



AOK-Vorschläge für ein

SOFORTPROGRAMM

zur Absicherung einer leistungsfähigen
gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Übersicht zum Sofortprogramm

I. Was die neue Bundesregierung sofort umsetzen sollte:

1. Finanzielle Stabilität der GKV für 2022 kurzfristig sicherstellen
2. Weitere Maßnahmen zur Absicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit umsetzen
3. Morbi-RSA im Interesse aller Versicherten weiterentwickeln
4. Finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung für 2021/2022 sicherstellen

II. Was die neue Bundesregierung sofort anstoßen sollte:

1. Krankenhausreform starten
2. Notfallversorgung reformieren
3. Sektorenunabhängige Versorgung vor Ort stärken
4. Pflege zukunftsfest machen
5. Arzneimittelversorgung verbessern
6. Nutzenbewertung und Preisbildung der DiGA reformieren
7. Bevölkerungsschutz stärken, Klimawandel einbeziehen

I. Was die neue Bundesregierung sofort umsetzen sollte:

1. Finanzielle Stabilität der GKV für 2022 kurzfristig sicherstellen

Die ausgabenintensive Gesetzgebung der vergangenen Legislaturperiode führt zu einem Fehlbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2022 von mindestens 14 Milliarden Euro. Dieser Fehlbetrag wurde von der AOK seit Monaten prognostiziert und gerade erst vom Schätzerkreis bestätigt. Will man Beitragssatzanhebungen zum Jahreswechsel verhindern und wie versprochen die Sozialgarantie einhalten, so muss diese Finanzierungslücke unverzüglich durch zusätzliche Bundesmittel geschlossen werden. Bislang wurde gesetzlich ein ergänzender Bundeszuschuss in Höhe von sieben Milliarden Euro zugesagt, der nun nach dem Ergebnis des Schätzerkreises auf dem Wege einer Rechtsverordnung um weitere sieben Milliarden Euro angehoben werden muss. **Ohne diese zusätzliche Aufstockung der Finanzmittel aus dem Bundeshaushalt wird es nicht gelingen, die Beiträge zur GKV stabil zu halten. Daher ist es dringend notwendig, dass die entsprechende Rechtsverordnung zeitnah vom neu konstituierten Bundestag beschlossen wird.**

2. Weitere Maßnahmen zur Absicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit umsetzen

Wird die bestehende Finanzlücke geschlossen, so stabilisiert das die GKV ausschließlich für das erste Jahr der 20. Legislaturperiode. Der finanzielle Druck auf die Beitragszahler und das Gesundheitswesen bleibt bestehen und wird weiter zunehmen. Daher sind zusätzliche Ad-hoc-Maßnahmen zu Beginn der neuen Legislaturperiode erforderlich.

Auf der **Einnahmenseite:**

- Deutliche Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge für ALG II-Beziehende

Auf der **Ausgabenseite:**

- Absenkung der Mehrwertsteuer auf sieben Prozent für alle GKV-Leistungsbereiche, in denen eine Mehrwertsteuerpflicht besteht, verbunden mit einem Verbot von Preiserhöhungen der Anbieter
- Anhebung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel auf 16 Prozent bei Beibehaltung der Regelungen zum Preismoratorium

Im **Krankenhausbereich:**

- Begrenzung der Prüfquote bei der Krankenhausabrechnung abschaffen
- Doppelfinanzierung von DRGs und Pflegebudgets gesetzlich ausschließen
- Investitionslücke durch Bund und Länder schließen, damit die überhöhte Betriebsmittelfinanzierung der GKV abgesenkt werden kann
- Deckungsbeitrag für Sachkosten im DRG-Katalog auf null setzen
- Kosten für persönliche Schutzausrüstung und Covid-19-Tests zukünftig als Kosten für den Katastrophenschutz den Ländern zuordnen
- Orientierungswert als jährliche Preissteigerungsobergrenze festlegen (Abschaffung der Meistbegünstigtenklausel)

Im **Bereich der Vertragsärzte:**

- Extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten (aus dem TSVG) mangels Nutzen für die Patienten zurücknehmen
- Anpassungsfaktoren der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2023 gesetzlich auf null festlegen
- Zur Vermeidung weiterer Mehrbelastungen für die GKV Kostenübernahme der SARS-Cov2-Schutzimpfungen durch den Bundeshaushalt auch im Jahr 2022. (Für die mittelfristige Übernahme der Impfkosten durch die GKV müssen die Kosten der ärztlichen Vergütungen für Impfungen und für die Durchführung der PCR-Tests sowie für die Beschaffung der Impfstoffe abgesenkt werden. Die Verhandlungsinstrumente der GKV sind hierfür zu schärfen.)

