

Solidarität

Kooperation

Gesundheit

Mittelstand

Partnersch

**nachhaltig · effizient · innovativ**

**Positionen des IKK e.V. zur aktuellen Gesundheitspolitik**

Versorgung

**Solidarität**

Eigenverantwortung

Gemeinsamkeit

Innovation

Handwerk

Versorgung

Versichertennähe

Solidarität

Operation

Partnerschaft

**Innov**

Gesundheitsförderung

Versicherter

Gesundheit

genverantwortung

**Kooperation**



## Inhalt

<b>Finanzierung der GKV</b> .....	<b>6</b>
1 Finanzkraftausgleich .....	6
2 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) .....	8
3 Regionale Differenzierungsmöglichkeiten .....	10
4 Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge und Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages .....	12
<b>Wettbewerbsrecht</b> .....	<b>14</b>
<b>Arzneimittel</b> .....	<b>16</b>
1 Kosten-Nutzen-Bewertung bei Innovationen .....	16
2 Preissteuerungsinstrumente .....	18
<b>Innovationen/ Medizinprodukte</b> .....	<b>20</b>
<b>Verträge und Versorgung</b> .....	<b>22</b>
1 Hausarztverträge .....	22
2 Honorarreform Ärzte/Zahnärzte .....	24
3 Medizinische Versorgungszentren .....	26
<b>Leistungen der GKV</b> .....	<b>28</b>
<b>Prävention</b> .....	<b>30</b>
<b>Verhältnis GKV/PKV</b> .....	<b>32</b>

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Deutschland verfügt immer noch über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Doch um die solidarische GKV auch zukunftssicher zu machen, bedarf es nachhaltiger Reformen. Der demographische Wandel und der rasante medizinische Fortschritt, aber auch die zunehmende Einnahmeschwäche sind große Herausforderungen, denen es mit intelligenten Ansätzen zu begegnen gilt. So kann und darf sich eine solidarische Krankenversicherung Intransparenz und Ineffizienz nicht mehr leisten. Schon lange versuchen Experten und Verantwortliche diese Defizite zu beseitigen – der große Wurf blieb bisher aus. Die aktuelle Bundesregierung strebt einen Kurswechsel im deutschen Gesundheitswesen an. Sie will unter anderem die Beitragsautonomie der Krankenkassen wieder stärken und die bestehende Finanzierung durch ein System von einkommensunabhängigen Beiträgen mit sozialem Ausgleich ablösen.

Als IKK e.V., der Interessenvertretung der Innungskrankenkassen auf Bundesebene, plädieren wir für eine nachhaltige Reform „aus einem Guss“ und erteilen einer „Flickenteppich-Reform“ eine klare Absage. So begrüßen wir, dass die gesetzlichen Krankenkassen wieder mehr Spielraum bei der Festsetzung der Beiträge bekommen sollen. Jedoch warnen wir vor regionalen Differenzierungsmöglichkeiten im Rahmen des bestehenden Ausgleichssystems, die zu nicht vorhersehbaren Verwerfungen innerhalb der GKV führen könnten. Darüber hinaus ist für uns eine interessengerechte wie sozial ausgewogene Finanzierung unverzichtbar.

Aus unserer Sicht gilt es zudem, den Wettbewerb mit besseren Ergebnissen für eine gute und effiziente Versorgung auszubauen. Hierzu gehört unter anderem, dass wirklich neue Behandlungsmethoden, Produkte oder Arzneimitteltherapien den Patienten schneller zugänglich werden. Und Prozess- sowie Produktinnovationen sollten nicht nur unter dem kurzfristigen Kostenaspekt, sondern vor allem unter dem nutzbringenden Fortschrittsaspekt gesehen werden.

Insgesamt unterstützen die Innungskrankenkassen den Ansatz, den (Vertrags-) Wettbewerb in der GKV zu stärken. Hierfür bedarf es aber eines konsistenten Ordnungsrahmens, der die besonderen Belange der sozialen Krankenversicherung berücksichtigt.

Mit dem vorliegenden Positionspapier wollen wir unseren Teil zur Diskussion beitragen und Anstoß geben, sich mit den anstehenden Veränderungsprozessen und deren Notwendigkeiten auseinanderzusetzen. Zum Wohle der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie der Beitragszahler und der Versicherten. Vor allem aber zum Wohle der Patienten.

Ihre  
Interessenvertretung der Innungskrankenkassen – IKK e.V.

