

Wie unser Gesundheitswesen besser wird – aber nicht teurer.

AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik
nach der Bundestagswahl 2025

Effizienzmodus



Inhalt

EINLEITUNG	3
WENIGER VERSCHWENDUNG, MEHR EFFIZIENZ	5
Weniger Gelegenheitschirurgie, mehr Qualität in den Krankenhäusern	5
Weniger stationär, mehr ambulant	6
Weniger Drehtür, mehr ambulante Nachsorge	7
Weniger Engpässe, mehr Zusammenarbeit in der Notfallversorgung	7
Weniger Barrieren im Gesundheitswesen, mehr Primärversorgung	8
Weniger berufspolitisches Standesdenken, mehr interprofessionelle Zusammenarbeit	9
Weniger Fehlversorgung, mehr bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgungsangebote	10
Weniger Vorgaben, mehr Flexibilisierung in der Arzneimittelversorgung	11
Weniger Hürden im Wettbewerb, mehr Wirtschaftlichkeit	12
Weniger Wildwuchs, mehr Qualität bei Digitalen Gesundheitsanwendungen	14
Weniger Kommunikationsbrüche, mehr digitale Infrastruktur und schlanke Prozesse	14
Weniger Fehlanreize, mehr Zielgenauigkeit im Risikostrukturausgleich (RSA)	15
WENIGER STAATSMEDIZIN, MEHR FREIRAUM	17
Weniger Zentralismus, mehr regionale Unterschiede bei Versorgungsangeboten im Gesundheitssystem und in der Pflege	17
Weniger Bund, mehr Zuständigkeit der Länder bei der Aufsicht	18
Weniger Sektorengrenzen in der Pflege, mehr Flexibilisierung beim Leistungs- und Vertragsrecht	18
Weniger Alleingang, mehr Beratung durch Systemlotsen	19
Weniger Insellösungen, mehr Zusammenarbeit in der Pflege	19
Weniger Pillen, mehr Prävention und Gesundheitsförderung	20
Mehr Prävention als Ziel einer nachhaltigen Pflegepolitik	21
Weniger staatliche Übergriffe, mehr Selbstverwaltung im Gesundheitssystem	22

Weniger Eigenmächtigkeiten der Politik, mehr Entscheidungskompetenz für die gemeinsame Selbstverwaltung	23
Weniger staatliche Verwaltung, mehr Autonomie und Eigenverantwortung der sozialen Selbstverwaltung	23
WENIGER UNSICHERHEIT, MEHR STABILITÄT	25
Weniger Zweckentfremdung von Beitragsgeldern, mehr Sicherheit bei der Finanzierung der GKV	25
Weniger Ausgabenwachstum, mehr Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung	26
Weniger Unsicherheit in der Pflegeversicherung, mehr Vertrauen und Gerechtigkeit	27
Weniger in die Pflegekasse greifen, mehr Bundesbeiträge für staatliche Aufgaben	28
Weniger Intransparenz, mehr Rechte für Patientinnen und Patienten	29
IMPRESSUM	30

Einleitung

In den vergangenen beiden Wahlperioden bestimmte das Motto „Viel hilft viel“ die Gesundheitspolitik. Aber dieser Ansatz funktioniert nicht. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung steigen dramatisch an: Allein für das Jahr 2025 sind Ausgaben in Höhe von mindestens 345 Mrd. Euro für die gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) und 74 Mrd. Euro für die soziale Pflegeversicherung (SPV) zu erwarten. Trotz dieser hohen Ausgaben erleben Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftige Menschen immer wieder, dass die Qualität und der flächendeckende Zugang zu Gesundheits- und Pflegeangeboten unzureichend sind. Zu lange muss auf Arzttermine gewartet werden, Notfallambulanzen sind überlastet, zu viele Behandlungen und Krankenhausaufenthalte sind unnötig.

Deutschland hat EU-weit die höchsten Ausgaben für Gesundheit.

Die Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden stellt enorme Mittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens bereit. Im Jahr 2023 hat die GKV rund 306 Mrd. Euro und damit gut 110 Mrd. Euro mehr als noch 2013 zur Verfügung gestellt. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind im gleichen Zeitraum von 65 Mrd. auf rund 94 Mrd. Euro, die Arzneimittelkosten von 30 Mrd. auf rund 50 Mrd. Euro, die Ausgaben für ärztliche Behandlungen von 32 Mrd. auf 47 Mrd. Euro gestiegen. Die höchsten Gesundheitsausgaben sind auch Ausdruck mangelnder Struktur- und Systemeffizienz.

Mehr Wert schaffen.

Die AOK-Gemeinschaft will eine Rationierungsdebatte im Gesundheitswesen vermeiden. Strukturreformen zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen sind das Gebot der Stunde. Wir wollen keine Leistungskürzungen für Versicherte, Patienten und Patientinnen sowie Pflegebedürftige. Wir wollen nicht weniger Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger oder bei Versorgungsangeboten in ländlichen oder strukturschwachen Räumen sparen. Wir wollen mehr qualitativ hochwertige Versorgungsangebote, mehr Unterstützung für die Versicherten im Krankheits- oder Pflegefall in allen Regionen unseres Landes. Wir wollen mehr Gegenleistungen für die hohen Beiträge der Solidargemeinschaft aus Versicherten und Arbeitgebern. Und wir wollen die Rückkehr zu einer Ausgabenpolitik, die sich an den Einnahmen orientiert. Das Gesundheitssystem muss leistungsfähiger und besser aufgestellt werden – und die Bürgerinnen und Bürger müssen das bei der Inanspruchnahme erleben.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

○ **Weniger Verschwendung, mehr Effizienz**

Die wirtschaftliche Verwendung von Beitragsgeldern der GKV muss wieder gestärkt werden. Wir brauchen im Gesundheitswesen mehr Steuerungsmöglichkeiten. Begrenzte Ressourcen wie Fachkräfte und finanzielle Mittel müssen wieder gezielt eingesetzt werden – und zwar dort, wo sie den größten Nutzen und die qualitativ beste Medizin für die Patientinnen und Patienten garantieren. Wirtschaftlich rational handelnde Krankenkassen müssen ihren Versicherten Versorgungsangebote bereitstellen können, die den Bedürfnissen genau entsprechen. Deshalb muss auch der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen weiterentwickelt und zielgenauer gemacht werden.

○ **Weniger Staatsmedizin, mehr Freiraum**

Das staatliche Mikromanagement und zentrale Vorgaben in der Gesundheitsversorgung müssen reduziert werden. Es braucht mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die soziale Selbstverwaltung, um die Interessen der Versicherten und Beitragszahler zu schützen. Die gemeinsame Selbstverwaltung muss ohne politische Einflussnahme medizinisch evidenzbasierte Leistungen und klare Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen im Gesundheitswesen festlegen können. In der kommenden Legislaturperiode muss weniger Kompetenzgerangel zwischen Bund und Ländern stattfinden. Stattdessen sind für einen nachhaltigen Strukturwandel mehr mutige Entscheidungen erforderlich. Das Gesundheitssystem muss sich mehr an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren und Versorgungssicherheit gewährleisten. So stärken wir die soziale Sicherheit in Deutschland.

○ **Weniger Unsicherheit, mehr Stabilität**

Soziale Sicherheit und die wirtschaftliche Entwicklung des Landes müssen zusammengedacht werden. Wenn Gelder der Beitragszahlenden ineffizient verwendet werden oder die Politik planlos einzelne Leistungsanbieter fördert, verlieren die Beitragszahlenden das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Außerdem gewinnt die Pflegeversicherung durch den demografischen Wandel immer mehr an Bedeutung. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen auch in Zukunft unterstützt werden. Trotz der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und des zunehmenden Mangels an Pflegepersonal, entlastet die Pflegeversicherung auch die Versicherten und Arbeitgeber. Ein funktionierendes Gesundheits- und Pflegesystem zieht Investitionen an und fördert die Ansiedlung neuer Unternehmen in den Regionen. Ein effizientes Gesundheitswesen treibt das Wachstum der deutschen Volkswirtschaft voran und schafft Anreize für mehr Forschung und Entwicklung in allen Wirtschaftsbereichen vor Ort. Damit Unternehmen gut ausgebildeten Fachkräften attraktive Arbeitsbedingungen bieten können, sind umfassender Krankenversicherungsschutz, hochwertige medizinische Leistungen und Unterstützung für erwerbstätige Angehörige mit Pflegeverantwortung besonders wichtig. Gleichzeitig ist eine Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung zwingend notwendig, um Beitragszahlende finanziell nicht immer stärker zu belasten. Der soziale Frieden in unserer Gesellschaft muss durch den Erhalt eines funktionierenden Sozialstaates mit selbstverwalteten Krankenkassen unterstützt werden. Dies erfordert mehr entschlossenes politisches Handeln.

Für ein Gesundheitswesen, das funktioniert und Vertrauen schafft.

Die AOK-Gemeinschaft kennt den Mehrwert eines funktionsfähigen Gesundheits- und Pflegesystems genau – für ihre Versicherten und Arbeitgeber, aber auch für die gesamte Gesellschaft. Mit unseren Ideen und Vorschlägen wollen wir dazu beitragen, dass den Bürgerinnen und Bürgern in unserem Land ein leistungsfähiges Gesundheits- und Pflegesystem zur Verfügung steht. Dieses leistungsfähige Gesundheits- und Pflegesystem soll Menschen noch mehr dabei unterstützen, gesund zu bleiben, und im Krankheitsfall alles medizinisch Notwendige zur Verfügung stellen.

