricht und dass alle an der Behandlung Beteiligten über die notwendige therapeutische Erfahrung verfügen. Insbesondere im stationären Bereich sind jedoch erhebliche Qualitätsunterschiede zwischen den Standorten festzustellen – mit der Folge, dass vielerorts die Behandlungsergebnisse und auch die Arbeitsbedingungen zu wünschen übriglassen. Qualitätsmängel und Überkapazitäten führen auch zu einem erheblichen Maß an Unzufriedenheit bei Ärzt*innen, Pflegepersonal und vielen weiteren beteiligten Berufsgruppen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, eine durchgängig gute Behandlungsqualität in den Mittelpunkt der stationären Versorgung zu stellen. Dazu ist es erforderlich, **Strukturvorgaben und Mindestmengen, mit denen der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft vorangetrieben werden kann**, zu forcieren und auszuweiten. Die Behandlungsqualität lässt sich nur dadurch erhöhen, dass jedes Krankenhaus nur die Behandlung erbringen darf, für die es auch über eine ausreichende personelle und infrastrukturelle Basis verfügt. Hierzu sind die entsprechenden Rahmenbedingungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu schaffen. Die Krankenhausvergütung ist anzupassen und die Bundesländer müssen gemäß dieser Vorgaben differenzierte Versorgungsaufträge entwickeln. Ziel muss die Verbesserung der Versorgungsqualität durch die konsequente Zentralisierung spezialisierter stationärer Leistungsangebote auf die dafür geeigneten Standorte sein. Dies garantiert, dass Behandlungen auch dort erfolgen, wo die medizinisch-technischen und personellen Voraussetzungen das bestmögliche sowie sicherste Ergebnis erwarten lassen. Des Weiteren sichert eine solche Anpassung der Krankenhausstruktur den effizienten Personaleinsatz, steigert die Berufszufriedenheit und verhindert die Abwanderung hoch spezialisierter medizinisch-pflegerischer Mitarbeiter*innen. Daher stellt der Umbau der Krankenhäuser auch einen wesentlichen Faktor zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für alle an der Versorgung der Patient*innen Beteiligten dar.

Der patientenorientierte Strukturwandel wird auch dadurch gefördert, dass Patient*innen bei Entscheidungen unterstützt werden, wer sie behandeln soll und wo sie sich behandeln lassen. Dazu bedarf es insgesamt mehr Transparenz bei den medizinischen Leistungen und der Qualität der medizinischen Einrichtungen. Die sogenannte **Qualitätstransparenz** wird gestärkt, indem die Krankenkassen über die langfristigen Behandlungsergebnisse und die Leistungsmengen von ambulanten und stationären Einrichtungen informieren. Entsprechende **Informationsportale der Krankenkassen**, wie z. B. der AOK-Gesundheitsnavigator, sollten deshalb ausgebaut werden. Dafür müssen die Leistungserbringer verpflichtet werden, die dafür notwendigen Daten frühzeitig bereitzustellen. Dazu ist ein verbesserter und schnellerer elektronischer Datenaustausch erforderlich. Hierzu muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen unmittelbar nach der Entscheidung über eine stationäre Behandlung darüber informiert werden. Die Krankenkassen sollen dann Patient*innen über die strukturellen Qualitätsaspekte (z. B. anhand von Mindestmengen, Facharztausstattung etc.) und mögliche Behandlungsorte, ggf. auch unter Hinweis auf bestehende Qualitätsverträge mit Leistungserbringer*innen, informieren. Um die Entscheidungssouveränität der Versicherten zu stärken, sollte die aktive Nutzung der **qualitätsorientierten Patientensteuerung** ermöglicht werden bzw. die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, dieses **Angebot im Rahmen von Wahltarifen** anbieten zu können.

Bessere regionale Koordination und Zusammenarbeit

Versicherte erwarten, dass sie am richtigen Ort und durch das am besten für ihre Erkrankung geeignete Team behandelt werden. In der reformierten Krankenhauslandschaft können **regional ausgerichtete Koordinationskrankenhäuser für spezialisierte Leistungen** dabei unterstützen. Diese können einen Beitrag zur besseren Vernetzung und Steuerung sämtlicher spezialisierter Leistungen in einer Versorgungsregion als auch für den kontinuierlichen medizinisch-pflegerischen Wissenstransfer leisten. Dazu können regional in geeigneten Versorgungsregionen entsprechende Krankenhäuser ausgewiesen werden, um trägerübergreifende Versorgungsprozesse sowie Wissenstransfer und Weiterbildung in der Versorgungsregion zu gewährleisten.

Anschlussversorgung sicherstellen, Entlassmanagement stärken

Bei einer Krankenhausbehandlung erwarten Patient*innen, dass bereits vor Beginn des stationären Aufenthaltes auch die notwendigen Schritte danach mitbedacht werden. Die Hoffnungen richten sich dabei auf eine schnelle Wiedereingliederung ins gewohnte Umfeld, auf den möglichst lückenlosen Anschluss ans eigenständige Leben. Dabei sind sie bereit, aktiv am Behandlungs- und Gesundungsprozess mitzuwirken. Voraussetzung ist, dass sie verständliche Informationen und Ansprechpartner für die weitere Therapie erhalten. Was sie dann aber häufig erleben, ist das Gegenteil: Obwohl Krankenhäuser zum Entlassmanagement gesetzlich verpflichtet sind, wird diese Unterstützung allzu oft vorenthalten. Folge sind unnötig verlängerte Krankenhausaufenthalte und verzögerte Genesungsprozesse.

Es ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft deshalb unumgänglich, diesen sensiblen Übergang von der stationären Krankenhausversorgung, insbesondere bei schwerstkranken Patient*innen, in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung besser abzusichern. **Dazu muss der Gesetzgeber die bestehenden Vorgaben konkretisieren:** Notwendig wäre die verpflichtende Transparenz über den Entlassungsprozess für Krankenhäuser und Krankenkassen. In den einzelnen Bereichen des **Entlassmanagements sind zudem Mindeststandards festzulegen, um auf dieser Basis einerseits Anreize für sektorenübergreifende Zusammenarbeit einzuführen und andererseits Sanktionen bei Nichterfüllung zu verabreden.** Hierbei sind die Möglichkeiten der Digitalisierung zu berücksichtigen.

Notfallversorgung an den Bedürfnissen der Patient*innen ausrichten

Viele Versicherte haben das Problem, dass sie im akuten Erkrankungsfall nicht wissen, wer ihnen am besten weiterhilft, insbesondere dann, wenn die Hausarztpraxis nicht erreichbar ist. Hier erwarten Versicherte zu Recht die gezielte **Weiterentwicklung der Notfallversorgungsstrukturen**. Erste Reformschritte, wie die Einführung von Portalpraxen an Krankenhäusern und Notfallstufen, gehen in die richtige Richtung, reichen aber bei weitem nicht aus. **Die Notfallversorgung sollte in integrierte Notfallzentren (INZ) in urbanen und ländlichen Regionen überführt werden.** Um sie bedarfsgerechter zu machen, sollte der Gesetzgeber den G-BA beauftragen, für die INZ die entsprechenden Grundlagen durch eine **Notfallversorgungs-Richtlinie** zu schaffen. Diese hat u. a. die notwendigen Strukturen, die Qualifikation und Ausbildung des Personals und die Erreichbarkeit für INZ vorzugeben. Die gesetzliche Definition des Handlungsrahmens und die darauf aufbauende Ausgestaltung durch den G-BA ist ein bewährtes und erfolgreiches Prinzip unseres Gesundheitssystems. Der Auftrag zur Ausgestaltung durch die gemeinsame Selbstverwaltung ermöglicht unter breiter Einbeziehung aller

Beteiligten eine praxisnahe Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur zielgerichteten Weiterentwicklung der Notfallversorgung.

Des Weiteren ist die **Errichtung integrierter Leitstellen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst erforderlich**. Diese sorgen dafür, dass erkrankte Versicherte zur geeigneten Behandlung geführt werden und die richtigen Hilfen bekommen. Zudem wird hierdurch gewährleistet, dass sowohl der Rettungsdienst als auch die Notfallambulanzen nur dann zum Einsatz kommen, wenn dies auch medizinisch notwendig ist. Bei der Steuerung von Notfallpatient*innen können auch telemedizinische Anwendungen wertvolle Dienste leisten. Da der Rettungsdienst eine wichtige Rolle bei der Erstversorgung von Notfallpatient*innen sowie dem Transport in ein geeignetes Krankenhaus einnimmt, ist zudem eine Erweiterung des Kompetenzbereichs der Rettungsdienste erforderlich.

Zukunftsfähige Krankenhausstrukturen schaffen

Ein wesentliches Element einer zukunftsfähigen Krankenhausinfrastruktur ist zudem die **auskömmliche Investitionskostenfinanzierung** durch die Bundesländer und den Bund. Die Bundesländer verantworten dabei die Investitionskostenfinanzierung. Der Bund unterstützt die Länder bei den Strukturveränderungen finanziell. Die zusätzliche Finanzierung von Vorhaltekosten zulasten der GKV jenseits von Sicherstellungszuschlägen in ländlichen Regionen wird abgelehnt. In diesem Zusammenhang ist es auch erforderlich, das **DRG-Vergütungssystem so weiterzuentwickeln, dass eine sachgerechte und leistungsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet** wird.

Lehren aus der Pandemie für die Krankenhausversorgung

Auch aus der Pandemie lassen sich Impulse für die Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft ableiten. **So hat sich auch unter Pandemiebedingungen gezeigt, dass der Bedarf nach Spezialisierung und Zentralisierung von Krankenhausleistungen besteht**. Mit Blick auf künftige Krisenereignisse erscheint es daher folgerichtig, rechtzeitig noch differenziertere Modelle der Versorgungssteuerung zu entwickeln, um die Patient*innen in diejenigen Krankenhäuser zu lotsen, welche die notwendigen personellen und strukturellen Voraussetzungen erfüllen.

