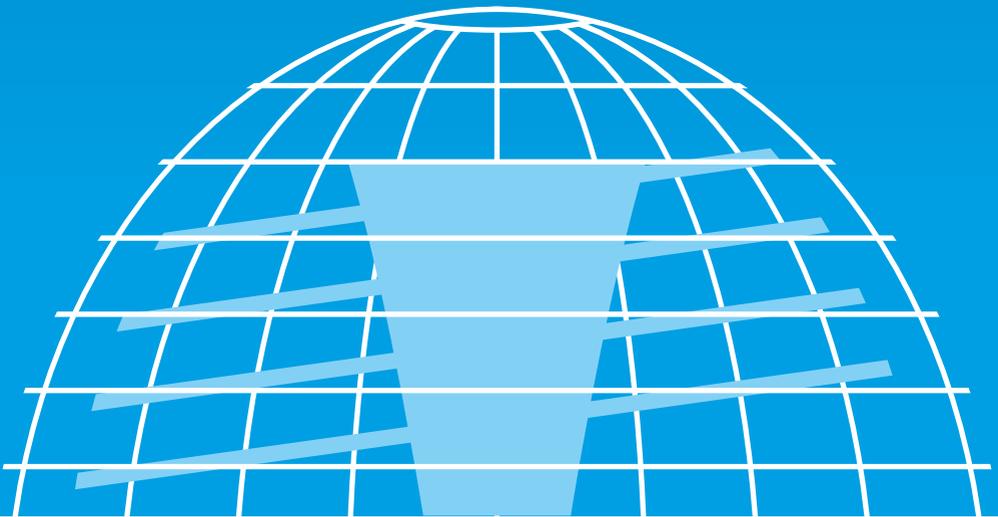


Positionen zur Bundestagswahl 2017

Anforderungen
an eine zukunftsorientierte
Gesundheitspolitik



Inhalt

Kernforderungen	6
1 Bekenntnis zur Selbstverwaltung	8
2 Wettbewerb fair gestalten	12
3 Finanzierungsbasis verbreitern und Staat nicht aus der Verantwortung entlassen	16
4 Defizite bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA anpacken	20
5 Versicherte und Patienten befähigen	24
6 Betriebe und Arbeitgeber unterstützen	28
7 Versorgung stärken und verbessern	30
8 Innovation fördern und Digitalisierung vorantreiben	34

Positionen zur Bundestagswahl 2017

Anforderungen
an eine zukunftsorientierte
Gesundheitspolitik



Geleitwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bundestagswahlkampf ist eröffnet – auch in der Gesundheitspolitik ist ein herbstlich-frischer, manchmal ungemütlicher Wind zu spüren. Gut so! Denn nun beginnt die Zeit, neue politische Pläne zu schmieden, über Alternativen bisheriger Konzepte nachzudenken, Ideen zu entwickeln und ein Bild über die Zukunft des Gesundheitssystems zu zeichnen. Dies wollen wir nicht allein den politischen Parteien oder den Leistungserbringern überlassen! Als Interessenvertretung der Innungskrankenkassen sehen wir uns als Stichwortgeber und Politikberater, der mit seiner engagierten sozialpartnerschaftlichen Selbstverwaltung sowie seiner auch praktischen Expertise im Gesundheitssystem an der Gestaltung des Gesundheitswesens mitwirken will.

Vor der neuen Bundesregierung und auch der zukünftigen Opposition liegen eine Menge Herausforderungen. Die aktuelle Bundesregierung hat sich vieler Themen angenommen, sie manchmal gut, manchmal weniger gut gelöst. Die Versorgung unserer Versicherten sowie Patientinnen und Patienten hat sich dadurch nicht immer verbessert. Nach wie vor ungelöst: Die sektorenübergreifende Versorgung. Auch weiterhin bleiben die Bereiche ambulante und stationäre Versorgung voneinander abgeschottet. Innovationen – vor allem digitale – haben es immer noch schwer. Darüber hinaus bremsen eine unterschiedliche Aufsichtspraxis und Ungerechtigkeiten im Finanzausgleichssystem die Innovationkraft aus. Wie überhaupt auch die jetzige Regierungskoalition weiter in die Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen hat. Wir fordern deshalb nicht nur ein Bekenntnis zur Selbstverwaltung, sondern deren Stärkung.

Ein schwieriges Erbe für die zukünftigen Entscheidungsträger sind die spürbaren Mehrausgaben ohne Mehrwert, die den Beitragszahlern aufgebürdet wurden. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bleibt eine Dauerbaustelle. Die momentan günstige wirtschaftliche Lage verschleierte, dass entscheidende Strukturveränderungen z. B. im Krankenhaus nicht vorgenommen wurden. Die Ausgabensteigerungen werden auf die Versicherten alleine abgewälzt, der Steuerzuschuss deckt nicht die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die auch



in den Gesetzespaketen vom GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bis zum Präventionsgesetz erneut munter auf die GKV abgewälzt wurden. Dieses Problem muss die Politik anpacken! Wir bieten dafür eine Lösung.



Darüber hinaus sträubt sich die Bundesregierung, den Morbi-RSA wieder gerecht zu machen. In dieser Frage haben die Innungskrankenkassen eine Menge zu sagen – inklusive konkreter Umsetzungsvorschläge.



Wir sind davon überzeugt, dass wir mit den Forderungen und Positionierungen in dem vorliegenden Papier wichtige Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung formuliert haben. Der IKK e.V. und seine Mitgliedskassen freuen sich auf konstruktiv-kritische Diskussionen mit der Politik und gesundheitspolitisch Interessierten über die Zukunft unseres Gesundheitssystems.



Ihr IKK e.V.