Weniger Verschwendung, mehr Effizienz

Unsere Versicherten sollen auch in Zukunft ihr Leben so gesund wie möglich führen können. Im Krankheits- oder Pflegefall müssen sie angemessene Versorgung und Unterstützung erhalten. Wir als AOK-Gemeinschaft treiben den Wandel zu einem modernen und leistungsfähigen Gesundheitswesen voran, mit dem Ziel mehr gut funktionierende Versorgungsangebote für die Menschen zu schaffen, besonders in ländlichen Räumen. Der Zugang zum Gesundheitswesen soll besser gesteuert werden, um einen verlässlichen und transparenten Versorgungsprozess für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Um dieses Ziel zu erreichen, müssen wir die Reibungsverluste im Gesundheitssystem verringern. Dazu gehört, dass wir isolierte Versorgungsbereiche auflösen und finanzielle Eigeninteressen der Leistungserbringenden reduzieren. Deutschland belegt bei den Gesundheitsausgaben einen Spitzenplatz, kann bei der Versorgungsqualität aber nur Mittelmaß vorweisen. Wir brauchen mehr Effizienz und Effektivität in der Versorgung. Der Ressourceneinsatz muss sich stärker an Nutzen und Qualität orientieren. Nur so können wir den Menschen auch in Zukunft einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung und Pflege ermöglichen und gleichzeitig dem ungebremsten Anstieg der Kranken- und Pflegebeiträge durch eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik entgegenwirken.

○ Weniger Gelegenheitschirurgie, mehr Qualität in den Krankenhäusern

Die AOK-Gemeinschaft setzt sich dafür ein, die Qualität der Versorgung als wichtigstes Ziel der Modernisierung unseres Gesundheitswesens zu verbessern. Ein zentraler Aspekt dieses Veränderungsprozesses ist die qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland. Schlechte Versorgung in unzureichend qualifizierten Krankenhausabteilungen, sowohl bei planbaren Eingriffen als auch bei Notfällen wie Schlaganfällen oder Herzinfarkten, führt zu schwerwiegenden und teuren Folgen. Diese müssen im Interesse der Patientinnen und Patienten und für die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung vermieden werden. Zudem müssen wir die knappen personellen Ressourcen effektiver einsetzen. Die mit der Krankenhausreform begonnenen Veränderungen der Krankenhauslandschaft müssen konsequent fortgesetzt und weiter verbessert werden. Allerdings muss bei der Struktur- und Finanzreform der Krankenhausversorgung noch mal nachgearbeitet werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die Vorhaltefinanzierung muss tatsächlich unabhängig von Fallzahlen gestaltet werden. Zukünftige Krankenhausstrukturen müssen sich aus dem regionalen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ableiten.
- Die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorger können bei Bedarf eine zentrale Rolle in ländlichen Regionen und Ballungsgebieten spielen, um die regionale und interprofessionelle Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Ihre Teilnahme an der akutstationären Versorgung ist möglich, aber nicht zwingend erforderlich.
- Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen müssen auf wissenschaftlicher Evidenz basieren und konsequent umgesetzt werden.
- Die onkologische Versorgung wird auf Zentren begrenzt, die den maßgeblichen Kriterien des Zertifizierungsverfahrens der Deutschen Krebsgesellschaft entsprechen.

- Für die Versorgung von Risikoschwangeren oder Frühgeborenen müssen perinatalmedizinische Kompetenzverbände eingerichtet werden. Dadurch können wir die im internationalen Vergleich zu hohe Kindersterblichkeit in Deutschland reduzieren.
- Die Investitionen zur Erhaltung der Krankenhäuser müssen, wie im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehen, von den Ländern übernommen werden. Die Quersubventionierung über Betriebsmittel muss beendet werden.

○ Weniger stationär, mehr ambulant

Krankenhäuser müssen qualitativ hochwertiger versorgen. Es muss aber auch generell mehr medizinische Versorgung ambulant erbracht werden. Es ist seit Jahren gut belegt, dass in Deutschland millionenfach unnötige und vermeidbare Krankenhausaufenthalte stattfinden. Und internationale Vergleiche zeigen: Viele stationär durchgeführte Eingriffe könnten auch ambulant erfolgen, ohne dass es zu Qualitätsverlusten käme.

Hybrid-DRGs (=spezielle sektorengleiche Vergütung) haben zwar einen ersten Impuls zur Ambulantisierung gegeben, jedoch ist gleichzeitig ein Kostenanstieg in der vertragsärztlichen Versorgung zu beobachten. Für Vertragsärzte wird es zunehmend lukrativ, ambulant zu operieren, anstatt sich in der Grundversorgung zu engagieren. Insgesamt führt das Vergütungssystem der Hybrid-DRGs dazu, dass ein höherer Anteil an ambulanten Operationen die Ausgaben der GKV steigert, ohne die absolute Anzahl der Eingriffe zu verändern. Daher muss die Vergütung grundsätzlich geändert werden.

Die AOK-Gemeinschaft schlägt daher folgende Lösungsansätze vor:

- Um das ambulante Operieren zu steigern, müssen leistungsbereichsbezogene Vertragslösungen mit Krankenhäusern etabliert werden. Dazu werden ambulante und stationäre Leistungen eines Bereichs zusammengefasst und ein Zielbudget vereinbart.
- Die Vergütung ambulanter Operationen im vertragsärztlichen und stationären Bereich muss auf Basis der vertragsärztlichen Vergütung (EBM) angeglichen werden.
- Es muss ein gesetzlicher Auftrag erteilt werden, um ein sektorengleiches Vergütungssystem für ambulantisierete Leistungen zu entwickeln, das auf den Eckkosten in Kliniken und Arztpraxen basiert.
- Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung muss schrittweise etabliert werden.

○ Weniger Drehtür, mehr ambulante Nachsorge

Um die Effizienz im Gesundheitssystem zu steigern, ist es wichtig, unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass viele stationäre Aufenthalte auch ambulant behandelt werden können. Beispielsweise sanken die Krankenhausaufnahmen wegen geringgradiger Herzinsuffizienz, mäßiger Hypertonie und anderer sogenannter ambulant sensitiven Fällen um bis zu 50 Prozent. Solche Fälle können in sektorenübergreifenden Versorgern ohne Qualitätsverlust behandelt werden, da diese Patientinnen und Patienten vor allem pflegerische und keine ärztliche Versorgung rund um die Uhr benötigen.

Insbesondere betrifft dies Patientinnen und Patienten, die nach einer Krankenhausbehandlung zwar weiterhin Pflege benötigen, aber nicht mehr die Mittel eines Krankenhauses. Sie können durch sektorenübergreifende Versorger, eine gut erreichbare ambulante Akutversorgung und gezielte ambulante Versorgungsaufträge besser betreut werden. Dies kann die Belastung in Krankenhäusern verringern und wäre ein wichtiger Schritt, um die knappen personellen Ressourcen effektiver einzusetzen. Bei den sektorenübergreifenden Versorgern kann die Anschlussbehandlung durch interprofessionelle Versorgung optimal organisiert werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Patientinnen und Patienten mit akutem höherem Pflegebedarf, aber ohne Bedarf für eine ärztliche Versorgung sollen künftig in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen behandelt werden, in denen die medizinisch-pflegerische Versorgung im Vordergrund steht.
- Eine entsprechende versorgungsbedarfsgerechte Patientensteuerung soll etabliert werden.
- Diese Maßnahmen sollen durch einen schrittweisen Einstieg in die sektorenübergreifende Bedarfsplanung begleitet werden, die sich zukünftig stärker am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung orientiert.

○ Weniger Engpässe, mehr Zusammenarbeit in der Notfallversorgung

Die Modernisierung der Krankenhauslandschaft und die Notfallversorgung müssen besser aufeinander abgestimmt werden. Durch ein besseres Notfallmanagement können mehr Behandlungen ambulant durchgeführt und viele Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Mehr als die Hälfte der stationären Fälle kommen derzeit über die Notaufnahmen in die Krankenhäuser. Besonders wichtig ist den Menschen bei der Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen, dass sie in Not- und Akutfällen schnell und zuverlässig behandelt werden. Sie wollen und brauchen eine verlässliche Anlaufstelle, um wohnortnah medizinische Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Um eine besser erreichbare Akutversorgung sicherzustellen, muss auch die ambulante Versorgung insgesamt fit gemacht werden.

Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie mit dem Rettungsdienst muss endlich aufeinander abgestimmt werden. In der kommenden Wahlperiode muss die geplante Reform der Notfallversorgung daher schnell nachgeholt werden. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten ihre Anliegen möglichst schnell abklären können, um auf den richtigen Behandlungspfad geleitet zu werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Den Aufbau von zentralen Leitstellen, gebildet durch vernetzte Rettungsleitstellen und Akutleitstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die verpflichtende Zusammenarbeit zwischen KV-Akutleitstellen und Rettungsleitstellen.
- Dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Blick auf die Verpflichtung zur Akutversorgung konkretisiert wird. Ein solcher Auftrag sollte auch telemedizinische Versorgungsangebote und aufsuchende Dienste umfassen.
- Die Einführung eines verpflichtenden standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes für alle Hilfesuchenden. Dieses Instrument sollte die Möglichkeit bieten, Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene weiterzuleiten.
- Den Partnern der Selbstverwaltung muss die Verantwortung für die konkrete Ausgestaltung der notdienstlichen Akutversorgung übertragen werden. Dazu gehören Regelungen zum zeitlichen Umfang, zur Abgrenzung gegenüber der regulären Versorgung sowie zur Einbindung weiterer Gesundheitsberufe.
- Darüber hinaus müssen Integrierte Notfallzentren (INZ) geschaffen werden. Diese sollten als eigenständige und fachlich unabhängige Versorgungseinheiten organisiert werden.

○ Weniger Barrieren im Gesundheitswesen, mehr Primärversorgung

Unsere Versorgungslandschaft ist fragmentiert, Versorgungsangebote sind zu wenig koordiniert. Viele Patientinnen und Patienten scheitern an der Überkomplexität des Gesundheitssystems und finden nicht mehr den richtigen Zugang zu den benötigten Versorgungsangeboten. Dies gilt insbesondere für vulnerable Gruppen, also Menschen mit geringem Einkommen oder einer geringen Rente, Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Bürgergeld, chronisch Kranke, Pflegebedürftige sowie in besonderem Maße Menschen, bei denen mehrere dieser Faktoren zusammenkommen. Zudem werden GKV-Versicherte bei der Terminvergabe in Facharztpraxen gegenüber PKV-Versicherten und Selbstzahlern systematisch benachteiligt.

