

**Anforderungen des IKK e.V. an eine
zukunftsgewandte und krisenfeste
Gesundheitspolitik**

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

2 hinter uns liegt ein Jahr voller Herausforderungen, das gerade dem Gesundheitswesen über die Maßen Leistungsbereitschaft, Flexibilität und Engagement abverlangt hat. Noch ist es zu früh, eine abschließende Bilanz der Covid-19-Pandemie und ihrer Wirkung auf das Gesundheitswesen zu ziehen. Doch kann mit Fug und Recht schon jetzt festgestellt werden: Gerade im weltweiten Vergleich hat sich gezeigt, dass das deutsche Gesundheitswesen nicht nur in ruhigen Zeiten gut aufgestellt ist, sondern sich auch in Krisenzeiten bewährt. Die über 70 Millionen gesetzlich Versicherten – fast 90 Prozent der Gesamtbevölkerung – haben sich in diesem Stresstest auf das hohe gesundheitliche und pflegerische Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens verlassen können. Jedoch zeigt sich schon jetzt, dass sich das Versorgungsniveau nur zu einem hohen Preis halten lässt und die Kosten auch nicht immer verantwortungsgerecht verteilt sind!

Und so gibt es im Gesundheitswesen auch in der kommenden Legislaturperiode etliche Herausforderungen, die gelöst, weiterentwickelt oder neu angegangen werden müssen. Dabei geht es um Versorgungsthemen ebenso wie um Kassen- und Wettbewerbsfragen.

Mit Blick auf die Versicherten und die Versorgungsverbesserung stehen die Bewältigung der Pandemiefolgen und die Lösung

der durch die Pandemie offenbar gewordenen Defizite im Mittelpunkt: Die strukturellen Schwächen der Versorgung, die sich durch immer schneller verändernde ökonomische, gesellschaftliche wie auch innovative Prozesse verstärken, müssen angegangen werden. Seitens der gesetzlichen Krankenversicherung stehen nach wie vor die Themen Stärkung der Selbstverwaltung und Ausgestaltung eines fairen Wettbewerbs auf der Agenda. Vor allem aber bedarf es aus unserer Sicht einschneidender Veränderungen der Finanzierungsregelungen, die die Versorgungsverbesserung der Patienten und Versicherten ermöglichen und die Finanzierbarkeit durch die Beitragszahler, also die Versicherten und Arbeitgeber, auch in der Zukunft gewährleisten. Diese Aufgabe ist gerade auch mit Blick auf die im Zuge der Bewältigung der Corona-Pandemie angefallenen Kosten vordringlich.

Die Innungskrankenkassen wollen auch in der kommenden Legislatur – auf Basis der sozialpartnerschaftlichen Selbstverwaltung und unserer Verankerung im Mittelstand und Handwerk – Debatten und Ideen anstoßen sowie der Politik beratend zur Seite stehen. Mit dem vorliegenden Positionspapier weisen wir auf Reformnotwendigkeiten hin und schlagen nachhaltige und zugleich wirtschaftliche Lösungswege vor.

Den Schwerpunkt unseres Forderungskatalogs haben wir der **Versorgungsverbesserung** gewidmet (→ Seite 9 ff.):

Hierfür müssen unserer Ansicht nach dringend Unter-, Über- und Fehlversorgung abgebaut und Sektorengrenzen überwunden werden. Stattdessen sollten Kooperation, Delegation und Substitution auf- und ausgebaut werden. Der Förderung von Innovationen durch klare und verbindliche Regelungen weisen wir eine gravierende Rolle bei der Versorgungsverbesserung zu. Des Weiteren fordern die Innungskrankenkassen, die europäische Zusammenarbeit zu stärken, ohne aber nationale Kompetenzen komplett aufzulösen. Schließlich sollte die Politik sich darauf verständigen, die Debatte um ethische Fragen, etwa Sterbebegleitung oder zur Palliativmedizin, gesamtgesellschaftlich zu führen.

In der neuen Legislaturperiode ist es dringend geboten, die Patienten und Versicherten stärker in den Fokus zu rücken, indem die Gesundheitskompetenz gestärkt wird, etwa über eine Initiative für mehr Qualitäts-Transparenz, die Neuorganisation der Unabhängigen Patientenberatung (UPB) oder einem System des verbesserten Umgangs bei Behandlungsfehlern. Nicht zuletzt muss mit Blick auf eine effektive Versorgungsgestaltung und -steuerung der Datenaus-

tausch zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern ermöglicht werden.

Ebenso wichtig sehen wir die Verankerung von Prävention in allen Lebensbereichen. Die Innungskrankenkassen stehen hier zu ihrer Verantwortung. Prävention und Gesundheitsförderung (BGF) müssen dringend in kleinen und mittleren Unternehmen an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbles Feld der Krankenkassen erhalten bleiben.

Trotz der politischen Bemühungen um eine umfassende Gesetzgebung im Bereich der Pflege in der 19. Legislaturperiode sind hier noch viele Baustellen offengeblieben. Einen großen Regelungsbedarf sehen wir auch hier in der Frage der Finanzierung. Die Innungskrankenkassen fordern eine verlässliche Beitragssatzgestaltung in der sozialen Pflegeversicherung, die sowohl die Aspekte Eigenverantwortung als auch Überlastungssicherung berücksichtigt. Bei der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Pflege sehen wir bei der Finanzierung aber auch Bund und Länder stärker in der Pflicht.

Ein wesentlicher Moment für eine verbesserte Versorgung im Gesundheitswesen und in der Pflege wird die zielgerichtet vorangetriebene Digitalisierung sein. Aus unserer Sicht ist es essentiell, dass die Umsetzung der digitalen Transformation im Gesund-

heitswesen unter Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert wird. Gleiches gilt auch für die damit einhergehenden Bereiche wie Datenschutz, digitale Kompetenz und Finanzierung.

Gerade die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Arzneimittelversorgung auf nationaler Ebene gestärkt werden muss, ohne den internationalen Bezugsrahmen aus den Augen zu verlieren. Die Innungskrankenkassen begrüßen deshalb die Initiativen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise. Eine Chance sehen wir in dem Ausbau der Apothekenversorgung. Wichtig ist, die pharmazeutischen Kompetenzen von Apothekern zu nutzen und Kooperationen zu stärken, aber auch den wirtschaftlichen Aspekt zu berücksichtigen.