Hans-Jürgen Müller
Vorstandsvorsitzender

Jürgen Hohn
Geschäftsführer

Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzender



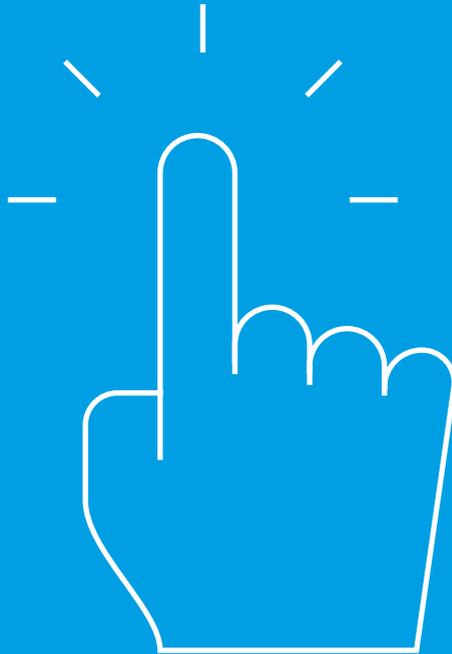
Kernforderungen

Aus Sicht der Innungskrankenkassen sind folgende Anforderungen an eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik zu stellen:

- Sie muss alle Voraussetzungen erfüllen, damit die rund 71 Mio. GKV-Versicherten in Deutschland, darunter 5,3 Mio. IKK-Versicherte, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.
- Sie muss die fundamentalen Eckpfeiler des deutschen Gesundheitssystems im Hinblick auf die europäische Gesetzes- und Verordnungsebene schützend bewahren.
- Sie muss optimale Bedingungen für kleine und mittelständische Unternehmen schaffen. Nur eine Gesundheitspolitik, die das Handwerk und den Mittelstand nachhaltig unterstützt, fördert Beschäftigung, Ausbildung und Wirtschaftswachstum in Deutschland.
- Solidarität und Eigenverantwortung sind die Grundprinzipien unseres Gesundheitswesens. Auch in Zukunft muss es gelingen, diese Elemente im Gleichgewicht zu halten.
- Sie muss das Resultat eines gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses sein, in dem die Sozialpartner und die Interessenorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen einen gleichberechtigten Part neben der Politik und den Leistungserbringern haben.
- Sie muss ziel-, nutzen- und ergebnisorientiert, transparent und unbürokratisch sein und sie muss der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten nachhaltig Rechnung tragen.



1 | Bekenntnis zur Selbstverwaltung



Die soziale Selbstverwaltung ist ein konstituierendes Element unserer Sozialversicherung und hat sich bewährt. Sie hat die komplexe Aufgabe, die Sozialversicherung zukunftsfähig zu halten und durch die wettbewerblichen, versorgungsbezogenen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen zu führen. Dabei hat sie die Interessen der Versicherten und Patienten sowie der Arbeitgeber zu berücksichtigen. Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt.



Die Aufgaben werden schwieriger und die Anforderungen immer höher, gleichzeitig greift der Staat immer stärker in dieses austarierte und hochkomplexe System ein. Die soziale Selbstverwaltung benötigt zur Erfüllung ihrer Aufgaben aber entsprechende Handlungsspielräume. Gleichzeitig verschiebt die Politik den Fokus auf die gemeinsame Selbstverwaltung, insbesondere zum Gemeinsamen Bundesausschuss. Außerdem erhalten neue Gruppen – Patientenvertreter, Selbsthilfeorganisationen – mehr Einfluss z. B. in Versorgungsfragen.

Prinzip Selbstverwaltung ausbauen

- Die soziale Selbstverwaltung ist ein hohes Gut. Gerade in ihrer Subsidiarität liegen die Wurzeln ihres Erfolgs. Diese ordnungspolitische Grundentscheidung gilt es zu stärken. Das bedeutet, dass sich Politik und Gesetzgebung auf die Zielausrichtung konzentrieren und den notwendigen gesetzlichen Rahmen schaffen, in dem dann die Selbstverwaltung eigenverantwortlich agiert.
- Eigenverantwortung braucht aber auch Spielregeln. Dies ist die Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden. Wie die Selbstverwaltung den gesetzlichen Zielen verpflichtet ist, gilt dies auch für die Aufsichten, die sich auf die Rechtsaufsicht konzentrieren müssen und nicht zu einer Fachaufsicht werden dürfen. Aufsichtsrechtliches Handeln, etwa im Rahmen der Prüfung und Genehmigung von Selektivverträgen, darf nicht den gesetzlichen Zielvorstellungen entgegenlaufen und muss zwingend einheitlich erfolgen.



- Die soziale Selbstverwaltung benötigt von der Politik Vertrauen, Handlungsfähigkeit und Planbarkeit. Die Kategorien „Vertrauensschutz“ und „Rückwirkungsverbot“ sind als Teile des Rechtsstaatsprinzips für eine planvolle Arbeit der Selbstverwaltung unabdingbar, auch wenn sie aus verfassungsrechtlicher Sicht für die Krankenkassen als mittelbare Staatsgewalt nicht gelten sollen. Eingriffe in dieser Hinsicht bedürfen einer außerordentlich gewissenhaften Abwägung, um keinen Schaden zu stiften.
- Die Vertreter der sozialen Selbstverwaltung verstehen sich auch als Patientenvertreter. Dieses Selbstverständnis gilt es stärker in der Öffentlichkeit bewusst zu machen. Gleichzeitig ist zu konstatieren, dass Selbsthilfeorganisationen und Nichtregierungsorganisationen eine immer breitere gesellschaftliche und politische Bedeutung erhalten. Das muss kein Widerspruch sein. Insoweit sollte überlegt werden, wie mit Patientenvertreter dort, wo sie unabhängig und nicht nur dem Einzelinteresse verpflichtet sind, in den Dialog getreten werden kann. Dies darf aber nicht zu einer Vermischung von Verantwortlichkeiten führen.