Mehr Primärversorgung kann nicht nur die kurative Behandlung verbessern, sondern auch präventive und soziale Bereiche stärken. Die Primärversorgung koordiniert alle Maßnahmen, die für eine patientenorientierte Versorgung notwendig sind, und führt die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht durch das Gesundheitssystem. Die AOK strebt gemeinsam mit den Leistungserbringern an, mehr vernetzte und aufeinander abgestimmte Strukturen zu schaffen. Dadurch sollen die Abläufe für die Patientinnen und Patienten weniger komplex werden und die Effizienz der Versorgung steigen. Zudem müssen Versicherte in Zukunft wieder besseren und diskriminierungsfreien Zugang zur ambulanten Versorgung erhalten, insbesondere zu fachärztlichen Terminen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Der hausärztliche Versorgungsauftrag muss zu einer patientenorientierten, niedrighschwelligigen, gesamtheitlichen und kontinuierlichen Primärversorgung (kein Add-on zur bestehenden hausärztlichen Versorgung) weiterentwickelt werden.

- Im Rahmen der Primärversorgung muss ein hausärztliches Versorgungsangebot geschaffen werden. Dieses Versorgungsangebot soll durch zusätzliche berufsgruppen- und sektorenübergreifende sowie koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Elemente ergänzt werden.
- Die Primärversorgung muss interprofessionell und teambasiert aufgestellt werden. Die Bedarfsplanung und Versorgungsaufträge müssen, unter Nutzung der vorhandenen finanziellen Ressourcen, so weiterentwickelt werden, dass auch Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Practice Nurses), besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (z. B. nichtärztliche Praxisassistenten) oder Physician Assistants ihre Kompetenzen eigenverantwortlich einbringen können.
- Zusätzlich zu Vertragsärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und anerkannten Praxisnetzen müssen auch Krankenhäuser an der Primärversorgung bei Bedarf gesetzlich beteiligt werden.
- Die Vergütung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) muss so angepasst werden, dass auch ein interprofessioneller und teamorientierter Versorgungsansatz abgebildet wird.
- Der diskriminierungsfreie Zugang aller gesetzlich Versicherten und insbesondere vulnerabler Versicherter zu Arztterminen im Rahmen der digitalen Terminvermittlung muss sichergestellt werden. Dafür sollte eine verpflichtende Meldung von Arztterminen an die Terminvermittlungsstellen eingeführt werden sowie verbindliche Vorgaben für die Online-Terminvermittlung.
- Den Krankenkassen muss die Vermittlung von Terminen für ihre Versicherten ermöglicht werden, indem ihnen die gebührenfreie Nutzung der Schnittstelle zum elektronischen System gestattet wird.
- Die Freiwilligkeit von Hausarztverträgen muss wieder eingeführt werden. Die unbegrenzte Fortgeltung von gekündigten hausarztzentrierten Versorgungsverträgen soll abgeschafft werden.
- Die Freiwilligkeit der Disease-Management-Programme (DMP) zur Stärkung selektivvertraglich und wettbewerblich ausgerichteter Modelle und regional etablierter Strukturen muss erhalten werden.

○ Weniger berufspolitisches Standesdenken, mehr interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Gesundheitssystem braucht es weniger Berufsgruppendenken, sondern mehr moderne und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen. Die Gesundheitsprofessionen sollen ihre Rollen und Kompetenzen voll ausschöpfen und effizient zum Einsatz bringen können. Denn die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen aus dem ärztlichen, dem pflegerischen Bereich, dem Bereich der Apotheken sowie aus dem Heilmittelbereich sorgt entscheidend für mehr Versorgungsqualität.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit muss durch gezielte Regelungen des Gesetzgebers unterstützt werden. Es braucht deshalb eine schnelle und konsequente Reform des Gesundheitssystems. Das in der vergangenen Wahlperiode geplante Pflegekompetenzgesetz kann dafür eine Basis bilden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert in diesem Zusammenhang:

- Das Versorgungssystem muss sich an Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ausrichten, nicht an den Leistungserbringerstrukturen.

- Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen eine teamorientierte Versorgung komplexer Bedarfe (medizinisch, pflegerisch, sozial) in Form von teambasierten Versorgungsstrukturen bis hin zu sektorenunabhängigen Angebotsstrukturen ermöglichen.
- Eine stärkere Einbindung von Pflegefachpersonen in die teambasierte Versorgung, um die Versorgungskontinuität zu sichern und die Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung gezielt zu gestalten. Dies erfordert eine neue Aufgabenverteilung, die nicht auf eine bloße Verlagerung von Leistungen abzielt, sondern auf die effektive Nutzung der Kompetenzen aller Gesundheitsberufe.

○ Weniger Fehlversorgung, mehr bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgungsangebote

Bei der Versorgungsdichte, dem Umfang und der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung nimmt Deutschland im internationalen Vergleich einen führenden Platz ein. Psychotherapeutinnen und -therapeuten stellen schon heute die zweitgrößte Fachgruppe im vertragsärztlichen Bereich dar. Dennoch spüren Patientinnen und Patienten Defizite. Vor allem für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen und dringendem Behandlungsbedarf ist es oft schwer, zeitnah einen Psychotherapieplatz zu finden. Wir wollen einen zielgerichteten Zugang zu geeigneten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten erreichen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen müssen mehr und besser genutzt und Fehlversorgung muss reduziert werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die Meldung freier Behandlungskapazitäten sowohl für Erst- und Abklärungsgespräche und Akutbehandlungen als auch für die Richtlinienpsychotherapie an die Terminservicestellen durch Psychotherapeuten muss verpflichtend werden.
- Um mehr Transparenz über die Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, muss die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Richtlinie entwickeln, die bundeseinheitliche und transparente Prüfverfahren, Ergebnisdarstellungen und abzuleitende Maßnahmen festlegt.
- Die Prüfberichte müssen zudem den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt werden.
- Versorgungsmöglichkeiten müssen stärker inhaltlich ausgestaltet werden.
- Um Gruppentherapien weiter zu fördern, muss deren Bedeutung als relevantes Kriterium im Nachbesetzungsverfahren anerkannt werden. Zudem muss das Antrags- und Gutachterverfahren erhalten bleiben und digitalisiert werden.

Die Sicherung der psychischen Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb müssen bestehende Versorgungsangebote SGB-übergreifend besser verzahnt werden, während gleichzeitig Barrieren an den Schnittstellen zu kommunalen Versorgungsangeboten abgebaut werden sollten. Hierbei ist zu beachten, dass die Finanzierungsverantwortung der Kommunen erhalten bleibt.

○ Weniger Vorgaben, mehr Flexibilisierung in der Arzneimittelversorgung

Die Apothekenlandschaft in Deutschland wandelt sich: Nachwuchs- und Fachkräftemangel führen dazu, dass pharmazeutische Versorgungsangebote besonders in ländlichen Regionen zurückgehen. Dabei können Apotheken Menschen neben der Versorgung mit Arzneimitteln auch einen leicht zugänglichen Weg zur Gesundheitsversorgung bieten. Um auch in Zukunft die flächendeckende Versorgung der Versicherten sicherzustellen, müssen wir die zeitlichen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen an Apotheken flexibler gestalten.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Die Vorgaben zu Ausstattung, Öffnungszeiten und Notdiensten von Apotheken müssen reformiert werden.
- Es müssen neue, dezentrale und digitale Zugangswege zur pharmazeutischen Beratung, Belieferung und Logistik entwickelt werden.
- Nacht- und Notdienstversorgung müssen mit den ärztlichen Versorgungsangeboten koordiniert werden.
- Neben den Apothekenstrukturen muss sich auch die Vergütung mehr als bisher darauf ausrichten, die flächendeckende Versorgung zu stärken.

Dies kann erreicht werden, indem ...

- Margen aus den Aufschlägen bei hochpreisigen Arzneimitteln in die Nacht- und Notdienstvergütung umgeschichtet werden;
- Die Weiterentwicklung des Apothekenhonorars auf Basis einer transparenten Datengrundlage erfolgt und dabei sowohl Kostensteigerungen als auch Wirtschaftlichkeitsreserven angemessen berücksichtigt werden.

In mehrfacher Hinsicht sehen wir die Vergütung pharmazeutischer Dienstleistungen durch den Nacht- und Notdienstfonds kritisch. Denn hier erfolgt keine passgenaue Finanzierung: Es befindet sich mittlerweile über eine halbe Milliarde Euro an ungenutzten Geldern der Solidargemeinschaft in diesem Fonds; das weitere Anwachsen bleibt ungebrochen. Diese Versichertengelder werden allerdings kaum genutzt. Das hochbürokratische Konstrukt verursacht zudem ein Ungleichgewicht zwischen den Einzahlungen der Krankenkassen und den Leistungen für deren Versicherte.

Weniger Bürokratie und weniger Gießkannenfinanzierung führen hier zu mehr Effizienz beim Einsatz der Finanzmittel und gleichzeitig zu mehr Sicherheit bei der lokalen Arzneimittelversorgung.

Die AOK schlägt daher vor:

- Krankenkassen müssen pharmazeutische Dienstleistungen künftig direkt mit regionalen Vertragspartnern vereinbaren und abrechnen, um die Bedarfe vor Ort passgenau zu decken. Die Erhebung des entsprechenden Rezeptaufschlags muss beendet werden.
- Die im Nacht- und Notdienstfonds angesparten Mittel müssen entsprechend den Einzahlungen an die Krankenkassen zurückgezahlt werden.