Neben diesen Schwerpunkten in der versicherten-zentrierten Versorgung haben wir in einem zweiten Teil dieses Positionspapiers **kritische Anmerkungen zu den Themen zusammengetragen, die uns als gesetzliche Krankenversicherungen originär berühren** (→ Seite 35 ff.):

Ein wichtiges Aufgabenfeld für die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode ist es, die Wettbewerbsbedingungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen fair auszugestalten. Darunter verstehen wir, dass das gegliederte, wettbewerbliche System und die Kassenarten erhalten blei-

ben müssen. Maßvolles Aufsichtshandeln unter der Prämisse einheitlicher Regeln und klarer Zuständigkeiten fördert den solidarischen Wettbewerb. Ausschreibungen und Selektivverträge sollten beibehalten bzw. ausgeweitet werden. Schließlich ist es wichtig, den Morbi-RSA nach der in dieser Legislaturperiode vollzogenen Reform weiter zu evaluieren und fortzuentwickeln. Wesentliche Prüfelemente sind aus unserer Sicht die Manipulationsresistenz sowie die Ausgestaltung des Vollmodells und dessen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen.

Über allen Forderungen und Verbesserungsvorschlägen für das Gesundheitswesen steht die Frage der gerechten Lastenverteilung und nachhaltig gesicherten Finanzierbarkeit. Wichtige Punkte aus unserer Sicht sind dabei der Erhalt der Beitragssatzautonomie und das Festhalten am Prinzip der Umlagefinanzierung. Eingriffe in die Finanzreserven der Kassen und den Gesundheitsfonds, wie sie in der laufenden Legislaturperiode immer wieder vorgekommen sind, kritisieren wir ebenso, wie die Finanzierung von versicherungsfremden bzw. gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über die GKV. Langfristig wird es darum gehen, vom alleinigen Lohnkostenbezug bei der Finanzierung abzurücken.

Die jetzige Koalitionsregierung hat in vielen Bereichen Weichenstellungen vorgenommen und dabei die entsprechenden Punkte aus ihrem Koalitionsvertrag abgearbeitet. Die bestehenden Finanzierungsunwuchten, wie die nicht-kostendeckenden Beitragssätze für ALG-II-Bezieher oder der Ausstieg der Länder aus der gemeinsamen Finanzierungsverantwortung im stationären Bereich, standen zwar auch auf der Agenda des Koalitionsvertrags, wurden aber nicht angefasst. Eine neue Koalition, wie auch immer sie zusammengesetzt sein wird, muss mit diesem Handicap arbeiten.

Nicht nur relevant in Bezug auf die Verantwortung des Finanzhaushaltes ist die Selbstverwaltung. Deren auch in dieser Legislaturperiode vorangetriebene Schwächung muss gestoppt, vielmehr muss sie

wieder deutlich gestärkt werden. Denn die soziale Selbstverwaltung ist eine demokratische Errungenschaft. Wer ihr ihre Legitimation entzieht, stellt Partizipation und Interessenausgleich im Bereich der sozialen Sicherung in Frage!

Liebe Leser:innen, 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. Treten Sie mit uns in den Dialog!

5

Ihr IKK e.V.

Hans-Jürgen Müller
Vorstandsvorsitzender

Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzender

Jürgen Hohn
Geschäftsführer

Kernforderungen

Anforderungen des IKK e.V. an eine zukunfts-gewandte und krisen-feste Gesund- heitspolitik

Um für die rund 71 Millionen GKV-Versicherten in Deutschland, darunter 5,2 Millionen IKK-Versicherte, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, muss die Gesundheitspolitik folgende Voraussetzungen erfüllen bzw. Bedingungen gewährleisten:

- Sie muss Patienten und Versicherte in den Fokus rücken und Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ermöglichen.
- Sie muss ergebnisorientiert, transparent und unbürokratisch sein sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung transparent werden lassen.
- Sie muss es ermöglichen, die Chancen der Digitalisierung zu nutzen und diese mit den Anforderungen des Datenschutzes in Einklang bringen.
- Sie muss eine sichere Finanzierungsgrundlage und faire Wettbewerbsbedingungen gewährleisten. Diese sind Voraussetzung für den Erhalt einer solidarischen, gegliederten und leistungsstarken gesetzlichen Krankenversicherung.
- Sie muss die Grundprinzipien unseres Gesundheitswesens, Solidarität und Eigenverantwortung, im Gleichgewicht halten. Die Selbstverwaltung (soziale und gemeinsame) ist das Fundament des Gesundheitssystems; sie muss bewahrt werden.
- Sie muss optimale Bedingungen für kleine und mittelständische Unternehmen schaffen. Nur eine Gesundheitspolitik, die das Handwerk und den Mittelstand nachhaltig unterstützt, fördert Beschäftigung und Wirtschaftswachstum in Deutschland und stärkt damit die Sozialversicherungssysteme.
- Sie muss das Resultat eines gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses sein, indem die Sozialpartner und die Interessenorganisationen der gesetzlichen Krankenkassen einen gleichberechtigten Part neben der Politik und den Leistungserbringern haben.
- Sie muss sich als lernendes System den gesellschaftlichen Herausforderungen stellen und die Finanzierung zwischen den öffentlichen Haushalten und den Sozialversicherungszweigen verantwortungsgerecht regeln.



Patienten und Versicherte in den Fokus rücken

Mit dem **Patientenrechtegesetz** wurde 2013 ein wichtiger Meilenstein für eine selbstbestimmte Rolle des Patienten in der Gesundheitsversorgung gelegt. Doch angesichts eines immer stärker an **Komplexität** gewinnenden Systems bleibt weiterhin viel zu tun. Versicherte und Patienten müssen daher in die Lage versetzt werden, die ihre Gesundheit betreffenden **Entscheidungen zu verstehen** und damit kompetent zu treffen. Dafür benötigen sie **transparente Prozesse** und **Vergleichsmöglichkeiten** sowie verbindliche Regelungen, die sie vor Schaden schützen.



1.1

Patientenkompetenz stärken – Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fördern

- Initiative für mehr Qualitäts-Transparenz: Versicherte müssen die Möglichkeit erhalten, sich über geeignete Parameter ein Bild von der Qualität der Arbeit ihrer Krankenkassen machen zu können. Diese Parameter müssen in gebotener Objektivität dargestellt werden sowie einheitlich von allen Kassen in der gleichen Art und Weise erhoben werden. Gleiches gilt für deren Veröffentlichung.
- Die Stärkung der Gesundheitskompetenz („Health literacy“) zur Gewährleistung von mehr Patientensicherheit muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verankert werden.
- Neuorganisation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD): Das bisherige Ausschreibungsverfahren hat sich nicht bewährt; eine Neuorganisation der Institution ist notwendig – ggf. muss in diesem Kontext auch über eine Steuerfinanzierung nachgedacht werden. Erkenntnisse der UPD über nicht rechtskonformes Verhalten von Krankenkassen müssen benannt werden können.
- Die Zusammenarbeit zwischen Selbstverwaltung und Selbsthilfeorganisationen ist zu etablieren.

