

# AGENDA

# GESUNDHEIT

## AOK Baden-Württemberg



MEHR GESTALTUNGSSPIELRÄUME SCHAFFEN

## Versorgung neu gestalten – mit regionaler Verantwortung

Bei der Bundestagswahl im September geht es auch um Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik. Hier hat sich in der zu Ende gehenden Legislaturperiode zwar einiges bewegt, aber tendenziell laufen die Reformen auf einen Zuwachs an zentralistischen Regelungen hinaus und drohen die Handlungsspielräume der Versorgung vor Ort zu beschneiden. Damit die Krankenkassen im Interesse der Versicherten das Gesundheitswesen voranbringen können, wünscht sich die AOK Baden-Württemberg von der Politik vor allem eines: Gestaltungsspielräume erhalten und neue schaffen! Denn ein Wettbewerb um Versorgungsqualität erfordert die Freiheit der Akteure vor Ort, alternative Regelungssysteme gestalten zu können.

➔ Als elektronische Version nachzulesen auf:  
[www.aok-bw-presse.de/agenda2017](http://www.aok-bw-presse.de/agenda2017)

\* Bei den in dieser Agenda Gesundheit zitierten Wünschen an das Gesundheitssystem handelt es sich um eine repräsentative KANTAR TNS-Umfrage im Auftrag der AOK Baden-Württemberg im Mai 2017. Die genannten Umfragewerte geben die TOP 2-Zustimmung von bundesweit 1.012 Befragten wieder.

3

### Beste Versorgung nah am Menschen ...

... erfordert regionale Lösungen im Sinne der Versicherten.

6

### Qualität stärken, Zukunft sichern ...

... durch mehr Freiräume für den Leistungs- und Qualitätswettbewerb.

9

### Ein Netz für das lange Leben ...

... benötigt eine Verknüpfung von Prävention, Pflege und Reha.

12

### Finanzierung – nachhaltig und fair ...

... für gleiche Wettbewerbsbedingungen im solidarischen System.

15

### Positionen der AOK Baden-Württemberg: Diese Gestaltungsspielräume brauchen wir.

# Beste Versorgung nah am Menschen

Das deutsche Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, insbesondere beim Zugang. Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und viele andere arbeiten ganz überwiegend auf einem anerkannt hohen Niveau. Dennoch gibt es Fehlentwicklungen und Probleme in der Versorgung. Diese gilt es gemeinsam zu beheben. Nur gemeinsam werden wir die Versorgung bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig, bezahlbar und effizient weiterentwickeln können. Unsere zukünftigen Herausforderungen für die beste Versorgung im Gesundheitswesen lassen sich nur koordiniert und gemeinsam positiv gestalten.

Wie ein solches Miteinander funktionieren kann, bei dem der Mensch im Mittelpunkt steht, demonstrieren die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) und die darauf aufbauenden Facharztverträge der AOK Baden-Württemberg. Hier werden seit Jahren Gestaltungsspielräume genutzt, um eine echte alternative Regelversorgung zu etablieren.

## Versorgungsvorteile

Der von unabhängigen Wissenschaftlern der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main verfasste dritte Evaluationsbericht bestätigte 2016 die großen Vorteile der HZV-Versorgung für Patientinnen und Patienten. Der Lotse Hausarzt führt zu gut 40 Prozent weniger unkoordinierten Facharztkontakten als in der Regelversorgung. Der Qualitätsvorsprung in der Behandlung lässt sich bei chronisch kranken Menschen besonders gut beobachten. So ist bei Diabetikerinnen und Diabetikern – in der Evaluation erstmals statistisch messbar – die Anzahl schwerer Komplikationen wie Amputationen, Dialysen oder Erblindungen signifikant geringer.

Die zentrale Rolle des Hausarztes kommt an: So zeigt die auf der folgenden Seite zitierte Umfrage bundesweit eine Zustimmung von 83 Prozent zur Behandlungskoordination durch einen Arzt des Vertrauens. Eine Prognos-Umfrage von 2016 unter HZV-Teilnehmern erbrachte eine Zustimmung von 96 Prozent für die Hausarztzentrierte Versorgung und damit auch für die Lotsenfunktion des Hausarztes in diesem Programm. Das in der

Regelversorgung vielfach übliche mangelbehaftete Nebeneinander wird in Baden-Württemberg aufgehoben, indem über selektive Vollversorgungsverträge immer mehr Fachärzte mit ins Boot geholt werden. AOK-Vorstandschef Christopher Hermann bilanziert: „An unserer alternativen Regelversorgung in den Hausarzt- und den Facharztverträgen nehmen 1,5 Millionen Versicherte und 4.000 Haus- und Kinderärzte sowie über 1.700 Fachärzte und Psychotherapeuten teil.“ Hermann fordert daher von der Politik mehr Gestaltungsspielraum, um den erfolgreichen Weg fortzusetzen.

Die ambulante Versorgung auf dem Land bleibt trotz allem eine Herausforderung der nächsten 15 Jahre. Die AOK fordert daher neben dem kontinuierlichen Ausbau



**Prof. Ferdinand M. Gerlach**  
Direktor des Instituts für  
Allgemeinmedizin an der  
Universität Frankfurt am  
Main

„Angesichts der deutschlandweit zu beobachtenden Fehlsteuerungen gesundheitlicher Leistungen wäre eine flächendeckende Umsetzung der Haus- und Facharztverträge wie in Baden-Württemberg ein wichtiger Schritt zu einem klarer strukturierten und besser funktionierenden Zusammenspiel in der medizinischen Versorgung.“

der HZV eine Stärkung der Allgemeinmedizin. Es braucht neue Praxiskonzepte, die sich an den konkreten Bedürfnissen vor Ort orientieren. Dazu können beispielsweise der Ausbau der medizinischen Versorgungszentren oder auch digitale Lösungen gehören. Grundlage sollte eine wissenschaftliche Versorgungsstrukturanalyse sein. Die durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossene Überarbeitung der Bedarfsplanung geht mit der Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur in die richtige Richtung.

In der HZV sind mehr als 2.200 „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAH) in Baden-Württemberg unterwegs und entlasten Ärztinnen und Ärzte beispielsweise bei Hausbesuchen. Die Arbeitszufriedenheit von Hausärztinnen und Hausärzten steigt messbar. So wird der Beruf attraktiver, und das wirkt dem steigenden Ärztemangel auf dem Land entgegen.

In Sachen Hilfsmittelversorgung schließt die AOK Baden-Württemberg stets Verträge unter Priorisierung qualitativer Versorgungsaspekte und dem Grundsatz der aufzahlungsfreien Versorgung. Dabei werden mit einer Vielzahl von Anbietern Verhandlungsverträge geschlossen und die Versicherten können frei entscheiden, von welchem Vertragspartner sie versorgt werden wollen. In den Verträgen werden angemessene Preise vereinbart, sodass für eine gute Versorgung keine privaten Mehrkosten entstehen; beispielsweise gehört die Monatspauschale der AOK Baden-Württemberg für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel zu den höchsten in der Krankenkassenlandschaft – dies geht auch aus dem Bericht der Stiftung Warentest Gesundheit (Test 3/2017) hervor.

