

A large, stylized graphic of the letter 'G' in white, set against a blue background. The 'G' is composed of a thick white outline and a solid white fill.

Anforderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik

Two solid black rectangular boxes, one positioned above the other, located to the left of the subtitle text.

**Positionen des IKK e.V.
zum Wahljahr 2013**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Nach wie vor ist das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland eines der besten der Welt. Damit dies auch in Zukunft so bleibt, müssen die sich aus den demografischen und versorgungsbezogenen Entwicklungen sowie dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen und Aufgaben gelöst werden.

In der nun zu Ende gehenden Wahlperiode hat die Bundesregierung wichtige Entscheidungen hierzu getroffen. Dazu gehört insbesondere das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) mit seinen sowohl arzneimittelbezogenen als auch kartellrechtlichen Regelungen. Auch ihre Anstrengungen für ein Patientenrechtegesetz, für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und auch für die ärztliche Versorgung (Versorgungsstrukturgesetz) gehen in die richtige Richtung.

Gleichwohl wurden wichtige Probleme nicht gelöst, wie beispielsweise

- ▶ die Verbreiterung der Finanzierungsbasis für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV),
- ▶ die nachhaltige Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung und die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs,
- ▶ die Zurückführung des Morbi-RSA auf das notwendige Maß („vereinfacht, unbürokratischer und unanfällig für Manipulationen“),
- ▶ Verbesserung der Rahmenbedingungen für Prävention oder
- ▶ Bürokratieabbau.

In dem vorliegenden Positionspapier haben die Innungskrankenkassen ihre Erwartungen und Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik formuliert. Das Papier wurde von der Mitgliederversammlung des IKK e.V. einstimmig beschlossen und steht für die gemeinsamen Grundsatzpositionen von Arbeitgeber- wie Versichertenvertretern sowie den Vorständen der Innungskrankenkassen.

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

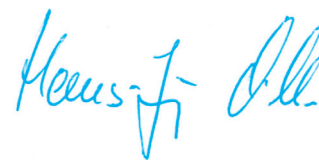
- ▶ Sie muss alle Voraussetzungen erfüllen, damit die rund 70 Mio. GKV-Versicherten in Deutschland, darunter 5,5 Mio. IKK-Versicherte, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung erhalten.

- ▶ 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.

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 natürlich allen am Gesundheitswesen Beteiligten über die Zukunft des Gesundheitssystems.

Ihr IKK e.V.



Hans-Jürgen Müller
Vorstandsvorsitzender



Jürgen Hohnl
Geschäftsführer



Hans Peter Wollseifer
Vorstandsvorsitzender

Forderungen des IKK e.V.:

- 1 Finanzierungsbasis verbreitern –
Verschiebebahnhöfe beenden
- 2 Morbi-RSA: Akzeptanz erhalten – Präventionsanreize
erhöhen – Manipulationsanfälligkeit senken
- 3 Wettbewerb stärken – Vielfalt erhalten
- 4 Effizienzreserven heben – Versorgung optimieren –
Qualität verbessern
- 5 Prävention ausbauen – Krankheiten vermeiden –
Betriebliche Gesundheitsförderung stärken
- 6 Innovationen fördern und als Investition begreifen
- 7 Pflege stärken – demografische Herausforderungen annehmen – Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen
- 8 Patientenrechte und Patientensouveränität stärken
- 9 Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen aufrechterhalten
- 10 Fehlverhalten im Gesundheitswesen:
Korruption und Manipulationen strafrechtlich verfolgen
- 11 Systemkonstrukt GKV-PKV:
Märkte definieren – Handlungsrahmen abgrenzen
- 12 Europa: Autonomie wahren – Chancen nutzen

1. Finanzierungsbasis verbreitern – Verschiebeparkplätze beenden

Ausgangslage

Gleiche Beitragssätze verschleiern den Wettbewerb.

Das aktuelle Finanzierungssystem mit dem Zusatzbeitrag ist versicherten- und leistungsfeindlich. Zukünftige Ausgabensteigerungen gehen nur zu Lasten der Versicherten. Darüber hinaus hat dies zu einer Zusatzbeitrags-Vermeidungsstrategie der Kassen zu Lasten von Leistungen geführt.

Die Einführung des Gesundheitsfonds hat gezeigt, dass sich der mit ihm verbundene vollständige Grundlohnsummenausgleich positiv auswirkt.