**Andreas Fabri**  
Vorstandsvorsitzender

**Hans-Jürgen Müller**  
Vorstandsvorsitzender

**Rolf Stuppardt**  
Geschäftsführer

**Jürgen Hohnl**  
stellv. Geschäftsführer

# Finanzierung der GKV

## 1 Finanzkraftausgleich

### Problemstellung

---

- Bis Ende 2008 hatten grundlohnstarke Kassen, d.h. Kassen mit einkommensstarken Mitgliedern, Vorteile im Kassenwettbewerb, weil sie einen geringeren Beitragssatz erheben konnten als Krankenkassen mit einkommensschwachen Mitgliedern.
- Ein vollständiger Grundlohnenausgleich verhindert, dass Kassen Risikoselektion gegen einkommensschwache Versicherte betreiben. Stattdessen werden die Anreize erhöht, dass Kassen ihre Wettbewerbsstrategien auf Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ausrichten.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Dass das bestehende Ausgleichssystem soll in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie überführt werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. begrüßt die **Wiederherstellung einer größeren Beitragssatz-autonomie** für die Krankenkassen.
- Unabhängig davon, in welcher Art und Weise die Wiederherstellung einer größeren Beitragsautonomie umgesetzt wird, ist eine **Abschwächung des Grundlohnenausgleiches zu verhindern**. Andernfalls würden Strategien der Risikoselektion wieder an Attraktivität gewinnen.
- Im Falle der Wiedereinführung kassenspezifischer prozentualer Beitragssätze und einer Reduzierung des Fondsvolumens ist der vollständige **Grundlohn-ausgleich zwischen den Kassen** beizubehalten und wie bis Ende 2008 wieder über Forderungen und Verpflichtungen zu regeln.
- Sollte eine sukzessive Ausweitung des derzeitigen kassenspezifischen Zusatzbeitrages angestrebt werden, ist zu verhindern, dass Krankenkassen mit einkommensschwachen Mitgliedern einen höheren Zusatzbeitrag erheben müssen als Kassen mit einkommensstarken Mitgliedern. Jene **Teile des Zusatzbeitrages**, den die Mitglieder nicht selber aufbringen können, weil die 1%-Belastungsgrenze des Einkommens überschritten wird, ist den Kassen in standardisierter Form **aus dem Gesundheitsfonds** zur Verfügung zu stellen.

## Finanzierung der GKV

# 2 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

### Problemstellung

---

- Der Morbi-RSA verringert die Attraktivität von Risikoselektionsstrategien gegen chronisch Kranke und erhöht die Anreize, dass sich der Kassenwettbewerb auf die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung konzentriert.
- Seit Januar 2009 existiert ein Risikostrukturausgleich, der die Morbiditätsstrukturen der Krankenkassen anhand ambulanter und stationärer Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen im Rahmen von 80 Krankheiten direkt berücksichtigt.
- Ein Morbi-RSA muss allerdings zugleich den Kriterien der Kontrollierbarkeit, Praktikabilität, Planbarkeit, Verwaltungseffizienz und Manipulationssicherheit genügen.
- Die Erfahrungen des Jahres 2009 haben gezeigt, dass die Planbarkeit und die Kontrollierbarkeit der morbiditätsbedingten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Kassen kaum gegeben sind und die Manipulationssicherheit des Morbi-RSA nicht gesichert ist.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Der Morbi-RSA soll auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratischer und unanfälliger für Manipulationen gestaltet werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Planbarkeit, Kontrollierbarkeit und Manipulationssicherheit des Morbi-RSA müssen erhöht werden. An erster Stelle sollte deshalb die **Verbesserung und Optimierung des derzeitigen Klassifikationsmodells** stehen, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zu erhöhen und die Manipulationsmöglichkeiten zu verringern. Von einem weiteren Ausbau des Morbi-RSA ist deshalb abzusehen.
- Der Morbi-RSA muss gewährleisten, dass die **Präventionsanreize der Krankenkassen** nicht unterminiert werden und eine schleichende Morbidisierung der GKV stattfindet. Die Krankenkassen sollen sich nicht in ihrer Morbidität einrichten, sondern dafür Sorge tragen, dass die **beeinflussbare Morbiditätslast** gesenkt wird.
- Die **Präventionsorientierung im Morbi-RSA** sollte gestärkt werden, indem die der Prävention zugänglichen Volkskrankheiten – analog zum Vorschlag des alten Beirats des BVA – im Morbi-RSA keine Berücksichtigung finden.