1.2

Qualität gewährleisten und Transparenz für Versicherte und Patienten sicherstellen

- Öffentliche Berichterstattung („Public Reporting“) auch im ambulanten Bereich: Daten aus der ambulanten Versorgung, die Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität erlauben, sollen transparent und vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Verfügung gestellt werden.
- Die Einbeziehung patientenzentrierter Qualitätsparameter in die Versorgungsgestaltung ist geboten.
- Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsverfahren müssen sektorenübergreifend vereinheitlicht werden.
- Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sind durch die Kassen über Wiederherstellung bzw. Ausweitung von Ausschreibungsmöglichkeiten zu gewährleisten. Absage an Preisdumping: Ausschreibungen müssen stärker mit Qualitätsanforderungen verknüpft werden.

1.3

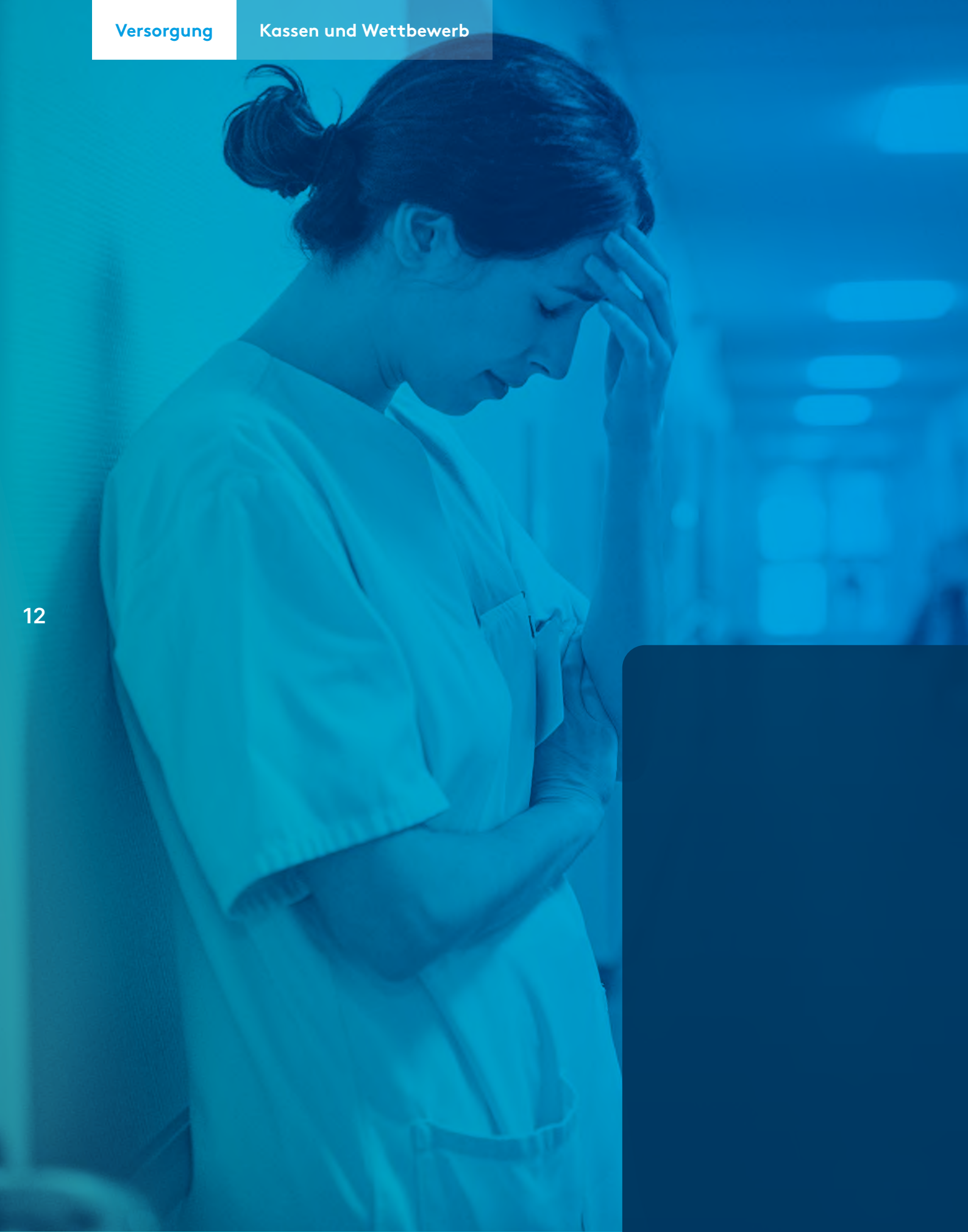
Umgang mit Fehlern verbessern – Schaden vom Patienten fernhalten

- Eine Fehlerkultur zur Reduzierung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen ist zu etablieren.
- Beweislast erleichterungen für Patienten bei Behandlungsfehlern.
- Rechtsstreitigkeiten im Medizinrecht sind z. B. durch die Etablierung verbindlicher Standards und Qualitätskriterien für Behandlungsfehlergutachten (auch für Medizinische Dienste) zu beschleunigen.
- Einführung eines Patientenhilfefonds, ohne Ärzte oder Leistungserbringer aus ihrer Haftung zu entlassen.

1.4

Sichere Handhabung von Patientendaten garantieren

- Der Austausch von Daten zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern zum Ziel der effektiven Versorgungsgestaltung und -steuerung ist zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind gleiche Zugriffsrechte der Krankenkassen nach Einwilligung des Versicherten auf die elektronische Patientenakte (ePA), wie sie z. B. die Leistungserbringer haben, vorzusehen.
- Restriktive gesetzliche Vorgaben hinsichtlich Zusammenführung, Nutzung und Auswertung von Routinedaten müssen gestrichen werden; Löschrufen für die Aufbewahrung von Daten bei den Krankenkassen (§ 304 SGB V) sind zu verlängern.



Strukturelle Schwächen der Versorgung beheben

13

Die Bundesregierung hat in den vergangenen Legislaturperioden viele Gesetze auf den Weg gebracht, die zum Ziel hatten, die Versorgung zu stärken und Innovationen voranzubringen. Wichtige Themen sind jedoch, teils bedingt durch die Pandemie, auf der Strecke geblieben. Noch immer fehlt es an dringend erforderlichen **Strukturanpassungen**, die z. B. eine sektorenübergreifende Versorgung unterstützen oder die stationäre Versorgung in der Fläche zukunftssicher machen. Die Innungskrankenkassen sehen hier die Notwendigkeit, zu mutigeren Schritten für ein **aufeinander abgestimmtes Versorgungskonzept** zu kommen. Der Ausbau der

Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen kann hierfür ein erster Baustein sein. Nicht zuletzt muss aber auch der **Patientenperspektive** Vorrang gewährt werden und auch die ethischen Aspekte der Gesundheitsversorgung bedürfen einer genaueren Betrachtung.