Trotz der aktuell guten Finanzlage der GKV sind ab 2013 wieder Defizite zu erwarten. Spätestens 2014 drohen neue Zusatzbeiträge bei Krankenkassen.

Die versicherungsfremden Leistungen zu Lasten der GKV betragen rund vier Mrd. Euro pro Jahr: Die Kosten für die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die die GKV übernommen hat, belaufen sich auf ca. 33 Mrd. Euro. (Beske 2008)

Forderungen

- 1 Der Einheitsbeitrag ist abzuschaffen und die Beitragssatzautonomie der Kassen wiederherzustellen.
- 2 Der bestehende Ausgleich der unterschiedlichen Grundlohnsummen zwischen den Kassen muss sichergestellt sein.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 Um die Lohnkosten zu entlasten, sollten nicht-personalintensive, umsatz- und ertragsstarke Unternehmen einen zusätzlichen finanziellen Beitrag im Sinne einer Solidarabgabe leisten.
- 6 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.
- 7 Der schleichende Rückzug aus gemeinsamen Finanzierungsformen durch Bund, Länder und Kommunen (etwa die Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder) und Leistungserbringer (etwa beim Aufbau von Krebsregistern) muss gestoppt werden.

2. Morbi-RSA: Akzeptanz erhalten – Präventionsanreize erhöhen – Manipulationsanfälligkeit senken

Ausgangslage

Der Morbi-RSA wirkt als finanzieller Ausgleichsmechanismus: Eine morbiditätsstarke Versichertenstruktur stellt aktuell keine Benachteiligung mehr da.

Das gegenwärtige Konstrukt ist aber von hoher Komplexität und großem bürokratischen Aufwand geprägt. Der intransparente Mechanismus des Morbi-RSA eröffnet vielfältige Manipulationsmöglichkeiten. Der Morbi-RSA verringert Präventionsanreize.

Zudem ist das Änderungsverfahren fragwürdig: weitreichende Vorhaben können durch das Bundesversicherungsamt (BVA) ohne politische Kontrolle verabschiedet werden.

Forderungen

- 1 Die Innungskrankenkassen bekennen sich zum Morbi-RSA, jedoch muss er transparenter, unbürokratischer und manipulationssicher ausgestaltet werden.
- 2 Die unangemessen starke Berücksichtigung von Volkskrankheiten muss zurück genommen werden. Künftig sollen nur schwerwiegende, eng abgrenzbare und teure Krankheiten ausgeglichen werden.
- 3 Eine Ausweitung auf zusätzliche Krankheiten lehnt der IKK e.V. ab.
- 4 Weitere Schritte hin zu einem finanziellen Ausgleich aller Kosten führen die Bemühungen um einen Versorgungswettbewerb ad absurdum.
- 5 Die Einführung eines Ausgleichs von regionalen Kostenunterschieden lehnen die Innungskrankenkassen angesichts der dadurch bewirkten Zementierung von Überversorgung ab.
- 6 Der Gestaltungsspielraum des BVA ist angesichts der hohen Umverteilungsvolumina des Morbi-RSA gesetzlich einzugrenzen.

3. Wettbewerb stärken – Vielfalt erhalten

Ausgangslage

Zum Wesen der GKV gehört die ambivalente Entwicklung eines steigenden staatlichen Einflusses auf der einen und einer Ausweitung wettbewerblicher Elemente auf der anderen Seite. Selektivvertragliche Regelungen ergänzen den kollektivvertraglichen Bereich.

95 % der Leistungen der GKV sind bei allen Krankenkassen identisch. Auch der Beitrag ist (zurzeit) einheitlich festgesetzt. Nur im Bereich der Satzungsleistungen (etwa die Wahltarife) sowie im Service unterscheiden sich die Krankenkassen voneinander.

Darüber hinaus schreitet der Konzentrationsprozess voran. Wenige Großkassen dominieren schon heute den Krankenkassenmarkt. Die 20 größten Krankenkassen versichern bereits 80 % der Versicherten. Fusionen werden trotz entstehender Kassen mit regional marktbeherrschender Stellung genehmigt.

