

16 Denkanstöße zur Bundestagswahl 2025

Vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung, steigender Krankheits-Inzidenzen sowie des zunehmenden Fachkräftemangels bedarf es erheblicher Veränderungen in den Versorgungsstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Außerdem muss die Einnahmehasis der GKV dauerhaft gesichert werden. Nur der gesicherte Zugang zu einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung und die ausreichende solidarische Finanzierung der medizinischen und pflegerischen Bedarfe sichern die Funktionsfähigkeit und die gesellschaftliche Akzeptanz der GKV.

Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit spiegeln sich in wenigen Bereichen so unmittelbar wider wie bei Gesundheit.

In der 21. Legislaturperiode muss eine grundsätzliche, gesellschaftliche Debatte über die Zukunft der sozialen Sicherung angestoßen werden. Darüber hinaus unterbreitet die IKK classic im Folgenden Lösungsvorschläge für Finanzierung, Prävention, Versorgung, Digitalisierung und Wettbewerb.

Die IKK classic ist bereit, aktiv an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Zukunft mitzuwirken. Wir fordern die zukünftige Bundesregierung auf, einen entsprechenden Rahmen für ein dauerhaft leistungsfähiges, resilientes Gesundheitssystem zu schaffen.

Weitere grundsätzliche Positionierungen der IKK classic finden Sie unter: <https://www.ikk-classic.de/presse/haltung-politik>. Darüber hinaus verweisen wir auf die Positionierungen unserer Dachverbände IKK e. V. vom 06.01.2025 und GKV-Spitzenverband vom 17.02.2025 (Plan).

Grundsätzliches

1. Selbstverwaltung in Gestaltungsverantwortung stärken.

Die soziale Selbstverwaltung aus Vertreterinnen und Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber ist für die Verbesserung des Gesundheitssystems verantwortlich. Gleiches gilt für die gemeinsame Selbstverwaltung aus Krankenkassen und Leistungserbringern und deren jeweiligen Verbänden.

Selbstverwaltung trägt die Verantwortung für die Ausgestaltung eines Gesundheitssystems, das allen Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und dem jeweiligen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung mit Gesundheitsleistungen garantiert.

Durch den Gesetzgeber werden zwar die Rahmenbedingungen für das Sozialversicherungssystem festgelegt. Die Selbstverwaltung ist jedoch ein konkreter Ausdruck des Sozialstaatsgebots, wie es in der Verfassung verankert ist. Selbstverwaltung stellt sicher, dass die Entscheidungen im Interessenausgleich derjenigen getroffen werden, die unmittelbar davon betroffen sind.

Politik und Gesetzgebung müssen sich zu diesem Zweck auf die Zielausrichtung und die Schaffung des notwendigen gesetzlichen Rahmens konzentrieren, in dem die Selbstverwaltung eigenverantwortlich agieren kann.

2. Enquête-Kommission *Zukunft der Gesundheitsversorgung* einberufen.

Die Diskussion über die Gesundheitsversorgung der Zukunft muss über 2029 hinausgehen. Die IKK classic regt eine gesellschaftliche, parteiübergreifende Diskussion unter Beteiligung von Politik, Verbänden, Wissenschaft, Unternehmen und gesellschaftlichen Gruppen sowie unter verantwortlicher Mitarbeit der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zur Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung an. Grundlage sollte der Health-in-All-Policies-Ansatz (HiAP) der Vereinten Nationen (UN) sein. Diese Debatte darf sich nicht an Wahlperioden orientieren.

Finanzierung

3. Auf Finanzierung von Staatsausgaben aus Beitragsmitteln verzichten.

Der Gesetzgeber hat der GKV gesamtgesellschaftliche Aufgaben übertragen. Hierfür hat er einen finanziellen Ausgleich vorgesehen (Bundeszuschuss). Dieser ist jedoch nicht suffizient. Denn die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen steigen stetig an, wohingegen der Zuschuss nicht dynamisiert ist. Mitglieder und Arbeitgebende finanzieren so in erheblichem Umfang Aufgaben, die nicht zu den versicherbaren Leistungen bzw. zu den Aufgaben der GKV gehören.