Die Finanzierung von Vorhaltekosten für Reservekapazitäten zur Krisen- bzw. Pandemiebewältigung kann allerdings nur für Krankenhäuser erfolgen, die für diese Aufgaben personell und apparativ ausgestattet und vom Land für eine solche Aufgabe auch vorgesehen sind. Da es sich hierbei um Aufgaben des Katastrophen- bzw. Bevölkerungsschutzes handelt, sind diese Vorhaltekosten aus Steuermitteln zu finanzieren. Zur Finanzierungsverantwortung der Länder und des Bundes gehört zudem die Vorhaltung von Beatmungsgeräten, Schutzkleidung und Arzneimitteln, um flexibel auf Krisen und kurzfristige Liefer- oder Versorgungsengpässe reagieren zu können.

Die **Anforderungen an eine Krankenhausvergütung in Krisenzeiten sind anders zu fassen** als in der normalen Versorgungssituation. Beispielsweise kann das Selbstkostendeckungsprinzip mit gleichzeitiger Einschränkung von Abrechnungsprüfungen geeignet sein, Krankenhäuser in Krisenzeiten kurzfristig zu entlasten und deren Liquidität zu gewährleisten. Auf die Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren sollte allerdings nicht verzichtet werden, weil diese Daten für eine optimale Ressourcennutzung und zur Versorgungssteuerung unentbehrlich sind. Nach Überwindung der Krise sollten die ausgesetzten Finanzierungsanforderungen und Regeln unbedingt wieder reaktiviert werden.

Für die Bewältigung von Krisen ist es außerdem notwendig, vorhandene Kapazitäten zu erfassen und eine versorgungsorientierte Steuerung von Patient*innen durchzuführen. Dabei müssen sich



Monitoring und Steuerung auf die komplette Krankenhausinfrastruktur beziehen. So ist ein **bundesweites Monitoring- und Verteilungssystem** zu etablieren, wie z. B. das DIVI-Intensivregister. Jedoch ist es in zukünftigen Krisenzeiten unabdingbar, die Versorgung umfassender zu erfassen und zu steuern, als dies während der aktuellen Corona-Pandemie der Fall gewesen ist.

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Um den Qualitätsansprüchen der Versicherten zu entsprechen und gleichzeitig die Ausgabendynamik im Interesse der Beitragszahler*innen zu bremsen, ist die Vergütungssystematik im ambulanzärztlichen Bereich in der mittelfristigen Perspektive so weiterzuentwickeln, dass jegliche ambulanzärztliche Leistungserbringung gleichermaßen vergütet wird und einheitlichen Mengensteuerungs- und Budgetierungsmaßnahmen unterliegt.

Kurzfristig müssen wieder mehr Leistungen in den budgetierten Teil der Gesamtvergütung zurückgeführt werden, angefangen mit solchen Leistungen, die seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019 extrabudgetär gefördert werden. Durch die Ausbudgetierung wurden hier kaum Versorgungsverbesserungen erreicht. Damit die regionalen Verhandlungspartner*innen besonderen Gegebenheiten vor Ort Rechnung tragen können, bedarf es einer Veränderung der Vorlagepflichten und der Prüfpraxis bei den Gesamtverträgen. Diese sollten ausschließlich der regionalen Aufsicht auf Landesebene vorzulegen sein.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) muss regelmäßig aktualisiert werden, damit Ungleichgewichte in den Bewertungen des EBM verhindert bzw. abgebaut werden. Grundlagen des EBM müssen in einem stärkeren Umfang als bisher betriebswirtschaftliche Kalkulationen mit verpflichtender Teilnahme der Leistungserbringer*innen an den erforderlichen Kostenerhebungen sein.

Unabhängig davon ist die Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung wieder zu fördern. In den vergangenen Jahren wurde diese gesetzlich immer wieder geschwächt, sodass sie zurzeit oft nur noch unter erschwerten Bedingungen stattfinden kann. Alle Leistungserbringer*innen in der ambulanten Versorgung sollten stärker diesen Prüfungen unterliegen.

Die Partner*innen der Selbstverwaltung haben bewiesen, dass sie auch in Krisenzeiten gute Entscheidungen treffen. Deshalb ist es richtig, auf ihre Kompetenzen zu vertrauen. Die Stimmverteilung in den Entscheidungs- und Schiedsgremien muss jedoch analog zu der im G-BA paritätisch sein, damit ein sachgerechter Interessenausgleich erfolgen kann. Gesetzliche Festschreibungen von Vergütungen und Preisen sind oftmals nicht zielführend. Dies gilt auch unter Pandemiebedingungen. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass Infrastrukturkosten und Schutzausrüstung generell aus Steuermitteln finanziert werden. Die Regelungen zur Vergütung sollten auch in Krisenzeiten der Selbstverwaltung überlassen werden, sofern die Krankenkassen Kostenträger sind.

Ressourcenverschwendung im Hilfsmittelbereich stoppen

Die im Mai 2021 vollständig in Kraft getretene Medical Devices Regulation (MDR) regelt die Herstellung und Zurichtung von Hilfsmitteln, diesbezügliche Zulassungen und Haftungsregelungen. Dies umfasst auch, dass Hersteller Lebensdauern für ihre Produkte festlegen, nach deren Ablauf keine Gewährleistung und Sicherheit mehr besteht. Erste Hersteller haben bereits konkrete Lebenszyklen für ihre Produkte festgelegt, wobei diese jedoch teilweise deutlich unterhalb der bisherigen Nutzungsdauer-Erfahrungswerte liegen. Dies führt dazu, dass künftig komplette Hilfsmittel oder deren Bestandteile nach Ablauf der vorgegebenen Lebensdauer auszutauschen wären, unabhängig davon, ob diese noch in einem einwandfreien Zustand sind.



Einseitig von den Hersteller vorgegebene Beschränkungen der Gebrauchsdauer wie auch gesetzlich vorgegebene eng getaktete Kontrollintervalle führen bei einigen Hilfsmitteln zu einer ökonomisch und ökologisch unsinnigen Überregulierung. Voll funktionstüchtige Hilfsmittel, wie z. B. Blutdruckmessgeräte, sollten nicht länger turnusmäßig entsorgt und ersetzt werden müssen. **Die medizinerrechtlichen Regelungen für im häuslichen Bereich eingesetzte risikoarme Hilfsmittel bedürfen dringend einer Überarbeitung.**

Arzneimittel: Sicherheit hat Vorrang

Die Versicherten erwarten eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln, Impfstoffen und Medizinprodukten. Die Corona-Pandemie hat dies noch einmal in besonderem Maße verdeutlicht. Neben Lieferschwierigkeiten sorgen Qualitätsprobleme, etwa durch Verunreinigungen sowie Lücken in der Überwachung und Kontrolle der Arzneimittelsicherheit, für Verunsicherung. Nicht zuletzt hat das kriminelle Handeln Einzelner bereits für eine schärfere Gesetzgebung zur Stärkung der Arzneimittelsicherheit gesorgt.

Dementsprechend ist zuletzt auch die Verbesserung der Liefersicherheit auf der gesundheitspolitischen Agenda wieder nach vorn gerückt. Was aber bis heute fehlt, ist ein **Frühwarnsystem mit einer vollständigen Transparenz über Lieferschwierigkeiten in der gesamten Lieferkette vom pharmazeutischen Hersteller über den Großhandel bis hin zu den Apotheken**, ein grundsätzlicher Ausbau der Lagerhaltung sowohl bei den Hersteller als auch im Großhandel sowie die Verbesserung der Kontrollen der Qualität und eines verantwortungsvollen unternehmerischen Handelns auch mit Blick auf ökologische und soziale Standards. Die AOK-Gemeinschaft hat hierfür bereits die Initiative ergriffen und in ihren aktuellen Ausschreibungen von Arzneimittelrabattverträgen durch erweiterte Zuschlagskriterien neue Standards für die Versorgungssicherheit und den Umweltschutz gesetzt. Um diesen Weg konsequent weitergehen zu können, braucht es jedoch flankierend gesetzliche Maßnahmen.

Zudem hat der zu häufige und ungezielte Antibiotika-Einsatz bei Mensch und Tier zur Entwicklung von Resistenzen beigetragen, bestehende Forschungsanreize zur Entwicklung neuer Wirkstoffe laufen aber derzeit weitgehend ins Leere. Für eine gezielte Forschung und Entwicklung von neuen Antibiotika sind daher weitergehende Maßnahmen erforderlich, unter anderem ein vorzugsweise europäischer Förderfonds. Darüber hinaus sollte der bedarfsgerechte und zurückhaltende Einsatz dort konzentriert werden, wo die Expertise zur Behandlung schwerer Infektionen vorhanden ist.

Reform der Arzneimittel-Preisbildung erforderlich

Die Finanzierung stetig neuer, früh eingesetzter und oftmals extrem hochpreisiger Arzneimitteltherapien, deren Einsatz meist mit hohen Einmalkosten bei zugleich unsicheren Langzeiteffekten einhergeht, bleibt eine große Herausforderung für das Solidarsystem der gesetzlich Versicherten. Seit 2010 haben sich die Preise neuer Arzneimittel in Deutschland fast vervierfacht. Die durchschnittlichen Kosten für neu eingeführte Arzneimittel pro Patient*in und Jahr sind von 40.000 auf 150.000 Euro gestiegen. Jedes vierte neue Präparat kostet mehr als 100.000 Euro im Jahr. Damit einher geht der Trend, dass sich pharmazeutische Unternehmen in der Forschung und Entwicklung neuer Wirkstoffe zunehmend auf Indikationen konzentrieren, die einen hohen Gewinn versprechen. Dazu zählen neben Krebserkrankungen vor allem chronisch entzündlich verlaufende, immunologische und v. a. seltene Erkrankungen. Unter dieser einseitigen Geschäftspolitik leiden wiederum die Forschung und Entwicklung auf anderen Anwendungsgebieten mit großem Bedarf, wie etwa Infektionen mit antibiotikaresistenten Keimen oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Obendrein verkürzen sich infolge beschleunigter Zulassungsverfahren die Zeiträume für die klinische Forschung. Daher liegt bei der Zulassung oftmals nur eine begrenzte Menge an Daten vor, die geprüft

werden kann. Und auch die Bewertung im G-BA zum langfristigen Nutzen oder Schaden im Vergleich zu Therapiealternativen ist oftmals wegen der unvollständigen Datenlage bei schnell und atypisch zugelassenen Wirkstoffen schwieriger.