Legitimation der Selbstverwaltung stärken

- Die Arbeit der Selbstverwaltung muss stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt werden. Denn nur Transparenz über ihre Aufgaben und Einflussmöglichkeiten kann die Akzeptanz der Selbstverwaltung erhöhen.
- Die Friedenswahl steht für ein austariertes und im höchsten Maße demokratisch legitimiertes Beteiligungssystem. Sie bildet am besten die Vielfalt der gewerkschaftlichen Organisationen und Gewerke sowie den regionalen Proporz ab. Urwahlen sind nur dort sinnvoll, wo tatsächlich mehr Kandidaten als Listenplätze vorhanden sind. Es muss den Listenträgern überlassen bleiben, wie viele Kandidaten aufgestellt werden.
- Die Innungskrankenkassen sehen Bestrebungen kritisch, nach denen aus den Listenwahlen grundsätzlich Personenwahlen werden sollen. Ein Persönlichkeitswahlkampf entspricht nicht dem Charakter von Sozialwahlen. Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt.

- Die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung ist zu erhalten oder herzustellen. Darüber hinaus zählt auch die Ausgewogenheit der Selbstverwaltung im Hinblick auf das Alter und Geschlecht ihrer Vertreter.
- Eine erfolgreiche Selbstverwaltung benötigt ein belastbares Fundament ehrenamtlichen Handelns. Die Vereinbarkeit von Ehrenamt, Beruf und Familie ist dringend zu erhöhen. Hierzu gehören neben einem breiten Angebot an trägerunabhängigen Fortbildungsmaßnahmen, einer verlässlichen Absicherung gegen Haftungsrisiken auch verbindliche Regelungen zur Freistellung, um Beruf und Familie mit der Ausübung des Ehrenamtes besser vereinbaren zu können.
- Ein kategorischer Ausschluss von Leistungsanbietern aus den Verwaltungsräten von Krankenkassen verstößt gegen die traditionelle Verankerung der Innungskrankenkassen im Handwerk und damit auch im Gesundheitshandwerk und wird von daher vom IKK e.V. abgelehnt.



2

Wettbewerb fair gestalten



Die Krankenkassen bewegen sich in parallelen Welten: Einerseits sind sie als Körperschaften öffentlichen Rechts Träger der mittelbaren Staatsgewalt. So wurden ihnen staatliche Aufgaben übertragen, die sie in einem entsprechenden sozialrechtlichen Rahmen erfüllen. Gleichzeitig wurde den Krankenkassen ein Wettbewerb verordnet, in dem sie – teilweise – wie Unternehmen agieren sollen.

Sie stehen als kleine und große, regionale und bundesweit agierende Krankenkassen in direkter Konkurrenz um Mitglieder. Das „Marktumfeld“ ist denkbar komplex, da eine hohe Regulierungsdichte, massive staatliche Aufsicht und konkurrierende Prüfinstanzen das Marktgeschehen beeinflussen. Erschwerend kommt die uneinheitliche Aufsichtspraxis hinzu.



Wettbewerb stärken – Aufsichtspraxis verbessern

- Die Innungskrankenkassen stehen zum wettbewerblichen und gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Einheitsversicherung lehnen die Innungskrankenkassen als leistungs- und versichertenfeindlich ab.
- Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Er muss den Versicherten und Patienten zugutekommen, indem die Versorgungsqualität in den Vordergrund rückt. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kassen Handlungsspielräume hinsichtlich der Qualität der Leistungen, des Services und der Preise erhalten.
- Dabei muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nach einheitlichen, an dem gesetzgeberischen Willen ausgerichteten Kriterien agieren.
- Maßvolles Aufsichtshandeln bedarf einheitlicher Regeln und klarer Zuständigkeiten. Die Vielzahl von Prüfungsinstanzen der Krankenkassen wie das Bundesversicherungsamt, die Landesaufsichten, der Bundesrechnungshof etc. ist aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands bei den Krankenkassen zu reduzieren. Zudem sind unnötige Doppelprüfungen der Behörden auszuschließen.



- Über die Frage der Landes- oder Bundesunmittelbarkeit von Krankenkassen sollte der Verwaltungsrat der jeweiligen Krankenkasse entscheiden. Maßgeblich sollte die regionalbezogene Öffnung der Kasse sein und nicht die fiktive Bindung an Niederlassungen von Betrieben von ursprünglichen Trägerinnungen. Hier existieren derzeit noch unterschiedliche, historisch bedingte Systematiken, die dringend aufeinander abgestimmt werden müssen.
- Die GKV braucht eine solidarische Wettbewerbsordnung, die insbesondere die kleineren Mitbewerber vor der Marktmacht der großen Kassen schützt. Die Anwendung des Kartellrechts zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist geboten.
- Die Innungskrankenkassen begrüßen die kartellrechtliche Prüfung von Kassenfusionen. Weitere kartellrechtliche Regelungen, die darüber hinaus für die Krankenkassen gelten sollen, lehnen die Innungskrankenkassen ab. Krankenkassen sind keine Unternehmen! Es sollte nur das kartellrechtlich geregelt werden, wo Missbrauch möglich ist. Eine weitere Ausdehnung des Kartellrechts auf die Kassen erschwert unter anderem das politisch gewollte Zusammenarbeitsgebot der GKV.

Verhältnis von PKV zur GKV klarstellen

- Der IKK e.V. ist für den Erhalt des zweigliedrigen Versicherungssystems und setzt sich für eine klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV ein.
- Dies bedeutet aber auch die Ablehnung der Ausweitung der Geltung von Verhandlungsergebnissen der GKV für die PKV ohne gleichzeitigen Risikoausgleich.
- Die PKV bietet eine freiwillige Absicherung von individuellen Risiken bei einer Personengruppe, die von der allgemeinen Versicherungspflicht befreit ist. Diese Entscheidung beinhaltet auch Verantwortung.

- Bessere Möglichkeiten zur Zusammenarbeit von GKV und PKV beim Angebot von Zusatztarifen sind wünschenswert. Die Innungskrankenkassen sehen Zusatzversicherungen wie etwa Chefarztbehandlung oder die Zahnzusatzversicherung als Aufgabe der PKV an. Wahltarife wie beispielsweise Beitragsrückgewähr, Selbstbehalt oder Krankengeld sollten auch weiterhin wettbewerbsfähig in beiden Systemen möglich sein. Die Innungskrankenkassen regen an, das Instrument von präventionsbezogenen betrieblichen Gruppentarifen für die GKV nutzbar zu machen.