○ Weniger Hürden im Wettbewerb, mehr Wirtschaftlichkeit

Deutschland besitzt mit seiner dezentral aufgestellten Krankenkassenlandschaft ideale Voraussetzungen für einen innovativen Versorgungswettbewerb. Die gesetzlichen Krankenkassen sorgen für einen effizienten Einsatz der Finanzmittel, stellen Nähe zu Versicherten her und verursachen nur geringe Verwaltungskosten. Besonders die regional aufgestellten Krankenkassen agieren als Akteure und Problemlöser bei der Gestaltung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung vor Ort. Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen, finanziellen und gesundheitspolitischen Herausforderungen sollte dieses Potenzial wieder stärker genutzt werden.

Anstatt planlos einzelne Bereiche der Gesundheitswirtschaft zu fördern, sollten den Krankenkassen mehr Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten gegeben werden, um vorhandene Effizienzreserven zu nutzen. Für eine wirtschaftliche und innovative Versorgung müssen die Instrumente des Preiswettbewerbs, etwa in der Arzneimittel- und Hilfsmittelversorgung, wieder gestärkt werden.

Daher fordern wir als AOK-Gemeinschaft:

- Die Arzneimittel-Rabattverträge müssen erhalten werden. Es muss weniger gesetzliche Einschränkungen geben.
- Die Wiedereinführung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich und bei Impfstoffen muss als ergänzende Vertragsoption erfolgen.

In der letzten Legislaturperiode wurden erste Maßnahmen zur Bekämpfung von Versorgungsmängeln infolge von Arzneimittelengpässen ergriffen. Aufgrund der komplexen und globalisierten Herstellungsprozesse von Medikamenten sind diese Maßnahmen allerdings nicht ausreichend. Um Lieferengpässe zu vermeiden, muss neben der Förderung von Maßnahmen für kurze Lieferketten dringend mehr Transparenz über die Bestände dieser Produkte im deutschen Markt geschaffen werden. Obwohl perspektivisch Lösungen auf europäischer Ebene entwickelt werden sollten, ist es wichtig, zeitnah ein nationales Frühwarnsystem, insbesondere für Arzneimittelengpässe, einzurichten.

Wirtschaftlichkeitsreserven besser nutzen

Deutschland verfügt über einen im weltweiten Vergleich besonders niedrighschwelligen Zugang für neue, patentgeschützte Arzneimittel in das Gesundheitswesen. Neue Arzneimittel werden grundsätzlich mit ihrer Zulassung auch durch die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlt. Deutschland als größter europäischer Arzneimittelmarkt schafft damit innovationsfreundliche Rahmenbedingungen für diese Arzneimittel. Dies ist auch im Interesse unserer Versicherten, soweit die Arzneimittel innovativ sind. Allerdings muss auch auf die Finanzierbarkeit geachtet werden. Die Ausgaben für neue, patentgeschützte Arzneimittel steigen rasant, obwohl sie einen immer geringeren Anteil an der Versorgung ausmachen – eine Fehlentwicklung: Der Wettbewerb wird vonseiten des Gesetzgebers weitgehend ausgeblendet, und die Rahmenbedingungen zur Verhandlung angemessener Erstattungsbeträge sind unzureichend. So werden Wirtschaftlichkeitsreserven in diesem Marktbereich kaum genutzt. Besonders angesichts der Kostenentwicklung bei Gen- und Zelltherapien sowie anderen neuen Arzneimitteln müssen wir die bestehenden Rahmenbedingungen für den Zugang – insbesondere für Präparate mit bedingten Zulassungen – und die Preisbildung in Deutschland kritisch hinterfragen. Es sind Maßnahmen erforderlich, die ab Markteinstieg zu angemessenen Preisen führen und mehr Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Daher fordert die AOK-Gemeinschaft:

- Die Beschränkung der AMNOG-Leitplanken muss zurückgenommen oder zumindest ein erhöhter Herstellerabschlag für diese Präparate wiedereingeführt werden.
- Ein Interimspreis für Arzneimittel muss ab dem ersten Tag nach der Zulassungserteilung eingeführt werden, um die frei gewählten Listenpreise durch den pharmazeutischen Hersteller abzulösen.
- Die Erstattungsbetragsverhandlungen müssen zeitlich gestrafft und die Verhandlungsparameter reformiert werden, damit ein angemessener Erstattungsbetrag früher greift.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss medizinisch-therapeutisch vergleichbare Arzneimittel zusammenstellen, damit die gesetzlichen Krankenkassen einzelne Vertragsarzneimittel als bevorzugte Therapieoption für ihre Versicherten wählen können. Damit wollen wir erreichen, dass es mehr Wettbewerb im Patentmarkt gibt.
- Der G-BA muss eine Fokusliste erstellen, um die Erstattung neuer Arzneimittel mit geringer Evidenz und vorhandenen Therapiealternativen auf Kernbereiche mit gesicherter Beleglage zu begrenzen. Für diese Arzneimittel sollte insbesondere eine frühzeitigere Datengenerierung realisiert werden, die bereits vor der Zulassung greift, um bestehende Datenlücken schneller zu füllen.
- Arzneimittel für seltene Erkrankungen müssen vollständig in die frühe Nutzenbewertung einbezogen werden, und die Option für vertrauliche Erstattungsbeträge muss gestrichen werden.
- Ein dringend notwendiger Bürokratieabbau muss durch die rein rechnerische Einbeziehung von Komponenten in einen neuen Erstattungsbetrag erfolgen. Dies sollte aufgrund von Kombinations-einsätzen von Arzneimitteln, jedweder verworfenen Arzneimittelmenge sowie für notwendige Nacherstattungen geschehen.

○ Weniger Wildwuchs, mehr Qualität bei Digitalen Gesundheitsanwendungen

Der Markt für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) wächst stetig: Im November 2024 waren fast 55 Anwendungen zugelassen. Allerdings ist der Nutzen dieser Anwendungen für die Patientinnen und Patienten bisher eher zweifelhaft, das gilt besonders für die sogenannte Erprobungs-DiGA, wo der Nutznachweis noch aussteht. Die derzeitige freie Preisbildung verursacht zusätzlich ein erhebliches Missverhältnis zwischen Innovation und Wirtschaftlichkeit. Wenn Hersteller – wie bereits geschehen – insolvent gehen, trägt die GKV ein hohes Ausfallrisiko. Wir brauchen bei DiGA zum einen mehr Versorgungsqualität und -sicherheit und zum anderen mehr Wirtschaftlichkeit.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Die Nutzenbewertung medizinischer Apps und digitaler Produkte muss denselben Anforderungen unterliegen wie die Nutzenbewertung für ärztliche Methoden, Heilmittel oder Hilfsmittel.
- DiGA ohne positiven Nutznachweis dürfen aufgrund mangelnder Patientensicherheit grundsätzlich nicht – auch nicht zur Erprobung – in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden.
- Die freie Preisbildung muss abgeschafft und durch Preisverhandlungen drei Monate nach Markteintritt ersetzt werden – analog zu den entsprechenden Regelungen für digitale Pflegeanwendungen oder zu den Preisbildungsregelungen bei patentgeschützten Arzneimitteln.

○ Weniger Kommunikationsbrüche, mehr digitale Infrastruktur und schlanke Prozesse

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen spielt eine entscheidende Rolle, um die Versorgungsqualität zu verbessern und das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Sie kann helfen, zentrale Probleme wie Personalmangel, übermäßige Bürokratie, Informationsbrüche durch Sektorengrenzen und den Mangel an Versorgungsangeboten in strukturschwachen Gebieten zumindest abzumildern. Die Digitalisierung ermöglicht Patientinnen und Patienten mehr Selbstbestimmung, da sie mehr Transparenz über ihre Gesundheitsdaten erhalten. Eine breitere Datengrundlage fördert die Forschung und treibt die Entwicklung neuer Therapien voran.

Daher fordern wir als AOK-Gemeinschaft:

- Die Telematikinfrastruktur (TI) sowie die elektronische Patientenakte müssen als zentrale Strukturelemente der Gesundheitsdigitalisierung nutzerorientiert weiterentwickelt werden.
- Der Zugang für die Versicherten muss erleichtert werden, indem auf eine zentrale Bürger-ID gesetzt wird, anstatt im Gesundheitsbereich parallele digitale Identitäten zu nutzen.
- Die Kostenbeteiligung der Leistungserbringer an der Finanzierung der Telematikinfrastruktur.

- Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) zur Unterstützung des alltäglichen Krankenkassengeschäfts, beispielsweise zur Optimierung von Kundenreisen oder in der Abrechnungsprüfung, muss gefördert werden. Dafür muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die es erlaubt, Sozialversicherungsdaten zum Trainieren und Testen von KI-Anwendungen zu verarbeiten.
- Voraussetzung ist jedoch eine flächendeckende und leistungsfähige Anbindung an das Internet. Dies ist durch mehr staatliche Investitionen sicherzustellen.

○ Weniger Fehlanreize, mehr Zielgenauigkeit im Risikostrukturausgleich (RSA)

Das Gesundheitssystem muss besser, effizienter und leistungsfähiger werden. Krankenkassen tragen hier eine große Verantwortung. Deshalb sollte auch der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen weiterentwickelt werden. Fehlanreize und Defizite im Kassenwettbewerb müssen beseitigt werden, damit Krankenkassen eine aktive Rolle übernehmen können. Nur so lässt sich das Gesundheitssystem leistungsfähiger gestalten und die gesundheitliche Versorgung für alle Versicherten in allen Regionen bedarfsgerecht sicherstellen.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA), der auf Faktoren wie Alter, Geschlecht und Krankheitslast basiert, ist im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen das wichtigste Instrument. So wird garantiert, dass das freie Wahlrecht der Versicherten vollständig und ohne Diskriminierung bestehen bleibt. Gleichzeitig soll der RSA wirksame Anreize schaffen, damit Krankenkassen wirtschaftlich arbeiten. Sie sollen sich entsprechend ihrer gesetzlichen Aufgaben um den barrierefreien Zugang zur Gesundheitsversorgung sowie um Beratung und Information für alle Versicherten der Solidargemeinschaft bemühen.