Vor diesem Hintergrund ist eine Reform der Preisbildung für neue Arzneimittel für das erste Jahr nach der Zulassung längst überfällig. **Anstelle der im ersten Jahr frei gesetzten Wunschpreise der Hersteller, welche derzeit zum Benchmark für die im Anschluss stattfindenden Erstattungsbetragsverhandlungen werden, ist ein Interimspreis notwendig, mit dem sich perspektivisch ein fairer Preis realisieren lässt.** Der Interimspreis soll ab Marktzugang bis zum Bekanntwerden des Erstattungsbetrags gelten, der den Interimspreis anschließend rückwirkend ersetzt. Ferner gehören auch die Rahmenbedingungen der Erstattungsbetragsverhandlungen auf den Prüfstand. Denn neben Ausmaß und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens als zentralem Kriterium zur Ermittlung eines Erstattungsbetrages fließen weitere Verhandlungsparemeter in die Preisfindung ein. Dazu gehören einerseits die Jahrestherapiekosten vergleichbarer Arzneimittel, was zu einer automatischen Übertragung des hohen Preisniveaus eines Anwendungsgebietes auf neue Arzneimittel führt. Andererseits werden die Preise anderer europäischer Länder als Kriterium herangezogen, obwohl die Hersteller statt der tatsächlichen Abgabepreise nur Schaufensterpreise nennen..

Verfügbarkeit von Gesundheitsdaten

Eine sichere, gut aufeinander abgestimmte patientengerechte Versorgung kann vor Ort nur gelingen, wenn Gesundheitsdaten bei gleichzeitiger Absicherung persönlicher Schutzinteressen besser verfügbar sind. **Die Verbreitung der elektronischen Patientenakte und die Nutzbarkeit der darin enthaltenen Daten zur besseren und effizienteren Versorgung der Versicherten sollten gesetzlich forciert werden.** Als Basis braucht es dafür eine bundesweit verbindliche Gesundheits- und Sozialberichterstattung, die zeitnah soziale und gesundheitliche Entwicklungen nachvollzieht und prognostiziert.

Außerdem ist eine schnelle Verfügbarkeit der Daten in Echtzeit für alle Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen erforderlich. Diese muss im Einklang mit der EU-Datenschutzgrundverordnung stehen. Das Teilen von Daten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -forschung sollte in Zukunft Teil des Solidaritätsgedankens werden.

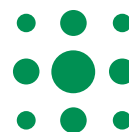
Die Einwilligungsprozesse für die datenschutzkonforme Nutzung von Daten für die verschiedenen Zwecke in den Kranken- und Pflegekassen sollten für Mitglieder und Familienversicherte systematischer und einfacher gestaltet werden. Dabei benötigen die Kranken- und Pflegekassen Gestaltungsspielraum im Wettbewerb um kundenfreundliche, bürokratiearme und dennoch datenschutzkonforme Lösungen. Tatsächlich gelten in Deutschland bei der Datenverarbeitung im Rahmen des Sozialgesetzbuches noch immer viele kleinteilige nationale Beschränkungen, welche über die bereits geltende Datenschutzgrundverordnung hinausgehen. Dies führt in digitalisierten Geschäftsprozessen zu überflüssigen bürokratischen Hemmnissen, ohne dass Rechte und Freiheiten von Versicherten dadurch besser geschützt wären. **Es sollte daher angestrebt werden, dass die Datenschutzgrundverordnung maßgeblich ist und die Spezialnormen im SGB V in Analogie zum Bundesdatenschutzgesetz sich nur auf Tatbestände beschränken, die nicht auf Basis einer Einwilligung des Versicherten oder andere Vorschriften des allgemeinen Datenschutzrechtes dargestellt werden können.**

Transparenz für Versicherte im Leistungsgeschehen

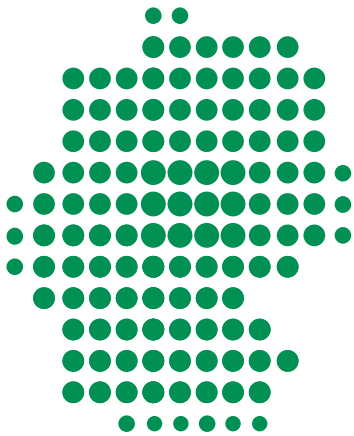
Gute Gesundheitsversorgung betrifft auch die Leistungen der Krankenkassen. Damit sich Versicherte kompetent im Gesundheitswesen bewegen können, sollten auch die Krankenkassen ihre Leistungs-, Versorgungs- und Servicequalität gegenüber ihren Mitgliedern und Familienversicherten transparent machen. Hierbei handelt es sich um einen Mix aus aussagekräftigen Transparenzparametern, insbesondere um Aspekte wie Erreichbarkeit, Leistungs- und Versorgungsangebote, Genehmigungs- und Ablehnungsquoten, Bearbeitungszeiten, Verfahren bei Beschwerden und Widersprüchen sowie die Ergebnisse von Versichertenbefragungen.

Im Sinne der Transparenz ist es wesentlich, Vergleichskennzahlen auszuwählen, die für Versicherte besonders bedeutsam sind. Bei der Auswahl der Qualitätskriterien ist daher ein besonderer Wert auf ein ausgewogenes Verhältnis von Informationsumfang und -tiefe zu legen. Handlungsleitend müssen die Bedürfnisse der Versicherten und Patient*innen sein.

Der von der AOK-Gemeinschaft entwickelte Transparenzbericht erfüllt diese Zielsetzung und stellt den Mitgliedern und Familienversicherten einen leicht verständlichen Überblick über das Leistungsgeschehen ihrer Krankenkasse zur Verfügung. Hierdurch wird ein Standard für die GKV gesetzt, der allen Versicherten sowie Patient*innen eine bessere Orientierung für die Beurteilung und Wahl ihrer Krankenkasse gibt. Sofern gesetzliche Vorgaben gemacht werden, sollten sich diese daran orientieren.



Neue Nähe durch Nutzen- und Qualitätsorientierung



*Wir wollen die Leistungen im Gesundheitswesen nicht nur an ihrer Verfügbarkeit, sondern vor allem an ihrer Qualität und Sicherheit messen. Dafür orientieren wir uns konsequent an den Bedürfnissen der Patient*innen mit einer evidenzbasierten Nutzenbewertung, einer besseren Patientenbetreuung bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und im Krankenhaus. Dazu zählt auch die Stärkung der Patientenrechte. Wir wollen, dass medizinische Daten optimal und sicher genutzt werden, um die individuelle Versorgung und Forschung zu verbessern.*

Unsere konkreten Vorschläge lauten:

Nutzenbewertung nach medizinischer Evidenz, zeitnahe Teilhabe an Innovation

Versicherte und Patient*innen vertrauen darauf, dass alle medizinischen Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden, vorher auf Sicherheit, Wirksamkeit und Patientennutzen überprüft wurden. Gleichzeitig erwarten Patient*innen eine frühzeitige Teilhabe am medizinischen Fortschritt und Beitragszahler*innen den Einsatz von Beitragsmitteln nur bei belegbarem Nutzen. Aus dieser Gemengelage lässt sich eine klare Forderung ableiten: Das Geld der Beitragszahler*innen muss konsequent dem Nutzen und der bestmöglichen Qualität folgen, dazu muss die evidenzbasierte Nutzenbewertung konsequent weiterentwickelt und angewandt werden. Gleichzeitig sollten dabei die bewährten Strukturen der gemeinsamen Selbstverwaltung eingebunden werden. Diese stellen sicher, dass die qualitativen Standards weiterentwickelt werden und Innovationen einen evidenzbasierten und zeitnahen Eingang in die medizinische Versorgung finden. Das heißt im Klartext: Administrative Vorgaben und Einflussnahmen sind zurückzufahren, die Expertise der gemeinsamen Selbstverwaltung muss wieder in den Vordergrund gerückt werden, **um die evidenzbasierte Nutzenbewertung und den Patientenschutz durch wissenschaftlich begründete Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu stärken.** Das bedeutet aber auch, dass Leistungen, deren Nutzenbeleg noch aussteht, nur unter speziellen Bedingungen in Anspruch genommen werden können. Das sichert die Einhaltung erforderlicher Mindeststandards der Patientensicherheit.

Um den zeitnahen und gleichzeitig qualitätsgesicherten Zugang zu Innovationen zu erhalten, müssen die Bewertungsprozesse des G-BA beschleunigt werden, ohne dass es hierbei zu Qualitätseinbußen bei der Bewertung kommt. Enge Vorgaben zu Fristen und zum Bewertungsverfahren werden den meist komplexen Fragestellungen nicht gerecht und erschweren die zuverlässige Nutzenbewertung. Stattdessen sind die Beteiligungsverfahren im G-BA zu überprüfen und zu optimieren. Bestehende zeitliche und prozessuale Hürden, um Methoden mit ungünstigem Nutzen-Risiko-

Verhältnis aus der GKV-Versorgung auszuschließen, sind abzubauen. Dem Grundsatz für mehr Patientenschutz und Nutzenorientierung folgt auch die Forderung, **Innovationen im Krankenhaus zunächst nur in dafür vorgesehenen Innovationszentren einzusetzen**. Analog zu den Arzneimitteln für neuartige Therapien sind durch den G-BA dafür entsprechende Qualitätsrichtlinien zu erlassen. Entgelte für die sogenannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Krankenhaus sollten also immer an eindeutige Strukturanforderungen geknüpft werden.