### Handlungsbedarf

Doch für die Politik gibt es weiteren Handlungsbedarf an Punkten, die nicht allein regional gelöst werden können.

So kann der Einsatz von Notfallsanitäterinnen und -sanitätern eine Entlastung für die notärztliche Versorgung bringen. Tausende Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten haben sich jetzt bundesweit zu dem neuen Berufsbild weitergebildet. Die Politik muss nun schleunigst die rechtlichen Voraussetzungen für deren adäquaten Einsatz schaffen. Eine weitere Baustelle in diesem Bereich: Die Hilfsfristen im Rettungsdienst sind bundesweit unterschiedlich. Versorgungsvergleiche sind daher nicht möglich. Hier kann eine einheitliche Hilfsfrist das Mittel der Wahl sein.

Die Notaufnahmen in Krankenhäusern werden immer häufiger zur Anlaufstelle für Menschen, die keine Notfallpatienten sind. Unter anderem, weil viele Versicherte durch unterschiedliche Anlaufstellen und Rufnummern für den Notfall überfordert sind. Die AOK befürwortet daher, dass es für Patienten nur noch eine Anlaufstelle geben sollte, eine sogenannte Ein-Pforten-Lösung mit einer einheitlichen Notrufnummer. Das setzt eine sektorenübergreifende Lösung für die Notfallversorgung voraus, in die Kliniken, niedergelassene Ärzte und Rettungsdienste eingebunden werden.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung hat das Prinzip der Freiwilligkeit bei der Meldung von Lieferengpässen versagt. Die Politik hat einen ersten wichtigen Schritt gemacht und die Arzneimittelhersteller mit dem Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz verpflichtet, Lieferausfälle an Krankenhausapotheken zu melden. Aber: Dabei darf es nicht bleiben. Bestände, Lieferbeziehungen und Lieferwege im Arzneimittelmarkt müssen durch die gesamte Lieferkette vom pharmazeutischen Hersteller bis zu den Patientinnen und Patienten für alle Beteiligten nachvollziehbar und sichtbar werden. Notwendig ist daher eine generelle Meldepflicht bei Lieferengpässen sowie vollständige Transparenz über die Lagerung durch eine verpflichtende

# 83%

wollen, dass Patientenrechte gestärkt werden, also Krankenhäuser und Ärzte transparent über die Behandlung aufklären müssen.\*

# 83%

wünschen sich, dass sie der Arzt ihres Vertrauens durch die optimale Behandlung und die wichtigen Untersuchungen leitet.\*



tende Meldung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als Trustcenter.

Auch die Arzneimittelversorgung über den Versandhandel muss gestärkt werden. Schließlich werden auf diesem Weg gerade auf dem Land viele Menschen, die nicht mehr mobil sind, versorgt. In einer digitalisierten Welt gilt es, moderne technologische Möglichkeiten der Arzneimittelversorgung auch zu nutzen.

Zu einer am Patientenwohl orientierten Versorgung gehört die Wahrung von Patientenrechten. Die AOK Baden-Württemberg unterstützt als Anwalt ihrer Versicherten politische Forderungen zur Weiterentwicklung des Patientenrechtgesetzes, etwa um die Information der Versicherten vor Behandlungen weiter zu verbessern. Außerdem gibt es bei vermuteten Behandlungsfehlern die Möglichkeit, durch spezialisierte Service-Teams auf Wunsch von Versicherten Patientenunterlagen bei den entsprechenden Leistungserbringern einholen zu lassen. Erhärtet sich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler, wird ein neutrales fachärztliches Gutachten in Auftrag gegeben.



### Die AOK Baden-Württemberg fordert mehr Gestaltungsspielraum:

- für regionale, eigenverantwortliche Versorgungssteuerung – statt zentraler Vorgaben
- für den Abbau von ineffizienten Doppelstrukturen und den weiteren Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung
- für schlankere Entscheidungsstrukturen zur zügigeren Digitalisierung in der Versorgung
- für den Ausbau der Telemedizin durch Lockerung des Fernbehandlungsverbots.

Foto: wdv/Frank Blümmer

## Digitalisierung als Chance in der Versorgung

Bundesweit geht die Nutzung digitaler Lösungen im Gesundheitswesen noch sehr schleppend voran. „Die Politik muss den Handlungsrahmen definieren, sonst übernehmen private Konzerne diesen Markt“, betont der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Siegmund Nesch. 2017 treibt daher die AOK Baden-Württemberg die Digitalisierung in ihrer alternativen Regelversorgung massiv voran. So soll die digitale Kommunikation mittels Arztbriefen und Medikationsplänen zwischen den 6.000 beteiligten Ärzten beschleunigt werden.

Bei vielen Menschen besteht offenbar noch Aufklärungsbedarf darüber, dass ihnen eine bessere Vernetzung der Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung zugute kommt. Denn die Zustimmung zur intensiveren Nutzung digitaler Medien durch den Arzt liegt in unserer Umfrage nur bei gut 33 Prozent\*.

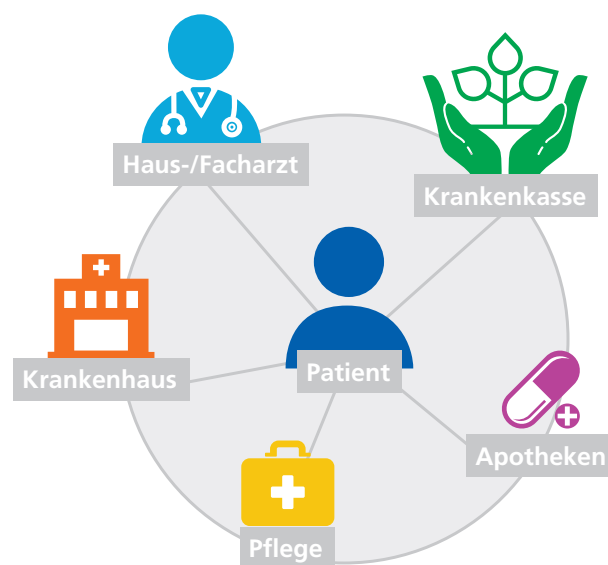
Sprechstunden per Bildschirm können die ärztliche Versorgung vornehmlich in strukturschwachen Gebieten ergänzen und den Versicherten schnellen und unkomplizierten Zugang zu einem Arzt ermöglichen. „Telemedizin muss in regionale Versorgungskonzepte eingebunden sein“, fordert

Nesch. Dazu muss das Fernbehandlungsverbot gelockert werden, weil es wichtige Schritte in Richtung Telemedizin unterbindet.