3 Finanzierungsbasis verbreitern und Staat nicht aus der Verantwortung entlassen



Eine gerechte und stabile Finanzierung sowie eine klare Kompetenzordnung ist das Fundament einer erfolgreichen und medizinisch hochwertigen solidarischen Krankenversicherung. In der 18. Legislaturperiode wurde allerdings eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen geschaffen, die mit hohen Ausgabensteigerungen verbunden sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist politisch zu einer leeren Hülse geworden, weil das Verhältnis der vom Gesetzgeber mit den Reformen verursachten Steigerung der Leistungsausgaben in keinem Verhältnis zur Versorgungsverbesserung steht.



Gleichzeitig zieht sich der Staat zugunsten eines ausgeglichenen Haushalts aus seiner Finanzierungsverantwortung für seine originären Aufgaben zurück und belastet somit die Beitragszahler zusätzlich. Die Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben hin zur Sozialversicherung findet weiterhin im hohen Maße statt und muss gestoppt werden.



Finanzierungsbasis verbreitern

- Das Haushaltsrecht ist das alleinige Recht der Selbstverwaltung. Dies gilt es zu bewahren und vor Eingriffen der Aufsichtsinstanzen zu schützen. Dazu gehört auch die Beitragssatzautonomie.
- Die Finanzierung der gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung muss auch weiterhin durch eine Umlagefinanzierung gesichert sein. Sie ist Garant für eine nachhaltige, solidarische und belastungsgerechte Finanzierung der GKV.
- Es muss kurzfristig eine gesellschaftliche Diskussion über eine notwendige Verbreiterung der Finanzierungsbasis der GKV geführt werden. Ziel muss es sein, vom alleinigen Lohnkostenbezug abzurücken. Dabei ist sowohl die Finanzierungsgerechtigkeit zu berücksichtigen als auch der bürokratische Aufwand minimal zu halten.



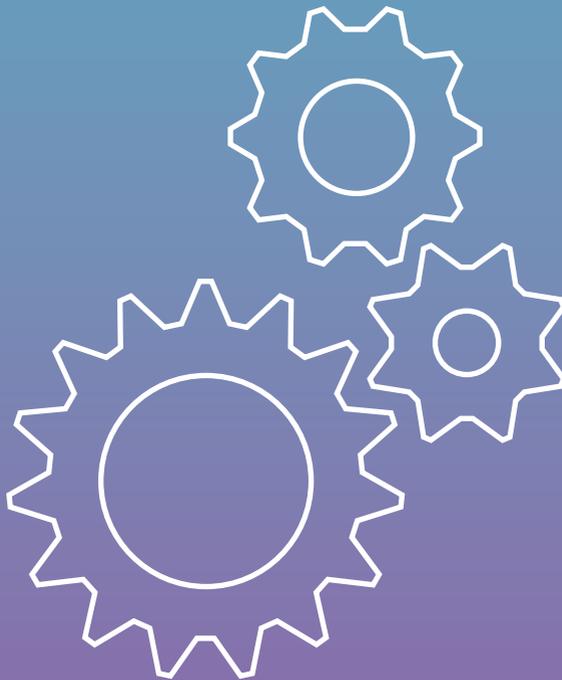
Staat nicht aus der Finanzverantwortung entlassen

- › Zur weiteren Entlastung der Lohnkosten muss die Steuerfinanzierung ausgebaut werden. Mindestens die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben müssen künftig von allen Bürgerinnen und Bürgern des Landes getragen werden. Darunter fallen unter anderem auch alle familienpolitischen Leistungen und kostendeckende Beiträge für ALG-II-Bezieher. Die Höhe dieser Finanzierung muss dauerhaft verlässlich sein. „Verschiebebahnhöfe“ darf es nicht mehr geben.
- › Der schleichende Rückzug aus gemeinsamen Finanzierungsformen durch Bund, Länder und Kommunen (wie etwa bei der Übernahme der Investitionskosten für die Krankenhäuser durch die Kassen an Stelle der Länder) und Leistungserbringer muss gestoppt werden. Umgekehrt muss zukünftig vermieden werden, dass aus Beitragsmitteln der GKV Aufgaben finanziert werden, die sinnvoller über Steuermittel zu finanzieren wären, wie beispielsweise der Innovationsfonds oder die Präventionsmaßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Dazu zählt auch die Einführung der Telematikinfrastruktur.

Die vorgenannten Punkte sind notwendig, um Beitrags- und Belastungsgerechtigkeit wiederherzustellen. Die alleinige Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge muss zurückgefahren werden. Eine Belastungsgerechtigkeit zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern muss gewährleistet und durch die staatliche Finanzierungsbeteiligung zukünftig und auf Dauer garantiert sein.



4 Defizite bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA anpacken



Der Morbi-RSA ist in seiner aktuellen Ausgestaltung hoch umstritten. Er ist manipulationsanfällig und präventionsfeindlich. Seine wettbewerblich bedeutsame Verteilungswirkung ist nicht erst seit der gerichtlich durchgesetzten Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener grob ungerecht geworden. Die Schere zwischen den „Gewinnern“ und „Verlierern“ driftet merkbar weiter auseinander und schafft eine wahrnehmbare und bedauerliche Inakzeptanz innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenkassen.

- Die Innungskrankenkassen bekennen sich dennoch zum Morbi-RSA, jedoch muss er dringend transparenter, unbürokratischer und manipulations sicher gestaltet werden.
- Die zahlreichen Gutachten machen den Veränderungsbedarf transparent; die Vorschläge zur Reform des Finanzausgleichs sind bekannt. Sie gilt es nunmehr schnellstens umzusetzen.
- Die unangemessen starke Berücksichtigung von jenen Volkskrankheiten, die durch Prävention vermieden oder deren Verlauf durch Prävention günstig beeinflusst werden kann, muss zurückgenommen werden. Künftig ist durch eine neue Krankheitsauswahl und ein angepasstes Klassifikationsmodell sicherzustellen, dass nur schwerwiegende, eng abgrenzbare und teure Krankheiten im Morbi-RSA ausgeglichen werden.
- Eine Ausweitung auf zusätzliche Krankheiten lehnt der IKK e.V. ab. Weitere Schritte hin zu einem finanziellen Ausgleich aller Kosten führen die Bemühungen um einen Versorgungswettbewerb ad absurdum.
- Zukünftig sollten sich die kassenindividuellen Zuweisungen für Primärprävention an den realen Ausgaben der jeweiligen Kassen orientieren. Dies sollte in Form eines gedeckelten Ist-Kostenausgleichs geschehen. Solch ein Ausgleich stärkt die Präventionsanreize für die einzelnen Kassen nachhaltig, weil ausschließlich die Echtausgaben ausgeglichen werden und so Einschränkungen der Investitionen in Primärprävention keine Überschüsse mehr generieren.