## Finanzierung der GKV

### 3 Regionale Differenzierungsmöglichkeiten

#### Problemstellung

---

- In der Wissenschaft wird eine Vielzahl an Modellen diskutiert, die sich mit der Einführung regionaler Differenzierungsmöglichkeiten auseinandersetzen. Ziel dieser Reformideen ist es, die Existenz und Qualität des Kassenwettbewerbs zu sichern ohne das bundesweite Solidarprinzip zu verletzen.
- Die im Koalitionsvertrag intendierte Regionalisierung des bestehenden Ausgleichssystems zielt allerdings darauf ab, den derzeitigen bundesweiten Ausgleich der divergierenden beitragspflichtigen Einnahmen und Krankheitslasten zwischen den Bundesländern abzuschwächen.
- Eine Reform der Finanzierung der GKV darf jedoch das Solidarprinzip und das Prinzip der Beitragsgerechtigkeit nicht verletzen. Eine Regionalisierung des Grundlohnenausgleiches zwischen den Krankenkassen hätte zur Folge, dass die Beiträge zur Krankenversicherung von der Höhe der Löhne und Gehälter einer Region beeinflusst werden. Versicherte in grundlohnstarken Bundesländern müssten für ihren Krankenversicherungsschutz einen vergleichsweise geringeren (Zusatz)Beitrag zahlen als Versicherte in grundlohnschwachen Bundesländern.
- Eine Begrenzung bzw. Regionalisierung des derzeit bundesweiten Ausgleiches der regional unterschiedlichen Krankheitslasten würde darin münden, dass Versicherte in Regionen mit überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten einen höheren (Zusatz)Beitrag aufbringen müssten als Versicherte in Regionen mit gesünderen Versicherten.

#### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Das bestehende Ausgleichssystem soll langfristig in eine Ordnung mit mehr regionalen Differenzierungsmöglichkeiten überführt werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich gegen eine Berücksichtigung regionaler Differenzierungsmöglichkeiten im Rahmen des bestehenden Ausgleichs-systems aus. Es darf **keine (Zusatz)Beitragsunterschiede** zwischen den GKV-Mitgliedern geben, die auf Unterschieden im Einkommen und in der Krankheitsstruktur zwischen den Regionen beruhen.

## Finanzierung der GKV

# 4 Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge und Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages

### Problemstellung

---

- Das derzeitige Finanzierungssystem der GKV leidet an einer Einnahmeschwäche und verursacht eine Vielzahl ungenauer Verteilungseffekte.
- Die Einnahmen der GKV speisen sich hauptsächlich aus einkommens-proportionalen Beiträgen aus abhängiger Beschäftigung. Diese werden paritätisch (mit Ausnahme des Arbeitnehmer-Sonderbeitrages von 0,9 %) von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet. Die Entwicklung der Lohnzusatzkosten der Arbeitgeber ist folglich auch an die Entwicklung der Gesundheitskosten gekoppelt.
- GKV-Beitragssatzsteigerungen belasten infolge steigender Lohnzusatzkosten den Produktionsfaktor Arbeit. Eine Verschlechterung der Wettbewerbsfähigkeit wirkt negativ auf die Beschäftigungsentwicklung und führt wiederum zur Beeinträchtigung der Einnahmehasis der GKV.
- Die Einkommen aus unselbstständiger Arbeit haben sich im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlichen Einkommen unterdurchschnittlich entwickelt. Die GKV-Einnahmeseite profitierte daher unterproportional von den allgemeinen Einkommenssteigerungen der letzten Jahre.
- Durch die lohnzentrierte Beitragserhebung werden Kapitaleinkommensbezieher gegenüber Versicherten mit Einkommen aus unselbstständiger Arbeit bevorzugt.
- Die beitragsfreie Mitversicherung nichterwerbstätiger Ehepartner führt zur Begünstigung von Einverdiener- gegenüber Doppelverdienerhaushalten mit gleichem Gesamteinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze.