Forderungen

- 1 Die Innungskrankenkassen stehen zum wettbewerblichen und gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Einheitsversicherung lehnen die Innungskrankenkassen als leistungs- und versichertenfeindlich ab.
- 2 Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Er muss den Versicherten und Patienten zu gutekommen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kassen Handlungsspielräume hinsichtlich der Leistungen, des Services und der Preise erhalten.
- 3 Dabei muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen Aufsichtsbehörden der Krankenkassen nach einheitlichen Kriterien agieren.
- 4 Die GKV braucht eine solidarische Wettbewerbsordnung, die insbesondere die kleineren Mitbewerber vor der Marktmacht großer Kassen schützt. Die Anwendung des Kartellrechts zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist geboten.
- 5 Der IKK e.V. spricht sich zudem für eine kartellrechtliche Prüfung von Fusionen von Krankenkassen aus.
- 6 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.

4. Effizienzreserven heben – Versorgung optimieren – Qualität verbessern

Ausgangslage

Der Standard der medizinischen Versorgung in Deutschland sucht international seinesgleichen. Gleichwohl hat das System seine Schwächen und Problemlagen.

Im Bereich der ambulanten Qualitätssicherung fehlt eine angemessene Qualitätsberichterstattung, obwohl bereits jetzt ausreichende Qualitätsindikatoren erhoben werden. Der Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung steht erst am Anfang.

In der Bundesrepublik gibt es Gebiete mit einer ärztlichen Unter- und Überversorgung. Zwar sind ausreichend Ärzte vorhanden, doch sie sind ungleich verteilt. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat die Bundesregierung begonnen, unter anderem die Bedarfsplanung der ärztlichen Versorgung zu reformieren, um dieses Problem zu lösen. Trotz dieser Bemühungen wird sich an den Problemen der Über- bzw. Unterversorgung wenig ändern.

Der vergleichsweise starre Rechtsrahmen – kein Abbau von Überversorgung durch unbefristete Zulassung und Nachbesetzung – verhindert eine wirksame Verbesserung der Versorgungssituation.

In Deutschland sterben gemäß dem Sachverständigengutachten 2007 jährlich 17.000 Patienten an vermeidbaren Fehlern im Krankenhaus – viermal so viele Menschen wie im Straßenverkehr getötet werden.

Zurzeit unterliegen die Krankenkassen einer Vielzahl von nicht aufeinander abgestimmten (Doppel-)Prüfungen. Diese werden durchgeführt von den Aufsichten (Bundesversicherungsamt und Landesaufsichten) dem Bundesrechnungshof, dem Bundeskartellamt, aber auch von Finanzämtern und dem Bundesamt für Steuern, der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung. Darüber hinaus werden die Kassen regelmäßig einer Datenschutzprüfung unterzogen und müssen ihre Haushalte einem Wirtschaftsprüfer vorlegen.

Forderungen

- 1 Die Krankenkassen müssen mehr Möglichkeiten erhalten, die Versorgung ihrer Versicherten qualitätsorientiert zu steuern.
- 2 Das System von Kompetenzzentren muss z. B. in der Krebstherapie ausgebaut werden. Die Abkehr vom Prinzip „Wer kann, der darf“ ist notwendig!
- 3 Im Hinblick auf drängende Versorgungsdefizite und besondere Problemlagen wie z. B. Pandemien und Morbi-RSA-Problematik bedarf es eines gemeinsamen, koordinierten Vorgehens. An der Finanzierung sind Leistungserbringer, Leistungsträger aber auch die öffentliche Hand angemessen zu beteiligen.
- 4 Eine von der Politik angestoßene Debatte in Bezug auf die zunehmenden Resistenzen bei Antibiotika ist dringend erforderlich.
- 5 Zur Steuerung der Leistungsanspruchnahme müssen kurzfristig Alternativen zu den jetzigen Verfahren gefunden werden, die Versicherten und Leistungserbringer gleichermaßen in die Verantwortung nehmen. So hat sich z. B. die heutige Praxisgebühr nicht bewährt.
- 6 Krankenkassen sollten den Versicherten für planbare Operationen Empfehlungen von Krankenhäusern aussprechen dürfen.
- 7 Eine bedarfsgerechte Versorgung muss sichergestellt werden. Die diesbezüglichen Instrumente und Konzepte müssen überprüft und umgesetzt werden.
- 8 In unterversorgten Regionen befürworten die Innungskrankenkassen die Gründung von Gesundheitszentren bzw. die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung.