Auch bei der Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln gibt es Reformbedarf. Erstens sollte die frühzeitige Anwendung neuer, vielversprechender Therapien, für die die Studienlage noch nicht ausreicht und deren Zulassung noch nicht vorliegt, nur im Rahmen sogenannter Härtefallprogramme erfolgen. Zweitens sollten auch Arzneimittel für seltene Erkrankungen, die sogenannten Orphan Drugs, der Nutzenbewertung vollumfänglich unterzogen werden. Dazu muss die bestehende Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro entfallen. Drittens fordert die AOK-Gemeinschaft einen qualitätsgesicherten Zugang zu Arzneimitteln, deren Datenbasis eingeschränkt ist. Das macht anwendungsbegleitende Datenerhebungen erforderlich, und das nicht nur bei beschleunigt zugelassenen Arzneimitteln, sondern für alle Arzneimittel, die eine unzureichende Datenlage bei der Zulassung aufweisen. Dies betrifft meist sehr hochpreisige Arzneimittel, die für relativ kleine Patient*innen-Gruppen eingesetzt werden sollen. Die Regelung sollte übrigens auch adäquate klinische Studien nach der Zulassung vorsehen.

Auf der einen Seite mehr Sorgfalt, auf der anderen **ein höheres Tempo bei der Nutzenbewertung**. Letzteres kann erreicht werden, indem der Start in die Zeit zwischen Zulassung und offiziellem Marktzugang des neuen Arzneimittels vorverlegt wird, sofern der Hersteller das möchte. So könnte man den Zeitraum bis zur Geltung eines ersten verhandelten Marktpreises straffen. Dazu trüge auch eine Verkürzung der Erstattungsbetragsverhandlungen von derzeit bis zu fünf auf maximal drei Runden bei.

Die **Nutzenbewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten** muss genauso wie bei Arzneimitteln zur Regel werden. Sie darf nicht die Ausnahme bleiben bzw. auf Einzelfälle beschränkt werden. Außerdem fehlt hierzulande nach wie vor die obligatorische Produkthaftpflicht der Hersteller.

Nachgebesserter Nutznachweis für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Mit den Digitalen Gesundheitsanwendungen, landläufig **Apps auf Rezept** genannt, ist mittlerweile ein ganz neuer Bereich für Innovationen im Gesundheitswesen entstanden. Und wie so oft ist dies mit vielen Chancen, aber auch Risiken verbunden. Umso wichtiger sind klare Vorgaben. So muss auch hier gelten, die Einführung einer DiGA als GKV-Leistung an klare Voraussetzungen zu knüpfen. Es kann nicht sein, dass auf Kosten der Solidargemeinschaft DiGA finanziert werden, deren Anwendungsbedingungen und therapeutischer Nutzen völlig unklar sind. **DiGA ohne positiven Nutznachweis (Erprobungs-DiGA) sollten im Sinne der Patientensicherheit grundsätzlich nicht von der GKV finanziert werden.**

Zusätzlich fordert die AOK-Gemeinschaft, am Nutznachweis als Voraussetzung für den Markteintritt von DiGA und dem damit verbundenen Preisfestsetzungssystem Nachbesserungen vorzunehmen. So bedarf es einer grundlegenden Reform der Preisbildung bei den DiGAs. Die Erfahrungen aus der Anfangsphase zeigen, dass mehr Wettbewerbs- und Wirtschaftlichkeitsanreize nötig sind. Ein wesentliches Problem ist der im ersten Jahr nach Markteinführung und Listung im DiGA-Verzeichnis vom Hersteller selbst festgesetzte Preis. Wenn man die Erfahrungen aus der Arzneimittelversorgung heranzieht, ist zu befürchten, dass dieser „Startpreis“ eine Benchmark für die späteren Vergütungsverhandlungen setzt. **Daher fordert die AOK-Gemeinschaft die Abschaffung der freien Preisfestsetzung durch die Hersteller.** Wie bei den Digitalen Pflegeanwendungen sollte direkt nach Markteintritt der Einstieg in dreimonatige Preisverhandlungen vorgesehen werden. Im



Ergebnis gilt dann bereits ab Markteinführung und nicht erst ab dem 13. Monat ein Preis, der von beiden Seiten verhandelt worden ist.

Gleichzeitig müssen für die Nutzenbewertung medizinischer Apps und digitaler Produkte dieselben Qualitätsanforderungen gelten wie für ärztliche Methoden, Heilmittel oder Hilfsmittel. Die Nutzenbewertung muss immer durch den G-BA erfolgen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist dementsprechend einzubeziehen. **Datenschutzaspekte sollten aktiv geprüft werden** – ein alleiniger Nachweis, wie z. B. zur Produktsicherheit, reicht hierbei nicht aus.

Damit DiGA einen Mehrwert schaffen, dürfen sie auch nicht isoliert verordnet werden, sondern müssen vollumfänglich ins Versorgungssetting integriert werden, also verknüpft mit Therapiezielen und der Überprüfbarkeit des Einsatzes. Das gilt insbesondere bei selbst beschafften DiGA. Auch sollten Krankenkassen bei der Überprüfung und Darstellung des Nutzens aktiv einbezogen werden.

Patient*innenrechte stärken und aus Fehlern lernen

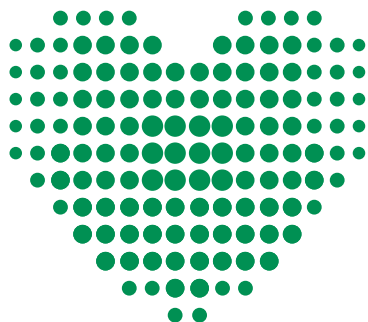
Patient*innen erwarten, dass sie im Falle von Behandlungsfehlern, Arzneimittelschädigungen oder bei fehlerhaften Medizinprodukten eine realistische Chance bekommen, Schadenersatzansprüche durchsetzen zu können. Leider nehmen Betroffene aufgrund bestehender hoher Hürden nach wie vor Abstand davon, ihre Rechte durchzusetzen. Diese betreffen insbesondere die Beweislast hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Fehler und eingetretenem Schaden – der bei Arzneimittelschäden fast aussichtslos ist –, die lange Verfahrensdauer und die hohen Kosten sowie eine unzulängliche Schadensregulierung.

Die AOK-Gemeinschaft sieht umfangreichen gesetzlichen Änderungsbedarf bei den Patient*innenrechten. Dieser umfasst im Bereich der Behandlungs- und Pflegefehler insbesondere **Regelungen zur Beweisführung und Beweiserleichterung, zur interessengerechten Information der Betroffenen, zur Schonung der Ressourcen bei den Gerichten und zur Verkürzung der Zeitdauer bis zur Realisierung berechtigter Schadenersatzansprüche der Betroffenen.**

Darüber hinaus ist trotz der letzten gesetzlichen Anpassungen insbesondere eine **Erweiterung der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf alle behandelnden Berufsgruppen im Gesundheitswesen weiterhin notwendig.** Zudem sind die **Informationspflichten** gegenüber Patient*innen **auszubauen**, wenn ein Behandlungsfehler vorliegt. Der Begriff des groben Behandlungsfehlers muss gesetzlich definiert werden und die Krankenkassen müssen zur Unterstützung bei der Prüfung im Schadensfall die relevanten Unterlagen anfordern dürfen. Damit Hersteller von Medizinprodukten zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung motiviert werden, sollten Krankenkassen nicht zur Kostenübernahme von Behandlungen mit Medizinprodukten ohne nachgewiesene ausreichende Haftpflichtversicherung verpflichtet sein. Das erhöht die Patient*innensicherheit und die Absicherung im Schadensfall, da die Haftpflichtprämien mit den Qualitätsnachweisen im Verhältnis stehen werden.

Stärker als bisher muss gesetzlich forciert werden, dass Behandlungs- und Pflegefehler sowie kritische Ereignisse Quellen von Lernprozessen sind. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft braucht es dazu einen optimierten und breiteren Zugang zu Verdachts- und Schadensfällen sowie eine **offene Fehlerkultur in den Einrichtungen des Gesundheitswesens.** Im Rahmen der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung sind rechtliche Regelungen zu ergänzen, um Erkenntnisse verschiedener Datenhalter, wie Schlichtungsstellen, Medizinische Dienste, Haftpflichtversicherer oder Risiko- und Fehlermeldesysteme, systematisch auszuwerten, um daraus Lernprozesse zu entwickeln und umzusetzen.

Neue Nähe für ein gesundes Leben



Wir wollen, dass die Chancen auf ein gesundes Leben als ein zentraler Auftrag gemeinsamen Regierungshandelns ausgestaltet werden. Dabei sind neben der Gesundheitspolitik weitere Politikfelder betroffen, wie z. B. eine saubere Umwelt mit einer gesundheitsförderlichen Nahrungsproduktion, Klima, Chancengleichheit in Bildung, Arbeit und Freizeit. Gesundheit ist ein zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst muss hierzu eine koordinierende Rolle übertragen werden.

Unsere konkreten Vorschläge lauten:

Gesundheit in allen Politikbereichen als gemeinsamen Gestaltungsauftrag von Bund, Ländern und Kommunen verstehen

Die Bürger*innen erwarten, dass der Staat die Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schafft. Lärm, Feinstaub, Umweltgifte, Klimaveränderungen haben starken Einfluss auf unsere Gesundheit. **Umwelt- und Klimaschutz sind somit immer auch Gesundheitsschutz.** Ebenso wirken soziale Rahmenbedingungen, wie beispielweise gleiche Bildungs- und Teilhabechancen am Arbeitsmarkt, Zugang zu Kultur- und Freizeitangeboten sowie ein guter Zugang zu Gesundheitsleistungen. **Gesundheit ist deshalb immer eine soziale Frage.** Ökonomische und soziale Ungleichheit dürfen nicht zu gesundheitlichen Schiefen auswachsen. In der Corona-Pandemie ist aber genau das wieder zutage getreten: die besondere Belastung vulnerabler und die überdurchschnittliche Betroffenheit sozial schwächerer Gruppen.