## Aussagen im Koalitionsvertrag

- Langfristig soll das bestehende System in eine Ordnung mit einkommens-unabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen überführt werden.
- Der Arbeitgeberanteil soll fest bleiben, um eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten zu verwirklichen.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich für eine **Senkung der Lohnzusatzkosten** aus. Dies kommt sowohl den Arbeitgebern als auch den Arbeitnehmern zu Gute. Auf der einen Seite wird die **Wettbewerbsfähigkeit der lohnintensiven Branchen** gestärkt. Auf der anderen Seite spiegeln sich niedrigere Lohnzusatzkosten in niedrigeren Preisen wider, was auch im Interesse der Arbeitnehmer in ihrer Eigenschaft als Verbraucher und Konsumenten ist.
- Zur Entlastung der lohnabhängigen Finanzierung der GKV sind alle **versicherungsfremden Leistungen** langfristig vollständig **über Steuern** zu finanzieren. Dieser steuerfinanzierte Anteil sollte sukzessive ausgebaut und durch eine Aufnahme in die mittel- und langfristige Finanzplanung des Bundes abgesichert werden.
- Der IKK e.V. bekennt sich zur **solidarischen Finanzierung der GKV**, die sozial ausgewogen gestaltet werden muss.
- Die **Parität** ist Ausdruck der gemeinsamen Verantwortung von Arbeitgebern und Versicherten. Sie gilt es, als **tragende Säule unseres Gesundheitssystems** zu erhalten.

# Wettbewerbsrecht

## Problemstellung

- Ursprünglich waren sowohl das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) als auch das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) auf die gesetzlichen Krankenkassen anwendbar. Dies ergibt sich nicht zuletzt aus den bis in die 1960er Jahre zurück reichenden Urteilen des Bundessozialgerichts.
- Erst wegen der zunehmenden Anwendung des Kartellrechts auf Sachverhalte in der GKV wie z.B. Verfahren wegen der Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen (Spik) wurde die Anwendung des Wettbewerbsrechts auf die Rechtsbeziehungen zwischen Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen (Gesundheitsreformgesetz 2000); Rechtsstreitigkeiten wurden den Sozialgerichten zugewiesen.
- Durch das GKV-WSG wurde in § 69 SGB V auf Initiative des Bundeswirtschaftsministeriums die entsprechende Geltung des Diskriminierungs- und Boykottverbots sowie des Verbots des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung wieder aufgenommen (analoge Anwendung der §§ 19–21 GWB).
- Kartelle bleiben aber weiterhin zulässig.

## Aussagen im Koalitionsvertrag

- Das allgemeine Wettbewerbsrecht soll den Ordnungsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen bilden.
- Überprüfungsbedarf besteht insbesondere bei Rabattverträgen sowie Fusionen von Krankenkassen und Krankenhäusern.
- Eine Überprüfung des Rechtswegs soll erfolgen.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. stellt sich dem Wettbewerb: Nur durch mehr **Wettbewerb im Gesundheitswesen** – sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch unter den gesetzlichen Krankenkassen sowie im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern – können **Effizienzreserven im Bereich von Qualität und Wirtschaftlichkeit** in der GKV gehoben werden. Hierfür ist es aber unabdingbar, einen rechtlichen Rahmen zu schaffen, der Vielfalt und Pluralismus fördert, statt die Tendenz zu oligopolen Strukturen zu verschärfen. Nur in der Vielfalt kann sich Wettbewerb voll entfalten!
- Der IKK e.V. spricht sich deshalb für eine rechtssichere, konsequente und einheitliche **Anwendung des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG)** in der GKV aus. Dies bedingt aber auch ein gleiches Aufsichtshandeln.
- Eine **konsequente Fusionskontrolle** vermeidet Oligopolbildungen bereits im Ansatz.
- Die Anwendung des gesamten **Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB)** auf die Gesetzliche Krankenversicherung sieht der IKK e.V. als eine logische Konsequenz ihrer zunehmend wettbewerblichen Ausrichtung. Dabei gilt es allerdings, den **Besonderheiten der rechtlichen Rahmenbedingungen**, denen die Gesetzliche Krankenversicherung unterliegt, Rechnung zu tragen.

# Arzneimittel

## 1 Kosten-Nutzen-Bewertung bei Innovationen

### Problemstellung

- Für eine erfolgreiche Zulassung muss die Wirksamkeit eines Arzneimittels in klinischen Studien nachgewiesen sein. Das Arzneimittel ist zu diesem Zeitpunkt an einer begrenzten Zahl von Studienteilnehmern getestet, sowohl der Nutzen als auch der mögliche Schaden in der breiten Anwendung sind noch nicht klar. Wenn es nur gegen ein Placebo getestet ist und nicht gegen bereits bestehende Therapiealternativen, ist seine mögliche Überlegenheit offen.
- Bei neuen Arzneimitteln hat der Hersteller eine Monopolstellung am Markt. Das erlaubt ihm, bei freier Preissetzung, einen sehr hohen Preis festzulegen.
- Da die Arzneimittelpreise in Deutschland anderen EU-Ländern als Referenzpreise für die dort i.d.R. günstigeren vereinbarten oder staatlich festgelegten Preise dienen, ist ein hoher Preis in Deutschland aus Sicht der pharmazeutischen Unternehmen wichtig. Die Unternehmen erklären sich zunehmend interessiert, mit deutschen Krankenkassen über Preisnachlässe vom offiziellen Verkaufspreis oder Mehrwertverträge zu sprechen; sie möchten die Ergebnisse der Verhandlungen aber nicht öffentlich machen.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

- Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln soll durch Vereinbarungen zwischen Krankenversicherung und Pharmafirmen verbessert werden.
- Kosten-Nutzen-Bewertungen müssen praktikabel nach klaren, eindeutigen Verfahren erfolgen. Überprüfen der Arbeit und der Verfahren des IQWiG.
- Betroffene sollen frühzeitig am Verfahren der Kosten-Nutzen-Bewertung beteiligt werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich für die **Vereinbarung von Preisen für neue Arzneimittel**, für die keine anderen Regeln greifen, **durch den GKV-SV** aus. Nur auf dieser Ebene der Verhandlung besteht eine ausreichende Nachfragemacht, um hier spürbare Preisnachlässe zu erzielen. Bilaterale Preisabsprachen zwischen einzelnen Krankenkassen und Unternehmen sind aufwendig, intransparent und benachteiligen kleinere Nachfragegruppen.
- Die Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertung eines neuen Medikamentes dauert derzeit zu lange. Das **IQWiG** sollte zukünftig auch „**Schnellbewertungen**“ zeitnah zur Zulassung eines neuen Medikamentes vornehmen.
- Die **Hersteller** sollten verpflichtet werden, immer dort, wo dies möglich ist, im Rahmen der Zulassung ein **neues Arzneimittel im Vergleich zur Standardtherapie zu erproben**. Alle Studienergebnisse sollten veröffentlicht werden müssen, auch die fehlgeschlagenen.
- Die **Patientenvertreter** sind beratend im G-BA beteiligt, die **Industrie** ist in den Gremien des IQWiG vertreten und hat umfassende Anhörungsrechte. Eine frühzeitige **Beteiligung der Betroffenen** ist damit sichergestellt.

## Arzneimittel

# 2 Preissteuerungsinstrumente

### Problemstellung

---

- Es gibt deshalb so viele, sich z.T. überlagernde Instrumente im Arzneimittelbereich, weil die Steuerung erst im Nachhinein erfolgt. Eine schlanke, wirksame Steuerung ist nur möglich, wenn die wichtigste Maßnahme - zentrale Preisverhandlung bei der Zulassung eines neuen Medikamentes als Voraussetzung für seine Verordnungsfähigkeit - auch in Deutschland eingeführt wird. Nur die Verknüpfung von Preisfindung und Zulassung zum GKV-Markt sichert einen guten Preis.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente soll überprüft werden.
- Der Arzneimittelmarkt wird unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu geordnet.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich dafür aus, die Verordnungsfähigkeit neuer Arzneimittel an eine **Preisvereinbarung mit dem GKV-SV** zu knüpfen.
- Der **Preis eines neuen Arzneimittels** (und eines Medizinproduktes) muss sich in erster Linie **am Nutzen** orientieren. Wenn sich die Politik entschließt, dass auch Überlegungen zur Wirtschaftsförderung und für Wachstum und Beschäftigung eine Rolle spielen sollen, dann müssen sich daraus Vorteile für alle Beteiligten ergeben (**Bevorzugung inländischer Anbieter bei Vorzugspreisen**).
- Um kurzfristig die Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich in den Griff zu bekommen, sollte der **Herstellerabschlag** erhöht und mittelstandsfreundlich ausgestaltet werden: Der derzeitige Abschlag von 6 % für nicht festbetragsfähige Arzneimittel sollte auf 12 % erhöht werden. Der jetzige Aufschlag auf festbetragsfähige Arzneimittel in Höhe von 10 % sollte, um generische Anbieter, die bereits durch Rabattverträge wesentlich zu Einsparungen beitragen, nicht zusätzlich zu belasten, unverändert beibehalten werden.
- Arzneimittel werden derzeit in Deutschland mit dem vollen Mehrwertsteuersatz belegt. Auch mit Blick auf die Sätze für Lebensmittel u.ä. und die in anderen europäischen Ländern geltenden reduzierten Steuersätze sollte die **Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 % gesenkt** werden.