Im Modellprojekt Praxisnetz Heilbronn profitieren über 10.000 AOK-Versi-

cherte von der Vernetzung von knapp 60 Arztpraxen. Durch den Austausch der digitalen Patientenakte sollen beispielsweise Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

### Schneller auf dem Schirm



Ziel muss die umfassende Vernetzung im Gesundheitswesen mit einer elektronischen Patientenakte sein. Im Mittelpunkt stehen dabei die Patientinnen und Patienten. Durch eine optimale Koordination aller Beteiligten könnten Doppeluntersuchungen, Falschbehandlungen oder Fehlmedikation verhindert werden.

# Qualität stärken, Zukunft sichern

Seit 25 Jahren steht der Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen im Gesetz. Aber: „Viel zu oft spielt er sich allein über die Höhe des Zusatzbeitrags zwischen Krankenkassen ab“, sagt der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Christopher Hermann, und fordert: „Mehr Wettbewerb um Versorgungsqualität tut Not.“

Der aktuelle Spielraum im Versorgungswettbewerb ist zu gering, indessen in der ambulanten Versorgung oder im Arzneimittelbereich durchaus vorhanden. Die AOK Baden-Württemberg nutzt ihn sehr konsequent durch die Einführung von Chronikerprogrammen, die Haus- und Facharztverträge, eine optimierte Arzneimittelversorgung und Zusatzleistungen. Dieser Schwerpunkt auf Versorgungsqualität zieht: Die Zahl der Versicherten stieg im vorigen Jahr um mehr als 152.000 oder netto vier Prozent und die AOK erhält in ihren Umfragen höchste Zustimmungswerte. Dies bei einem Zusatzbeitrag, der stabil unter dem Bundesdurchschnitt bleibt.

Häufig ist die Realität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine andere: Bei dem Versuch, den Zusatzbeitrag möglichst niedrig zu halten, bietet eine Kasse als zusätzliche Satzungsleistung mal eine homöopathische Behandlung hier, mal einen Ultraschall dort an. Es wird jedoch wenig Qualität daraus, da die Zusatzleistung nicht in ein System eingebunden ist, das die Versorgung systematisch verbessert. Sie ist eher mit dem Lederlenkrad beim Autokauf vergleichbar, das auch keinen Einfluss auf die eigentlichen Fahreigenschaften des Wagens hat.

Die AOK Baden-Württemberg möchte weiteren Gestaltungsspielraum, um ihr Versorgungssystem für mehr Qualität auszubauen. Sie sieht sich damit in Übereinstimmung mit der vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie eingesetzten Monopolkommission, die in ihrem letzten Sondergutachten betont: „Das wettbewerbspolitische Augenmerk in der GKV sollte sich auf die Ausgestaltung der qualitativen Wettbewerbsparameter richten.

Im Mittelpunkt steht hierbei vor allem das zentrale Ziel, den Leistungsmarkt wettbewerblich auszugestalten.“

An die Stelle zentralistischer Vorgaben sollte die, an einen Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen geknüpfte, wettbewerbliche Neuordnung der Strukturen treten. Kassen haben den Blick für die Situation vor Ort und sind neutral nur dem Wohl ihrer Versicherten verpflichtet. „In Selektivverträgen könnten einzelne Kassen zum Beispiel mit Ärzten und Krankenhäusern ein bestimmtes Spektrum an Leistungen und Angeboten vereinbaren“, erläutert der Vorsitzende der Monopolkommission, Professor Achim Wambach. Eine Ausweitung der Versorgungsverantwortung auf den stationären Bereich ist im Sinne der Patientinnen und Patienten und eine logische Erweiterung dessen, was mit den Haus- und Facharztverträgen schon ambulant bestens gelingt.

Die Politik hat Qualität schon stärker in den Fokus genommen. Das Krankenhausstrukturgesetz hat Vorausset-



**Prof. Achim Wambach, PhD**  
Vorsitzender der Monopolkommission

„Mehr Dynamik werden wir nur in den Markt bekommen, wenn Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, sich in ihren Leistungen zu differenzieren, insbesondere durch Selektivverträge.“

zungen geschaffen, um im Interesse der Patienten mit den Kliniken zu kooperieren, die Behandlungsqualität nachweisen (siehe Seite 8). Mit zusätzlicher Verantwortung – durch eine monistische Krankenhausfinanzierung – könnten die Krankenkassen auch einer infrastrukturellen Vernachlässigung von Kliniken entgegenwirken, weil Länder ihren Verpflichtungen nicht im erforderlichen Umfang nachkommen.

## Vertragsfreiheit

Die AOK Baden-Württemberg will nicht nur mehr Wettbewerb, sondern stellt als Grundlage dafür auch das Kollektivvertragssystem insgesamt infrage. Denn sie ist gesetzlich dem sogenannten Kontrahierungszwang verpflichtet, in dem sie gemeinsam und einheitlich mit anderen gesetzlichen Kassen Leistungen vergüten muss, also auch solche von minderer Qualität.

Außerdem wird die Innovationskraft der Vertragspartner dadurch gehemmt, dass sich für eine Einigung immer beide Seiten im Verhältnis zum Kollektivvertrag besserstellen müssen, der als „Hängematte“ im Hintergrund immer zur Verfügung steht. So sind viel zu viele Teile der Versorgungslandschaft weiterhin dem Selektivvertragswettbewerb entzogen.

Eine Abschaffung der Verpflichtung auf „einheitlich und gemeinsam“, mit Ausnahme der Notfallversorgung, würde auch helfen, strukturelle Defizite in der Versorgungslandschaft zu beseitigen. Die Kasse schließt sektorenübergreifend Verträge mit Behandlern, Kliniken oder Lieferanten von Medizinprodukten, die die jeweils erwünschte Qualität bieten. Das setzt eine auf wissenschaftlicher Evidenz beruhende Transparenz der Versorgungsangebote voraus. So sollte insbesondere die Nutzenbewertung konsequent weiterentwickelt und ausgebaut werden, gerade auch für Medizinprodukte.

## Qualitätsdruck

Freiheiten in der Vertragsgestaltung und belegbare Qualität auf der Angebotsseite sind genau die Elemente, die die Arzneimittelrabattverträge zu einem von Baden-Württemberg ausgehenden Erfolgsmodell und wichtigen Instrument der GKV insgesamt gemacht haben (siehe auch Seiten 12/13). Regionale Verträge mit selektiver Verhandlungskompetenz sollten auch für neue, hochpreisige Arzneimittel ermöglicht werden und Vorrang vor zentralen Vereinbarungen erhalten. Daran gekoppelt sein sollte eine qualitätsorientierte, leistungsorientierte Erstattung, die die Pharmahersteller stärker in die Pflicht nimmt: „Vom Zusatznutzen ihres Arzneimittels überzeugte Unternehmen werden einen Behandlungserfolg garantieren, auch wenn bei ausbleibendem Erfolg die Differenz zur Standardtherapie zu erstatten wäre“, betont der AOK-Vorstandsvorsitzende Hermann. Außerdem sollte bei den neuen Arzneimitteln ein rückwirkend gültiger Erstattungspreis vom ersten Tag eingeführt werden, um Mondpreise im ersten Jahr auszuschließen.