2.1

Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung

- Eine bundesländerübergreifende Krankenhausplanung ist zu ermöglichen: Entwicklung einer gesetzlichen Grundlage für länderübergreifende Gestaltungsansätze, um die Zuständigkeiten der Bundesländer für die Krankenhausplanung zu erweitern.
- Die Spezialisierung und Standortkonzentration von Kliniken gilt es voranzutreiben.
- Die gesetzlichen Verpflichtungen der Länder, sich an den Investitionskosten für Krankenhäuser zu beteiligen, gilt es umzusetzen; aufgrund der Erfahrungen in der Corona-Pandemie muss zudem die finanzielle Beteiligung der Länder erweitert werden.
- Es bedarf einer angemessenen Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung der qualifizierten Patientenbetreuung vorrangig mit eigenem Personal.
- Schaffung von „Gesundheitszentren im ländlichen Raum“, um die Versorgung mit Basis- und Notfallleistungen sowohl ambulant wie stationär in dünnbesiedelten Gebieten zu sichern.
- Die Attraktivität der Niederlassung für Vertragsärzte auf dem Land sowie der weitere Ausbau von Telemedizin und Fernbehandlung ist zu stärken.
- Die Bedarfsplanung im psychotherapeutischen Bereich ist weiterzuentwickeln, um eine angemessene psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.
- Einführung von kostenträgerübergreifender Tele- und Videoberatung gemeinsam mit den Leistungserbringern im Rahmen der ganzheitlichen Versorgungsbedarfsermittlung nach dem SGB IX – insbesondere im Zusammenhang mit Leistungen in der Pflege, Hilfsmittelversorgung und komplexen Versorgungssituationen als „virtuelle Versorgungskonferenz“.
- Evidenz als Kriterium einer zukunftsorientierten Behandlung ist zu etablieren (Bestandsschutz), d. h. konsequente Evidenzorientierung bei Diagnose und Therapie sowie Identifikation und Vermeidung überflüssiger und unwirksamer Behandlungen. Unterstützung und Förderung der Kampagne „Gemeinsam kluge Entscheidungen treffen“ („Choosing Wisely“) zur Verringerung von Über- und Fehlversorgung.

2.2

Sektorengrenzen überwinden

- Es sind neue Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung zu finden, z. B. sollte die Planung für Krankenhäuser nicht isoliert nach Betten, sondern nach Leistungen über Sektorengrenzen hinweg vollzogen werden.
- Die Bedarfsplanung ist sektorenübergreifend auszugestalten.
- Stärkung einer hausarztzentrierten Versorgung als Element einer guten und effizienten Leistungserbringung.
- Bekenntnis zum eigenständigen Versorgungsbereich der Psychotherapie: Die Erweiterung der Richtlinientherapie um den systemischen Ansatz war folgerichtig. Eine evidenzbasierte Bewertung aller Richtlinienverfahren ist notwendig.

2.3

Ausbau von Kooperation, Delegation und Substitution

- Noch immer bestehende Schranken zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Leistungserbringern müssen überwunden werden. Hierzu ist auch eine telemedizinische Vernetzung notwendig.
- Entlastung ärztlicher Strukturen: Die Aufgabenteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen entsprechend deren Kompetenz muss geändert werden.
- Es ist mehr Verantwortung auf nichtmedizinische Fachberufe (Blankorezept, Modellvorhaben Direktzugang) und Gesundheitshandwerker (z. B. orthopädische Heilmittelbringer) bei gleichzeitiger Budgetverantwortung zu übertragen.
- Rechtliche Absicherung von Kooperationen; kein strafrechtlicher Generalverdacht der Korruption.
- Eine zielführende Akademisierung bei gleichzeitiger Unterstützung nicht akademischer Gesundheitsfachberufe (auch ohne Abitur) gilt es anzustreben.

2.4

Innovationen fördern

- Innovation braucht Verbindlichkeit: Daher in allen Innovationsbereichen klare und verbindliche Regelungen zur zeitnahen Überführung von Innovationen in die Regelversorgung, sobald ein entsprechender Wirksamkeitsnachweis vorliegt.
- Es sind Gestaltungsräume für Kassen zur Erprobung der Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen durch Heilmittelerbringer zu schaffen.

2.5

Bürokratie abbauen, Komplexität minimieren

- Eine Reform der Rechnungsprüfung im stationären Bereich gemäß den Anforderungen des Prüfberichtes des Bundesrechnungshofes ist notwendig.
- Abrechnungsprüfungen (insbesondere die Prüfung durch die Medizinischen Dienste) erweisen sich aktuell als unübersichtlich und zeitaufwendig und setzen falsche Anreize durch prüfungsfreie Leistungen (Quote bzw. Prüfungsausschluss). Hier ist eine bürokratiearme und effektivere Variante zu schaffen, die eine korrekte Abrechnung gewährleistet.
- Eine Änderung des bestehenden DRG-Vergütungssystems: Die Komplexität sollte abgebaut werden, ohne dass neue Abgrenzungsprobleme erzeugt werden.

2.6

Europäische Zusammenarbeit stärken – Nationale Kompetenzen erhalten

- Eine Zusammenarbeit und Kooperation auf europäischer Ebene wird begrüßt: wie z. B. im Rahmen europäischer Referenznetzwerke zur Behandlung seltener Erkrankungen, grenzüberschreitender Versorgung oder auch bei der europäischen Zulassung von Arzneimitteln bis hin zu einer einheitlichen Pandemiestrategie.
- Nationale Kompetenzen in sozialen Sicherungssystemen müssen dennoch, wie z. B. im Bereich der Zulassung von Medizinprodukten (Health Technology Assessment-Verfahren – HTA-Verfahren) oder auch bei der Versorgungsgestaltung, gewahrt bleiben.

2.7

Debatte um ethische Fragen gesamtgesellschaftlich führen

- Ethische Fragen – wie z. B. zur Palliativmedizin, Hospiz- und Sterbebegleitung – bedürfen der breiten Diskussion in der Bevölkerung und im Bundestag; rechtliche bzw. höchstrichterliche Entscheidungen sind von der Politik zeitnah umzusetzen.
- Die Würde des Menschen ist in allen Gesundheitsbereichen – gerade auch im Hinblick auf die Erfahrungen in der Corona-Pandemie (z. B. Besuchsverbot in Alten- und Pflegeheimen) – zu gewährleisten.





