

Sommer-Pressekonferenz IKK e.V. Frank Hippler, Vorstandsvorsitzender der IKK classic

Berlin, 19. August 2026.

Die Finanzlage der GKV ist ernst, der Handlungsdruck akut.

Ich bin seit über 40 Jahren in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Und bei allen Herausforderungen, vor denen wir aktuell stehen, bin ich zutiefst überzeugt: Die GKV ist und bleibt ein hervorragendes System. Umso mehr stehen wir in der Verantwortung, nachhaltige Lösungen zu erarbeiten, um ihre Leistungsfähigkeit auch für die kommenden Jahrzehnte zu sichern.

Was also können und müssen wir tun, um die Finanzen dauerhaft zu stabilisieren? Eines ist klar: Weder zusätzliche Einnahmen noch pauschale Sparprogramme allein werden ausreichen. Wir müssen die Effizienz unseres Gesundheitssystems erhöhen. Und zwar nicht, indem wir Leistungen kürzen, sondern indem wir Versorgung klüger organisieren und somit die Ausgabendynamik begrenzen. Denn eines zeigt die bereits zitierte Befragung sehr deutlich: Die Menschen erwarten nicht einfach nur günstige Beiträge. Sie erwarten vielmehr ein Gesundheitssystem, das ihre Beiträge verantwortungsvoll einsetzt und gute Versorgung sicherstellt.

Ein starker Wettbewerb, auch unter den Krankenkassen, trägt genau dazu bei: Selektiv- und Versorgungsverträge ermöglichen passgenaue Angebote für Versicherte und bringen neue Versorgungsformen schneller in die Praxis. Satzungsleistungen schaffen Spielräume für individuelle Mehrleistungen. Gleichzeitig müssen wir Krankenkassen unsere Verantwortung für Wirtschaftlichkeit gegenüber Leistungserbringern wahrnehmen können, beispielsweise durch eine konsequente Prüfung von Krankenhausrechnungen. Wo Fehler erkannt und korrigiert werden, werden Beitragsmittel geschützt.

Auch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gibt es Optimierungsbedarf: Heute wählen Versicherte ihren Behandlungsweg und ihre Ansprechpartner in vielen Fällen selbst. Das führt unter anderem dazu, dass sie durchschnittlich fast zehnmal pro Jahr zum Arzt gehen, der OECD-Durchschnitt liegt bei 6,6 Arztkontakten. Auch bezüglich der Dichte an medizinischen Fachkräften liegt Deutschland deutlich über dem Durchschnitt. Gleichzeitig dauern viele Arztkontakte nur wenige Minuten. Untersuchungen werden doppelt durchgeführt

oder Facharzttermine blockiert. Unser Problem liegt demnach nicht in mangelnden Kapazitäten, sondern in deren ineffizienter Nutzung.

Wir müssen Versicherte also besser durch das System führen. Deshalb begrüßen wir ausdrücklich, dass das Bundesgesundheitsministerium an einem Konzept für ein Primärversorgungssystem arbeitet. Wichtig ist dabei, das System aus Sicht der Versicherten zu denken. Denn nur dann wird es akzeptiert und erfolgreich sein.

Laut der bereits zitierten Umfrage

- erwarten 98 Prozent, dass sie zeitnah einen Termin beim Hausarzt erhalten.
- 96 Prozent wollen, dass ihre Hausärztin oder ihr Hausarzt schnell einen Facharzttermin vermittelt.
- 91 Prozent möchten ihre Hausarztpraxis weiterhin frei wählen können.
- Und knapp 9 von 10 Befragten wollen bestimmte Fachärzte, wie Frauenärzte oder Augenärzte weiterhin direkt aufsuchen können.

Die Menschen lehnen Steuerung im Gesundheitswesen demnach nicht grundsätzlich ab. Was sie ablehnen, sind zusätzliche Hürden. Deshalb sprechen wir als IKK classic bewusst von einer vernetzten Primärnavigation. Uns geht es nicht darum, den Zugang zur Versorgung einzuschränken. Sondern, den richtigen Zugang zur richtigen Zeit zu ermöglichen. Versicherte werden in die für sie passende Versorgung gelenkt.

Dabei müssen künftig alle Gesundheitsberufe ihre Kompetenzen besser einbringen können. Nicht jede medizinische Fragestellung erfordert unmittelbar eine ärztliche Behandlung. Qualifizierte Pflegefachkräfte, Community Health Nurses oder speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte können viele Aufgaben eigenverantwortlich übernehmen und Ärzte wirksam entlasten.

Zu einer guten Patientensteuerung gehört für mich auch eine konsequente digitale Ersteinschätzung. Wer gesundheitliche Beschwerden hat, muss künftig schnell erfahren, welche Versorgung tatsächlich erforderlich ist: Hausarzt, Apotheke, Telemedizin, Facharzt oder Notfallversorgung. Perspektivisch kann dabei ein KI-gestütztes GesundheitsCockpit unterstützen und Versicherte sicher durch das Versorgungssystem begleiten.