Auch im Apothekenmarkt muss es darum gehen, nach

dem Urteil des EuGH zum Versandhandel mehr regionale Verträge möglich zu machen. Damit hier der Wettbewerb endlich Einzug erhält und verkrustete Strukturen aufgebrochen werden, sollte die starre Preisbindung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aufgehoben und durch eine rabattfähige und für Selektivverträge geöffnete Höchstpreisregelung ersetzt werden. Die Wirtschaftlichkeit für die Solidargemeinschaft ließe sich dadurch weiter erhöhen – ohne Qualitätsverlust. ▶

# 60%

**wollen, dass Krankenkassen mehr Einfluss auf die Qualität von Gesundheitsleistungen haben sollten, um sich stärker für die Interessen ihrer Versicherten einsetzen zu können.\***

# 74%

**wünschen, dass die Qualität aller medizinischen Angebote nach wissenschaftlichen Maßstäben überprüft werden sollte.\***



Im Bereich der Medizinprodukte geht die EU-Verordnung vom April 2017 im Sinne des Patientenschutzes nicht weit genug. Nach wie vor gibt es keine zentrale Zulassungsstelle und die Hersteller müssen nur unzureichend für Haftungs-fälle vorsorgen.

Deshalb fordert die AOK Baden-Württemberg eine bundesgesetzliche Regelung über die Einführung einer verpflichtenden Haftpflichtversicherung für Hersteller und klarere Regelungen für die Berücksichtigung von Expertenmeinungen bei der Bewertung klinischer Studien für neuartige Hochrisikoprodukte. Für medizinische Apps und arztsetzend wirkende digitale Medizinprodukte sollte eine obligatorische Nutzenbewertung durch den G-BA eingeführt werden.

Erhalten die Krankenkassen mehr selektive Vertragsfreiheit, ergeben sich auch hier Lösungswege für mehr Qualität – durch Selektivverträge im Dreieck Krankenkassen, Ärzte und zuverlässige Hersteller von Medizinprodukten.



### Die AOK Baden-Württemberg fordert mehr Gestaltungsspielraum:

- für Selektivverträge, besonders auch im stationären Bereich
- durch die weitgehende Aufhebung des Kontrahierungszwangs
- für Qualitäts- anstelle von reinem Preiswettbewerb
- für Evidenzbasierung und Nutzenbewertung von Leistungen und Produkten – um Patientinnen und Patienten besser vor Schäden zu bewahren
- durch die Übertragung von Finanzierungs- und Sicherstellungsverantwortung für die Krankenhausversorgung auf die Kassen.

## Besser in eine Klinik mit Erfahrung

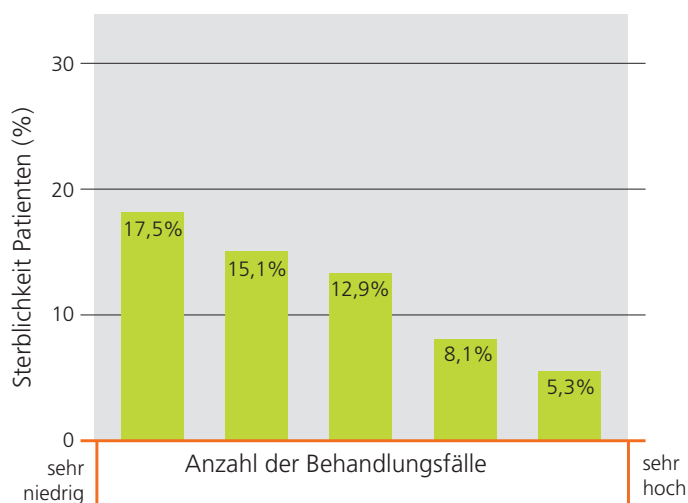
Nicht jedes Krankenhaus ist für jede Behandlung optimal ausgerüstet, außerdem fehlt es vielfach an Erfahrung, wie der Qualitätsmonitor 2016 am Beispiel Herzinfarkt feststellte. So behandelt etwa ein Drittel der 150 teilnehmenden Kliniken im Südwesten höchstens 34 Herzinfarkt-Patienten pro Jahr. Nach Experteneinschätzung

zu wenig. Denn Studien belegen, dass ein signifikant geringeres Sterberisiko in Kliniken besteht, die eine fachlich festgelegte Mindestmenge an Operationen pro Jahr erreichen. „Patientinnen und Patienten sollten immer im qualitativ besten statt im nächstbesten Krankenhaus behandelt werden“, betont AOK-Chef Christopher Hermann.

„Nicht jedes Krankenhaus muss alles anbieten.“ Mit mehr Spielraum bei Selektivverträgen könnte die AOK gezielt mit den Kliniken kooperieren, die nachweislich Qualität bieten. Die AOK fordert, dass das Patientenwohl Vorrang vor Interessen einzelner Krankenhäuser hat. Die Krankenhausstrukturen müssen sich konsequent an der Qualität der Versorgung ausrichten. Hierzu gilt es, die mit dem Krankenhausstrukturgesetz möglich gewordenen Qualitätsverträge zu nutzen und weiter auszubauen.

Außerdem sollten Behandlungsmindestmengen verpflichtend festgelegt werden und Qualitätsindikatoren verbindliche Grundlage für die Krankenhausplanung sein. Schon jetzt haben sich Krankenhäuser aus bestimmten Leistungen zurückgezogen, weil ihnen Behandlungserfahrung wegen nicht ausreichender Mindestfallzahlen fehlt. Das zeigt, dass Krankenhäuser mit dieser Regelung verantwortungsvoll umgehen – und so ihr sonstiges Versorgungsangebot qualitativ verbessern können. Um die Einhaltung der Behandlungsmindestmengen auch für die Versicherten transparent zu machen, wird die AOK Baden-Württemberg diese Zahlen auf ihrer Homepage veröffentlichen.