Prävention in allen Lebensbereichen denken

19

Prävention ist und bleibt ein wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung. In Bezug auf die Verankerung von **Prävention in allen Lebensbereichen** gibt es aber noch Handlungsbedarf. Im Juni 2019 hat die **nationale Präventionskonferenz** ihren ersten Bericht vorgelegt und Bilanz gezogen. Nun gilt es, diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Präventionsarbeit zu nutzen. Eine klare Trennung der **Verantwortungsbereiche** zwischen den Sozialversicherungsträgern sowie den Ländern und Kommunen ist dabei ein wesentliches Element für den Erfolg.



3.1

Verankerung von Prävention in allen Lebensbereichen („Health in all Policies“) voranbringen

- Zuständigkeitsbereiche und Finanzierungsverantwortung müssen geklärt werden.
- Ähnlich dem Klimaschutzgesetz: Gesundheit muss in alle Gesetze Eingang finden. Daher bedarf es der Verabschiedung eines Gesundheitsschutzgesetzes, das alle Politikbereiche zur Einhaltung bzw. Beachtung bestimmter Gesundheitsziele verpflichtet.
- Die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz muss ein Baustein einer nachhaltigen Präventionspolitik sein.
- Die verschiedenen Ebenen der Präventionsarbeit sind als gleichwertig zu betrachten. Die Förderung verhaltenspräventiver Maßnahmen seitens der Krankenkassen ist ein wichtiger Bestandteil.

3.2

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

- Die BGF muss in kleinen und mittleren Betrieben an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbliches Feld der Krankenkassen erhalten bleiben, da die Krankenkassen für ihre jeweiligen Betriebe passgenaue Angebote entwickeln können.
- Bürokratie im Bereich BGF muss abgebaut werden. Die Verpflichtung zur Zertifizierung, damit Arbeitgeber Steuervorteile geltend machen können (wie in § 3 EStG Nr. 34 vorgesehen), schränkt die Optionen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ein.

3.3

Arbeit der Europäischen Union im Bereich Prävention

- Die Innungskrankenkassen unterstützen die Arbeit der Europäischen Union im Bereich Prävention (z.B. Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen, Krebsplan). Eine abgestimmte, konsequente Umsetzung länderübergreifender Register im Rahmen des europäischen Datenraums („European Health Data Space“) wird begrüßt.



Pflege solidarisch und finanzierbar gestalten

23

Gute Pflege ist und bleibt eines der zentralen politischen Themen und eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe**. Die Innungskrankenkassen begrüßen die begonnenen Anstrengungen der 19. Legislaturperiode – allen voran die Bestrebungen, die **Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte** zu verbessern. Große Herausforderungen bleiben dennoch auch für die kommende Legislaturperiode bestehen. Neben der **Anpassung der Pflegeleistungen** an die Bedürfnisse der Betroffenen muss vor allem das Thema Finanzierung auf die Agenda der neuen Bundesregierung. Solidarisch-finanzierte Pflege bedeutet dabei, **Lasten fair zu verteilen**.



4.1

Leistungen der Pflege ausbauen und weiterentwickeln

- Zusammenführung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege: Die Zusammenführung zu einem einheitlichen Budget wäre ein wertvoller Beitrag zum Abbau unnötiger Bürokratie in der Pflegeversicherung.
- Einführung eines Pflegegeldes für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 im Umfang des hälftigen Anspruchs gemäß Pflegegrad 2.
- Förderung von Prävention in der ambulanten Pflege: Für Pflegebedürftige, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, besteht ein spezieller Präventionsbedarf, der derzeit nicht gedeckt wird. Es wird daher eine Erweiterung des Anspruchs auf Förderung nach § 5 SGB XI auf den Bereich der ambulanten Pflegedienste gefordert.
- Das Prinzip Rehabilitation vor Pflege wurde gestärkt – weitere Initiativen in diesem Bereich werden begrüßt.
- Beratungsdienstleistungen (Reha und Pflege) sind zu koordinieren und transparent zu machen; Flickenteppiche von Beratungsstellen müssen abgebaut werden.

4.2

Sicherung einer finanzierbaren, sozialen Pflegeversicherung

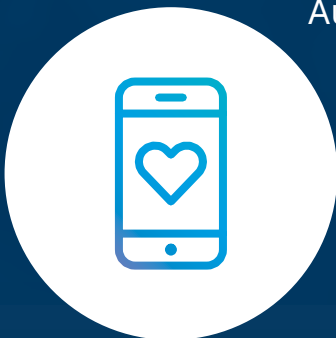
- Verlässliche Beitragssatzgestaltung in der sozialen Pflegeversicherung: Eine langfristige solide Finanzierung ist unter Berücksichtigung eines stabilen Beitragssatzes sicherzustellen.
- Verstetigung und Ausbau der Bundes- und Länderzuschüsse: Die Länder müssen ihrer Verantwortung für die Investitionskosten in vollem Umfang auch weiterhin nachkommen. Die Finanzierung der Pflege sollte als gesamtgesellschaftliche Aufgabe über Bundeszuschüsse sichergestellt werden.
- Keine Verschiebung der Kosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Verlagerung der Kosten der „medizinischen Behandlungspflege“ in den Bereich der stationären Pflege und damit zu Lasten der Krankenversicherung wird abgelehnt.
- Bekenntnis zur Teilkasko-Versicherung: Für die Finanzierung der Pflege ist eine Eigenverantwortung notwendig, aber auch eine finanzielle Begrenzung nach Vermögensstand erforderlich (Überlastungssicherung). Die Eigenanteile sollten nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit gestaffelt werden. Die soziale Pflegeversicherung kann keine Vollversicherung darstellen.
- Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser müssen sich stärker am Gemeinwohl denn am Gewinn orientieren, Renditen sind zu begrenzen.

Digitalisierung zielgerichtet vorantreiben

27

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat in der 19. Legislaturperiode rapide an Fahrt aufgenommen. Die Einführung digitaler Angebote wie der **elektronischen Patientenakte** (ePA), der **Digitalen Gesundheits- und Pflegeanwendungen** (DiGA bzw. DiPA) sowie die Ausweitung der **Telemedizin** war mit großen Hoffnungen verbunden. Und in der Tat beinhalten sie große Chancen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Den Innungskrankenkassen ist es ein besonderes Bedürfnis, ihre Versicherten auf dem Weg der **Digitalisierung** umfassend und **qualitätsbasiert** zu unterstützen. Dafür ist es erforderlich, dass die GKV als Kostenträger über einen entsprechenden Handlungsspielraum verfügt, um dieser

Aufgabe **verantwortungsbewusst** nachkommen zu können. Es müssen aber auch die neuen Regelungen zum Beispiel zur beschleunigten Markteinführung der DiGA im Hinblick auf **Wirtschaftlichkeit und Nutzen** kritisch reflektiert werden.