Versicherungsfremde Leistungen müssen zudem klar definiert werden. Dies muss Grundlage der weiteren Debatte sein. Der Bundeszuschuss ist an die tatsächlichen Ausgaben für alle versicherungsfremden Leistungen im Sinne eines vollständigen Ausgleichs zu koppeln. Dazu gehören auch Ausbildungsvergütungen in den Pflegeberufen sowie Benachteiligungen der Krankenkassen bei der Umsatzsteuer auf Arzneimittel.

Ebenso ist auf die geplante Kofinanzierung der Investitionsaufwände aus Beitragsmitteln für eine Restrukturierung der Krankenhäuser („Transformationsfonds“) zu verzichten. Steuerfinanzierung in Gänze ist hier nicht nur ordnungspolitisch geboten. Es ist auch der einzige Weg, alle gesellschaftlichen Gruppen an der Finanzierung der Restrukturierung zu beteiligen.

4. Gesundheitskompetenz stärken und Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrnehmen.

Gesundheitskompetenz ist bei vielen Menschen nicht hinreichend ausgeprägt. Potenziale, die Prävention bietet, werden nicht ausgeschöpft. Koordinierte Aktivitäten zwischen allen Verantwortlichen gibt es nicht oder nur unzureichend.

Erforderlich ist eine konsequente legislative Orientierung am HiAP-Ansatz. Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz muss zuerst – aber nicht nur – konsequenter in Bildungs-, Familien- und Klimapolitik investiert werden.

Die Krankenkassen unterstützen – neben der Primärprävention – vor allem die Sekundär- und die Tertiärprävention maßgeblich. Der größere Hebel in der Primärprävention ist jedoch die Verhältnisprävention. Der Fokus in allen Politikfeldern muss daher lauten, gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse zu schaffen.

5. Gesundheitsabgaben auf gesundheitsschädliche Lebensmittel einführen.

Der Konsum von Alkohol, Tabak und Zucker hat negative Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit. Bei übermäßigem Konsum sind die Einschränkungen in der Lebensqualität und die Kosten für die Behandlung von Krankheitsfolgen, wie z. B. Adipositas, metabolisches Syndrom, allgemeine Herz-Kreislauf-Erkrankungen, obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) sowie Suchterkrankungen, erheblich.

Die Einführung von Abgaben auf Alkohol, Tabak und Zucker kann den Konsum dieser gesundheitsgefährdenden Inhaltsstoffe reduzieren. Außerdem sollten die Einnahmen als Sonderabgabe dem Gesundheitsfonds zugeführt werden, um so die durch den Konsum entstehende, finanzielle Belastung der GKV zu reduzieren.

Außerdem sollte eine klare und leicht verständliche Lebensmittelkennzeichnung eingeführt werden. Dies würde Verbraucherinnen und Verbrauchern die Auswahl gesundheitsförderlicher Lebensmittel erleichtern.

Beides folgt dem Gedanken: "Make the healthier choices the easier choices."

Versorgung

6. Versorgungsstrukturen grundsätzlich nach Versorgungsbedarfen und Versorgungsqualität planen.

Die Versorgungsstrukturen – gleich ob ambulante, stationäre oder sonstige – folgen nur zufällig den Versorgungsbedarfen der Bevölkerung im Setting. Die Versorgungskapazitäten sind ungleich verteilt. Über- und Unterversorgungen führen jedoch zu Qualitäts- und Effizienzverlusten.

Die Versorgungsplanung muss grundlegend neu ausgerichtet werden. Versorgungsaufträge müssen sektorenunabhängig an Gesundheitseinrichtungen unter Berücksichtigung von vorgehaltenen Strukturen, Prozessen und – wo möglich – nach nachweisbarer Ergebnisqualität vergeben werden. Maßgabe dafür sollten bundesweit einheitliche Qualitätskriterien sein.

Basis für die Ermittlung von medizinischen Vorhaltungen sollten grundsätzlich eng definierte, qualitätsorientierte Leistungskomplexe sein. Diese bilden zusammengefasst den Versorgungsbedarf ab. Die ausgebrachten Versorgungskapazitäten richten sich dann an den regional tatsächlichen und prädierten Bedarfen der Bevölkerung aus.