### Mehr Behandlungsfälle, geringere Sterblichkeit



Je mehr Erfahrung Krankenhäuser mit bestimmten Behandlungen haben, desto geringer ist die Sterblichkeit. Hier am Beispiel von Hochrisiko-Krebsoperationen am Verdauungssystem. Quelle: WIdO-Krankenhausreport 2017, lt. Ghaferi et al., Medical Care, 2011





# Ein Netz für das lange Leben

**D**ie Menschen werden immer älter. In dieser Gesellschaft des langen Lebens ist die Sorge um die eigene Gesundheit ein lebenslanger Prozess. Jeder Einzelne kann selbstverantwortlich zur Prävention beitragen. Die AOK Baden-Württemberg unterstützt ihre Versicherten dabei mit Beratung und Maßnahmen durch eigene Fachkräfte, sei es individuell, in der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in den Lebenswelten wie Schule, Kita und Kommune. So haben die Versicherten beispielsweise die Wahl zwischen mehr als 6.400 Kursen des Gesundheitsprogramms – vom Ausdauertraining über praktische Ernährungskurse bis zur psychischen Gesundheit mit „Lebe Balance“. Die Angebote sind evidenzbasiert. Aufgrund ihres großen Engagements als Gesundheitskasse begrüßt es die AOK, dass sich die Politik mit dem Präventionsgesetz diesem wichtigen Thema angenommen hat.

## Abgestimmt

Das auf die besonderen Anforderungen der Versicherten vor Ort abgestimmte Präventionsangebot ist jedoch durch zentralistische Vorgaben in seiner Effektivität bedroht. Statt starrer Quoten und Förderung nach dem Gießkannenprinzip sollten individuell zugeschnittene, passgenaue Angebote im Vordergrund stehen. „Die Querfinanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus Beitragsgeldern lehnen wir ab. Dies stellt einen verfassungsrechtlich fragwürdigen Verschiebeparkplatz dar. Prävention ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen“, sagt Siegmund Nesch, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. „Wir erwarten, dass weitere Beteiligte – Bund, Länder, Kommunen, Rentenversicherung – angemessen in die Pflicht genommen werden.“

## Verbindendes

In unserer Gesellschaft des langen Lebens hat Prävention eine Bedeutung bis ins hohe Alter. Studien zeigen, dass bereits ab einem Alter von 50 Jahren das Risiko ansteigt, chronisch zu erkranken. Das Ausmaß ist auch ein Zeichen dafür, ob Prävention bei den Menschen angekommen ist – denn die Ursachen für Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen liegen nicht allein in den Genen, sondern auch in der persönlichen Vorsorge. Hier wächst die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention. Die gesundheitliche Wirkung und der ökonomische Nutzen der Angebote, etwa im Bereich Rücken und psychische Gesundheit, konnte in Studien belegt werden.

Gerade wenn im hohen Alter dann häufiger chronische Krankheiten auftreten und es zu Rehabilitations- und Pflegebedürftigkeit kommt, ist eine Vernetzung der Ver-



Prof. Dr. Dr. hc. Andreas Kruse  
Institut für Gerontologie  
der Universität Heidelberg

„Wer einen gesunden Lebensstil pflegt, sorgt für eine nachhaltige Gesundheit

bis ins hohe Alter vor. Aber wir müssen uns kritisch fragen, ob wir intensiv genug an der Schaffung von Versorgungsstrukturen arbeiten, die Lebensqualität und Gesundheit fördern, und zwar in allen sozialen Schichten.“

sorgungsbereiche entscheidend. Versicherte ohne abgestimmte Versorgung sind dagegen auf sich gestellt, gesundheitliche Beschwerden werden oft nur punktuell behandelt. Die Abstimmung mit Rehabilitation und Physiotherapie ist oft nicht optimal. Solche Bruchstellen können sich bis in die Pflege fortsetzen. Die finanzielle Erweiterung der Pflegeversicherung um rehabilitative Elemente ist daher dringend notwendig.

Den Nutzen der Vernetzung von Pflege und Rehabilitation belegt das Modellprojekt „Organisation der Rehabilitation im Pflegeheim“ (ORBIT) der AOK Baden-Württemberg und dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Neben zwölf Pflegeheimen im Rhein-Neckar-Odenwaldkreis beteiligen sich 45 Arztpraxen und 32 therapeutische Einrichtungen daran. Auch die Pflegeausbildung muss um Elemente der Rehabilitation erweitert werden, so eine weitere aus ORBIT abgeleitete Forderung an die Politik. Denn Pflegefachkräfte kennen die Menschen, die sich ihnen anvertrauen, sehr gut. Sie können eine aktivierende Pflege zur Verbesserung der Lebensqualität einleiten, die um psychosoziale Aspekte sowie den gezielten Einsatz von rehabilitativen Maßnahmen aus den Bereichen der Physiotherapie, der Ergotherapie und Logopädie erweitert wird. Die Kommunikation zwischen Therapeuten und Pflege muss daher institutionalisiert werden, auch die Einbindung der ärztlichen Versorgung ist in diesem Sinn zu optimieren.

## Neuerungen

Die in den letzten Jahren verabschiedeten Pflegestärkungsgesetze bringen echte Fortschritte für die Menschen, mit einem starken Schwerpunkt auf der ambulanten Pflege. Das ist richtig, denn von über 200.000 pflegebedürftigen Versicherten der AOK Baden-Württemberg werden 139.000 zu Hause betreut. Ein zukunftssicheres nachhaltiges Pflegesystem benötigt jedoch alle Versorgungs- und Wohnformen von ambulant über stationär, teilstationär bis zu neuen Lösungen. Die Benachteiligung stationärer Pflege muss aufgehoben werden. Ein von der AOK gefördertes Modellprojekt in Wyhl am Kaiserstuhl arbeitet beispielsweise sowohl stationär als auch ambulant: „stambulant“. Es ist ein Hausgemeinschaftskonzept mit mehreren selbstständig wirtschaftenden Wohnungen für Singles oder Paare. Personal für Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung und mindestens ein Ergotherapeut sorgen täglich für die professionelle und hochwertige Unterstützung. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in die Alltagsgestaltung aktiv eingebunden. Laut Evaluation durch die Duale Hochschule Stuttgart hat sich bei 34 Prozent der Bewohner der Gesundheitszustand gebessert. Gleichzeitig sind pflegende Angehörige durch Beteiligung einerseits und Entlastung andererseits zufriedener und gesundheitlich weniger belastet. Außerdem hat sich die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten deutlich verbessert.

Um die Versorgungspfade für die Versicherten optimal gestalten zu können, müssen aus Schnittpunkten von ambulant und stationär Nahtstellen werden. Erfolgreiche Verzahnung wird sich gerade auch am Beispiel der 2016

eingeführten Kurzzeitpflege zeigen müssen. Hier sind Reformen hin zu einer „rehabilitativen Kurzzeitpflege“ nötig. Zurzeit wird hier in Kauf genommen, dass Patienten während der Kurzzeitpflege zwar versorgt sind, aber ohne rehabilitative Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands droht.