5.1

Digitalisierung und TI weiterentwickeln – Gestaltungsfreiheit der GKV erhalten

- Umsetzung „Digitaler Plan Bund“ für das Gesundheitssystem: Die Entwicklung und Verwirklichung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sowie die Berücksichtigung technischer Möglichkeiten müssen bundesweit unter Beteiligung der GKV diskutiert und qualitätsgesichert werden („konzertierte Aktion“).
- Keine Eingriffe des BMG bzw. der gematik in Kernbereiche der Selbstverwaltung, um deren Handlungs- und Gestaltungskompetenzen zu stärken. Festlegung eines einheitlichen und gemeinsamen Rahmens, in dem die Kassen für die Realisierung verantwortlich sind. Erweiterte Zulassungsverfahren und Sicherheitsbewertungen für individuelle kassenspezifische Lösungen werden abgelehnt.
- Mehrwert der digitalen Versorgungslösungen muss sich in einer Verbesserung der Versorgungsqualität, der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität sowie in Verbesserung der Wirtschaftlichkeit zeigen. Aktivitäten sind mit Blick auf Investitionserfolge („Return of Invest“) zu steuern.
- Konsequenter Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI) und verpflichtende Anbindung aller im Gesundheitswesen tätigen Leistungserbringer: Voraussetzung dafür ist die Interoperabilität innerhalb der TI.
- Die Förderung digitaler Innovationen durch Krankenkassen ist weiter auszubauen.
- Die Leistungserbringer sind zur Nutzung der digitalen Möglichkeiten zu verpflichten.
- Digitaler Versorgungswettbewerb braucht Regeln: Neue Wettbewerber, wie z. B. Technologie-Unternehmen, Portale, vertikal integrierte Konzerne, müssen sich an geltende Spielregeln – auch in Bezug auf den Datenschutz – halten.

5.2

Datenschutzrechtliche Vorgaben müssen zielführend sein

- Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung müssen gewährleistet sein. Die Datenhoheit liegt allein beim Versicherten.
- Es bedarf einer intensiven Diskussion, inwieweit nachvollziehbare datenschutzrechtliche Anforderungen einer adäquaten Versorgung und Versorgungssteuerung entgegenstehen.
- Die Schaffung eines europäischen Datenraums wird begrüßt; ein unkontrollierter Zugriff auf Versichertendaten durch die Industrie ist dabei jedoch zu unterbinden.

5.3

Finanzierungsverpflichtung gerecht verteilen

- Keine einseitige Finanzierung durch die GKV: Eine faire Beteiligung aller Akteure des Gesundheitssystems an den Kosten der Digitalisierung muss sichergestellt werden.
- Das Wirtschaftlichkeitsgebot muss auch im Bereich Digitalisierung gelten: Wie im Bereich der Arzneimittelversorgung sollte ein Informationssystem für Leistungserbringer über Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Digitalen Gesundheits- bzw. Pflegeanwendungen eingeführt werden. Wirtschaftlichkeit sollte neben dem Nachweis der Versorgungseffekte als Kriterium der Vergütung herangezogen werden.

5.4

Förderung digitaler Kompetenz

- Digitalisierung sollte als Lehrfach im Medizinstudium sowie als verpflichtende Weiterbildungsmaßnahme in Pflegeberufen eingeführt werden. Die Finanzierung muss durch Bund und/oder Länder gewährleistet werden.
- (Übergangs-)Lösungen für diejenigen in der Bevölkerung, die nicht Technik affin sind oder diese auf Grund ihres Gesundheitszustandes nicht bedienen können, müssen geschaffen werden.

5.5

Sonderregelungen für DiGA und DiPA perspektivisch zurückführen

- Nach der Einführung der digitalen Anwendungen im Gesundheits- und Pflegebereich in Form von Sachleistungen sollten diese konsequent wie andere Sachleistungen behandelt werden.
- Die Voraussetzung von wissenschaftlich belastbaren Nutzendefinitionen bei Entscheidungen zur Zulassung und zur Erstattung neuer Produkte sowie die Verhandlung des angemessenen Preises gemessen am vorliegenden Nutzen ab Markteintritt, müssen unmittelbar gewährleistet werden.

Arzneimittel- versorgung zukunfts- fest machen

31

Die Arzneimittelversorgung ist einer der drei großen Ausgabenbereiche der GKV. Auf das **AMNOG-Verfahren** kommt angesichts der zur Zulassung anstehenden **neuen Generation von Wirkstoffen** eine Bewährungsprobe zu. Für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung wird es deshalb auch in Zukunft notwendig sein, die Gesamtheit der **Steuerungsinstrumente** im Arzneimittelbereich zu erhalten. Darüber hinaus stellt der strukturelle Wandel die Apotheke vor Ort vor Herausforderungen. Bei der Suche nach neuen Versorgungskonzepten rückt die stärkere **interprofessionelle Zusammenarbeit** der Gesundheitsberufe ebenso wie die Neuordnung ihrer Aufgaben in den Vordergrund. In diesem Zusammenhang ist auch die ausstehende **Reform der Apothekenvergütung** anzupacken.



6.1

Arzneimittelversorgung stärken, Lieferengpässe verhindern

- Rabattverträge sind beizubehalten.
- Arzneimittelpreise sind zu begrenzen: Rückwirkende Gültigkeit des Erstattungsbetrages ab Tag Eins des Patentjahres. Die Evaluation erfolgt dann zwei Jahre nach Markteinführung und mit entsprechender Kostenanpassung.
- Die Innungskrankenkassen begrüßen die Initiativen u. a. zur Bekämpfung von Lieferengpässen und zur Beachtung von Umweltstandards in der EU-Pharmastrategie. Eine strukturierte Herangehensweise auf europäischer Ebene gilt es zu unterstützen.
- Die Importförderklausel für Arzneimittel hat sich als Instrument für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung bewährt. Sie erfüllt nach wie vor ihren Zweck und leistet einen wichtigen Beitrag zur Eindämmung der Kostenentwicklung im Arzneimittelbereich. Jeglichen Bestrebungen, sie abzuschaffen, wird eine klare Absage erteilt.
- Transparenz über Forschungs- und Entwicklungskosten: Verpflichtung der Hersteller zur Veröffentlichung klinischer Studienergebnisse mit regelhafter Kontrolle und ggfs. Sanktionsbewehrung bei Verstoß.
- Arzneimittelsicherheit und Qualitätsüberwachung auch bei EU-Versandapotheken, die derzeit bei der behördlichen Überwachung noch „durch das Raster“ fallen.
- Praxisgerechtere Ausgestaltung von Ersatzansprüchen der Krankenkassen bei mangelhaften Arzneimitteln.