7. Effizienz durch eine starke, kompetenzorientierte Primärversorgung steigern.

Ungesteuerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bindet unnötig Ressourcen. Diese müssen aber bedarfsgerecht eingesetzt werden.

Die Verteilung der Aufgaben in der Primärversorgung sollte sich an der Qualifikation und Verfügbarkeit der Akteure orientieren. In koordinierten, bedarfsgerechten Behandlungsprozessen werden Patientenströme effizient gesteuert. Dies sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Wesentlich hierfür ist ein System, das die digitale Patientensteuerung nahtlos mit der physischen, persönlichen Behandlung verbindet (hybride Versorgungsstruktur). Digitale Angebote wie Telemedizin und intelligente

Steuerungssysteme sollen den Zugang erleichtern und physische Behandlungen gezielt ergänzen. So können Ressourcen optimal genutzt und Behandlungslücken geschlossen werden.

Diese hybride Struktur entlastet außerdem die Leistungserbringer.

8. Krankenhausreform (KHVVG) fortschreiben.

Die stationäre Versorgung ist historisch gewachsen. Sie richtet sich nicht konsequent an Versorgungsbedarfen aus. Die Fortschreibung erfolgt bislang bundeslandbezogen jeweils grundsätzlich nach der Bettenzahl. Über- und Unterversorgungen führen jedoch zu Qualitäts- und Effizienzverlusten. Dabei ist gleichzeitig die Bettenzahl hoch.

Mit der Krankenhausreform (KHVVG) sollen im ersten Schritt Leistungsgruppen definiert werden. Gleichzeitig soll die fallbezogene Vergütung um eine Finanzierung für vorgehaltene Strukturen ergänzt werden.

Die Reform inkl. dem möglichen Ambulantisierungspotenzial muss konsequent fortgeführt werden. Wo notwendig, ist sie patientenzentriert zu justieren. Im Fokus sollten dabei die Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und deren Qualitätsanforderungen sowie die konsequente Ausrichtung der Vorhaltevergütung an den Versorgungsbedarfen stehen. Die Kosten der Vorhaltung sind nach Versichertenanteilen auf die Krankenkassen zu verteilen.

9. Notfallreform (NotfallG) wieder aufgreifen.

Notfallversorgung und Rettungsdienst bergen Qualitäts- und Effizienzreserven. Das betrifft vor allem die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Notdienst und Notaufnahme am Krankenhaus und die Anzahl der Leitstellen im Rettungsdienst. Darüber hinaus fehlt es an systematischen Ersteinschätzungsverfahren (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland, SmED) und digitaler Notarztunterstützung.

Daher sind die Reformüberlegungen aus dem Notfallgesetz (NotfallG, Entwurf) wieder aufzugreifen. Sinnvoll sind hier vor allem die Etablierung integrierter Notfallzentren (INZ) mit einheitlichem Tresen und qualitätsgesicherter, IT-gestützter Fallbeurteilungen sowie die enge Verzahnung von ärztlichem Notdienst und Notfallambulanzen an Krankenhäusern. Grundlage dafür müssen bundesweit einheitliche Qualitätskriterien sein.

Ebenso ist die geplante Integration des Rettungsdienstes fortzuschreiben. Die Vielzahl der Leitstellen muss dringend minimiert werden. Die Normierung des Rettungsdienstes als Leistungsbereich im SGB V ist grundsätzlich sinnvoll. Geboten ist darüber hinaus eine an einheitlichen Qualitätsmerkmalen ausgerichtete Restrukturierung der Rettungsleitstellen.

10. Arzneimittelversorgung wirtschaftlich und dauerhaft sichern.

Im Arzneimittelmarkt verzeichneten in den vergangenen Jahren vor allem Originalanbieterpräparate erhebliche Preissprünge. Überproportional steigende Ausgaben in diesem Leistungssegment sind die Folge. Zudem führt Produktion von Pharmaunternehmen in Nicht-EU-Staaten punktuell, örtlich und zeitlich befristet zu Lieferengpässen.