- 9 Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung muss gefördert werden.
- 10 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.
- 11 Leistungserbringer in der ambulanten, stationären und pflegerischen Versorgung müssen von überflüssigen Dokumentationen entlastet werden.
- 12 Die Vielzahl von Prüfungsinstanzen der Krankenkassen ist aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands bei den Krankenkassen zu reduzieren.
- 13 Zudem sind unnötige Doppelprüfungen der Behörden zu vermeiden. Es ist sicherzustellen, dass das BVA und die Landesaufsichten nach einheitlichen Kriterien prüfen und handeln.

5. Prävention ausbauen – Krankheiten vermeiden – Betriebliche Gesundheitsförderung stärken

Ausgangslage

In Deutschland fehlt eine Gesamtstrategie zur Prävention, die alle Politikbereiche in die Verantwortung nimmt.

Die Versorgungskette Prävention – Kuration – Rehabilitation ist innerhalb unseres Gesundheitssystems nicht geschlossen. Dies erhöht Morbidität und Kosten.

Es fehlen Lösungen für die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Probleme u. a. in den Betrieben.

Prävention im Rahmen der Pflege wird politisch nicht diskutiert.

Die Diskussion über Prävention ist zu oft auf finanzielle Aspekte begrenzt.

Forderungen

- 1 Gesundheit und Prävention müssen in allen Politikbereichen verankert sein, um der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung gerecht zu werden.
- 2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in kleineren und mittleren Unternehmen muss an Bedeutung gewinnen und als wettbewerbles Handlungsfeld der GKV erhalten bleiben. Eine weitere Vermischung der Kompetenzen von Gesetzlicher Unfallversicherung und GKV lehnen die Innungskrankenkassen ab.
- 3 Settingansätze müssen ausgebaut und deren nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden.
- 4 Krankenkassen müssen ihre zielgerichteten Angebote für Individualprävention beibehalten dürfen, um Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern.
- 5 Der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention muss im Rahmen der Pflege verbessert werden. Dies gilt sowohl in Bezug auf die professionell Pflegenden als auch für die pflegenden Angehörigen und die zu Pflegenden selber.
- 6 Nutzen und Risiken von Früherkennungsuntersuchungen sind stärker abzuwägen.
- 7 Die Unabhängigkeit von Impfpfehlungen muss gesichert werden.

6. Innovation fördern und als Investition begreifen

Ausgangslage

Technische Neuerungen und medizinischer Fortschritt werden hierzulande oft nur als Kostentreiber gesehen.

Der substitutive Charakter von Innovationen kommt zu wenig zum Tragen.

Das AMNOG wirkt. Die freie Preisgestaltung aller patentgeschützten Arzneimittel, die zulasten der Versicherten ging, wurde beendet.

Skandale um fehlerhafte Hüftendoprothesen oder Brustimplantate haben gezeigt, wie unsicher das heutige Zulassungsverfahren bei implantierbaren Medizinprodukten ist.

Forderungen

- 1 Prozess-, Struktur- und Produktinnovationen müssen transparent und schnell evaluiert werden, damit sie zeitnah, bedarfsgerecht und zu einem angemessenen Preis zur Verfügung gestellt werden können.
- 2 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.
- 3 Bevor es gesetzliche Nachjustierungen am AMNOG gibt, müssen weitere Erfahrungen gesammelt werden.
- 4 Medizinprodukte einer hohen Gefahrenklasse müssen ein strengeres und zentrales Zulassungsverfahren durchlaufen, um eine größtmögliche Produktsicherheit zu gewährleisten. Dazu gehören auch an dem Standard der Arzneimittelzulassung orientierte klinische Prüfungen.
- 5 Bei der stationären Anwendung von Hochrisiko-Medizinprodukten sollte eine schnelle, patientenrelevante Nutzenbewertung durch den G-BA obligatorisch werden.
- 6 Der IKK e.V. setzt sich für ein (europaweites) Medizinprodukte-Register ein, das eine schnelle Rückverfolgbarkeit bis zum einzelnen Patienten gewährleistet.

7. Pflege stärken – demografische Herausforderungen annehmen – Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen

Ausgangslage

Das derzeitige Bewertungssystem im Rahmen der Pflege-transparenz weist Mängel auf.

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind nur gering verzahnt.

Die ärztliche, insbesondere die fachärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen sowie in der häuslichen Umgebung sind defizitär.