# Innovationen / Medizinprodukte

## Problemstellung

---

- In aller Regel kommen neue Medizinprodukte/Technologien über die stationäre Versorgung ins System. Sie müssen kein den Arzneimitteln vergleichbares Zulassungsverfahren durchlaufen. Bisher mussten sie nur ihre Funktionsfähigkeit und ihre Sicherheit nachweisen, um ein CE-Kennzeichen zu erhalten und auf den Markt zu gelangen.
- Neue Medizinprodukte/Technologien können im Krankenhaus eingesetzt werden, solange ihre Abrechnung nicht durch den G-BA verboten wurde. Das DRG-System bildet jedoch nur bereits bestehende Leistungen ab. Bis ein neues Verfahren in die DRGs aufgenommen wird, können drei Jahre vergehen. Neben der Finanzierung durch Fallpauschalen und Zusatzentgelte können die Leistungen über NUB-Entgelte finanziert werden.
- In der ambulanten Versorgung gilt der Erlaubnisvorbehalt: Nur durch den G-BA zugelassene Innovationen können in der GKV abgerechnet werden. Dieser Prozess ist aufwendig und langwierig.

## Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Alle Menschen sollen am medizinischen Fortschritt teilhaben können.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der **Leistungskatalog** ist ein lebendiges System. Neue Methoden, Verfahren und Produkte müssen **zeitnah bewertet** und nach **transparenten Kriterien** beschieden werden.
- Nur ein **umfassendes Versorgungsangebot** kann eine Zweiklassenmedizin verhindern. Bei darüber hinausgehenden differenzierten Bedürfnissen darf der grundsätzliche Leistungsanspruch nicht verloren gehen.
- Der IKK e.V. schlägt ein proaktives Innovationsmanagement durch Einrichtung einer **Informationsplattform für neue Methoden, Verfahren und Medizinprodukte/Technologien** vor. Eine intensive Kooperation zwischen Forschung, Leistungserbringern und Kostenträgern soll die Entwicklung bedarfsgerechter und qualitätsgesicherter Produkte voranbringen.
- Hierfür sollte ein eigener Finanzierungstopf im Gesundheitsfonds eingerichtet werden (**Innovationsfonds**).

# Verträge und Versorgung

## 1 Hausarztverträge

### Problemstellung

- Die Kassen sind nach § 73 b Abs. 4 SGB V verpflichtet, Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung zwingend mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des KV-Bezirks angehören.
- Der Kontrahierungszwang fördert den Wettbewerb nicht, weil sich zunehmend abzeichnet, dass sich Schiedsämter mit ihren Schiedssprüchen an bereits existierenden Vereinbarungen orientieren und es zum Teil sogar ablehnen, Verträge mit Einzelkassen jeweils einzelnen Schiedsverfahren zuzuführen.
- Der Kontrahierungszwang bewirkt keine Steigerung der Qualität, weil der Abschlusszwang Verhandlungsspielräume minimiert und dadurch lediglich für eine Verlagerung des Behandlungsbedarfs sorgt.
- Der Kontrahierungszwang hat keine positiven finanziellen Auswirkungen, weil die vorhandenen Präzedenzfälle enge Rahmenbedingungen schaffen, die qualitätsorientierte Innovationen, die positive Auswirkungen haben könnten, unmöglich machen.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

- Regelungen zu Hausarztverträgen bleiben zunächst unverändert.
- Nach drei Jahren soll festgestellt werden, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich dafür aus, den **Kontrahierungszwang bei Hausarztverträgen abzuschaffen**, um dadurch den Weg für mehr Wettbewerb und Qualität bei der hausarztzentrierten Versorgung frei zu machen.

## Verträge und Versorgung

# 2 Honorarreform Ärzte/Zahnärzte

### Problemstellung

---

- Die ärztliche Vergütung ist hochkomplex und intransparent.
- Versorgungsdefiziten in unterversorgten Gebieten wird bislang nicht adäquat begegnet. Die Ansiedlung von Vertragsärzten in unterversorgten Gebieten wird nicht ausreichend gefördert.
- Der Überversorgung in einigen Regionen wird nicht ausreichend entgegen getreten.
- Die ärztliche Vergütung ist nicht in ausreichendem Maße qualitätsorientiert.
- Es gibt kein Verfahren zur adäquaten Versorgungsanalyse, um Über- und Unterversorgung zutreffend abbilden zu können.

### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Ein einfaches, verständliches Vergütungssystem soll die Leistungen adäquat abbilden.
- Die Bedarfsplanung soll zielgerichtet weiter entwickelt werden.
- Regionale Besonderheiten sollen bei den notwendigen Kurskorrekturen zur Honorarreform berücksichtigt werden.
- Dem drohenden Ärztemangel soll durch Abbau von Bürokratie, leistungsgerechte Vergütung, gezielte Maßnahmen zur Nachwuchsgewinnung, Ansiedlung in unterversorgten Gebieten und Erweiterungen der Delegationsmöglichkeiten an nicht-ärztliches Personal begegnet werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Die Ausgestaltung der **vertrags-(zahn-)ärztlichen Vergütung** ist aus Sicht des IKK e.V. zu **vereinfachen** und transparent zu gestalten.
- Eine **stärkere Qualitätsorientierung** der Vergütung ist durch Zu- und Abschläge auf das ärztliche Honorar sicherzustellen.
- Der IKK e.V. spricht sich für eine gesicherte Methode zur **adäquaten Versorgungsanalyse** aus.
- In unterversorgten Gebieten sind **Vergütungszuschläge** zu gewähren und in überversorgten **Vergütungsabschläge** vorzunehmen, die sich in ihrer Gesamtschau kostenneutral gegenüber stehen.

## Verträge und Versorgung

### 3 Medizinische Versorgungszentren

#### Problemstellung

---

- Medizinische Versorgungszentren bieten die Chance einer fachübergreifenden Versorgung als Versicherten-freundliche Alternative zu Einzelpraxen. Es bestehen aber noch nicht in allen Regionen Medizinische Versorgungszentren.
- Es besteht die Gefahr, dass ökonomische Anreize für die Inhaber im Vordergrund stehen.

#### Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Medizinische Versorgungszentren sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden.
- Geschäftsanteile können grundsätzlich nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gehalten werden. Krankenhäuser können sich mit einer Anteilsminderheit beteiligen.
- Für unterversorgte Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn nicht ausreichend ärztliche Interessenten bestehen.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich für die **Förderung** der vermehrten Ansiedlung von Medizinischen Versorgungszentren aus, insbesondere in **unterversorgten Gebieten**.
- Im Bereich Medizinischer Versorgungszentren sind stärkere Anreize zu schaffen, damit **qualitativ hochwertige Leistungen** erbracht werden.
- Eine **Beschränkung der Inhaberschaft** auf Ärztinnen und Ärzten ist lebensfremd und **nicht gerechtfertigt** und daher nicht vorzusehen.

# Leistungen der GKV

## Problemstellung

- Die Strukturen des Leistungsgeschehens in der GKV sind sehr starr, denn 95 % Prozent der Leistungen sind durch das SGB V festgelegt und werden durch den G-BA konkretisiert. Dadurch ergibt sich ein geringer Spielraum im Leistungsbereich für die Kassen im Wettbewerb.
- Der Umfang des Leistungskataloges ist über Jahrzehnte kumulativ gewachsen und es gibt keine Überprüfung von überholten und veralteten Leistungen. Dabei ist zu bedenken, dass bei gleichbleibenden finanziellen Mitteln mit jeder neu in den Leistungskatalog aufgenommen Leistung weniger Geld für andere Leistungen zur Verfügung steht.
- „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) sind in der Regel medizinisch unnötige oder medizinisch umstrittene Leistungen und werden von der GKV nicht erstattet.
- Neue Leistungen, deren Nutzen noch nicht bewertet oder nachgewiesen ist, gelangen zu spät in die Regelversorgung.
- Auf Seiten der Versicherten besteht vielfach Unkenntnis darüber, welche Leistungen im Leistungskatalog der GKV enthalten und welche Angebote privat zu zahlen sind.

## Aussagen im Koalitionsvertrag

- Versicherte sollen den Krankenversicherungsschutz auf Basis des bestehenden Leistungskatalogs so weit wie möglich selbst gestalten können.
- Bestehende Festzuschüsse, Festbeträge und Mehrkostenregelungen sollen ausgeweitet werden, ohne Versicherte zu überfordern oder sie vom medizinischen Fortschritt auszuschließen.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V spricht sich für einen **umfassenden, einheitlichen Leistungskatalog** aus, in den möglichst zeitnah neue Leistungen aufgenommen werden. Hierzu bedarf es eines **systematischen Innovationsmanagements**, das auch Antragsanforderungen und Bewertungsfristen regelt.
- Der **Leistungskatalog sollte als lebendiges System** verstanden werden, aus dessen Spektrum individuell die medizinisch sinnvolle Behandlung gewählt werden kann. Darüber hinaus sollte er ständig auf veraltete und überholte Leistungen überprüft werden. Diese sollten ggf. auch ausgeschlossen werden.
- Angebote, die zusätzlichen **individuellen Bedürfnissen** Rechnung tragen, sollen über **Kooperationen insbesondere mit der PKV** ermöglicht werden.
- Wenn Versicherte auf Basis des bestehenden Leistungskatalogs Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden sollen, müssen ihnen auch Möglichkeiten eingeräumt werden, **umfassende und verständliche Informationen** über den GKV-Leistungskatalog und über IGeL zu erhalten.