Mehr Zuweisungen für vulnerable Gruppen

Wir als AOK-Gemeinschaft halten es für inakzeptabel, dass Krankenkassen nach wie vor für junge und kostengünstige Versicherte zu viel Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten, während die Zuweisungen für vulnerable Versichertengruppen wie Pflegebedürftige oder sozial Benachteiligte zu gering sind. In der Wissenschaft herrscht Einigkeit darüber, dass ein geringes Einkommen, soziale Schutzbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit oft mit einem schlechteren Gesundheitszustand und höherem Versorgungsbedarf verbunden sind. Doch gerade bei diesen Versicherten decken die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds systematisch nicht die Ausgaben der Krankenkassen. Mehrere wissenschaftliche Gutachten haben den dringenden Reformbedarf bestätigt. Zuletzt hat auch der Beirat beim Bundesamt für soziale Sicherheit, der für die wissenschaftliche Weiterentwicklung zuständig ist, entsprechende Vorschläge formuliert.

RSA: Eine Weiterentwicklung ist notwendig

Diese Fehlfunktion im Risikostrukturausgleich (RSA) setzt negative Anreize für das Wettbewerbshandeln der Krankenkassen. Sie widerspricht den gesundheits- und sozialpolitischen Zielen, die Krankheitslast insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, die von Volkskrankheiten stark betroffen sind, zu senken. Der Ausgleichsmechanismus zwischen den Krankenkassen muss daher in Zukunft Anreize zur Risikoselektion vollständig ausschließen. Ein zielgerichteter Risikoausgleich muss dafür sorgen, dass wirtschaftlich rational handelnde Krankenkassen ihren Versicherten Versorgungsangebote bereitstellen können, die ihren

Bedürfnissen genau entsprechen. Krankenkassen sollten insbesondere in die Betreuung von Versicherten mit hohem Beratungs- und Koordinierungsaufwand investieren – damit kann den rapide steigenden Gesundheitskosten entgegengewirkt werden. Die Weiterentwicklung des RSA muss in der kommenden Legislaturperiode umgesetzt werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die gesetzlichen Vorgaben zum Risikostrukturausgleich (RSA) müssen konsequent und schnell auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse des Expertenbeirats beim Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS) weiterentwickelt werden.
- Die politische Fehlentscheidung bei erwerbsgeminderten Versichertengruppen muss korrigiert und die Erwerbsminderungszuschläge im RSA wieder eingeführt werden.
- Soziodemografische Merkmale wie Pflegebedürftigkeit und Härtefälle müssen in den RSA aufgenommen werden.
- Die sogenannte Manipulationsbremse muss abgeschafft werden.

Weniger Staatsmedizin, mehr Freiraum

Obwohl die Gesundheitspolitik in den letzten Jahren viel unternommen hat, werden die Versorgungslücken in strukturschwachen Gebieten immer größer – sowohl auf dem Land wie auch in den Städten. Doch gerade dort ist eine gute medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen von entscheidender Bedeutung. Nur so können sie wirklich frei wählen, wo sie wohnen und leben wollen. Die AOK-Gemeinschaft will die Gesundheitsversorgung in diesen Regionen als Teil der Daseinsvorsorge stärken. Wir müssen starre, zum Teil zentralistische und nicht mehr zeitgemäße sektorale Vorgaben abbauen. Diese traditionellen Strukturen behindern Innovationen und lassen keinen Raum für sektorenübergreifende Lösungen regionaler Probleme. Gesetzliche Anpassungen von oben oder isolierte Modellprojekte führen häufig zu einer unkoordinierten Einführung neuer Einzelideen und erhöhen nur unnötig die Komplexität des Gesundheitssystems. Besonders strukturell, ökonomisch und sozial benachteiligte Regionen und Stadtteile stehen vor der Herausforderung, trotz fehlender Angebote und schwieriger Bedingungen eine sichere Versorgung zu gewährleisten. Hier sind funktionierende Strukturen entscheidend, um Nachteile auszugleichen. Wir setzen uns dafür ein, dass das Gesundheits- und Pflegesystem mehr Raum für regionale Lösungen bietet. Statt über die Anzahl der Krankenkassen zu streiten, sollten wir Rahmenbedingungen schaffen, die es allen Beteiligten ermöglichen, Verantwortung zu übernehmen – insbesondere den Krankenkassen. Gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort wollen wir die gesundheitliche und pflegerische Versorgung aktiv verbessern. Dazu müssen Versorgungslücken in benachteiligten Regionen geschlossen werden. Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen vor Ort bedarfsgerechte Sorgestrukturen und Caring Communities entstehen. Kranken- und Pflegekassen müssen gemeinsam mit den Kommunen die Grundlagen dafür schaffen, dass Angehörige, Pflegeeinrichtungen, Akteure der verschiedenen Gesundheitsberufe, Pflegedienste und Ehrenamtliche mehr Verantwortung für die Unterstützung und Pflege übernehmen können. Die Expertise und Möglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen müssen stärker für die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung genutzt werden. Dazu müssen ihre Handlungsspielräume für gemeinsame regionale Versorgungsstrategien mit den Kommunen und ihre Gestaltungsspielräume für die Entwicklung integrierter Versorgungsangebote erweitert werden.

○ Weniger Zentralismus, mehr regionale Unterschiede bei Versorgungsangeboten im Gesundheitssystem und in der Pflege

Die zentralistische Überregulierung ignoriert regionale Unterschiede. Wir brauchen deshalb weniger bundesweite Vorgaben für neue Versorgungsmodelle in den Regionen und davon nur solche, die auf ein Mindestmaß beschränkt sind. Stattdessen brauchen wir mehr Gestaltungsfreiräume für regionale Lösungen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort besser anpassen zu können. Wir müssen Bedingungen schaffen, die flexible und dezentrale Vertragsmöglichkeiten bieten, damit innovative und maßgeschneiderte Lösungen für regionale Gesundheitsstrukturen entstehen können.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher zur Förderung von Gesundheitsregionen:

- Eine eigenständige Rechtsgrundlage für regionale Verträge, die mit ähnlichen Spielräumen ausgestattet ist wie die der Besonderen Versorgung. Alle wesentlichen Akteure, einschließlich Anbieter der Langzeitpflege und Kommunen, sollen Vertragspartner werden können.
- Eine Allianz der Freiwilligen soll den Anfang machen. Andere Kranken- und Pflegekassen können sich anschließen, und Versicherte sollen ohne bürokratische Einschreibeverfahren teilnehmen können.

- Innovationen sollen schnell und unkompliziert in die Regelversorgung übergehen können. Dies wird möglich, wenn 70 Prozent der Versicherten in einer Region durch die teilnehmenden Krankenkassen abgedeckt sind, was den Innovationen eine dauerhafte Perspektive bietet.

○ Weniger Bund, mehr Zuständigkeit der Länder bei der Aufsicht

Um die regionale Versorgung besser zu gestalten, müssen wir die widersprüchliche Regulierung bei den Versorgungsverträgen der Krankenkassen reduzieren. Die Länder brauchen mehr Freiraum für die spezifischen Versorgungsbedürfnisse.

Krankenkassen schließen Versorgungsverträge sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene ab. Das ist sinnvoll und hat sich bewährt. Während wir aber auf Bundesebene allgemeine Grundsätze festlegen, ohne auf regionale Besonderheiten einzugehen, müssen auf Landesebene konkrete Vereinbarungen getroffen werden, die den örtlichen Gegebenheiten entsprechen. Nur so kann die Versorgung bedarfsgerecht gesteuert werden. Widersprüchliche Aufsichtszuständigkeiten müssen beseitigt werden: Die Aufsicht über die Rechtmäßigkeit regionaler Verträge sollte nicht mehr von der regionalen Erstreckung der beteiligten Krankenkassen abhängen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Dass den Bundesländern die alleinige Aufsichtszuständigkeit über regionale Versorgungsverträge übertragen wird.

○ Weniger Sektorengrenzen in der Pflege, mehr Flexibilisierung beim Leistungs- und Vertragsrecht

Wir wollen das Leistungs- und Vertragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (SPV) so weiterentwickeln, dass es den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen gerecht wird. Die SPV sollte so gestaltet sein, dass individuelle Pflegelösungen möglich sind. Durch die Flexibilisierung des Leistungsrechts, indem wir Leistungen in Budgets zusammenfassen, können wir maßgeschneiderte Versorgungslösungen schaffen, die auch Angehörige entlasten und Mittel effizienter einsetzen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Unabhängig von der Wohnform oder dem Ort der Leistungserbringung sollen die bisherigen Leistungsansprüche in zwei Budgets zusammengefasst werden: ein Basisbudget für Geldleistungen und ein Sachleistungsbudget. Die Höhe dieser Budgets richtet sich nach dem Pflegegrad. So wird das Leistungsrecht vereinfacht und pflegebedürftigen Menschen eine flexiblere und bedarfsgerechtere Nutzung ermöglicht. Dies entlastet Angehörige und stärkt die Selbstbestimmung der Betroffenen. Zudem haben sie Anspruch auf fachpflegerische Begleitung durch die Zusammenführung der Beratungsansprüche.

- Regionale Gestaltungsspielräume und erweiterte Vertragsformen sollten genutzt werden, um über integrierte Versorgungsverträge und Gesundheitsregionen das gesamte Spektrum von Gesundheitsförderung bis palliative Betreuung zu verbessern. Dies gilt zum Beispiel für die Überleitung in einen anderen Versorgungsbereich, die Unterstützung von Angehörigen oder die Begleitung in der letzten Lebensphase.