Gesundheit ist daher ein gesamtgesellschaftliches Querschnittsthema, nicht nur eines der Kranken- und Pflegekassen. Die AOK-Gemeinschaft hat im Rahmen ihres Präventionsauftrages wirksame Programme in Kindergärten, Schulen, Kommunen, Unternehmen und Pflegeeinrichtungen auf den Weg gebracht. Trotz dieses Engagements wird deutlich, dass der vom Gesetzgeber bisher verfolgte Ansatz zu eng auf den Gesundheitsbereich fokussiert ist. Die Lösung kann nicht sein, noch mehr Beitragsgelder in gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu investieren. Es braucht die Bereitschaft und die Einbeziehung weiterer Akteur*innen, diese Maßnahmen im Alltag umzusetzen. Kommunen müssen ähnlich wie Unternehmen ein höheres Eigeninteresse entwickeln, um allen Bewohner*innen ein gesundes Leben zu ermöglichen. Das ist nicht nur eine wirksame Strategie, um demografische Herausforderungen abzufedern, sondern trägt auch dazu bei, den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft zu fördern.

Vor dem Hintergrund der künftigen Herausforderungen auf dem Arbeitsmarkt sowie in den sozialen Sicherungssystemen soll die neue Bundesregierung dieses gesellschaftspolitisch wichtige Anliegen zu einem **gemeinsamen Gestaltungsauftrag** machen. Ein wesentlicher Schritt ist daher, den Gesundheitsbegriff breiter zu fassen. Gesundheit muss gesamtgesellschaftlich in allen Politikbereichen verstanden und verankert werden. Gemeinsam mit Ländern und Kommunen muss die Bundesregierung nach Wegen suchen, um gesunde Lebensgrundlagen für alle Menschen zu organisieren. Das verlangt auch, alle politischen Entscheidungen und Gesetze hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu überprüfen.

Ein wichtiger Schritt gestaltender, kooperativer, integrativer Gesundheitspolitik, die den Begriff Gesundheit breiter fasst, sollte die gemeinsame Umsetzung des **Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“** sein. Dabei sollte frühkindlichen Bildungs-, Gesundheits- und Teilhabechancen in sozial benachteiligten Regionen ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden. Die AOK-Gemeinschaft bietet gesundheitsförderliche Maßnahmen für die unterschiedlichsten Settings an und steht als Partnerin vor Ort zur Verfügung.

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken

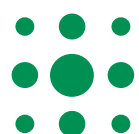
Gesundheit muss als zentrales Element der Daseinsvorsorge vor Ort verstanden werden. An dieser Priorisierung müssen sich politische Bemühungen zur Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse, gleicher Bildungsteilhabe und Gesundheitschancen orientieren. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) muss dabei künftig eine Schlüsselrolle zukommen. Er muss in seiner regionalen Zuständigkeit zum Hauptakteur werden, wenn es darum geht, allen Menschen gesunde Lebensgrundlagen zu ermöglichen. Dazu gehört die Koordination der verantwortlichen Akteur*innen. Auf Basis der regionalen Gesundheitsberichterstattung müssen politische Entscheidungsprozesse vor Ort getroffen werden. **Neben breit gefächertem fachlichen Know-how muss der ÖGD künftig besser in die kommunalen Entscheidungsstrukturen eingebunden werden.**

Pandemiebekämpfung ist Bevölkerungsschutz – Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe neu ausrichten

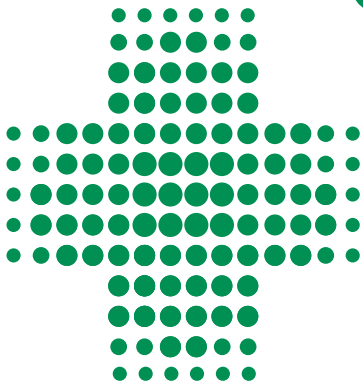
Die Bewältigung der Pandemie wurde im Wesentlichen als eine Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung verstanden. Dabei wurden die Herausforderungen an die Logistik und Koordinierung unterschätzt.

Ein Großteil der konkreten Maßnahmen der Pandemiebekämpfung (Beschaffung von Impfstoffen und Schutzmasken, Organisation und Betrieb von Impf- und Testzentren, Abfederung von sozialen Folgen der Pandemie, Auszahlung von Hilfen) erfordert koordinierende, logistische und organisatorische Maßnahmen, die nicht in erster Linie durch gesundheitliche Versorgungsmaßnahmen geprägt sind. Gerade bei diesen Maßnahmen hat sich ein erhebliches Verbesserungspotenzial gezeigt.

Eine Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) wird daher von der AOK-Gemeinschaft als sinnvoll erachtet. Das BBK sollte in die Lage versetzt werden, durch koordinierende und unterstützende Leistungen für Bund, Länder und Kommunen auch für den Fall einer Pandemie von nationaler Tragweite den Bevölkerungsschutz sicherzustellen und nicht nur auf eher untergeordnete Aufgaben beschränkt werden.



Neue Nähe in der finanziellen Sicherung und Ausgestaltung des Gesundheitswesens



*Wir wollen die Autonomie und Eigenverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stärken, um Entscheidungen treffen zu können, die sich möglichst nah an den Bedürfnissen der Versicherten und Beitragszahler*innen orientieren. Versicherten- und Beitragszahlerinteressen sind nur mit einer starken und handlungsfähigen Sozialen Selbstverwaltung in der GKV umsetzbar. Wir brauchen auch Neue Nähe im Wettbewerb in der GKV, damit die Krankenkassen noch stärker als bisher um eine passgenaue, effiziente Gesundheitsversorgung vor Ort miteinander konkurrieren können. Um das sicherzustellen, müssen der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickelt, den Krankenkassen mehr eigenverantwortliche Gestaltungsräume zurückgegeben und zentralistische Entscheidungsstrukturen zurückgebaut werden – und das mit Blick auf den Nutzen für alle Menschen in Deutschland.*

Unsere konkreten Vorschläge lauten:

Leistungsfähigkeit der GKV finanziell absichern

Die Erwartung der Versicherten und Beitragszahler*innen in der GKV ist klar: Die finanziellen Mittel müssen effektiv und effizient im Gesundheitswesen eingesetzt werden, in erster Linie einer guten Versorgung zugutekommen, aber auch die finanzielle Leistungsfähigkeit des Solidarsystems sicherstellen.

Seit Beginn der Legislaturperiode 2017 haben sich die Beitragseinnahmen in der GKV um über 20 Milliarden Euro auf zuletzt rund 236 Milliarden Euro in 2020 positiv entwickelt. Mitsamt Steuermitteln kam die GKV im letzten Jahr auf Einnahmen von rund 260 Milliarden Euro.

Dennoch hat sich die Finanzperspektive der GKV zuletzt wieder verschlechtert. Die Ausgaben steigen stärker als die Einnahmen. Dieses Defizit der GKV kann nicht mit außerplanmäßigen Pandemie-kosten begründet werden, denn allein die ausgabenintensive Gesetzgebung dieser Legislaturperiode hat einen Kostenschub von mehr als zehn Milliarden Euro pro Jahr ausgelöst, ohne dass dem

ein messbarer Mehrnutzen für Versicherte und Patient*innen gegenüberstand. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen haben sich damit weit von den Interessen der Solidargemeinschaft GKV entfernt.

Die amtierende Bundesregierung hat das Finanzloch in der GKV im Jahr 2021 notdürftig mit einem pauschalen Bundeszuschuss von fünf Milliarden Euro, einer Beitragsanpassung von 0,2 Prozentpunkten, aber vor allem durch einen Rückgriff auf die Beitragsreserven der Krankenkassen in Höhe von acht Milliarden Euro gestopft. Für das Jahr 2022 wird ein Finanzdefizit von über 17 Milliarden Euro prognostiziert. Rein rechnerisch bedeutet das einen Sprung des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes von heute 1,3 Prozent auf 2,4 Prozent. Darauf hat die Bundesregierung noch vor der Bundestagswahl reagiert, indem sie den durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,3 Prozent mithilfe eines einmalig erhöhten Bundeszuschusses zumindest für das Jahr 2022 stabil halten will. Das verschafft der GKV allerdings nur vorübergehend eine Atempause, da ohne langfristig wirkende Gegenmaßnahmen auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite der Druck auf die Beitragssätze der Krankenkassen in den kommenden Jahren weiter steigen wird.

Es besteht also weiterhin Unsicherheit über die mittel- und langfristige Finanzperspektive der GKV. Die **nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen wird daher zur vordringlichsten Aufgabe der kommenden Bundesregierung**. Pauschale Bundeszuschüsse, die je nach Haushaltslage des Bundes unterschiedlich hoch oder niedrig ausfallen, sind aus Sicht der AOK-Gemeinschaft jedenfalls kein geeignetes Mittel, um die GKV-Finzen dauerhaft, also über 2022 hinaus, zu stabilisieren. Dafür sind **nachhaltig wirkende Maßnahmen auf der Einnahmenseite** wie ein verlässlicher Bundesbeitrag für versicherungsfremde Leistungen und eine deutliche Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge für ALG-II-Beziehende sowie **flankierende Struktur-reformen auf der Ausgabenseite unverzichtbar**. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds muss künftig ausschließlich dem Ausgleich unterjähriger Einnahmenschwankungen dienen und darf nicht im Krisenfall zweckentfremdet werden. Umgekehrt muss im Krisenfall, sofern die GKV vorübergehend systemfremde Aufgaben des Katastrophenschutzes und der Infektionsabwehr übernimmt, auch die Refinanzierung dieser Kosten geregelt sein. Das trägt zur Stärkung des beitragsfinanzierten Systems und zu einer klaren Abgrenzung von Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung der GKV gegenüber staatlichen Aufgaben bei.