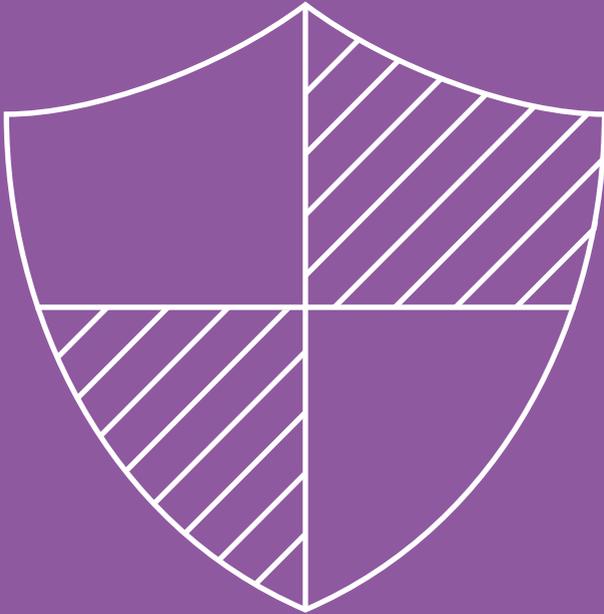


- Gleichzeitig sollten alle morbiditätsorientierten Zuschläge um einen pauschalen Betrag je Versichertentag abgesenkt werden. Eine pauschale Absenkung würde Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf einzelne Krankheiten ausschließen, weil alle Krankheitszuschläge gleich behandelt würden.
- Der Gestaltungsspielraum des Bundesversicherungsamtes ist trotz der hohen Umverteilungsvolumina des Morbi-RSA sehr hoch. Um zukünftig zu verhindern, dass das Bundesversicherungsamt durch seine politische Entscheidungs- und Interpretationsspielräume sich so fundamentaler Kritik von Seiten im direkten Wettbewerb stehenden Krankenkassen ausgesetzt sieht, sind entsprechende gesetzliche Vorgaben im Fünften Buch Sozialgesetzbuch und in der Risikostrukturausgleichsverordnung zu normieren.

Über diese Kernforderungen der Innungskrankenkassen hinaus werden wir gemeinsam mit einer breiten Allianz der Kassenarten weitere Vorschläge zur Reform des Morbi-RSA erarbeiten.



5 | Versicherte und Patienten befähigen



Die Bundesregierungen der 17. und 18. Legislaturperiode haben die Patientenrechte und das Selbstbestimmungsrecht in den Fokus ihrer Politik gestellt. Dennoch ist noch viel zu tun.



Ungeklärt ist die Frage, inwieweit die Krankenkassen mit Beratungsrechten gegenüber ihren Versicherten ausgestattet werden. Krankenkassen bieten schon heute eine qualitativ hochwertige Beratung an, doch zu oft begegnet ihnen die Politik an dieser Stelle mit Skepsis und schränkt den Handlungsspielraum wieder ein.



Auch im Bereich der Patientensouveränität und der Patientenrechte gibt es noch weiteren Handlungsbedarf, der sich insbesondere an der Frage nach dem Schutz der Sozial- und Gesundheitsdaten festmachen lässt.



Patientenrechte und Patientensouveränität ausbauen

- Behandlungsfehler müssen weiterhin so weit wie möglich verhindert werden. Ein offener Umgang mit Fehlern ist zu etablieren. Die im Patientenrechtgesetz eingeführten Regelungen bedürfen einer Überprüfung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. Hierzu zählen die Beweislastumkehr, die Herausgabepflicht von medizinischen Behandlungsunterlagen. Im Bemühen um eine höhere Patientensicherheit darf es keinen Stillstand geben.
- Medizinische Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, jederzeit über eine ausreichend gedeckte und selbstfinanzierte Haftpflichtversicherung zu verfügen. Die Versicherer müssen verpflichtet werden, bei Kündigung einer Haftpflichtversicherung die zuständige Kammer zu informieren.
- Der IKK e.V. fordert eine verbindliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt über die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) und die Ausschlussgründe aus der Regelversorgung vor der Erbringung.
- Es muss dem Patienten zudem ermöglicht werden, sich die für ihn in der Praxis nicht immer unmittelbar und objektiv verfügbaren Informationen über die Leistung einzuholen. Als wichtige Informationsquelle für den Patienten hat sich der MDS-IGeL-Monitor und als Ansprechpartner die Kundenberater der Innungskrankenkassen erwiesen.



Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fördern

- › Zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme müssen Instrumente gefunden werden, die die Leistungsanspruchnahme maßvoll und angemessen regulieren und für die sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer gleichermaßen in die Verantwortung genommen werden. Selektivverträge können wirkungsvolle Instrumente sein. Sie sollten für die Versicherten attraktiv ausgestaltet werden.
- › Der Schutz von Sozialdaten ist ein hohes Gut. Die Versicherten müssen sich auf den Schutz ihrer gesundheitsbezogenen Daten verlassen können und selbstbestimmt über ihre Daten und deren Verwendung entscheiden.
- › Zur effektiven Gestaltung der Versorgung kann aber ein Austausch von Daten zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern sinnvoll und notwendig sein. Derzeit verhindert allzu oft ein überbordender Datenschutz einen solchen Austausch. Es bedarf einer intensiven Diskussion, inwieweit nachvollziehbare datenschutzrechtliche Anforderungen einer adäquaten Versorgung und Versorgungssteuerung entgegenstehen. Eine Lösung könnte darin bestehen, dass Versicherte bei einem Beitritt zu einer Krankenkasse eine Zustimmung über die Verwendung der Daten zur Versorgungssteuerung im Sinne des Versicherten geben können.