3. Morbi-RSA im Interesse aller Versicherten weiterentwickeln

Neben stabilen Finanzen in der GKV ist ein zielgenauer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die wichtigste Voraussetzung für faire Rahmenbedingungen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Damit diese sich um die Gesundheitsversorgung aller Versicherten kümmern können, muss der Ausgleichsmechanismus Anreize zur Risiko-selektion vollständig ausschließen. **Zu diesem Zweck muss der Morbi-RSA so weiterentwickelt werden, dass durch die Aufnahme geeigneter Parameter auf Versichertenebene ein wirksamer Schutzschirm für vulnerable Versichertengruppen in der GKV gespannt wird.** Dazu sind Parameter auszuwählen, die

a) die Zielgenauigkeit des Morbi-RSA erhöhen und

b) nicht durch Krankenkassen beeinflusst werden können, sodass die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA gewährleistet wird.

Naheliegende Parameter sind in dieser Hinsicht diverse sozioökonomische Merkmale sowie die Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit. **Die konkrete Umsetzung muss wissenschaftlich durch den Expertenbeirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) abgesichert werden. Die Regierungskoalition muss diese Untersuchung schnellstmöglich beauftragen.**

Darüber hinaus besteht **Korrekturbedarf am eingeführten Regionalausgleich**, der nicht zielkonform ist, negative Wirtschaftlichkeitsanreize insbesondere zulasten der ländlichen Regionen setzt und auch nach Ausschluss angebotsseitiger Merkmale bestehende Strukturen der Über-, Unter- und Fehlversorgung zementiert. Die Weiterentwicklung muss im Einklang mit den erforderlichen Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Versicherter vor Risikoselektion erfolgen.

Damit geht einher, dass die von der Vorgängerregierung gemachten Fehler bei der Weiterentwicklung des RSA wie die Einführung der sogenannten Manipulationsbremse oder die Herausnahme des Merkmals „Erwerbsminderungsrentner“ aus dem RSA umgehend behoben werden.

4. Finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung für 2021/2022 sicherstellen

Der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind im Jahr 2021 pandemiebedingte Kosten in Höhe von insgesamt fünf Milliarden Euro entstanden. Diese Vorfinanzierung durch die Beitragszahler muss durch Steuermittel ausgeglichen werden. Zudem wurde das gesetzliche Betriebsmittel- und Rücklagesoll der Pflegekassen von 1,5 Monatsausgaben bereits unterschritten. Um es wieder aufzufüllen und die Liquidität im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sicherzustellen, ist noch in diesem Jahr ein weiterer Bundeszuschuss in Höhe von 700 Millionen Euro erforderlich. Grundlage dafür ist die entsprechende Verordnungsermächtigung für das Bundesgesundheitsministerium nach Paragraph 153 SGB XI. Diese gilt noch bis zum 31. Dezember 2021.

Auch im kommenden Jahr bleibt die finanzielle Lage der SPV angespannt. Nach letzten Berechnungen werden die Ausgaben die Einnahmen um rund drei Milliarden Euro überschreiten. Davon werden allein zwei Milliarden Euro durch die Umsetzung der „kleinen Pflegereform“ verursacht. Als Folge müsste schon im ersten Halbjahr der Beitragssatz angehoben werden. Um dies zu verhindern, muss die SPV für 2022 zusätzliche Steuermittel in Höhe von drei Milliarden Euro erhalten.

II. Was die neue Bundesregierung sofort anstoßen sollte:

1. Krankenhausreform starten

Der qualitätsorientierte Umbau der Krankenhauslandschaft kann sofort beginnen. Zunächst sollte gesetzlich klargestellt werden, dass außerhalb des Versorgungsauftrags keine Vergütung erfolgt. Gleichzeitig kann **die Leistungserbringung in wichtigen Leistungsbereichen auf die Kliniken konzentriert werden, die nachweislich bessere Ergebnisse bei der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten erzielen.** Beispielsweise kann ohne großen Vorlauf die Konzentration der onkologischen Versorgung auf Kliniken eingeleitet werden, die eine Zertifizierung nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft vorweisen können. Auch kann die Behandlung von Herzinfarkten auf die Kliniken konzentriert werden, die zu jeder Zeit eine Linksherzkatheteruntersuchung durchführen können. Außerhalb dieser Einrichtungen entfällt der Vergütungsanspruch gegenüber der GKV.