Versicherte und Beitragszahler*innen erwarten ein langfristig bezahlbares Leistungsversprechen, welches durch eine solidarische Verteilung der finanziellen Lasten und eine effiziente Mittelverwendung abgesichert wird. Ein fairer Ausgleich zwischen Leistungsansprüchen und Mittelverantwortung ist jedoch nur durch die Vertreter*innen der Arbeitgeber und Versicherten zu gewährleisten. Den Kern dieser beiderseitigen Verantwortung bildet das Engagement für die Versicherten und Patient*innen.

Die soziale Selbstverwaltung ist in ihrer Aufgabenstellung und Zielsetzung eines der modernsten Instrumente zur direkten Beteiligung von Versicherten und Beitragszahler*innen in einem Solidarsystem, welches zu 95 Prozent aus ihren Arbeitsentgelten und Renten finanziert wird. Deswegen ist eine handlungsfähige soziale Selbstverwaltung bei der Umsetzung gesetzlicher Rahmenvorgaben in den Krankenkassen zwingend notwendig. Die Autonomie der Selbstverwaltung muss gestärkt werden. Dabei beschränkt sich die Autonomie nicht nur auf die Festlegung von Satzungsleistungen oder Personalentscheidungen. Sie muss auch die aktive Gestaltung der Versorgung als eine Kernaufgabe der Krankenkassen umfassen. Die Gesetzgebung der 19. Wahlperiode hat jedoch diese Gestaltungsmöglichkeiten massiv eingeschränkt und so die von den Sozialpartnern getragene Selbstverwaltung weiter entkernt. Diese Eingriffe müssen revidiert werden. **Inbesondere muss die vollständige Haushalts- und Beitragssatzautonomie der Krankenkassen wiederhergestellt werden.**



Dringend notwendig sind auch verbindliche Krisenreaktionsregeln, die ein einheitliches und schnelles Handeln des Staates (BMAS, BMG und Bundeskanzleramt) zum Schutz existenziell bedrohter Arbeitgeber und Selbstständiger bei Beitragsforderungen und zur Insolvenzsicherung ermöglichen. Der Einzug der Sozialversicherungsbeiträge sollte im Krisenfall planbar bleiben und vor Insolvenzanfechtung geschützt werden. Daher müssen in der Insolvenz die Sozialversicherungsbeiträge wieder als bevorzugte Forderungen gelten.

Die Corona-Pandemie hat die Systemrelevanz einer stabilen Finanzierung der Sozialversicherung verdeutlicht. Deren Unterstützungsmaßnahmen für Unternehmen in der Krise, welche sich als Instrumente zur Krisenbewältigung bewährt haben (z. B. Stundungsvereinbarungen über SV-Beiträge), dürfen nicht dem Risiko einer Anfechtbarkeit von späteren Zahlungen im Rahmen eines Insolvenzverfahrens ausgesetzt sein. Die vermeintliche Gleichbehandlung mit anderen privatrechtlichen Insolvenzforderungen führt im Ergebnis dazu, dass die Vergütung der Insolvenzverwalter häufig aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird.

Weiterentwicklung des Morbi-RSA im Interesse aller Versicherten

Der zielgenaue Morbi-RSA ist die wichtigste Bedingung im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, damit diese sich um die Gesundheitsversorgung aller Versicherten kümmern. Daher muss der Ausgleichsmechanismus **Anreize zur Risikoselektion vollständig ausschließen**. Ohne einen zielgenauen Risikostrukturausgleich haben Krankenkassen keine wirtschaftlichen Anreize, Versorgungsangebote für alle Versicherten vorzuhalten und zu verbessern. Wettbewerbsvorteile durch Risikoselektion und der Verzicht auf Investitionen in eine bedarfsgerechte Versorgung aller Versicherten sind gesundheits- und sozialpolitisch kontraproduktiv und führen zu einem unwirtschaftlichen, nicht diskriminierungsfreien Gesundheitswesen. Dies kann und muss durch einen zielgenauen Risikostrukturausgleich dauerhaft verhindert werden.

In der Wissenschaft ist unbestritten, dass ein geringes Einkommen, soziale Schutzbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höherem Versorgungsbedarf einhergehen. Zu den vulnerablen Gruppen zählen daher weit überwiegend Menschen mit geringem Einkommen oder einer geringen Rente, Bezieher*innen von Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder ALG II, chronisch Kranke, Pflegebedürftige sowie in besonderem Maße Menschen, bei denen mehrere dieser Faktoren zusammenkommen. Bei diesen Versicherten zeigt sich allerdings systematisch, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken. Die betroffenen Versicherten sind zudem leicht zu identifizieren. Damit bestehen erhebliche Risikoselektionsanreize besonders zulasten sozialpolitisch schutzbedürftiger und vulnerabler Menschen und Personengruppen. Im Wettbewerb entsteht dadurch zusätzlich ein Problem, weil die vulnerablen Versichertengruppen ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt sind und somit unfaire Ausgangsbedingungen für die Krankenkassen bestehen. Diese Fehlentwicklung muss von der kommenden Bundesregierung unter Einbeziehung des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) dringend gestoppt werden.

1. Vulnerable Versichertengruppen vor Risikoselektion schützen

Der Morbi-RSA muss so weiterentwickelt werden, dass durch die Aufnahme geeigneter Parameter auf Versichertenebene ein wirksamer **Schutzschirm für vulnerable Versichertengruppen in der GKV** gespannt wird. Es sind Parameter auszuwählen, durch welche die Zielgenauigkeit des RSA erhöht wird, die nicht durch Krankenkassen beeinflusst werden können und damit die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA gewährleisten. Naheliegende geeignete Parameter für die Bestimmung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen sind in dieser Hinsicht diverse sozioökonomische Merkmale sowie die Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit.



Zuletzt wurde die Fehlentwicklung im Morbi-RSA auch besonders deutlich an der politisch motivierten Entscheidung, erwerbsgeminderte Versicherte als besonders vulnerable Versicherten-Gruppe im Morbi-RSA nicht mehr gesondert zu berücksichtigen. Wie vom Wissenschaftlichen Beirat aufgezeigt, sind ohne Erwerbsminderungszuschläge die durchschnittlichen Ausgaben für diese Versichertengruppe durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch unterfinanziert. Die fehlende Berücksichtigung reduziert nicht nur die Erklärungskraft des Morbi-RSA, sondern setzt klare Anreize, diese besonders schutzbedürftigen Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Vor den Risiken und Nebeneffekten hatte der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA eindringlich gewarnt. Diese falsche Entscheidung muss schnellstmöglich korrigiert werden.

2. Weiterentwicklung der Regionalkomponente zwingend notwendig

Die AOK-Gemeinschaft sieht Korrekturbedarf am eingeführten Regionalausgleich. In der aktuellen Umsetzungsform ist die sogenannte Regionalkomponente nicht zielkonform, setzt negative Wirtschaftlichkeitsanreize insbesondere zulasten der ländlichen Regionen und zementiert auch nach Ausschluss angebotsseitiger Merkmale bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die AOK-Gemeinschaft plädiert für eine **zielgerichtete Weiterentwicklung der Regionalkomponente**, damit diese problematischen Effekte verhindert werden. Diese Weiterentwicklung muss im Einklang mit den erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Versicherten vor Risikoselektion erfolgen.

3. Aussetzen und Überprüfung der sogenannten Manipulationsbremse

Die sogenannte Manipulationsbremse ist ein gravierender Eingriff in die Funktionsfähigkeit des Morbi-RSA. Ihre Einführung war ein Fehler. Der Ausschluss der zuweisungstärksten Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten führt zu einer massiven Reduzierung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA. Zuweisungen werden in erheblichem Umfang zulasten von versorgungsbedürftigen Versicherten und zugunsten von Krankenkassen mit unterdurchschnittlicher Morbidität umverteilt. Die mit der Einführung des Vollmodells angestrebte Verbesserung der Zielgenauigkeit im RSA wird somit konterkariert und sogar überkompensiert.

Da durch diesen kollektiven Ansatz aber Manipulationsanreize in keiner Weise adressiert und somit auch nicht wirksam reduziert werden können, lehnt die AOK-Gemeinschaft diese Neuregelung grundsätzlich ab.

Darüber hinaus ist schon jetzt klar, dass die Covid-19-Pandemie die Versorgungsrealitäten in den Jahren 2020 und 2021 massiv beeinflusst hat und noch beeinflussen wird. Denn neben einem pandemiebedingten Anstieg bestimmter Krankheitsbilder wurden und werden weniger dringende Behandlungen zu großer Zahl vermieden und auf Arztbesuche und Vorsorgeuntersuchungen verzichtet. Ausgerechnet die durch die Covid-19-Pandemie massiv beeinflussten Morbiditätsdaten sollen nun dazu verwendet werden, mechanisch und pauschal vermeintliches Fehlverhalten zu identifizieren. Es besteht die Gefahr, dass gerade solche Krankheiten statistisch auffällig und somit unter Manipulationsverdacht geraten, deren Behandlung aufgrund ihrer Dringlichkeit und Schwere eben nicht verschoben werden konnten. **Aufgrund dieser erheblichen Verwerfungen ist es dringend erforderlich, zunächst die Wirkmechanismen und Nebeneffekte der Morbiditätsbremse durch den Wissenschaftlichen Beirat zu überprüfen. Bis zum Vorliegen gesicherter Erkenntnisse ist diese Neuregelung auszusetzen.**



Ungeteilte Zuständigkeit der Länder für alle Versorgungsverträge auf Landesebene

Krankenkassen schließen Versorgungsverträge auf Bundes- und Landesebene ab. Das ist sinnvoll und hat sich bewährt. Während aber auf der Bundesebene Grundsätze und vertragliche Rahmensetzungen ohne detaillierte Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation zentral festgelegt werden, sind auf Landesebene konkrete und den jeweiligen Gegebenheiten angemessene Vereinbarungen mit den Vertragspartnern zu treffen und umzusetzen. Nur so kann das Versorgungsgeschehen auch bedarfsgerecht gesteuert werden. Die Überprüfung der Rechtmäßigkeit dieser Vereinbarungen durch die Aufsicht sollte dabei ebenfalls vor Ort und in Kenntnis der Versorgungssituation und des entsprechenden Bedarfs erfolgen. Daher ist es für eine passgenaue Gestaltung der Versorgung erforderlich, die Aufsichtszuständigkeit auf Ebene aller Länder anzusiedeln und in Bezug auf alle Kranken- und Pflegekassen – sowohl bundesweit als auch regional geöffnet – auszubauen.