# Prävention

## Problemstellung

---

- In Deutschland fehlt es an einer nationalen Präventionsstrategie. Auch eine systematische Koordination der unterschiedlichen Präventionsmaßnahmen findet nicht statt.
- Die Kommunen ziehen sich aus den Präventionsbemühungen immer mehr zurück.
- Die Diskussion über Prävention ist zu oft auf finanzielle Aspekte begrenzt.
- Die Nachhaltigkeit von Präventionsangeboten ist kaum überprüfbar; es fehlen Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität.
- Es fehlen Lösungen für die sich aus der demographischen Entwicklung ergebenden Probleme u. a. in den Betrieben (fehlender Nachwuchs und verlängerte Lebensarbeitszeit).

## Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Die Präventionsstrategie soll auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen.
- Es bedarf einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung unter Berücksichtigung und Stärkung der vorhandenen Strukturen.
- Ein besonderer Fokus soll auf Kinder und Jugendliche gelegt werden.
- Zielgruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, Eigenverantwortlichkeit und Gesundheitsbewusstsein zu stärken.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V spricht sich für eine **Steigerung der Präventionsanstrengungen** aus.
- Die Prävention muss langfristig als **gesamtgesellschaftlicher Ansatz** gestärkt werden. Hierfür gilt es, eine **nationale Präventionsstrategie** zu entwickeln, die in einer Rahmengesetzgebung zu verankern ist.
- An den Ausgaben für Prävention sind alle relevanten Akteure zu beteiligen. So sind z. B. **Settings**, im Sinne von kommunaler Gesundheitsförderung, **gesamtgesellschaftlich zu finanzieren** und darüber hinaus zielgerichtet zu koordinieren.
- Die **Betriebliche Gesundheitsförderung** muss qualitätsgesichert ausgebaut werden. Der Aufwand hierfür ist bei gesetzlichen Vorgaben im Rahmen von Settings finanziell anzurechnen.

# Verhältnis GKV / PKV

## Problemstellung

---

- GKV und PKV stehen gleichermaßen vor enormen ökonomischen Herausforderungen aufgrund einerseits Finanzierungslücken und andererseits wegen besorgniserregenden Ausgabensteigerungen.
- Das GKV-WSG hat keine zufriedenstellenden Bedingungen gebracht, weder für die GKV noch für die PKV.
- Die letzten Gesundheitsreformen haben beiden Systemen grundsätzlich systemfremde Instrumente auferlegt, so dass von schleichender Konvergenz oder inkonsistenter Dualität auszugehen ist.
- 70,5 Mio. GKV-Versicherte stehen 8,6 Mio. PKV-Versicherten gegenüber und in beiden Systemen sind die Herausforderungen des Demografiefaktors ebenso ungelöst wie die des Innovations- und Wachstumsfaktors der Gesundheitswirtschaft.

## Aussagen im Koalitionsvertrag

---

- Der Wechsel von der GKV in die PKV soll wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.
- Eine stärkere Abgrenzung zwischen GKV und PKV soll hergestellt werden.
- Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei Wahl- und Zusatztarifen sollen erweitert werden.

## Positionierung des IKK e.V.

- Der IKK e.V. spricht sich für eine **klare Abgrenzung** zwischen GKV und PKV aus.
- Die Erweiterung der Möglichkeiten zur **Zusammenarbeit** beim Angebot von Wahl- und Zusatztarifen werden begrüßt.



### Ansprechpartner für Rückfragen

IKK e.V.

Rolf Stuppardt, Geschäftsführer des IKK e.V.

Jürgen Hohnl, stellv. Geschäftsführer des IKK e.V.

Cornelia Wanke, Bereich Politik des IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

T +49 (0)30 202491-0

F +49 (0)30 202491-50

info@ikkev.de

[www.ikkev.de](http://www.ikkev.de)