Die Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus ist mit **bundeseinheitlichen und verbindlich umzusetzenden Strukturvorgaben sowie Mindestmengen** auszubauen. Behandlungen sind nur dort durchzuführen und zu finanzieren, wo die notwendigen medizinischen und personellen Voraussetzungen erfüllt werden. Die damit einhergehende qualitätsorientierte Konsolidierung der Krankenhauslandschaft verbessert auch die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern.

Der patientenorientierte Strukturwandel ist durch mehr Transparenz bei medizinischen Leistungen und bei der Qualität der medizinischen Einrichtungen zu fördern. Qualitätstransparenz wird gestärkt, indem die **Krankenkassen über die langfristigen Behandlungsergebnisse und die Leistungsmengen von ambulanten und stationären Einrichtungen informieren und darüber hinaus Instrumente zur qualitätsorientierten Patientensteuerung erhalten.**

Eine zukunftsfähige Krankenhausinfrastruktur wird durch eine nachhaltige Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer und den Bund ermöglicht. Die Bundesländer verantworten die Investitionskostenfinanzierung und werden durch den Bund bei Strukturveränderungen finanziell unterstützt. Auch das DRG-Vergütungssystem ist so weiterzuentwickeln, dass eine sachgerechte und leistungsorientierte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet wird.

2. Notfallversorgung reformieren

Die Notfallversorgung ist konsequent weiterzuentwickeln. Sie sollte sowohl in urbanen als auch in ländlichen Regionen in integrierte Notfallzentren (INZ) überführt werden. Hierfür ist ein gesetzlicher Handlungsrahmen vorzugeben, den der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ausgestaltet. Der G-BA schafft die entsprechenden Grundlagen für die INZ und Vorgaben zu Strukturen, zur Qualifikation und Ausbildung des Personals sowie zur Erreichbarkeit. Erforderlich ist zudem die Errichtung integrierter Leitstellen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst. Diese Leitstellen sorgen dafür, dass hilfebedürftige Personen die geeignete Behandlung bekommen und die richtigen Hilfen erhalten.

3. Sektorenunabhängige Versorgung vor Ort stärken

Künftig muss die Versorgungsplanung sektorenunabhängig und anhand konkreter regionaler Versorgungsbedarfe erfolgen. Das erfordert eine Stärkung der regionalen Handlungskompetenzen und -strukturen, um neue Ideen und Konzepte für eine Versorgungsgestaltung vor Ort zu entwickeln. Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen sowie Länder und Kommunen müssen gemeinsam Verantwortung übernehmen und die entsprechenden Entscheidungskompetenzen erhalten.

Versorgungsplanung und Sicherstellung müssen sich an Versorgungsaufträgen und Leistungskomplexen orientieren. **Ein gemeinsames, paritätisch besetztes Gremium aus Kassenärztlicher Vereinigung und Landeskrankenhausgesellschaft sowie Krankenkassen, ergänzt um eine Vertretung der Behörden der Bundesländer in der Rolle der Unparteiischen („3+1-Gremium“), übernimmt den Sicherstellungsauftrag und die sektorenunabhängige Versorgungsplanung. Das 3+1-Gremium soll kurzfristig starten und sukzessive die Planungs- und Sicherstellungsaufgaben übernehmen.** Es definiert zum einen den Versorgungsbedarf vor Ort. Zum anderen vergibt es Versorgungsaufträge sektorenunabhängig an geeignete Leistungserbringende. Diese werden über regionale kollektive und selektive Verträge eingebunden. Der G-BA definiert hierfür die notwendigen Planungsvorgaben, um bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen bundesweit sicherzustellen.

4. Pflege zukunftsfest machen

Das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung ist bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, das heißt, es muss künftig den pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt der Versorgung stellen. **Damit pflegebedürftige Menschen ihr Pflegesetting nach ihren Bedarfslagen und Präferenzen individuell gestalten können, werden die bisherigen Leistungsansprüche zu Budgets zusammengefasst (Flexibilisierung des Leistungsrechts).** Dazu muss das am Leistungserbringersystem orientierte Pflegeversicherungsrecht hin zu einem sektorenunabhängigen Leistungsanspruch für die Versicherten weiterentwickelt werden. Nicht der Lebensort (zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung) darf über die Leistungen bestimmen.