Mit diesem Ansatz werden die notwendige Aufsichts- und Gestaltungskompetenz der Länder erweitert, mehr Nähe zur regionalen Versorgungsgestaltung geschaffen und das konkrete Versorgungsgeschehen konsequent und für alle Kassen einheitlich in den Ländern verankert.



Versorgungsorientierter GKV-Wettbewerb durch mehr Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen

Der Wettbewerb um die qualitativ beste Versorgung sollte in der GKV Vorrang haben. Passende Versorgungsangebote sind das, was die Mehrheit der Versicherten von einer Krankenkasse erwartet. Problematisch ist allerdings, dass in den letzten Jahren die Gestaltungsfreiräume für Kassen im Versorgungswettbewerb systematisch eingeschränkt wurden. Deshalb muss in der Gesundheitspolitik umgeschwenkt und den Krankenkassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten zurückgegeben werden.

Das bedeutet konkret, die Anreize für die Teilnahme an Versorgungsprojekten zu verbessern, die selektiven Vertragsbedingungen insbesondere auf der regionalen Ebene zu flexibilisieren, Krankenkassen neben der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern noch weitere Aufgaben zu überlassen, wie z. B. bei der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten und Unterstützung von Versicherten beim Zugang zur Versorgung. Dabei muss allerdings gewährleistet werden, dass Investitionen der Krankenkassen in die Sicherstellung einer hochwertigen medizinischen Versorgung, z. B. in ländlichen und strukturschwachen Räumen, nicht zu Wettbewerbsnachteilen führen.

Beispiel für das erforderliche Umdenken ist etwa der Vertragswettbewerb im Hilfsmittelbereich: So sollten hier neben Rahmenverträgen auch wieder Einzelvereinbarungen gleichrangig abgeschlossen werden dürfen.

Ein weiteres Beispiel ist die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), die im Sinne der Versicherten sowie unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten weiterzuentwickeln wäre. Dazu bedarf es unter anderem einer Anpassung der gesetzlichen Vorgaben, die wieder die Freiwilligkeit von hausarztzentrierten Verträgen neben der Regelversorgung vorsieht, sowie die Abschaffung der Möglichkeit der unbegrenzten Fortgeltung von gekündigten HzV-Verträgen.

Im Wettbewerb der Krankenkassen ist die soziale Selbstverwaltung ein unverzichtbares Steuerungsinstrument und Korrektiv, um die Rechte und Interessen der Versicherten, Patient*innen und Beitragszahler*innen zu wahren. Staatliche Eingriffe und das Einengen der selektivvertraglichen Freiheiten der Krankenkassen unterlaufen jedoch die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung. Um in diesem Wettbewerb die bestmögliche Versorgung zu organisieren, sind auch für die soziale Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass ihre Arbeit und ihre Rechte

gestärkt werden. Hierzu zählt auch die Nutzung neuer, digitaler Optionen zur Verbesserung der ehrenamtlichen Arbeit. So wäre die Schaffung gesetzlicher Voraussetzungen zur virtuellen Beschlussfassung in Selbstverwaltungsorganen nicht nur pandemiebedingt, sondern auch mit Blick auf die zunehmende Digitalisierung begrüßenswert.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirkungsvoll bekämpfen

Fehlverhalten im Gesundheits- und Pflegebereich durch Korruption und Abrechnungsbruch gefährdet die Patientensicherheit und entzieht dem Gesundheitswesen wichtige finanzielle Mittel, die dann nicht für die Versorgung zur Verfügung stehen. Trotz unterschiedlicher Maßnahmen der Krankenkassen steigen die aufgedeckten Betrugsfälle jährlich weiter an. Ebenfalls muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Grundsätzlich müssen einmal identifizierte Betrugsmuster bei der Weiterentwicklung des gesetzlichen Handlungsrahmens berücksichtigt werden, um diese effektiv verhindern zu können.

Reformbedarf sieht die AOK-Gemeinschaft vor allem im Aufbau schlagkräftiger Strukturen und Informationsprozesse zur Überwachung und Nachverfolgung von Fehlverhalten und Straftaten im Gesundheitswesen. Hierzu gehören die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften und spezialisierten Ermittlungsgruppen der Kriminalpolizei zur besseren Unterstützung der Verfahren im Gesundheitswesen in allen Bundesländern sowie der Ausbau von Datenübermittlungsbefugnissen insbesondere von und zu den SV-Trägern (z. B. Gesundheits- und Ordnungsämter) und die Schaffung von erweiterten Erlaubnistatbeständen zur Datenverarbeitung. Flankierend müssen fehlverhaltensrelevante Daten insbesondere bei der Abgabe von Arzneimitteln dokumentiert und verpflichtend in zentralen Registern zusammengeführt werden. Diese Daten müssen on demand den verordnenden Ärztinnen und Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt werden, um die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen und Arzneimittelmissbrauch verhindern zu können. Zur wirksamen Bekämpfung von Pflegebetrug müssen aus Sicht der AOK-Gemeinschaft übergreifende Datenbanken implementiert werden.

Innovationsbudget als Alternative zum Innovationsfonds

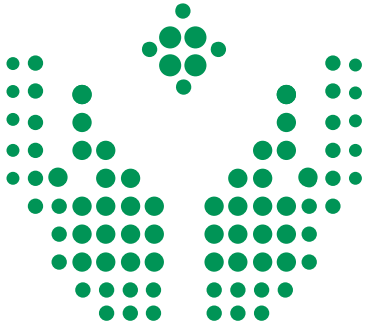
Der beim G-BA angesiedelte Innovationsfonds wurde als Instrument zur qualitativen Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse in der GKV eingeführt, beispielsweise zur Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb oder zwischen den Sektoren, zur besseren Koordination oder zur Umsetzung bestehenden Wissens in die Versorgungspraxis. Ob der Innovationsfonds seine intendierten Ziele überhaupt erreicht, ist bis heute fraglich. Konstruktion und Verfahren des Innovationsfonds sind sehr bürokratisch, unflexibel und verursachen hohe administrative Kosten. Nicht selten werden die Projekte auf Grund langer Vorlaufzeiten für Antrags- und Auswahlverfahren auch von der Versorgungsrealität überholt.

Die Etablierung eines Innovationsbudgets wäre die effiziente, naheliegende Alternative zum Innovationsfonds. Demnach müssen auf Ebene der Krankenkassen Innovationsbudgets angesiedelt werden, mit denen diese gesetzlich verpflichtet werden, pro Jahr einen Mindestbetrag für innovative Versorgungsformen aufzuwenden. Damit werden die Entscheidungen über die Realisierung innovativer Versorgungsformen künftig wieder dezentral bei den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern vor Ort getroffen. Denn die Akteur*innen vor Ort kennen Verbesserungspotenziale und Defizite in der Versorgung am besten. Sie sind einfach näher dran und können Innovationen schneller und ohne langwierige Antragsbürokratie umsetzen.

Mit einem Innovationsbudget könnte zudem die Fehlfinanzierung der Versorgungsforschung und der Entwicklung von medizinischen Leitlinien aus Beitragsmitteln der GKV beendet werden.



Neue Nähe in der Pflege



Wir verstehen Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und wollen die Pflegeversicherung in diesem Sinne weiterentwickeln. Um die pflegebedürftigen Menschen, Pflegekräfte sowie die Angehörigen besser zu unterstützen, müssen wir auch hier mehr Nähe aufbauen. Dies gelingt durch eine Aufhebung der Sektorengrenzen, ein neues Case-Management sowie Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel.

Unsere konkreten Vorschläge lauten:

Pflegeversicherung bedarfsgerecht weiterentwickeln und Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstehen

Nicht nur der Pflegekräftemangel zeigt, dass die Pflegeversicherung vor großen strukturellen und finanziellen Herausforderungen steht. Die Erwartungen der Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und aller Pflegekräfte sind allenthalben hoch. Die Reform der Pflegeversicherung steht von daher zu Recht auf der politischen Agenda ganz weit oben.

Entscheidend bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist, dass die pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt stehen. Sie müssen dabei unterstützt werden, ein möglichst autonomes und selbstständiges Leben zu führen sowie ihre Selbstpflegekompetenzen, aber auch die Pflegekompetenzen der An- und Zugehörigen zu stärken und ihre Versorgungssituation zu stabilisieren.

Pflege findet vor Ort statt. Das heißt, eine qualitativ gute medizinische und pflegerische Versorgung kann nur gelingen, wenn die lokalen Besonderheiten und Unterschiede, etwa in ländlichen Räumen und Städten, berücksichtigt werden. Dabei müssen die Expertisen und Potenziale der Kranken- und Pflegekassen zur Verbesserung der Pflege stärker genutzt werden. Das heißt konkret, deren Gestaltungsspielräume zur Entwicklung von integrierten Versorgungsangeboten zu erweitern und ihre Beratungsleistungen als „Systemlotse“ für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige auszubauen.

Pflege ist und bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund, Länder, Kommunen sowie Kranken- und Pflegekassen haben eine gemeinsame Verantwortung zur Schaffung bedarfsgerechter Angebote für eine gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Die soziale Pflegeversicherung ist hierbei eine wichtige Säule. Sie stellt in ihrer Ausprägung als Teilleistungssystem eine Absicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen zur Verfügung, die Eigenleistungen der Versicherten jedoch nicht unentbehrlich machen.

Für eine Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung müssen eine Struktur- und Finanzreform miteinander verbunden werden.

Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung flexibilisieren und Sektorengrenzen aufheben

Die ambulanten und stationären Sektorengrenzen in der Pflegeversicherung sind zu überwinden, indem künftig unabhängig von der Wohnform der pflegebedürftigen Menschen bzw. von dem Ort der Leistungserbringung die bisherigen Leistungsansprüche in zwei Budgets zusammengefasst werden – einem Basisbudget (Geldleistung) und einem Sachleistungsbudget. Diese Budgets sind der Höhe nach abhängig vom Pflegegrad. Das Leistungsrecht kann dadurch insgesamt vereinfacht und durch die pflegebedürftigen Menschen flexibel und bedarfsgerechter in Anspruch genommen werden. Damit werden individuelle Versorgungslösungen besser möglich, Angehörige werden entlastet und die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen kann gestärkt werden.

Vom Payer zum Player – Expertisen und Potenziale der Kranken- und Pflegekassen stärker nutzen

Kranken- und Pflegekassen müssen auch in der Pflege die vor Ort vorhandenen Gestaltungsspielräume besser mit dem Ziel nutzen können, eine gute Erreichbarkeit, integrierte Versorgungsangebote und ein breites Versorgungsspektrum bei hoher Qualität für ihre Versicherten zu gewährleisten. Darüber hinaus beraten sie auch die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen bei der Auswahl und Gestaltung von passgenauen Hilfe- und Versorgungsstrukturen. Diese für die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen wichtigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen der Kranken- und Pflegekassen sind zu einem wirklichen Systemlotsen im Sinne eines Case-Managements weiterzuentwickeln. Die bisherigen Beratungsansprüche gegenüber der Kranken- und Pflegekasse werden daher zu einem Beratungsanspruch zusammengefasst und aus einer Hand gewährt. Pflegebedürftige Menschen, die ausschließlich durch informelle Pflege versorgt werden, werden verpflichtet, ein erweitertes Case-Management zur Stabilisierung des Pflegesettings und zur Sicherstellung der Pflege in Anspruch zu nehmen.

Erweiterte Vertragsformen für Kranken- und Pflegekassen in der Primär- und Langzeitversorgung

Über regionale Gestaltungsspielräume und durch erweiterte Vertragsformen kann sektorenübergreifend das gesamte Spektrum von der Gesundheitsförderung bis hin zur palliativen Betreuung für eine Verbesserung der Versorgung genutzt werden, beispielsweise bei der Überleitung von pflegebedürftigen Menschen im jeweiligen Versorgungsbereich, zur Unterstützung der Angehörigen oder zur Begleitung in der letzten Lebensphase.

Bedarfs- und Infrastrukturplanung der Kommunen im Einvernehmen mit Pflegekassen

Die Kommunen sollen verpflichtet werden, die Bedarfs- und Infrastrukturplanung im Einvernehmen mit den Pflegekassen durchzuführen. Eine Landesstrukturplanung bildet den Rahmen für die kommunale Bedarfs- und Infrastrukturplanung. Die Altenhilfe ist im Rahmen der Stärkung der kommunalen Daseinsvorsorge eine Pflichtaufgabe. Die Verbindung von Aufgaben- und Finanzverantwortung wird gewährleistet.





Finanzielle Entlastung bei Eigenanteilen

Für ausgewählte, besonders förderungswürdige Leistungen der Pflegeversicherung müssen die pflegebedingten Aufwendungen gänzlich finanziert werden, damit pflegebedürftige Menschen finanziell bei ihren Eigenanteilen entlastet werden können.

Dazu wird die Kurzzeitpflege von dem heutigen Versorgungsauftrag einer stationären Verhinderungspflege zu einem ressourcenorientierten, pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz für alle pflegebedürftigen Menschen weiterentwickelt. Das dient dem Ziel der Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung größtmöglicher Selbstständigkeit des pflegebedürftigen Menschen in einem weitestgehend selbstbestimmten Alltag. Die Krankenversicherungsleistung „Häusliche Krankenpflege“ und die Pflegeversicherungsleistung „Medizinische Behandlungspflege“ werden zusammengeführt und als Leistungsanspruch für pflegebedürftige Menschen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung in die GKV integriert.

Ergänzend wird eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge eingeführt, die auf einem regelbezogenen jährlichen Automatismus im Rahmen der steigenden Beitragseinnahmen aufgrund von Bruttolohnzuwächsen ähnlich der Rentenversicherung aufsetzt.

Diese Verknüpfung mit dem Anstieg der Beitragseinnahmen sichert den Grundsatz der Beitragsatzstabilität der Pflegeversicherung. Damit werden zudem steigende Belastungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen bei den Eigenanteilen vermindert und durch die gezielte bessere pflegerische Versorgung werden Folgekosten zur Entlastung der Beitragszahlenden vermieden.

Einführung einer breiteren Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung

Die deutlich gestiegenen Eigenanteile, die pflegebedürftigen Menschen für ihre Pflege aufzubringen haben, zeigen, dass die Pflegeversicherung auch vor großen finanziellen Herausforderungen steht. Im Rahmen der erforderlichen Pflegereform ist für alle Menschen eine qualitativ gute Pflege sicherzustellen, ohne den Einzelnen einerseits und die Solidargemeinschaft andererseits zu überfordern. Dabei geht es im Kern um eine verbesserte Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, den Schutz vor deren wirtschaftlicher Überforderung sowie die Gewährleistung von Beitragsatzstabilität.

Zur nachhaltigen Finanzierung der Strukturmaßnahmen muss ein Finanzierungsmix unter Beibehaltung des Teilleistungsprinzips in der Pflegeversicherung eingeführt werden. Dessen Ziele sind sowohl die Verhinderung der wirtschaftlichen Überforderung von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen als auch die Sicherstellung einer Beitragsatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis 2030.

Um die Beitragszahler*innen zu entlasten, muss ein zweckgebundener Bundesbeitrag zur Finanzierung der Ausgaben zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen und der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die von der Pflegeversicherung getragen werden, eingeführt werden. Dieser Bundesbeitrag muss verlässlich finanziert und regelmäßig dynamisiert werden.

Um die pflegebedürftigen Menschen bei ihren Eigenanteilen zu entlasten, müssen – neben der jährlichen Dynamisierung der Leistungsbeträge und der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die GKV – zudem die Länder insgesamt ihrer finanziellen Verantwortung für die Investitionskosten nachkommen. Die Länder haben die bisher den pflegebedürftigen Menschen aufgebürdeten Investitionskosten vollumfänglich selbst zu tragen.

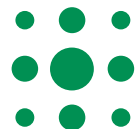
Konsequente Umsetzung der Ergebnisse der Konzertierten Aktion Pflege

Aus Sicht der Versicherten und betroffenen pflegebedürftigen Menschen ist die Überwindung des Pflegepersonalmangels zentral. Voraussetzung dafür sind gute Arbeitsbedingungen, die verpflichtend einzuführen sind. Die in der Konzertierten Aktion Pflege vereinbarten Maßnahmen sind richtige und wichtige Bausteine auf diesem Weg und müssen umgesetzt werden. Mit der Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurden die richtigen Weichen gestellt, an deren Umsetzung weiterzuarbeiten ist. Dabei sind Organisations- und Personalentwicklungsprozesse in den Einrichtungen in den Blick zu nehmen, ebenso Digitalisierungspotenziale und der Professionenmix in der Versorgung. Flankiert werden muss dies durch eine Harmonisierung der Ausbildungsstrukturen bei den Pflegeassistentenberufen auf Landesebene.

Stärkung der Pflege in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen

Zur Sicherung der Versorgungskontinuität insbesondere von chronisch kranken Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen sind Pflegefachpersonen maßgeblich an der interprofessionellen Zusammenarbeit zu beteiligen. Mit ihrer Expertise und ihrem Spektrum an Pflegestrategien – von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung – können sie wesentlich dazu beitragen, die Versorgung nicht nur näher am Patienten, sondern auch sektorenübergreifend zu gestalten und damit den heutigen Defiziten in der Koordination und Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten entgegenwirken.

Das Versorgungssystem muss sich an Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen ausrichten, nicht an den Leistungserbringerstrukturen. Patient*innen und pflegebedürftige Menschen haben häufig einen komplexen Versorgungsbedarf, d. h., nicht nur einen medizinischen, sondern auch einen pflegerischen und sozialen. Komplexe Versorgungsbedarfe können daher nur im Team erfüllt werden. Hierfür reicht es nicht aus, nur die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch in den Blick zu nehmen. Es braucht einen Rahmen, der von teambasierten Versorgungsstrukturen bis zu sektorenunabhängigen Angebotsstrukturen reicht. Dabei geht es nicht darum, Leistungen von einer Profession auf die andere zu übertragen, sondern die Kompetenzen der verschiedenen Professionen effizient einzusetzen.



IMPRESSUM:**Verantwortlich für den Inhalt:**

AOK-Bundesverband GbR

Geschäftsführender Vorstand:

Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender)

Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Telefon: (030) 346 46-0

Telefax: (030) 346 46 25 02

Internet: <http://www.aok-bv.de>

E-Mail: AOK-Bundesverband@bv.aok.de

Redaktion & Produktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

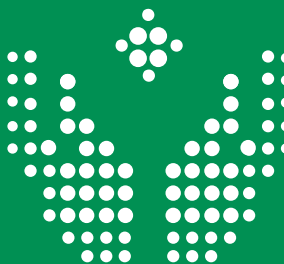
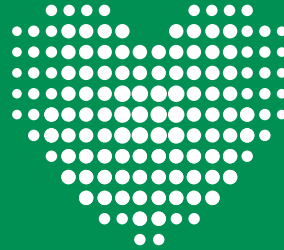
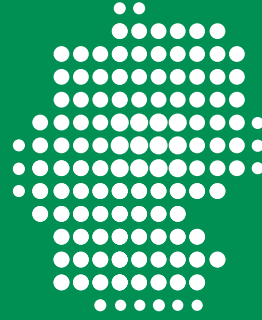
Art Direction: Sybilla Weidinger

Gestaltung: Kerstin Conradi

Key Visual: Scholz & Friends

Titelbild: gettyimages, Sarah Mason







www.aok-bv.de