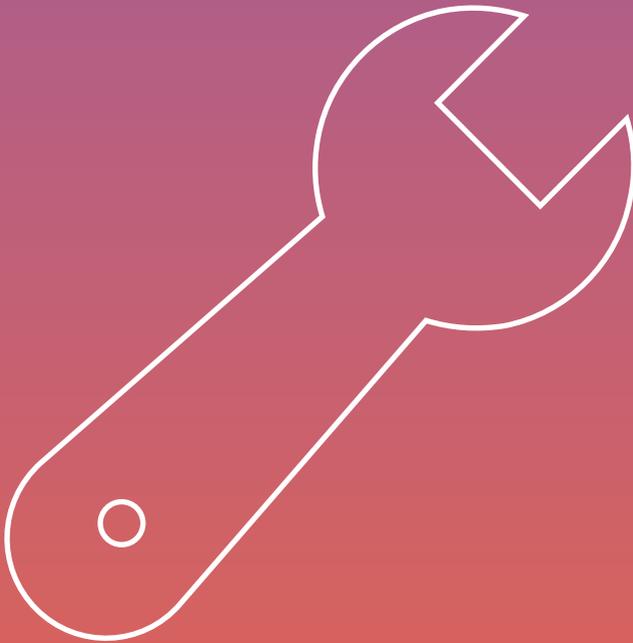
Beratungsrechte von Krankenkassen festschreiben

- › Der Gesetzgeber hat der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe übertragen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Krankenkassen verstehen dies als Auftrag, sich als aktiver Mitgestalter bei der Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten einzubringen. Um diese Aufgabe sachgerecht wahrnehmen zu können, ist es erforderlich, die Rolle der Kassen in der Versorgungsoptimierung ihrer Versicherten zu stärken und dazu eine explizite gesetzliche Legitimation zu schaffen.

- Die Krankenkassen sollten legitimiert werden, eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten aufnehmen zu können, die im Sinne des § 1 SGB V zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes beiträgt. Dabei ist sicherzustellen, dass das Beratungsangebot der Krankenkassen für die Versicherten freiwillig ist und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.



6 Betriebe und Arbeitgeber unterstützen



Betriebe sind wichtige Partner in der Gesunderhaltung der Versicherten. Die Innungskrankenkassen verstehen sich als natürlicher Partner für kleine und mittelständische Unternehmen speziell im Handwerksbereich.



Gerade in diesem Bereich haben die Unternehmen ein natürliches Interesse an einer gesunden Belegschaft. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist hierfür das beste Mittel, um partnerschaftlich in die Gesunderhaltung der Versicherten zu investieren.

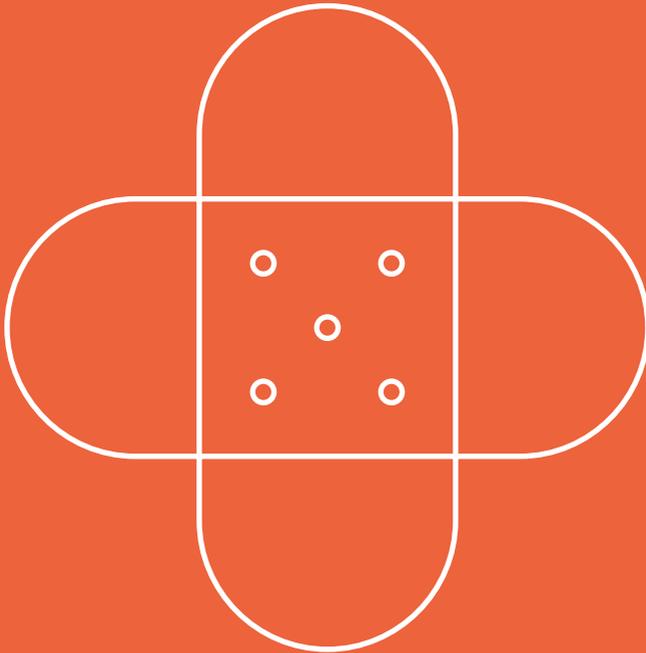


- Betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist ein erprobtes und adäquates Instrument der Krankenkassen und Betriebe, um die Gesundheit der Angestellten und Mitarbeiter zu verbessern. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleineren und mittleren Unternehmen muss an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbfähiges Handlungsfeld der GKV erhalten bleiben.
- Eine weitere Vermischung der Kompetenzen von Gesetzlicher Unfallversicherung, Rentenversicherung und GKV im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung lehnen die Innungskrankenkassen ab.



7

Versorgung stärken und verbessern



Die Bundesregierung hat in der vergangenen Legislaturperiode viele Gesetzesinitiativen gestartet, die zum Ziel hatten, die Versorgung zu stärken – im ambulanten und im stationären Bereich, bei Hospizen sowie in der Prävention und der Pflege.

Zudem wurde vermittelt, dass der Qualitätsgedanke mehr Raum in der Versorgung erhalten soll. Dies ist durchaus zu würdigen. Viele der sinnvollen Ideen, die hinter den Regelungen standen, wurden allerdings zugunsten von Ärzten und Krankenhäusern sowie durch halbherzige Qualitätsanforderungen entwertet. Zudem wurde verpasst, endlich die dringend erforderlichen Strukturanpassungen vorzunehmen. Noch immer ist das deutsche Gesundheitswesen geprägt durch die voneinander abgeschotteten Sektoren, an deren Grenzen unnötige Ressourcen verschwendet werden. Hier bedarf es mutiger Schritte hin zu einem aufeinander abgestimmten Versorgungskonzept.