Die Eckpunkte des Pflege-Expertenbeirats von 2009 sind noch nicht umgesetzt: Die Zeitkorridore in der Pflege spiegeln den tatsächlichen Pflegebedarf nicht angemessen wider und auch nach dem Pflege-Neuordnungsgesetz gilt immer noch, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenzkranke, nicht ausreichend versorgt werden.

Eine Lösung für die auf die Pflegeversicherung zukommenden finanziellen Belastungen aufgrund der zu verbessernden Versorgung von Demenzkranken und der demografischen Entwicklung ist nicht in Sicht.

Ein gravierender Pflegekräftemangel zeichnet sich bereits heute in vielen Regionen ab.

Forderungen

- 1 Eine umfassende psychosoziale, medizinische und pflegerische Versorgung muss sichergestellt werden. In diesem Zusammenhang muss es auch darum gehen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu verbessern.
- 2 Die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich sollten stärker verzahnt werden: Der Hausarzt muss in die pflegerische Versorgungskette einbezogen werden.
- 3 Die Leistungen der Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste müssen transparent und vergleichbar sein. Sie müssen den Versicherten und seinen Angehörigen objektiv sowie barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Die erkannten Probleme bei der jetzigen Pflege-transparenz-Vereinbarung sind kurzfristig zu beheben.
- 4 Die Vorschläge des Expertenrates zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes müssen zügig umgesetzt werden.
- 5 Der neu entwickelte Pflegebedürftigkeitsbegriff muss dazu führen, dass möglichst alle pflegerischen Bedarfe angemessen abgebildet werden.
- 6 Ziel muss es sein, von der zeitlichen Berechnung beim Ausgleich von körperlichen Defiziten wegzukommen. Stattdessen muss der Pflegebedarf am Grad der Selbstständigkeit bemessen werden.
- 7 Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist auch weiterhin gesamtgesellschaftlich solidarisch auszugestalten. Der IKK e.V. fordert eine Beitragsentlastung von Familien.

8. Patientenrechte und Patientensouveränität stärken

Ausgangslage

Mit dem Patientenrechtegesetz wurde auf Basis der ständigen Rechtsprechung ein Schritt in die richtige Richtung getan. Jetzt geht es darum, die Regelungen konsequent weiterzuentwickeln.

Forderungen

- 1 Angebote von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bedürfen strengerer Rahmenbedingungen.
- 2 Der IKK e.V. fordert eine verbindliche Aufklärung des Patienten durch den Arzt über die Risiken der IGeL-Leistungen und die Ausschlussgründe aus der Regelversorgung vor der Erbringung.
- 3 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.
- 4 Behandlungsfehler müssen so weit wie möglich verhindert werden. Die Leistungserbringer müssen zu einem offensiveren Umgang mit Fehlern finden. Der Aufbau von Fehlermelde- und Fehlervermeidungssystemen muss insbesondere in den Krankenhäusern eine höhere Priorität erhalten.
- 5 Betroffene von Behandlungsfehlern sind durch zeitintensive Prozesse oft doppelt geschädigt. Wenn ein Behandlungsfehler offenbar ist und ein Schaden vorliegt, muss eine grundsätzliche Beweislastumkehr gelten.
- 6 Medizinische Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, jederzeit über eine ausreichend gedeckte Haftpflichtversicherung zu verfügen. Ein jährlicher Nachweis gegenüber der zuständigen Kammer muss gesetzlich festgelegt werden.
- 7 Haftpflichtversicherer haben einen Härtefallfonds einzurichten, der durch Behandlungsfehler Geschädigte einen Ausgleich ermöglicht, wenn sich Haftpflichtversicherer in Streitfällen nicht einig werden.

9. Selbstverwaltung stärken – Sozialwahlen aufrechterhalten

Ausgangslage

Das System der sozialen Selbstverwaltung in Deutschland hat sich bewährt und ist zum Organisationsvorbild für andere Länder geworden. Die Selbstverwaltung ist ein Garant für Bürgernähe und demokratische Entscheidungsfindung.

Der zunehmende Staatseinfluss führt tendenziell zur Einschränkung der Gestaltungsräume der Selbstverwaltung.

Andere Organisationen (z. B. Leistungserbringer oder Selbsthilfeorganisationen) drängen immer mehr in die Selbstverwaltungsgremien. Partikularinteressen sind dadurch nicht auszuschließen.

Aufgaben und Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung sind hierzulande den Versicherten weitestgehend unbekannt.