6.2

Apothekenversorgung neu denken

- Umgestaltung der Apothekenvergütung: Erkenntnisse aus dem bereits aus der letzten Legislaturperiode (!) stammenden BMWi-Gutachten umsetzen und Einsparpotentiale nutzen.
- Pharmazeutische Kompetenzen von Apothekern nutzen und Kooperation mit Ärzten stärken.
- Neu eingeführte Dienstleistungen nach dem „Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken“ evaluieren.
- Eine dauerhafte Honorierung des „Apotheken-Botendienstes“ wird abgelehnt; Rückkehr zur Befristung im Rahmen der „Corona-Gesetzgebung“.
- Der Versandhandel ist als eine Option der Versorgung gerade im ländlichen Bereich zu erhalten.

Selbstverwaltung stärken, nicht länger schwächen

35

Die soziale Selbstverwaltung ist ein konstituierendes, verfassungsmäßiges Element unserer Sozialversicherung. Sie hat nicht nur die Aufgabe, die **Sozialversicherung zukunftsfähig zu halten** und durch die wettbewerblichen, versorgungsbezogenen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen zu führen. Sie hat insbesondere die Verantwortung, sich für die **Interessen der Versicherten und Patienten sowie der Arbeitgeber** zum Wohl des gesamten Gesundheitssystems einzusetzen. Hierfür benötigt sie entsprechende **Handlungsspielräume** und die Unterstützung – nicht die zunehmende Beschränkung – seitens der Politik.



7.1

Rückbesinnung auf das Prinzip Selbstverwaltung – Verantwortung ausbauen

- Die soziale Selbstverwaltung ist in ihrer Verantwortung für die Verbesserung des Gesundheitssystems auszubauen – das gilt auch für die gemeinsame Selbstverwaltung. Tendenzen in Richtung Staatsmedizin und Einheitsversicherung sind zu stoppen.
- Die soziale Selbstverwaltung ist bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu unterstützen. Sie benötigt seitens Politik Vertrauen, Handlungsfähigkeit und Planbarkeit. Die Kategorien „Vertrauensschutz“ und „Rückwirkungsverbot“ sind als rechtsstaatliche Grundpfeiler für die Selbstverwaltung unabdingbar.
- Die zuständigen Aufsichtsbehörden sind auf die Rechtsaufsicht zu beschränken, keine Fachaufsicht.
- Es sollte eine Klagemöglichkeit für Krankenkassen auf Verfassungsmäßigkeit von Gesetzen eingeräumt werden, derzeit ist dies mangels Grundrechtsfähigkeit nicht gegeben.

7.2

Legitimation der Selbstverwaltung stärken

- Stärkung der Selbstverwaltung: Arbeit der Selbstverwaltung in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Schaffen eines gesetzlichen Rahmen zur Stärkung der Selbstverwaltung.
- (Verfassungsrechtlich) anerkannte Grundsätze bei der Reform der Sozialwahl müssen Bestand haben: Keine Abschaffung der Friedenswahlen. Listenwahlen statt Personwahlen. Urwahlen sind nur dort sinnvoll, wo tatsächlich mehr Kandidaten als Listenplätze vorhanden sind. Wiederermöglichung der Listenzusammenlegung auch nach dem Ende der Einreichungsfrist.
- Eine feste Geschlechterquotierung ist zu überdenken; um sie nicht juristisch angreifbar zu machen, wie dies die Rechtsprechung z. B. in Brandenburg gezeigt hat (Az.: VfGBbg 9/19 VfGBbg 55/19).
- Gesetzliche Regelungen zum Ausschluss von Interessenkollisionen in den Gremien der Selbstverwaltung sind zu erweitern.
- Beibehaltung und Sicherung der Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern als einer der Grundsätze des Systems.
- Stärkung des Ehrenamts: Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Ehrenamt (z. B. Übernahme Kosten für Kinderbetreuung und Verhinderungspflege im Rahmen Entschädigungsregelung) etablieren. Verlässliche Absicherung gegen Haftungsrisiken schaffen.

Finanzierungsbasis verbreitern und Staat nicht aus der Verant- wortung entlassen – Prüf- und Steuerungs- optionen sicherstellen

39

Eine erfolgreiche und medizinisch hochwertige solidarische Krankenversicherung benötigt eine **stabile und gerechte Finanzierungsbasis**. Dies wurde während der Corona-Pandemie erneut unter Beweis gestellt. Politisch gewollte **Ausgabensteigerungen** der 19. Legislaturperiode konnten nur durch den **Abbau von Finanzreserven** der Krankenkassen kompensiert werden. Um einen drastischen Anstieg der Zusatzbeitragssätze ab dem Jahr 2022 zu verhindern, muss der Staat seiner Verantwortung gerecht werden. Insbesondere die **Verschiebung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben** hin zur Sozialversicherung muss gestoppt werden.



8.1

Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung

- Die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung muss ein Schwerpunktthema der kommenden Legislatur werden.
- Die Finanzautonomie der Kassen muss gestärkt, ihre Beitragssatzautonomie erhalten bleiben.
- Es ist das Ziel, vom alleinigen Lohnkostenmodell abzurücken und weitere Finanzierungsquellen zu erschließen; eine weitere Steigerung der Lohnnebenkosten ist nicht akzeptabel.

8.2

Föderale Strukturen bedingen Finanzverantwortung

- Föderale Strukturen bedingen die Übernahme von Finanzverantwortung: Der schleichende Rückzug aus gemeinsamen Finanzierungsformen durch Bund, Länder, Kommunen und Leistungserbringern (z. B. bei den Investitionskosten für Krankenhäuser) ist zu stoppen.
- Versicherungsfremde bzw. gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Steuern finanzieren: Drohende Ausgabensteigerungen aufgrund politischer Eingriffe in das System müssen durch Steuern gegenfinanziert werden. Keine Erhöhung der Zusatzbeiträge!
- Auch Innovationen dürfen nicht ausschließlich über die Solidargemeinschaft finanziert werden: Bei Innovationsfinanzierung ist eine faire Lastenteilung sicherzustellen (z. B. Digitale Gesundheitsanwendungen).
- Die im letzten Koalitionsvertrag in Aussicht gestellten Maßnahmen zur Einführung von kostendeckenden Beiträgen für ALG-II-Bezieher sind umzusetzen.
- Die Finanzverantwortung der Länder und Kommunen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst muss gestärkt sowie dessen Leistungsfähigkeit im Sinne der Pandemiebekämpfung und der allgemeinen Gesundheitsvorsorge sichergestellt werden.
- Die Renditen der Finanzinvestoren im Gesundheitswesen sind zu begrenzen. Anderenfalls werden mit Mitteln der GKV Gewinne der Investoren bezahlt.
- Das Haushaltsrecht ist als das alleinige Recht der Selbstverwaltung zu bewahren und nicht anzutasten. Der wiederholte Eingriff der Politik in die Finanzreserven der Kassen sowie in den Gesundheitsfonds ist zu kritisieren.