Es wird die Gestaltungsfreiheit der Versorgungsträger benötigt. Sie bringen die regionale Erfahrung über die Bedürfnisse der Versicherten ein, um den für die Menschen vor Ort optimalen Weg zu finden – so wie das der AOK Baden-Württemberg mit ihrem Sozialen Dienst zum Beispiel in der Pflegeberatung gelingt. Dieser Beratungsauftrag, den die AOK ihren Versicherten gegenüber erfüllt, ist nicht verhandelbar. Weiterentwicklungen in der Beratung müssen die bewährten regionalen Beratungsstrukturen berücksichtigen.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz soll mehr Verantwortung auf die Kommunen übergehen. Hier steht die AOK als Partnerin zur Verfügung, um die wichtige Sozial-

# 78%

**wollen, dass sich Ärzte untereinander, Kliniken, Pflegeheime und -dienste sowie Physiotherapeuten besser abstimmen.\***



raumgestaltung mit umfänglichen wohnortnahen Angeboten gemeinsam mit allen Akteuren zu gestalten und Sorge dafür zu tragen, dass Doppelstrukturen konsequent vermieden werden. Die Finanzierung der Pflegestützpunkte und die Modellvorhaben für kommunale Pflegeberatung müssen innerhalb der Gesamtkonzeption Beratung mit allen Trägern fair vereinbart werden. Pflegekassen, die kein eigenes Beratungsangebot vorhalten, sollten ihrer Verantwortung durch einen höheren Finanzierungsanteil nachkommen als die Pflegekassen, die selbst ein umfangreiches Beratungsangebot für ihre Versicherten bereithalten.



**Die AOK Baden-Württemberg fordert mehr Gestaltungsspielraum:**

- um die Prävention, Rehabilitation und Pflege systematisch und passgenau zu vernetzen
- um Prävention gezielt nach den Bedarfen vor Ort zu gestalten
- für die fortlaufende qualitative Weiterentwicklung von Prävention, Pflege und Rehabilitation
- durch die finanzielle Erweiterung der Pflegeversicherung um rehabilitative Elemente.

Foto: Dean Mitchell/Getty Images/Stockphoto

## Das stabilste Netz wird regional geknüpft

Die AOK Baden-Württemberg hat Erfahrung darin, lose Enden im Gesundheitswesen zu einem Netz zu knüpfen. Etwa mit der Einführung der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH), die aus der HZV nicht mehr wegzudenken ist. Weil auch bei den Facharztverträgen die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte vermehrt Unterstützung in komplexen Versorgungssituationen benötigen, gibt es hier zunehmend die Entlastungsassistentin in der Facharztpraxis (EFA).

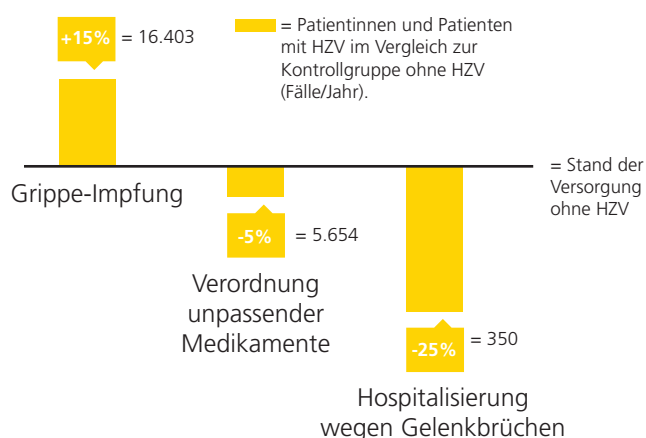
Die AOK verfügt mit ihrem eigenen Sozialen Dienst über ein Netz von mehr als 200 hoch qualifizierten Sozialpädagoginnen und -pädagogen. Sie kennen ihre Klientel und können gezielt anregen, welche Leistungen die Selbstständigkeit der Betroffenen am besten unterstützen können: ob bei seelischen Erkrankungen, Veränderungen in der Wohnung oder Problemen am Arbeitsplatz.

Die AOK will ihre bewährten Strukturen der Beratung beibehalten und erweitern, zum Beispiel in der Pflegeberatung:

- > das Case Management durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg,
- > die Orientierungsberatung durch Pflegefallmanager/innen

> und nicht zuletzt die Informationsberatung in den AOK-KundenCentern (ansprechbar und erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln überall im Ländle in maximal 30 Minuten).

### Mehr Koordination bringt bessere Versorgung für ältere Menschen



Eine abgestimmte Versorgung von Patientinnen und Patienten kann deren Lebensqualität verbessern, wie die Evaluation der HZV in Baden-Württemberg mit Zahlen von 600.000 Patientinnen und Patienten zeigt. An drei Versorgungsbeispielen konnte nachgewiesen werden, dass Versicherte über 65 Jahre besser versorgt waren. Sie wurden öfter gegen Grippe geimpft als Versicherte in der Regelversorgung ohne HZV, ihnen wurden unpassende Arzneimittel seltener verordnet und 350 HZV-Versicherten blieb ein Hüftgelenkersatz nach gelenknahen Brüchen erspart.

Quelle: Laux et al., Heidelberg, Evaluation HZV 2016

# Finanzierung – nachhaltig und fair

Die derzeit gute wirtschaftliche Situation in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte nicht über die Fakten hinwegtäuschen. So ist diese gute GKV-Bilanz 2016 vor allem einer wachsenden Beschäftigungsentwicklung zu verdanken, von der man nicht weiß, wie lange sie anhält. Außerdem hat der Bundesgesundheitsminister viele Reformen angestoßen. Die bringen Versicherten zweifellos Versorgungsverbesserungen, insbesondere in der Pflege. Sie bergen aber auch gewaltige finanzielle Herausforderungen. Allein durch das Krankenhausstrukturgesetz kommen bis 2020 Extraausgaben in Milliarden-Euro-Höhe auf die gesetzlichen Krankenkassen zu. Wer genauer hinschaut, erkennt, dass die Herausforderung durch den demografischen Wandel gerade erst begonnen hat. In Baden-Württemberg ist zwischen 2008 und 2014 die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflege um 37 Prozent gestiegen, bis 2030 wird eine weitere Zunahme um 44 Prozent erwartet.

## Risikoausgleich

Vor diesem Hintergrund kommt manche Krankenkasse ins Grübeln. Anders ist nicht zu erklären, dass die Versuchung groß ist, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für eigene, hausgemachte Probleme verantwortlich zu machen. Die Deckungsquote (und damit die finanzielle Situation) einer Krankenkasse ergibt sich immer aus dem Zusammenspiel von Einnahmen und Ausgaben. Es ist deshalb sachlich falsch, für die öffentlich diskutierten Deckungslücken einzelner Krankenkassen isoliert den Morbi-RSA – und damit die Einnahmeseite – verantwortlich zu machen. Diese Sichtweise blendet die entscheidende Rolle des Ausgabenmanagements der

Krankenkassen fahrlässig aus. So haben Krankenkassen im wettbewerblichen Krankenversicherungssystem eine Reihe von Möglichkeiten, aktiv ihre Ausgaben wesentlich zu beeinflussen – etwa über intelligente Arzneimittelrabattverträge. Diese Optionen will die AOK Baden-Württemberg durch eine effizientere Versorgungssteuerung über eine Ausweitung des Selektivvertragsprinzips auf alle Versorgungsbereiche ausdehnen (siehe Kapitel 2).