Folgende Weichen für notwendige Reformschritte können kurzfristig gestellt werden:

- Versicherungsfremde Leistungen (Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen) sachgerecht durch einen „verlässlichen Bundesbeitrag“ aus Steuermitteln finanzieren
- Jährliche regelgebundene Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen einführen
- Medizinische Behandlungspflege unabhängig vom Lebensort durch die GKV finanzieren
- Kurzzeitpflege zu einem ressourcenorientierten pflegerisch-therapeutischen Versorgungsansatz weiterentwickeln
- Leistungsrechtlich zersplitterte Beratungsansprüche zu einem echten Case-Management-Ansatz weiterentwickeln
- Kommunen bei ihrer Finanzierungsverantwortung für die Investitionskosten in die Pflicht nehmen
- Verbindliche Infrastrukturplanung im Einvernehmen mit den Pflegekasernen umsetzen

Für die strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird eine **„Generationenkommission“** unter Beteiligung von maßgeblichen Akteuren (Bund, Länder, Kommunen, wissenschaftliche Experten aus Pflege und Wirtschaftswissenschaft sowie soziale und gemeinsame Selbstverwaltung der Pflegeversicherung) eingerichtet, die weitergehende Reformschritte erarbeiten soll.

5. Arzneimittelversorgung verbessern

Der mit dem AMNOG vor einer Dekade begonnene Reformweg bei der Bewertung von Nutzen und Preis von Arzneimitteln muss weiter beschritten werden. Zusätzlich muss die Liefersicherheit von Arzneimitteln erhöht werden. Auf der arzneimittelpolitischen Reformagenda stehen daher:

- **Preisbildung für neue Arzneimittel reformieren.** Die bisher vom pharmazeutischen Unternehmen frei gesetzten Preise für neue Arzneimittel müssen durch einen Interimspreis ersetzt werden. Dieser soll ab Marktzugang bis zum Bekanntwerden des Erstattungsbetrags gelten, der den Interimspreis anschließend rückwirkend ersetzt. Auch die Steuerungsgrößen zur Verhandlung des Erstattungsbetrags müssen überprüft werden.
- **Tempo der Nutzenbewertung von Arzneimitteln forcieren.** So kann ein qualitätsgesicherter Zugang zu neuen, vielversprechenden Therapien sichergestellt werden. Die Nutzenbewertung sollte daher bereits zwischen Zulassung und offiziellem Markteintritt beginnen.
- **Maßnahmen für mehr Liefersicherheit umsetzen.** Dafür sind ein Frühwarnsystem mit einer vollständigen Transparenz über die gesamte Lieferkette von den Unternehmen über den Großhandel bis hin zu den Apotheken, ein Ausbau der Lagerhaltung bei Großhandel und Apotheken sowie mehr Qualitätskontrollen auch im Hinblick auf die Einhaltung ökologischer und sozialer Standards notwendig.

6. Nutzenbewertung und Preisbildung der DiGA reformieren

Die Zugangsvoraussetzungen in die gesetzliche Krankenversicherung für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) müssen deutlich nachgebessert werden. Zentrale Voraussetzung ist ein verbesserter Nutznachweis. Für diesen müssen dieselben Qualitätsanforderungen gelten wie für ärztliche Methoden, Heil- oder Hilfsmittel. Die Nutzenbewertung erfolgt durch den G-BA unter Einbeziehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Datenschutzaspekte sind aktiv zu prüfen.

Auch das Preisfestsetzungssystem ist zu überarbeiten. Die freie Preisfestsetzung durch die Hersteller muss der Vergangenheit angehören. Analog zu digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) ist daher direkt nach Markteintritt der Einstieg in eine dreimonatige Preisverhandlung vorzusehen.

7. Bevölkerungsschutz stärken, Klimawandel einbeziehen

Mit Blick auf die Lehren aus der Pandemie und die gesundheitlichen Herausforderungen des Klimawandels müssen Bund, Länder und Kommunen in gemeinsamer Verantwortung die sozial bedingten ungleichen Lebens- und Arbeitsbedingungen und die daraus resultierenden schlechteren Gesundheitschancen abbauen. Dabei hilfreich wäre

- den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) auszubauen, der breiter und multiprofessioneller aufgestellt werden muss, damit er Maßnahmen zur Bevölkerungsgesundheit über alle politisch verantwortlichen Bereiche ermitteln, initiieren und steuern kann.
- Menschen mit hohen gesundheitlichen Belastungen, die z.B. schwer körperlich arbeiten, prekär beschäftigt sind oder gesundheitsbelastenden Umweltbedingungen ausgesetzt sind, politisch stärker in den Fokus zu nehmen, um deren gesundheitliche Lebensbedingungen im Sinne von „Health in all Policies“ zu verbessern.

Berlin, Oktober 2021

Impressum

AOK-Bundesverband GbR
Geschäftsführender Vorstand:
Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender)
Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Telefon: 030 34646-0
Internet: aok-bv.de