Durch den Fokus auf die Kosten geht ein wichtiges Steuerungsinstrument häufig unter: Die Qualität von Versorgung. Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zeichnet sich nicht dadurch aus, dass möglichst viele Leistungen erbracht werden. Sondern dadurch, dass die richtigen Leistungen erbracht werden. Wir müssen weg von der reinen Mengenvergütung. Wir brauchen Vergütungsmodelle nach dem Pay-for-Performance-Prinzip: Wo nachweislich gute Behandlungsergebnisse erzielt werden, muss das auch besser honoriert werden als das bloße Aneinanderreihen von Behandlungen und Therapien.

Auch verpflichtende Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen gehören aus unserer Sicht dazu. Sie schaffen Sicherheit für Versicherte und helfen, unnötige Eingriffe zu vermeiden. Eine Win-Win-Situation, wir verbessern die Versorgung und entlasten die Solidargemeinschaft. Hier hat der Gesetzgeber mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz den ersten richtigen Schritt getan.

Es ist bereits mehrfach angeklungen. Ein modernes Gesundheitswesen kommt nicht ohne Digitalisierung aus. Sie ist ein entscheidender Hebel für mehr Qualität, mehr Wirtschaftlichkeit und eine gute Versorgungssteuerung.

Hier stehen wir noch am Anfang und müssen die Entwicklung schneller vorantreiben. Das beste Beispiel ist die elektronische Patientenakte. Sie kann ihr ganzes Potenzial erst entfalten, wenn wir sie nicht nur als digitale Dokumentenablage verstehen, sondern zu einer zentralen Plattform weiterentwickeln, auf der wir den gesamten Behandlungspfad von Versicherten koordinieren.

Wenn wir Digitalisierung und bessere Steuerung ernst nehmen, müssen die Krankenkassen auch die Möglichkeit bekommen, diese Instrumente im Sinne der Versicherten einzusetzen. Dafür brauchen wir mehr Handlungsspielräume. Deshalb begrüßen wir ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die Möglichkeiten der datengestützten Versichertenansprache erweitern will. Vor allem müssen wir Gesundheitsdaten stärker nutzen dürfen. Wir verfügen über Informationen, die helfen könnten, gesundheitliche Risiken frühzeitig zu erkennen. Viel zu häufig dürfen wir aber erst handeln, wenn eine Erkrankung bereits diagnostiziert ist. Das ist weder medizinisch sinnvoll noch wirtschaftlich.

Viele Versicherte wären bereit dafür, wie unsere Forsa-Umfrage zeigt: Mit 41 Prozent legt ein großer Teil der gesetzlich Versicherten Wert auf proaktive Hinweise zu möglichen Gesundheitsrisiken oder anstehende Vorsorgetermine passend zur persönlichen Situation und auf Basis der bereits bei der Krankenkasse vorliegenden Versorgungsdaten.

Heute fließen weniger als 0,3 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Prävention. Das ist angesichts einer älter werdenden Gesellschaft und der Zunahme chronischer Erkrankungen deutlich zu wenig. In den vergangenen Jahren hat bereits ein Umdenken eingesetzt, auch in der Politik. Mit der Präventionsoffensive sendet das Bundesgesundheitsministerium eine wichtige Botschaft: Gesundheit darf nicht allein in der Verantwortung des Gesundheitswesens liegen, sondern muss im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatzes als Leitprinzip in allen Politikfeldern verankert werden.

Unser Ziel muss sein, Gesundheit zu erhalten, anstatt Krankheit zu behandeln. Deshalb setzen wir uns für eine stärkere Gesundheitsförderung in allen Lebenswelten ein. In der Schule, im Betrieb und im Alltag. Dazu gehören zum Beispiel dauerhaft finanzierte Schulgesundheitsfachkräfte und eine bessere Unterstützung für kleine und mittlere Betriebe bei der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Damit geht einher, auch die Gesundheitskompetenz aller Menschen zu stärken. Gerade bei der digitalen Gesundheitskompetenz besteht großer Nachholbedarf. Denn Anwendungen, wie die elektronische Patientenakte oder KI-gestützte Leitsysteme, können ihren Nutzen nur entfalten, wenn die Menschen sie sicher und selbstbestimmt nutzen können.

Lassen Sie mich zusammenfassend festhalten:

Eine bessere Versorgungssteuerung, eine konsequente Digitalisierung und die Fokussierung auf Prävention gehören untrennbar zusammen, wenn wir Versorgung so weiterentwickeln wollen, dass wir mit den vorhandenen Mitteln mehr Gesundheit erreichen.

Gleichzeitig dürfen wir die Ausgabendynamik nie losgelöst von den notwendigen Einnahmen und deren Entwicklung betrachten. Hans-Jürgen Müller und Hans Peter Wollseifer haben deutlich gemacht, welche politischen Entscheidungen jetzt notwendig sind: von einer auskömmlichen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen bis hin zu fairen Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung. Nur im Zusammenspiel sichern wir auch künftig eine leistungsfähige, solidarische und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung.

Die IKK classic ist mit rund drei Millionen Versicherten die führende handwerkliche Krankenversicherung und eine der großen Krankenkassen in Deutschland. Die Kasse hat rund 7.000 Beschäftigte an über 150 Standorten im Bundesgebiet. Ihr Haushaltsvolumen beträgt über 15 Milliarden Euro.

www.ikk-classic.de/presse