Sektorengrenzen überwinden

- Die von der Bundesregierung in der 18. Legislaturperiode unternommenen Anstrengungen, Qualitätsaspekten und der sektorenübergreifenden Versorgung mehr Bedeutung zu geben, sind nicht abgeschlossen und bedürfen weiterer Bemühungen der neuen Bundesregierung.
- Ziel muss es bleiben, die Prozesse, Strukturen, Vergütungen sowie den Datenaustausch und die Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor anzugleichen.
- Der generalistisch ausgebildete Facharzt für Allgemeinmedizin verliert gegenüber den hochspezialisierten Fachärzten an Bedeutung. Dieser Entwicklung ist entgegenzuwirken. Für die Innungskassen ist eine gute hausärztliche Versorgung ein wichtiges Element einer effizienten und guten Leistungserbringung.
- Die Zukunft der ambulanten Versorgung findet in ambulanten Versorgungszentren statt. Daher fordern die Innungskassen eine Aufwertung von Medizinischen Versorgungszentren sowie deren forcierte Einrichtung.

- Die Herausforderungen der Versorgung insbesondere im ländlichen Raum machen einen Ausbau von Delegation und auch Substitution von ärztlichen Leistungen notwendig. Angesichts der zunehmenden Spezialisierung der Ärzte, des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung ist es notwendig, aus gewohnten Bahnen auszurechnen. Der Arztvorbehalt und das Fernbehandlungsverbot sind zu überdenken, um sowohl Substitution als auch Telemedizin möglich zu machen.
- Die Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe aber auch der Gesundheitshandwerke ist entsprechend der gezeichneten Entwicklung an die neuen Anforderungen anzupassen.
- Im Zentrum der Versorgung muss der Teamgedanke stehen, das Team besteht aus ärztlichen, nicht ärztlichen, pflegerischen und gesundheitshandwerklichen Berufsgruppen.
- Die stationäre Versorgung hat durch das verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz neue Impulse erhalten. Gut gemeint ist aber nicht immer gleich gut gemacht. Viele Regelungen erweisen sich in der Umsetzung als zu kompliziert. Der ursprüngliche Gedanke ist wieder aufzugreifen: Vermeidung von Unter- und Überversorgung, Verbesserung der Investitionsfinanzierung und die Förderung von mehr Behandlungsqualität.
- Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern.
- Der IKK e.V. fordert die Schaffung eines rechtssicheren ordnungspolitischen Rahmens, innerhalb dessen Krankenkassen oder ihre Verbände Selektivverträge mit niedergelassenen Ärzten, mit Kliniken, aber auch mit Arzneimittelherstellern schließen können, um über Preise, Qualität und Mengen zu verhandeln.

Prävention ausbauen – Krankheiten vermeiden

- Gesundheit und Prävention müssen in allen Politikbereichen verankert sein, um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden.

- Für die Innungskrankenkassen haben sich Bonusprogramme bewährt. Sie sind ein wichtiges Instrument, um die Eigenverantwortung der Versicherten und ihre individuellen Präventionsbemühungen zu fördern. Der Nutzen von Individualmaßnahmen ist zudem wissenschaftlich belegt. Krankenkassen müssen auch deshalb weiterhin zielgerichtete Angebote für Individualprävention beibehalten dürfen.
- Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention muss im Rahmen der Pflege weiter verbessert werden. Nachdem im stationären Bereich Prävention gefördert wird, fordern die Innungskrankenkassen eine Ausweitung auf die ambulante Pflege.

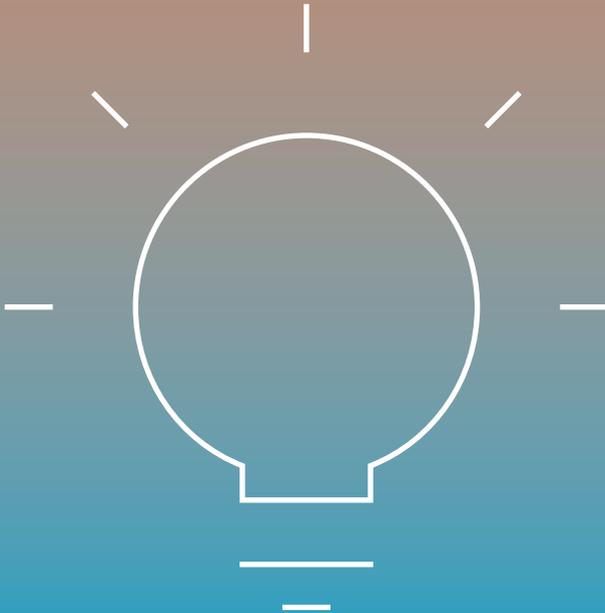


Qualität und Transparenz – beides gehört untrennbar zusammen

- Die Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung müssen transparent gemacht werden und vergleichbar sein. Informationen hierüber müssen den Versicherten und seinen Angehörigen objektiv sowie barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.
- Das gilt insbesondere für Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste: Die jetzigen Pflegenoten sind hinsichtlich der Pflegequalität grob irreführend. Die erkannten Probleme mit der jetzigen Pflege-transparenz-Vereinbarung sind deshalb schnellstmöglich zu beheben.
- Die Möglichkeiten der Entlastungspflege sind erfreulicherweise ausgebaut worden. Das Angebot an zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für pflegende Angehörige muss aber transparenter gestaltet werden. Auch hier gilt es, aussagekräftige Qualitätskriterien zu entwickeln.
- Im Bereich der ambulanten Versorgung bestehen Daten, die Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität erlauben, die aber für den Patienten nicht transparent gemacht werden. Die Innungskrankenkassen fordern, dass diese Daten der Öffentlichkeit vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Verfügung gestellt werden.



8 Innovation fördern und Digitalisierung vorantreiben



Die Digitalisierung im Gesundheitswesen schreitet seit mehreren Jahren stark voran: Viele Krankenkassen und Unternehmen wollen mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien den Anforderungen von Leistungserbringern und Versicherten begegnen und so die Gesundheitsversorgung verbessern. Vor allem im zweiten Gesundheitsmarkt, der nicht über die GKV finanziert wird, hat die Dynamik der Entwicklungen deutlich zugenommen.