○ Weniger Alleingang, mehr Beratung durch Systemlotsen

Die bisherigen Beratungsansprüche (Pflegerberatung, Pflegekurse und Beratungspflichtbesuche) gegenüber der Kranken- und Pflegekasse sollten zu einem Beratungsanspruch zusammengefasst und aus einer Hand gewährt werden, da sie alle dieselbe Zielrichtung verfolgen. Die Pflegekasse sollte entscheiden, ob sie dieses Beratungsangebot selbst übernimmt oder durch Dritte erbringen lässt. Ziel muss sein, die Rolle der Kranken- und Pflegekassen zu einem „Systemlotsen“ fortzuentwickeln und Beratungsleistungen für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige im Sinne eines Case-Managements auszubauen. Pflegebedürftige Menschen, die Pflegegeld in Anspruch nehmen und ausschließlich durch An- und Zugehörige versorgt werden, sollen verpflichtend ein erweitertes Case-Management in Anspruch nehmen. Damit kann das Pflegesetting stabilisiert und sichergestellt werden.

○ Weniger Insellösungen, mehr Zusammenarbeit in der Pflege

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine der größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft in der Zukunft. Wir können diese nur bewältigen, wenn wir die Pflege gemeinsam mit allen Akteuren vor Ort organisieren. Dafür müssen die Pflege- und Unterstützungsstrukturen in den Gemeinden und Quartieren (Caring Communities) gestärkt werden. Alle wichtigen Akteure müssen zum Aufbau dieser sorgenden Gemeinschaften vor Ort beitragen. Es geht dabei nicht nur um die Leistungen der Pflegeversicherung.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Die Rolle der Kommunen und die Zusammenarbeit von Kommunen und Pflegekassen müssen gestärkt werden.
- Die Versorgungsdaten der Pflegekassen sollten für die kommunale Pflegestrukturplanung genutzt werden, um so die verschiedenen Akteure besser miteinander zu verzahnen. Diese Daten sind besonders auf kommunaler Ebene wichtige Grundlagen für die Organisation von Pflege und Unterstützung vor Ort.
- Die zeitliche Begrenzung der Finanzierung neuer Modellvorhaben für Unterstützungsstrukturen im Quartier muss aufgehoben werden. Nur durch eine langfristige und stetige Finanzierung in Form eines Strukturentwicklungsbudgets können Unterstützungsstrukturen vor Ort aufgebaut werden.

○ Weniger Pillen, mehr Prävention und Gesundheitsförderung

Deutschland gibt laut OECD pro Kopf mehr Geld für das Gesundheitswesen aus als jeder andere EU-Staat. Trotzdem liegen wir bei der gesundheitsbezogenen Lebenserwartung unter dem EU-Durchschnitt und unter den westeuropäischen Staaten auf einer Schlusslicht-Position. Ein Hauptgrund dafür sind weit verbreitete Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Probleme, Krebs, Adipositas und Typ-2-Diabetes. Diese Krankheiten betreffen überproportional Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Dabei sind vier von zehn Todesfällen letztlich auf die Risikofaktoren Tabak, Alkohol, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel zurückzuführen. Die Sterblichkeit wird maßgeblich durch vermeidbare, verhaltensbedingte Risiken beeinflusst.

Im Ergebnis entsteht millionenfach vermeidbares, individuelles Leid sowie eine milliarden schwere Last für unsere sozialen Sicherungssysteme und die deutsche Volkswirtschaft. Die Krankheitslast begünstigt und verursacht Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung, Produktivitätsausfälle, Fachkräftemangel sowie steigende Pflege- und Krankheitskosten. Angesichts des demografischen Wandels brauchen wir dringend eine Strategie, um die Gesunderhaltung in der Bevölkerung zu verbessern. Die AOK-Gemeinschaft engagiert sich mit vielfältigen Präventionsprogrammen für Kitas, Schulen und Kommunen, mit umfangreichen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie mit Gesundheitskursen für die Gesunderhaltung. Doch die aktuell ungünstigen Rahmenbedingungen wirken diesen Angeboten oft entgegen.

Mehr Primärprävention und Fokus auf Kinder und Jugendliche

Deshalb brauchen wir eine umfassende Public-Health-Strategie für Deutschland, die bei den Lebensverhältnissen ansetzt und gesundheitsförderndes Verhalten unterstützt. In den vergangenen Legislaturperioden wurde Prävention entgegen den wissenschaftlichen Erkenntnissen auf die Früherkennung und Behandlung einzelner Krankheiten beschränkt. Stattdessen brauchen wir eine gesamtgesellschaftliche Strategie, die Gesundheit in allen Politikbereichen verankert (Health-in-all-Policies), sich auf Primärprävention konzentriert und insbesondere das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen sowie das gesunde Altern fördert.

Die größten Chancen zur Verbesserung liegen außerhalb der klassischen Gesundheitspolitik. Prävention darf nicht auf „Vorbeuge-Medizin“ beschränkt werden. Wir müssen auch die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die Gesundheit beeinflussen, berücksichtigen. Zentrale Handlungsfelder sind unter anderem die Ernährungspolitik, die Suchtmittelpolitik sowie die Mobilitätspolitik.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die sich besonders auf gesundes Aufwachsen und Altern konzentriert.
- Die Erarbeitung von Maßnahmen gegen die negativen Auswirkungen digitaler Medien auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – zum Beispiel durch Anpassung der Altersgrenzen und Überprüfung der Regelungen für Anbieter sozialer Netzwerke.
- Den stärkeren Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabak, Alkohol und Nikotinprodukten wie E-Zigaretten – zum Beispiel durch Anpassung der Altersgrenzen.
- Eine Stärkung des Kinder- und Jugendschutzes zur Prävention von Suchterkrankungen sowie in Bezug auf Glücksspiel und unausgewogene Lebensmittel.

- Förderung körperlicher Aktivität und aktiver Mobilität im Alltag – zum Beispiel durch Strategien zur Förderung des Öffentlichen Personennahverkehrs, Rad- und Fußverkehrs, Bereitstellung von Mitteln für Kommunen zur Förderung aktiver Mobilität, steuerliche Vorteile für aktive Mobilität.
- Die Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche Lebensmittel wie frisches Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte und Vollkornprodukte müssen gestärkt sowie die Gesundheits- und Ernährungskompetenz aller Bevölkerungsgruppen erhöht werden.
- Die Schaffung einer Gesundheitsberichterstattung in Form einer flächendeckenden und verlässlichen regionalen Datenbasis im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) verbunden mit dem Ausbau der Public-Health bezogenen Aufgaben des ÖGDs.

Klimawandel als Gesundheitsherausforderung

Auch der Klimawandel und seine Folgen müssen in der Präventionsstrategie berücksichtigt werden. Eine besondere Belastung stellen Hitzewellen dar, die durch die sich verändernden klimatischen Bedingungen hervorgerufen werden. Es braucht dringend einen klaren gesetzlichen Rahmen für gesundheitlichen Hitzeschutz auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, in dem Hitzeschutz als Pflichtaufgabe verankert und von Bundes- und Landesebene ausreichend finanziell unterstützt wird.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Die Verankerung von institutionellen Hitzeaktionsplänen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, bei Not- und Rettungsdiensten sowie Settings mit hohem Risiko zur Pflichtaufgabe zu machen.
- Die Einbindung der Gesundheitsämter bei der Entwicklung und Umsetzung kommunaler Hitzeaktionspläne zur Pflichtaufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu machen.
- Die Hitzeresilienz als zentrale Herausforderung in den Zivil- und Katastrophenschutz zu integrieren.
- Dazu nötige Investitionen sollten unverzüglich in den entsprechenden Haushalten und Budgets eingestellt werden.

○ Mehr Prävention als Ziel einer nachhaltigen Pflegepolitik

Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit vermeiden, verzögern oder mildern, können dazu beitragen, dass ältere Menschen länger selbstbestimmt leben. Präventive Ansätze, die solche Maßnahmen unterstützen, sollten regional weiterentwickelt und umgesetzt werden, um individuelle und bedarfsgerechte Lösungen zu schaffen. Prävention ist ein Ziel nachhaltiger Pflegepolitik und Teil einer Public-Health-Strategie, die Gesundheitsförderung in allen Lebensphasen berücksichtigt. Sekundär- und Tertiärprävention setzen gezielt dort an, wo gesundheitsfördernde und therapeutische Maßnahmen ihre Potenziale entfalten können.

Die AOK-Gemeinschaft fordert deshalb:

- Pflegeeinrichtungen sollen ihren Versorgungsauftrag erweitern und einen ressourcenorientierten, pflegerisch-therapeutischen Ansatz als „Präventionspflege“ für alle pflegebedürftigen Menschen anbieten. Der Langzeitversorgungsbedarf erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflege, Medizin und Therapie.
- Die Pflegeversicherung soll die Kosten für pflegerisch-therapeutische Unterstützungsleistungen acht Wochen im Jahr übernehmen.
- Evidenzbasierte digitale Unterstützungsangebote sollten unter bundeseinheitlichen Vorgaben in die Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes integriert werden. Diese Angebote stabilisieren das pflegerische Umfeld („Ambient Assisted Living“).

○ Weniger staatliche Übergriffe, mehr Selbstverwaltung im Gesundheitssystem

Seit über 140 Jahren garantiert die GKV den Versicherten einen umfassenden Krankenversicherungsschutz, Hilfe und Unterstützung vor existenzieller Not bei Erkrankung und den wirtschaftlichen Einsatz von Beitragsgeldern. Das schafft Vertrauen und Sicherheit bei Versicherten und Arbeitgebern. Entscheidend für diesen Erfolg sind die subsidiäre Aufstellung des Gesundheitswesens und staatlich unabhängige, sozial selbstverwaltete Kranken- und Pflegekassen. Der Blick in andere Länder zeigt, dass zentralistisch ausgerichtete Staatsmedizin nicht zu besseren Ergebnissen in der Versorgung führt.