## Vorbildverträge

Ein Musterbeispiel für sinnvolles, marktwirtschaftliches Vorgehen sind seit zehn Jahren die von Baden-Württem-



**Frank Plate**  
Präsident des Bundesversicherungsamtes

„Der Morbi-RSA hat sich in den acht Jahren seines Bestehens bewährt. Er ist als solidarischer Ausgleich zwischen den Kassen erforderlich und erfüllt seinen Zweck. Nach der heutigen Datenlage ist er zielgenauer als das vorherige Verfahren. Allerdings ist er auch ein lernendes System, das aufgrund der gewonnenen Erfahrungen weiterentwickelt wird.“

berg aus durchgesetzten AOK-Arzneimittelrabattverträge. Allein durch diese Vereinbarungen hat die Südwestkasse ihre Versichertengemeinschaft im vergangenen Jahr bei höchster Qualität der Versorgung um 213 Millionen Euro entlastet. Einsparungen, die den Spielraum für andere Behandlungsleistungen erweitern, beispielsweise um die alternative Regelversorgung weiter auszubauen. Neben Spareffekten zeichnen sich die Arzneimittelrabattverträge der AOK aber auch durch strukturelle Vorteile aus: Hersteller können bei Einzelvergabe die Abgabemengen deutlich besser kalkulieren und Lieferengpässe werden durch sanktionsbewehrte Lieferverpflichtungen vermieden. Damit dieses selektivvertragliche Erfolgsmodell auch auf den rapide wachsenden Markt von hochpreisigen patentgeschützten Arzneimitteln übertragen werden kann, fordert die AOK Baden-Württemberg hier einen generellen Vorrang regionaler Verträge.

Für die AOK Baden-Württemberg sind ein Zusatzbeitrag unter dem Bundesdurchschnitt und eine solide wirtschaftliche Situation die logische Folge ihrer konsequenten Versorgungsstrategie. Denn das ambitionierte Programm, den Versicherten ein spürbares Qualitätsplus bieten zu wollen, hat auf Dauer nur eine Chance, wenn es sich aus sich selbst heraus trägt. Die wissenschaftliche Evaluation zeigt, dass mit der Hausarztzentrierten Versorgung sogar eine bessere Versorgung bei niedrigeren Kosten erreicht wird. So waren die Ausgaben für HZV-Versicherte im Vergleich zur Kontrollgruppe um 3,7 Prozent geringer. Das ist das Ergebnis einer höheren Versorgungsqualität, weil etwa unnötige Krankenhausaufenthalte und Facharztkontakte vermieden wurden und die Medikamentierung zielgerichteter erfolgte.

### Manipulationsresistenz

Es gab vielschichtige Diskussionen um Manipulationen zur Einnahmensteigerung beim Morbi-RSA. Krankenkassen

haben versucht, die für den Morbi-RSA relevanten ambulanten Diagnosen zu beeinflussen. Der Gesetzgeber hat nun die bestehenden gesetzlichen Regelungen verschärft und solche Eingriffe unter Sanktion gestellt. Diese Regelungen müssen jetzt konsequent umgesetzt werden, sonst müssen weitere Schritte folgen, um die Manipulationsresistenz sicherzustellen. Der Morbi-RSA ist das bislang beste, wissenschaftlich weiterentwickelte Mittel, um strukturell bedingte ungleiche Voraussetzungen einzelner Krankenkassen in einem solidarischen Umfeld zu bereinigen (siehe Seite 14).

Zu den weiteren Forderungen der AOK Baden-Württemberg im finanziellen Bereich gehört die Senkung der Mindestbemessungsgrenze für Selbstständige. Viele Solo-Selbstständige haben hohe Beitragsrückstände bei ihrer Krankenversicherung angehäuft. Deshalb sollte die Mindestbemessungsgrundlage auf den Wert abgesenkt werden, der auch für freiwillig versicherte Mitglieder gilt.

Im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung (OAV) wiegt ein weiterer Vorwurf schwer: Manche Krankenkassen versichern ins Ausland verzogene Mitglieder weiter, um sich auch so Mittel aus dem Gesundheitsfonds zu erschleichen. Der Gesetzgeber will diese Praxis ab 2018 unterbinden, indem bei sogenannten Saisonarbeiterinnen und -arbeitern der OAV-Status zukünftig entfällt. Die AOK Baden-Württemberg begrüßt dies ausdrücklich, fordert darüber hinaus aber auch eine stichtagsbezogene umfassende Bereinigung der aktuellen OAV-Bestände aller Krankenkassen.

### Voraussetzungen

Ob HZV, Krankenhausqualität oder Arzneimittelrabattverträge – der Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenkassen benötigt ein verlässliches Umfeld. Dabei ist eine nachhaltige Finanzausweisung aus dem Bundeszuschuss ein wichtiges Standbein. Bisher wechselte dieser je nach öffentlicher Haushaltslage. In Zukunft sollte er jährlich an-



**Solidarität basiert  
auf gleichen  
Grundlagen  
für alle.**

hand der Entwicklung der Grundlohnsumme je Mitglied dynamisiert werden. Diese Veränderungsrate ist bereits heute die Richtgröße für Vergütungsanpassungen bei Leistungserbringern.

Für einen echten Qualitätswettbewerb aller Kassen muss auch die Trennung von GKV und PKV überwunden werden. „Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt ist dringend geboten. Dieser würde die Wettbewerbsverzerrungen beenden und endlich für die gesamte Wohnbevölkerung die freie Wahl der Krankenkasse ermöglichen“, sagt Hermann. Gibt es doch heute Wettbewerb zwischen GKV und PKV lediglich um gesunde, junge Gutverdiener, die oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen, sowie um Teile der Selbstständigen. Außerdem werden Fehlanreize gesetzt, etwa weil es für Ärzte finanziell attraktiv ist, ihre Standortentscheidung auch in Abhängigkeit von der Anzahl von Versicherten eines bestimmten Typs zu wählen. „Hier kann es nicht um überkommenes Besitzstanddenken gehen, sondern um einen zukunftstauglichen ordnungspolitischen Rahmen und um mehr solidarischen Wettbewerb, der den Menschen, insbesondere den Patientinnen und Patienten, dient“, betont Hermann.



### Die AOK Baden-Württemberg fordert mehr Gestaltungsspielraum:

- für fairen Wettbewerb. Dazu muss der Morbi-RSA als Erfolgsrezept auf wissenschaftlicher Basis weiterentwickelt werden
- durch einen verlässlichen und dynamisierten Bundeszuschuss
- durch die schrittweise Einführung eines integrierten und einheitlichen Versicherungsmarkts.