- Prüfrechte (z. B. Krankenhausrechnungen) und Steuerungsoptionen (z. B. Rabattverträge, aber auch Fallmanagement) der Kassen sind wiederherzustellen bzw. auszubauen, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung als Basis für eine solidarische Lastenverteilung zu gewährleisten und ansonsten zu erwartende harte Einschnitte in die Leistungen der GKV nach 2021 zu vermeiden.
- Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen bekämpfen: Es müssen Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet und ein Hinweisgeberschutz etabliert werden.
- Die Finanzierung der gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung muss auch weiterhin durch Umlagefinanzierung gesichert werden. Sie ist Garant für eine nachhaltige, solidarische und belastungsgerechte Finanzierung der GKV.
- Die Umlagekassen sind zukunftsfest zu machen. Gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen, d. h. keine Quersubventionierung der Knappschaft durch Beiträge der Minijob-Zentrale sowie klare Trennung der Umlagekassen von Minijob-Zentrale und Knappschaft.



Wettbewerbs- bedingungen fair ausgestalten

43

Das System des **solidarischen Kassenwettbewerbs** ist inzwischen ein konstitutiver Teil des deutschen Krankenversicherungssystems. Umso wichtiger ist es, die **Rahmenbedingungen** dieses Wettbewerbs – sowohl im Bereich der Finanzierung, als auch der Aufsicht – in steter Regelmäßigkeit zu prüfen, zu evaluieren und, da wo nötig, anzupassen. Gleiches gilt für das Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Um die **Leistungsfähigkeit der Systeme zu erhalten** und gleichwertige Leistungen für alle Versicherten zu gewährleisten, müssen **faire Bedingungen** und eine Gleichbehandlung in Fragen der Strukturfinanzierung gelten.



9.1

Fairen Wettbewerb schaffen – Aufsichtspraxis auf Bundes- und Landesebene vereinheitlichen

- Das gegliederte, wettbewerbliche System und die Kassenarten müssen erhalten bleiben.
- Damit konkurrierende Prüfinstanzen den Wettbewerb nicht beeinflussen, 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 große Anzahl von Prüfungsinstanzen der Krankenkassen wie das Bundesamt für soziale Sicherung, die Landesaufsichten, der Bundesrechnungshof etc. ist aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands bei den Krankenkassen zu reduzieren. Zudem sind unnötige Doppelprüfungen der Behörden auszuschließen.
- Eine solidarische Wettbewerbsordnung soll eingeführt werden, die insbesondere die kleineren Mitbewerber vor der Marktmacht der großen Kassen schützt.
- Das Kartellrecht ist auch für Kassenfusionen anzuwenden. Weitere kartellrechtliche Regelungen sind abzulehnen.
- Die Möglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der Selektivverträge sollten erweitert werden, um Wettbewerb zu gewährleisten.
- Ausschreibungen müssen als Wettbewerbsinstrument erhalten bleiben. Rabattverträge und Ausschreibungen bedeuten nicht das Ende der Qualität, sondern sind Grundlage einer wirtschaftlichen Versorgung und können durch das Festschreiben von Qualitätsstandards eine gute Versorgung gestalten.

9.2

Morbi-RSA nach Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG): umsetzen, evaluieren und fortentwickeln

- Die RSA-Reform hat stattgefunden; das Gesamtpaket wird von den Innungskrankenkassen als sinnvoll erachtet. Nun kommt es auf die Umsetzung und Weiterentwicklung an.
- Der Wettbewerb muss fair gestaltet und eine Risiko-selektion verhindert werden.
- Manipulation wirksam verhindern: Eine Manipulationsbremse ist zielführend. Die neuen Regelungen müssen bei Prüfungen konsequent durchgesetzt werden. Dafür ist ein einheitliches Prüfungshandeln erforderlich. Manipulationen müssen zudem spürbare Konsequenzen haben und mit Geldbuße geahndet werden können.
- Die Präventionspauschale ist zu evaluieren und in der Folge ggf. anzupassen bzw. zu erweitern.
- Der Risikopool ist hinsichtlich Deckungsquoten der Hochkostenfälle und Wechselwirkung mit Vertragskonstellationen, insbesondere bei qualitätsorientierter Vergütung („Pay for Performance“), zu untersuchen.
- Die Ausgestaltung des Vollmodells ist kritisch zu begleiten.

9.3

Die Verantwortung der PKV stärker herausstellen

- Das Verhältnis zwischen PKV und GKV ist klarzustellen (z.B.: Welche Verhandlungsergebnisse dürfen für die PKV übernommen werden?).
- Eine angemessene finanzielle Beteiligung der PKV an gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (z. B.: Corona, Organ-spende, Prävention etc.) ist sicherzustellen.
- Die Möglichkeit von Kooperationen zwischen GKV und PKV im Bereich von Zusatztarifen ist zu erhalten und im Sinne von „Leistungen aus einer Hand“ als Serviceverbesserung für den Versicherten auszugestalten.

Ansprechpartner:in für Rückfragen

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer
Ann Hillig, Leiterin des Bereichs Politik und Gremien
IKK e.V.

Hegelplatz 1
10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 202491-0
Fax: +49 (0)30 202491-50
info@ikkev.de
www.ikkev.de

 IkkevDeBerlin
 ikk_ev
 ikkev

Bildnachweis

Mato / shutterstock.com (Umschlag), Bim / istockphoto.com (S.6),
Drazen Zigic / istockphoto.com (S.8), Alvarez / istockphoto.com (S.12),
KatarzynaBialasiewicz / istockphoto.com (S.18), Dean Mitchell / istockphoto.
com (S.22), Andrea Piacquadio / pexels.com (S.26), Alvarez / istockphoto.com (S.30),
LStockStudio / stock.adobe.com (S.34), Moha El-Jaw / istockphoto.com (S.38),
Drazen Zigic / istockphoto.com (S.42)

Zur Digitalversion



www.ikkev.de/positionen-zur-bundestagswahl-2021