Aber auch die für die Gesundheitsversorgung zuständigen Akteure haben erkannt, dass der Digitalisierungstrend im Gesundheitswesen mehr bedeutet als strukturelle Prozesslenkung, wie etwa die Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) oder die Vernetzungsbestrebungen der Leistungserbringer. Allerdings müssen hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen erst noch geschaffen werden.

Technische Neuerungen und medizinischer Fortschritt werden von vielen nur als Kostentreiber gesehen. Der substitutive Charakter von Innovationen kommt zu wenig zum Tragen. Spielräume für Innovationen werden von den Aufsichten beschnitten. Gleichzeitig wird zu wenig und ungezielte Versorgungsforschung betrieben. Daran wird auch der aufgelegte Innovationsfonds nichts ändern.



Digitalisierung nutzen

- › Die Kommunikation im Gesundheitswesen muss an das digitale Zeitalter angepasst werden. Bereits 2013 hat das E-Government-Gesetz die Voraussetzungen für eine zeit- und ortsunabhängige Verwaltung geschaffen. Es braucht einen klaren und verbindlichen Rechtsrahmen, der es auch den gesetzlichen Krankenversicherungen ermöglicht, einfachere, nutzerfreundlichere und effizientere elektronische Verwaltungsdienste nach Maßgabe des E-Government-Gesetzes anzubieten. Die Regelungen in den Sozialgesetzbüchern sind im Interesse der Kommunikation und der digitalen Aktenführung entsprechend zu gestalten. So werden beispielsweise durch die Trennung von ärztlichen Leistungen und ärztlich verordneten oder veranlassten Leistungen in § 305



Abs. 1 SGB V eine digitale Aktenführung und die Kommunikation mit dem Versicherten erschwert. Die Regelung ist daher nicht mehr zeitgemäß.

- Die Digitalisierung des Gesundheitswesens birgt viele Chancen für eine qualitativ hohe, bundesweite Versorgung. Zugleich eröffnen sich den Kassen neue Servicemöglichkeiten für ihre Versicherten. Deshalb ist eine aktive Digitalisierungsstrategie erforderlich, die nicht nur auf die eGK beschränkt sein darf.
- Aktuell existieren mehr als 100.000 Health-Apps. Problematisch ist, dass der Markt rasant und unübersichtlich wächst. Viele der neuentwickelten Anwendungen gehören in den Bereich der Wellness-Angebote. Nur wenige mobile Health-Apps sind tatsächlich geprüft. Zweifelsohne bedarf es mehr Klarheit bei der Klassifizierung von Apps: Versicherte müssen trennscharf zwischen Service-Lifestyle-Apps und Apps mit Funktion als Medizinprodukt unterscheiden und bewusst wählen können.
- Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Angeboten müssen diese zum Schutz der Versicherten auf ihre Zweckmäßigkeit und Sicherheit geprüft werden. Diese unabhängige Prüfung sollte durch eine Benannte Stelle erfolgen. Die Versicherten müssen transparente Informationen über die gewonnenen Erkenntnisse der Nutzen- und Schadenspotenziale erhalten.
- Der Markt der eHealth-Angebote ist für alle Zielgruppen (Versicherte, Krankenkassen, Leistungserbringer) aufgrund fehlender einheitlicher Qualitätskriterien und Standards intransparent. Hier muss die Sicherheit für alle Akteure durch entsprechende Anforderungen deutlich erhöht werden.
- Bislang werden im Rahmen der Digitalisierung Anwendungen und Telematik-Infrastruktur (TI) immer noch getrennt voneinander betrachtet. Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist aber das reibungslose Ineinandergreifen von Datenstrukturen und Applikationen. Daher müssen die bestehenden Schnittstellen zukünftig eine stärkere Beachtung finden.

- Die TI muss als integrative Plattform für Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger weiter ausgebaut werden. Dreh- und Angelpunkt der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist der Umgang und Schutz von personengebundenen Daten. Hier ist die Politik in der Pflicht, juristische Rahmenbedingungen zu schaffen, die einerseits Sicherheit für alle Akteure bieten, andererseits aber die Potenziale der Digitalisierung nicht beschränken.



Innovation fördern und als Investition begreifen

- Prozess-, Struktur- und Produktinnovationen müssen transparent und schnell evaluiert werden, damit sie zeitnah, bedarfsgerecht und zu einem angemessenen Preis zur Verfügung gestellt werden können.
- Es muss möglich sein, den Leistungskatalog in Bezug auf Leistungen, die nicht mehr dem aktuellen Standard entsprechen, zu bereinigen. Die heutige Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) lässt dies faktisch nicht mehr zu, nachdem mit dem Versorgungsstrukturgesetz eine 2/3-Mehrheit für solche Entscheidungen eingeführt wurde. Dies ist zurückzunehmen.
- Der Verbotsvorbehalt im stationären Sektor muss flankiert werden durch ein Instrument der Evidenzschaffung und -sicherung.
- Die Nutzenbewertung von innovativen Prozessen und Strukturen sowie von Produkten im Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte ist notwendig, um eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Versorgung sicherzustellen. Im Arzneimittel-Bereich hat sich das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) bewährt, muss aber im Sinne einer Nutzenorientierten Erstattung (NOË) weiterentwickelt werden. Nutzenorientierung muss sich auf die patientenrelevanten Endpunkte beziehen. Dafür ist es notwendig, dass neben den klinischen Studien gezielt Versorgungsstudien durchgeführt werden.
- Im Bereich der Medizinprodukte sollten die gleichen Anforderungen wie für Arzneimittel gelten.



Ansprechpartner für Rückfragen

Jürgen Hohl,

Geschäftsführer

Dr. Clemens Kuhne,

Leiter des Bereichs Politik und Gremien

 IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin

 +49 (0)30 202491-0
+49 (0)30 202491-50

 info@ikkev.de
 <http://www.ikkev.de>

 https://twitter.com/ikk_ev
 <https://plus.google.com/+IkkevDeBerlin>
 <https://www.youtube.com/c/IkkevDeBerlin>
 <https://www.flickr.com/ikkev>