Vor diesem Hintergrund sehen wir als AOK-Gemeinschaft die zunehmenden staatlichen Eingriffe in das Gesundheitswesen und in die ehrenamtlichen Entscheidungskompetenzen der selbstverwalteten Kranken- und Pflegekassen mit Sorge.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die Politik sollte die Entscheidungen der sozialen Selbstverwaltung akzeptieren und sich darauf konzentrieren, gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die es der Selbstverwaltung ermöglichen, im Interesse der Versicherten zu handeln.
- Die Politik muss die Zentralisierung von Zuständigkeiten in Bundesinstitutionen beenden, da diese die Institutionen der Selbstverwaltung schwächt.

Es muss wieder ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den notwendigen bundeseinheitlichen Gesetzesvorgaben und der Entscheidungsfreiheit in einem selbstverwalteten Gesundheitssystem hergestellt werden.

○ Weniger Eigenmächtigkeiten der Politik, mehr Entscheidungskompetenz für die gemeinsame Selbstverwaltung

In den letzten Jahren hat die gemeinsame Selbstverwaltung deutlich an Entscheidungskompetenz verloren. Ein Beispiel dafür ist, dass das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nun die Prüfkriterien für Digitale Gesundheitsanwendungen festlegt. Wir müssen stattdessen wieder administrative Vorgaben reduzieren und die Expertise der gemeinsamen Selbstverwaltung wieder in den Mittelpunkt stellen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die gemeinsame Selbstverwaltung soll wieder vollständig über den Leistungskatalog sowie die Qualitäts- und Strukturanforderungen im Gesundheitswesen entscheiden können.
- Der Gesetzgeber muss auf direkte Eingriffe verzichten, insbesondere bei der Einführung neuer Leistungen, die nicht evidenzbasiert sind.
- Die evidenzbasierte Nutzenbewertung muss konsequent angewendet und weiterentwickelt werden.

○ Weniger staatliche Verwaltung, mehr Autonomie und Eigenverantwortung der sozialen Selbstverwaltung

Die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung hat sich über Jahrzehnte bewährt. Sie ermöglicht es Versicherten, beitragszahlenden Mitgliedern und ihren Arbeitgebern, die Mitsprache in einem Solidarsystem, das zu 95 Prozent aus Arbeitsentgelten und Renten finanziert wird. Nur mit einer möglichst großen Handlungsfreiheit und Autonomie der Selbstverwaltung können in den Krankenkassen Entscheidungen getroffen werden, die den Interessen der Versicherten und Arbeitgebern entsprechen. Das Grundgesetz verankert die Sozialversicherung als mittelbare Staatsverwaltung, doch die Selbstverwaltung umfasst auch die Autonomie ihrer Träger und Organe und ist keine bloße innerstaatliche Organisationsform.

Die Autonomie der Selbstverwaltung geht über Satzungsleistungen und Personalentscheidungen hinaus. Sie muss auch die aktive Gestaltung der Versorgung als Kernaufgabe der Kranken- und Pflegekassen umfassen. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung dürfen nicht eingeschränkt werden. Besonders wichtig ist, dass die Krankenkassen ihre vollständige Haushalts- und Beitragssatzautonomie zurückerhalten. Zudem sollten sie die Möglichkeit haben, sich gegen unberechtigte Eingriffe gerichtlich zu wehren, ähnlich wie Rundfunkanstalten oder Universitäten.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher konkret:

- Die paritätische Selbstverwaltung durch Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände muss im Grundgesetz verankert werden, um das Selbstverwaltungsprinzip und den Grundrechtsschutz öffentlich-rechtlicher Institutionen zu stärken.
- Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Klagerechte der Selbstverwaltung im Sozialgerichtsgesetz und im Bundesverfassungsgerichtsgesetz müssen geklärt werden.
- Die Haushalts- und Beitragssatzautonomie der Krankenkassen muss vollständig wiederhergestellt werden.

- Die Parität zwischen Arbeitgeber- und Versichertenvertretern muss in allen Krankenkassen gesetzlich hergestellt und in der Folge auch in den Spitzenorganisationen der GKV nachvollzogen werden.
- Die Mandatsbegrenzung für Ehrenamtliche in der sozialen Selbstverwaltung muss aufgehoben werden.
- Die Entscheidungskompetenzen der selbstverwalteten Institutionen müssen gestärkt werden, indem staatliche Detailvorgaben für die Verwaltungsräte der Kranken- und Pflegekassen zurückgenommen werden.
- Die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Selbstverwaltungsarbeit müssen durch Beseitigung steuerlicher Nachteile für Ehrenamtliche und die Vereinheitlichung der Rechtsanwendung verbessert werden.
- Die vollständige Satzungsautonomie für die Festlegung der Anzahl und der Rahmenbedingungen für digitale Sitzungen in den Selbstverwaltungsorganen muss hergestellt werden.
- Die Informationsvermittlung zu den Sozialversicherungssystemen muss durch Berücksichtigung des Themas in den Lehrplänen weiterführender Schularten, den Informations- und Bildungsmaterialien der Bundes- und Landeszentralen für politische Bildung sowie durch die Berichterstattung des öffentlich-rechtlichen Rundfunks verbessert werden.

Weniger Unsicherheit, mehr Stabilität

Wir setzen uns dafür ein, dass unsere Versicherten und Beitragszahlenden darauf vertrauen können, dass die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nachhaltig und stabil finanziell aufgestellt ist. Die aktuell schwierige finanzielle Situation jedoch schafft Unsicherheit darüber, ob die Beiträge sinnvoll eingesetzt werden – und ob Gesundheit und Pflege auch in Zukunft bezahlbar bleiben.

In den letzten drei Legislaturperioden wurden zahlreiche Gesetze verabschiedet, die die Vergütung der Leistungserbringenden erhöht und die Beitragszahler stärker belastet haben, ohne die Versorgung der Versicherten spürbar zu verbessern. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die begrenzten Ressourcen effektiv und effizient eingesetzt werden. Die Leistungen der Krankenversicherung müssen konsequent auf den Nutzen für die Versicherten ausgerichtet sein. Leistungskürzungen und Kostenverlagerungen sind zu vermeiden.

Wir fordern stattdessen, dass sich eine zukünftige Ausgabenpolitik an den Einnahmen orientiert und versicherungsfremde Leistungen ausreichend finanziert werden, um die Stabilisierung der Beiträge zu erreichen. Strukturen im Gesundheitswesen, die nicht den Bedarfen gerecht werden oder gar überflüssig sind, müssen ab- oder umgebaut werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot muss eingehalten werden, damit die Beitragsgelder der Solidargemeinschaft zielgenau, effektiv und effizient eingesetzt werden. Dafür benötigen die Kassen die erforderlichen Instrumente und gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Das beitragsfinanzierte System der gesetzlichen Krankenversicherung muss gestärkt und der Anteil der Steuerfinanzierung auf das notwendige Maß begrenzt werden, um eine Gesundheitspolitik nach Kassenlage zu vermeiden.

Ein erster wichtiger Schritt, um Krankenkassen wieder finanziell stabiler zu machen, ist die Rücknahme der Begrenzung der finanziellen Rücklagen der Krankenkassen. Durch das Abschmelzen der Rücklagen als Ergebnis einer expansiven Ausgabenpolitik der vergangenen Wahlperioden und die mehrfach gesetzlich angeordnete Abführung von Rücklagen an den Gesundheitsfonds können Krankenkassen nicht mehr in ausreichendem Maße insbesondere auf unvorhergesehene Ausgabenschwankungen reagieren. Die Rückkehr zur in der Vergangenheit als angemessen angesehene Höhe der Rücklagen in Höhe einer Monatsausgabe ist daher eine dringend notwendige Maßnahme der neuen Bundesregierung.

○ Weniger Zweckentfremdung von Beitragsgeldern, mehr Sicherheit bei der Finanzierung der GKV

Die Bund und Länder ziehen sich seit Jahren zunehmend aus der Verantwortung für die Finanzierung der Daseinsfürsorge zurück. Stattdessen wird die gesetzliche Krankenversicherung immer häufiger zur Übernahme von systemfremden Aufgaben herangezogen, wie beispielsweise die Finanzierung von Infrastrukturmaßnahmen im Gesundheitswesen, Maßnahmen zur Wirtschafts- und Standortförderung oder die Übernahme gesamtgesellschaftlicher Leistungen. Diese Sparpolitik des Bundes und der Länder auf Kosten der Beitragszahlenden muss ein Ende finden. Der Staat muss die notwendigen Finanzmittel aus seinem Haushalt bereitstellen.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher nachdrücklich:

- Eine regelgebundene Dynamisierung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen.
- Die Anhebung der pauschalen Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeldbeziehende auf eine auskömmliche Höhe.

- Eine klare Trennung zwischen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (z. B. Wirtschaftsförderung, allgemeine Daseinsvorsorge oder familienpolitische Maßnahmen) und den originären Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Gelder der Solidargemeinschaft dürfen nicht als „Notnagel“ in haushaltspolitisch schwierigen Zeiten missbraucht werden.
- Die Rücknahme der bereits von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen sachfremden Ausgaben, wie die Investitionskosten für Krankenhäuser und Arztpraxen, die Finanzierung der Telemedizininfrastruktur oder die hälftige Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds.

○ Weniger Ausgabenwachstum, mehr Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung

Neben den Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auch die Ausgaben im Gesundheitswesen stärker in den Fokus rücken. Das Ziel muss sein, die Ausgaben wieder durch die Einnahmen decken zu können. Die gesetzlich Versicherten und Arbeitgeber in Deutschland erwarten zu Recht, dass ihre Beiträge wirtschaftlich und sachgerecht verwendet werden.