Forderungen

- 1 Das Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV muss gestärkt werden. Ein erster Schritt ist hierzu die Wiedereinführung der vollständigen Beitragssatzautonomie.
- 2 Die Verankerung der Selbstverwaltung bei den Sozialpartnern ist angemessen und hat sich bewährt. Eine Erweiterung der Listenfähigkeit wird abgelehnt.
- 3 Die Innungskrankenkassen sehen Bestrebungen kritisch, nach denen aus den Listenwahlen grundsätzlich Personalwahlen werden sollen. Ein Persönlichkeitswahlkampf entspricht nicht dem Charakter von Sozialwahlen.
- 4 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. Hierzu zählt auch die alters- wie geschlechtsbezogene Ausgewogenheit der Selbstverwalter.
- 5 Die Friedenswahl hat sich bewährt. Urwahlen sind nur dort sinnvoll, wo tatsächlich mehr Kandidaten als Listenplätze vorhanden sind. Es muss den Listenträgern überlassen bleiben, wie viele Kandidaten aufgestellt werden.
- 6 Die Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertretern ist zu erhalten oder herzustellen. Auch in Zukunft sind sie die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems.

10. Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Korruption und Manipulationen strafrechtlich verfolgen

Ausgangslage

Die Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG), dass ambulante Ärzte keine Mandatsträger der gesetzlichen Krankenkassen sind und folglich Korruption und Bestechlichkeit nicht juristisch verfolgt werden können, hat gezeigt, dass hier ein nicht akzeptabler Graubereich existiert.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass alleine mit dem Standesrecht den Problemen mit Vorteilsnahme und Bestechung nicht beizukommen ist.

Forderungen

- 1** Korruption und Betrug von niedergelassenen Vertragsärzten muss im Strafgesetzbuch als Straftatbestand aufgenommen werden.
- 2** Falschabrechnungen von Krankenhäusern sind spürbar zu sanktionieren.
- 3** Strafzahlungen für Korruption und Manipulationen müssen im System verbleiben. Die Quersubventionierung von staatlichen Haushalten mit Beitragsmitteln darf nicht Aufrecht erhalten werden.
- 4** Eine Zusammenarbeit aller Kassen mit einzurichtenden Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften ist anzustreben.

11. Systemkonstrukt GKV-PKV: Märkte definieren – Handlungsrahmen abgrenzen

Ausgangslage

Ein gemeinsamer, auf dem Umlage- und Sozialsystem fußender Krankenversicherungsmarkt wird von vielen gefordert. Eine diesbezügliche Reform, die eine grundlegende Veränderung des privaten Versicherungssystems bedeuten würde, ist aber verfassungsrechtlich schwierig und nur in langen Zeiträumen denkbar.

Forderungen

- 1 Der IKK e.V. ist für den Erhalt des zweigliedrigen Versicherungssystems und setzt sich für eine klare Abgrenzung zwischen GKV und PKV ein.
- 2 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.
- 3 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.
- 4 Gesetzliche Krankenkassen sind keine Unternehmen und handeln auf Basis des Sozialgesetzbuches. Eine Ausweitung der Steuerpflicht (z. B. Umsatzsteuer) der GKV lehnen die Innungskrankenkassen ab.

12 Europa: Autonomie wahren – Chancen nutzen

Ausgangslage

Der Einfluss der EU-Rechtsprechung auf die nationale Gesetzgebung und damit mittelbar auch auf die GKV wächst.

Die Freizügigkeit von Personen und Waren innerhalb Europas führt zum Verlust der Souveränität nationaler Entscheidungen.

Forderungen

- 1 Die Souveränität der nationalen Entscheidungen, die tragenden Prinzipien des deutschen Systems und die Qualität der Versorgung müssen gewahrt bleiben.
- 2 In den Institutionen auf europäischer Ebene muss das Bewusstsein geschärft werden, dass Krankenkassen im Rahmen ihrer Kostenverantwortung auch Inhalt und Form der Leistungen mit gestalten. Sie sollten sich stärker als bisher aktiv in Entscheidungsprozesse einbringen.

Ansprechpartner für Rückfragen:

IKK e.V.

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer

Dr. Clemens Kuhne, Leiter des Bereichs Politik und Gremien

Hegelplatz 1

10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 202491-0

Fax: +49 (0)30 202491-50

info@ikkev.de

www.ikkev.de

Stand 6. September 2012