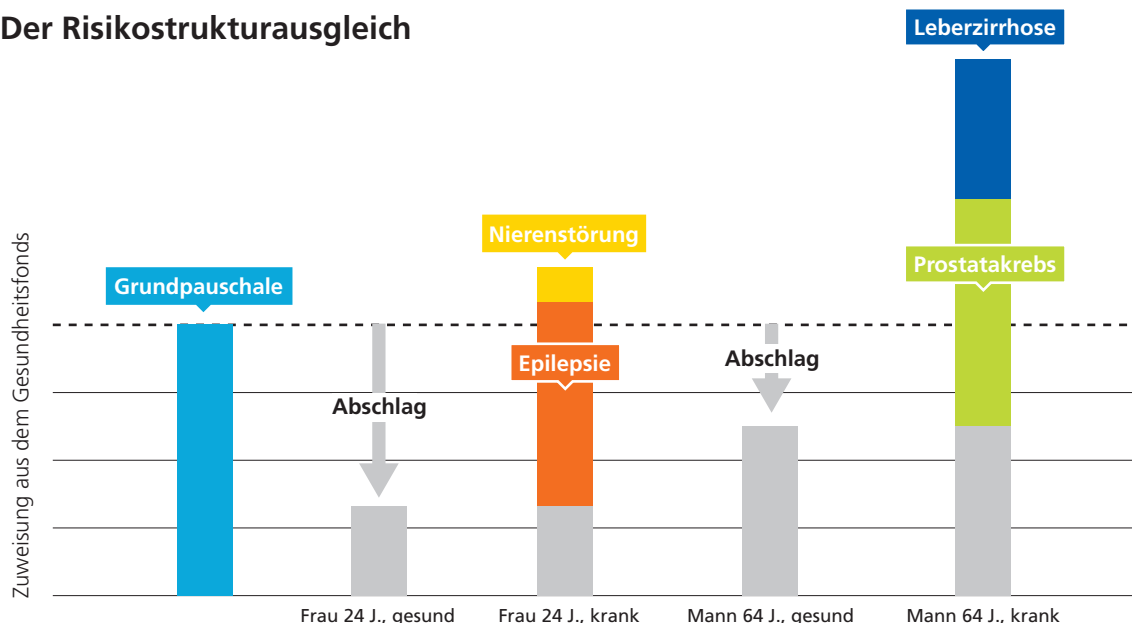
## Ausgleich in einem Solidarsystem

Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen, ist Aufgabe des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Durch ihn soll gewährleistet werden, dass alle Versicherten der GKV, unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten

Krankenkasse, im gleichen Ausmaß zum Solidar Ausgleich herangezogen werden. Die AOK fordert seine Beibehaltung und eine stetige Weiterentwicklung auf wissenschaftlicher Basis. Je nachdem wie gesund oder krank ihre Versicherten sind, erhalten die ge-

setzlichen Krankenkassen Zu- oder Abschläge auf die Pauschalen aus dem Gesundheitsfonds. So können alle von der gleichen Basis aus miteinander konkurrieren und es gibt wenig Anreize zur Risikoselektion.

### Der Risikostrukturausgleich



So funktioniert der Morbi-RSA am Beispiel von vier Versicherten. Für alle erhält eine Kasse zunächst die Grundpauschale. Während für gesunde Versicherte ein Abschlag fällig wird, gibt es für Versicherte mit einer von 80 relevanten Krankheiten einen Zuschlag.

Quelle: Bundesversicherungsamt

# Liebe Leserin, lieber Leser,

mit innovativen Konzepten für die optimale Versorgung unserer fast 4,3 Millionen Versicherten nimmt die AOK Baden-Württemberg bundesweit eine Spitzenstellung ein. Diese nachgewiesen erfolgreiche Arbeit wollen wir fortsetzen und fordern daher von der Politik alsbald mehr Gestaltungsspielräume.

In der Versorgung steht für uns das Patientenwohl an erster Stelle. So gelangen wir mit unserer alternativen Regelversorgung zu anderen und besseren Lösungen als viele Anbieter in einem interessengeleiteten, segmentierten Gesundheitssystem. Wir setzen auf sektorenübergreifende Lösungen, die ineffiziente Doppelstrukturen abbauen. Schlankere Entscheidungsstrukturen würden helfen, die Digitalisierung in der Versorgung voranzubringen. Anstatt sie, etwa durch Fernbehandlungs- oder Versandhandelsverbote, zu bremsen, sollten digitale Möglichkeiten intensiver genutzt werden.

Der Wettbewerb der Kassen um beste Qualität anstatt vornehmlich über den Preis wäre ein starker Hebel für Veränderungen. Eine konsequente Evidenzbasierung und die Nutzenbewertung von gesundheitsbezogenen und pflegerischen Leistungen und Produkten sind dafür Voraussetzungen. Spielräume für eine Qualitätssteuerung durch die

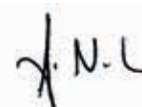
Kassen ergeben sich durch eine weitgehende Abkehr vom Kollektivvertragssystem. Wir wollen in noch mehr Bereichen Selektivverträge mit denjenigen abschließen, die unseren Versicherten die vereinbarte hohe Qualität garantieren. Priorität für den weiteren Ausbau der Selektivverträge haben der stationäre Bereich und die Versorgung mit neuen innovativen Arzneimitteln.

Eine Gesellschaft des langen Lebens benötigt verbesserte, integrierende Strukturen, um Lebensqualität in Gesundheit zu erhalten. Prävention muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen und mit Rehabilitation und Pflege besser vernetzt werden. Weiterentwicklungen sollten konsequent auf wissenschaftlicher Basis erfolgen und regionale Gegebenheiten umfassend berücksichtigen.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit und freundlichen Grüßen



Dr. Christopher Hermann



Siegmund Nesch



Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg



Siegmund Nesch, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

# Mehr wissen, besser verstehen, weiter denken



Jetzt anfordern: [svaktuell@kompart.de](mailto:svaktuell@kompart.de)



## AGENDA GESUNDHEIT Impressum

**Herausgeber:** AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann (v.i.S.d.P.), Presselstraße 19, 70191 Stuttgart.

**Verlag:** wdv Gesellschaft für Medien & Kommunikation mbH & Co. OHG, Siemensstraße 6, 61352 Bad Homburg.

**Redaktion:** Peter Seipel; AOK Baden-Württemberg: Tobias Zimmermann, Dr. Holger Pressel. **Gestaltung:** Björn Kapsch, Laura Gerber. **Infografiken:** Laura Gerber. **Druck:** PMS Offsetdruck GmbH, 90530 Wendelstein.

Einmalige Sonderveröffentlichung Juli 2017. [www.aok-bw-presse.de/agenda2017](http://www.aok-bw-presse.de/agenda2017)