Die gute finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung in den 2010er-Jahren hat dazu geführt, dass die Politik kaum bereit war, die Ausgabenentwicklung effektiv zu steuern. Trotz veränderter Rahmenbedingungen und einer immer größeren Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen hat in den beiden letzten Legislaturperioden kein Umdenken stattgefunden. Unter dem Vorwand der „Entbürokratisierung“ wurden wichtige Elemente zur Einhaltung und Prüfung von Wirtschaftlichkeit in der Versorgung abgeschafft. Der Gesetzgeber hat neue Leistungen eingeführt, die keinen erwiesenen Nutzen für die Patientinnen und Patienten haben, und dabei die gemeinsame Selbstverwaltung umgangen.

Stattdessen könnte man tatsächlich entbürokratisieren, indem man beispielsweise den „Falldialog“ stärkt. Dieser ermöglicht bei strittigen Abrechnungsfragen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ein direktes Gespräch auf Grundlage der relevanten Patientenunterlagen. Dadurch können sowohl Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst als auch Klageverfahren vor den Sozialgerichten vermieden und die überlasteten Sozialgerichte entlastet werden. Statt solche Elemente seitens der Politik immer weiter zu schwächen, müssen den Krankenkassen wirksame Instrumente an die Hand gegeben werden.

Für mehr wirtschaftliche Mittelverwendung und Digitalisierung

Um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern, sind unbedingt Maßnahmen zur Kostenkontrolle notwendig. Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung müssen wieder verstärkt möglich sein, um die wirtschaftliche Mittelverwendung sicherzustellen. Um die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen und ein hohes Versorgungsniveau sicherzustellen, müssen Regelungslücken geschlossen und Umsetzungsdefizite beseitigt werden, die ein konsequentes Vorgehen gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen erschweren. Das Potenzial der Digitalisierung sollte genutzt werden, um die Aufwände für alle Beteiligten zu minimieren und Abläufe zu beschleunigen. Darüber hinaus sind vermeidbare Verwaltungsaufwände zu minimieren, beispielsweise durch die vollständige Datenlieferung und -übertragung in der ärztlichen Abrechnung (Formblatt 3) oder die Umstellung der Abrechnung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln auf die Auszahlung eines pauschalen Leistungsbetrags.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung durch eine Weiterentwicklung der Ausschreibungs- und Rabattvertragsmöglichkeiten von Krankenkassen – insbesondere regional – wieder stärker zu nutzen.
- Elemente zur Berücksichtigung der Kostendegression müssen eingeführt bzw. im zahnärztlichen Bereich wieder eingeführt werden.
- Maßnahmen ohne erkennbaren Nutzen in der Versorgung, wie die finanziellen Anreize zur Terminvermittlung bei Haus- und Fachärzten, die extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstunde oder auch die Entbudgetierung Kinder- und Jugendmediziner zurückzunehmen
- Bewährte Instrumente wie Festbeträge zu stärken und Herstellerrabatte sowie das Preismoratorium in der Arzneimittelversorgung zu verlängern.
- Die Mehrwertsteuer für Hilfs- und Arzneimittel auf 7 Prozent abzusenken.
- Die Ausgabenentwicklung wieder grundsätzlich an die Einnahmenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu koppeln.

○ Weniger Unsicherheit in der Pflegeversicherung, mehr Vertrauen und Gerechtigkeit

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht seit Jahren unter sehr hohem finanziellem Druck, insbesondere durch den demografischen Wandel und die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen. Die Finanzlage ist seit Jahren defizitär, nicht zuletzt aufgrund des unzureichenden Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen.

Zusätzlicher Anpassungsdruck entsteht durch ein unzureichendes Pflegeangebot, insbesondere aufgrund des Fachkräfteengpasses. Hinzu kommen deutlich gestiegene Eigenanteile der Pflegebedürftigen und eine zunehmende Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege. All dies führt zu einer erheblichen Verunsicherung bei Pflegebedürftigen, Angehörigen, Versicherten sowie bei Arbeitgebern.

Sicherung der gesellschaftlichen Rolle der Pflegeversicherung

Wir setzen uns dafür ein, die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung angesichts der absehbaren Finanzierungslücke nachhaltig zu stabilisieren und das Leistungsniveau im Rahmen des umlagefinanzierten Teilleistungssystems durch einen Finanzierungsmix zu sichern. Die finanziellen Belastungen müssen auf viele Schultern verteilt werden, damit die soziale Pflegeversicherung ihre wichtige gesellschaftliche Funktion weiterhin erfüllen kann und ein Interessenausgleich zwischen den Generationen sowie zwischen den Beitragszahlenden und Leistungsbeziehenden gelingt.

Trotz der demografischen Herausforderungen bleibt das beitragsfinanzierte Umlagesystem der Pflegeversicherung weiterhin der wichtigste Bestandteil der Pflegefinanzierung.

○ Weniger in die Pflegekasse greifen, mehr Bundesbeiträge für staatliche Aufgaben

Der Bund muss Haushaltsmittel für die versicherungsfremden Aufgaben bereitstellen, die bislang von der Pflegeversicherung getragen werden. Dafür braucht es einen dauerhaften, zweckgebundenen und dynamischen Bundesbeitrag, um systemfremde Leistungen auszugleichen. Dieser Beitrag darf sich nicht nach der Haushaltslage des Bundes richten.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die bislang von der sozialen Pflegeversicherung getragen werden, müssen refinanziert werden. Dazu zählen:

- Die Sozialversicherungsbeiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige.
- Die Kosten von Förderprogrammen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zur Förderung der Digitalisierung der Pflegeeinrichtungen.
- Die Ausbildungskosten von Pflegefachpersonen und Assistenzpersonen. Auch die Pflegebedürftigen werden hier im Rahmen ihres Eigenanteils an den Ausbildungskosten erheblich mitbelastet.
- Die pandemiebedingten Kosten für Infektionsschutz und wirtschaftliche Nachteilsausgleiche (Rettungsschirme), die von der sozialen Pflegeversicherung getragen wurden, obwohl sie in die Finanzierungszuständigkeit des Bundeshaushaltes fallen.
- Der Aufbau eines Pflegevorsorgefonds mit Bundesmitteln.

Darüber hinaus muss der Bund seiner Verantwortung als Leistungsträger für die Bürgergeldbeziehenden gerecht werden und deren Absicherung des Gesundheits- und Pflegerisikos übernehmen. Dazu müssen die Beiträge des Bundes zur sozialen Pflegeversicherung für die Bürgergeldbeziehenden sachgerecht bemessen werden.

Zudem sollte die soziale Pflegeversicherung einen jährlichen substanziellen Bundeszuschuss für den Kapitalaufbau des Pflegevorsorgefonds zur Entlastung künftiger Beitragszahler ab 2035 erhalten.

Dieses Maßnahmenpaket würde – ohne die pandemiebedingten Mittel – den Beitragssatz um 0,5 Prozentpunkte entlasten.

Weniger Leistungsentwertung, mehr Garantien für das Leistungsniveau durch Dynamisierung

Um den weiteren Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile in der Pflegeversicherung zu begrenzen, müssen die Leistungen jährlich automatisch angepasst werden. Diese Anpassung sollte sich an den steigenden Beitragseinnahmen orientieren, ähnlich wie bei der Rentenversicherung, die durch Lohnerhöhungen steigt. Damit wird das Prinzip der Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung gesichert. Gleichzeitig werden Pflegebedürftige und ihre Angehörigen finanziell entlastet und Mehrkosten durch eine bessere Pflege vermieden.

Weniger Investitionsstau, mehr Länderbeitrag für die pflegerische Infrastruktur

Um pflegebedürftige Menschen von Eigenanteilen zu entlasten, sollten die Länder ihrer finanziellen Verantwortung für die Investitionskosten nachkommen. Diese Verpflichtung haben sie bereits bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1994 übernommen. Neben der jährlichen Anpassung der Leistungsbeträge und der Finanzierung der Ausbildungskosten müssen die Länder daher die Investitionskosten vollständig übernehmen, anstatt diese den Pflegebedürftigen aufzubürden.

○ Weniger Intransparenz, mehr Rechte für Patientinnen und Patienten

Unsere Versicherten benötigen bei fehlerhaften Behandlungen verlässlichen Rechtsschutz, um ihre Rechte effektiv durchsetzen zu können. Daher müssen die Patientenrechte dringend weiterentwickelt und gestärkt werden. Die gesetzlichen Regelungen zu Medizinproduktfehlern und Arzneimittelschäden sollten ebenfalls überarbeitet werden, um die Durchsetzung der Patientenrechte in diesen Bereichen zu erleichtern. Patientinnen und Patienten erwarten, dass zwölf Jahre nach Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes bestehende Vollzugsdefizite beseitigt und Regelungen geschaffen werden, die ihre Rechtsposition deutlich stärken.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher:

- Die Beweislast für den Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden sollte auf „überwiegende Wahrscheinlichkeit“ gesenkt werden.
- Betroffene sollten umfassend über Behandlungs- oder Pflegefehler informiert werden, ohne diese Informationen einfordern zu müssen.
- Es sollte eine gesetzliche Definition für grobe Behandlungsfehler geben.
- Patientinnen und Patienten brauchen ein umfassendes Einsichtsrecht in relevante Unterlagen.
- Alle Behandelnden und Hersteller von Medizinprodukten sollten verpflichtet sein, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen.
- Eine offene Fehlerkultur in Gesundheitseinrichtungen ist notwendig, ebenso wie mehr Zugriff auf Informationen zu Verdachts- und Schadensfällen sowie eine systematische Auswertung dieser Erkenntnisse, um daraus Lernprozesse zu entwickeln.

Impressum

Herausgeber:

AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Dr. Carola Reimann (Vorstandsvorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellvertretender Vorstandsvorsitzender)

Kontakt:

Dr. Kai Behrens
Telefon: (030) 346 46 23 09
E-Mail: presse@bv.aok.de
Internet: aok.de/pp

Redaktion & Gestaltung:

Scholz & Friends Berlin GmbH

Produktion:

KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

© AOK 1/2025