Ziel muss es sein, eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung auch zukünftig zu sichern. Betroffene müssen weiterhin Zugang zu qualitativ hochwertigen Medikamenten, einschließlich Innovationen, haben. Das gilt auch für Menschen mit seltenen Erkrankungen. Hierbei ist zu gewährleisten, dass die Kosten der Versorgung beherrschbar bleiben.

Das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) ist so weiterzuentwickeln, dass Erstattungspreise nicht erst ab dem siebten Monat, sondern ab dem ersten Tag der Zulassung eines neuen Medikaments greifen. Voraussetzung für faire Erstattungspreisverhandlungen ist Transparenz über die Gestehungskosten, insbesondere Kosten für Forschung und Entwicklung sowie Vermarktung.

Für das Segment der Orphan Drugs ist eine weitere Absenkung der Umsatzschwelle von 30 Mio. EUR auf 20 Mio. EUR p. a. als Ausnahmeregelung vom regelhaften Bewertungsverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) möglich und sinnvoll.

Zur Begrenzung der Ausgabendynamik, insbesondere der Preissteigerungen bei Arzneimitteln, sind ergänzend kurzfristige Maßnahmen des Gesetzgebers erforderlich. Dies könnten z. B. durch Arzneimittelhersteller zu leistende Preisabschläge und Absenkung der Festbeträge sein.

11. Arztvorbehalt für ausgewählte medizinische und verordnete Leistungen überprüfen.

In der Gesundheitsversorgung sind die Aufgaben und Kompetenzen klar zwischen den verschiedenen medizinischen Fachberufen abgegrenzt. Dies ist grundsätzlich sinnvoll, denn es sichert Behandlungsqualität. Gleichwohl kann diese Trennung partiell zu Ineffizienzen an den Schnittstellen sowie am Behandlungspfad selbst führen.

Daher ist es ratsam, insbesondere den Arztvorbehalt zu überprüfen und die Versorgung stärker kompetenzbezogen auszurichten. Hierzu sollte z. B. der kontrollierte Direktzugang zu ausgewählten Heilmittelerbringern gehören. Als Alternative kann auch die Nutzung von Blankoverordnungen sinnvoll sein. Grundlage für die Liberalisierung können die Erfahrungen mit den ersten Pilotverfahren für Blankoverordnungen bei Ergotherapie und Physiotherapie sein. Auszuschließen ist, dass die Kosten der Versorgung insgesamt steigen.

Ebenso sollten in Einzelbereichen Behandlungsmöglichkeiten für Fachkräfte in der Krankenpflege etabliert werden. Der Entwurf des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) ist eine gute Grundlage.

Digitalisierung

12. Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter forcieren.

Digitalisierung und technische Anwendungen tragen zur Effizienzsteigerung, besseren Vernetzung in der Gesundheitsversorgung und zur Qualitätssteigerung bei. Die digitale Transformation bietet erhebliches Potenzial zur besseren Steuerung von Patientenströmen und Versorgungsprozessen.

Digitale Möglichkeiten wie Telemedizin, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) und digitale Patientenakten sollten zukünftig konsequenter genutzt werden, um die Versorgung effizienter und patientenorientierter zu gestalten. Gesundheitsdaten sollten für eine Optimierung der Behandlungswege genutzt werden. So ließen sich auch unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten tendenziell nivellieren.

Schließlich ist zu prüfen, inwieweit Künstliche Intelligenz Patientensteuerung unterstützen kann.

13. Möglichkeiten der Datennutzung ausbauen.

Die Effizienz der Gesundheitsversorgung leidet unter unzureichender Interoperabilität verschiedener IT-Systeme. Schnittstellen sind zwar definiert. Eine Kommunikation jedoch scheitert an inkompatiblen Datensatzstrukturen. Darüber hinaus ist die Datennutzung für Forschung, Diagnose, Therapie und Beratung weiterhin eingeschränkt.

In einem ersten Schritt sollte eine konsequente Datennutzung über die Bereitstellung interoperabler Daten aller Gesundheitsakteure durchgesetzt werden. Hierzu gehören im Besonderen: GKV-Abrechnungsdaten, Leistungsdaten, Industriedaten, klinische Studiendaten, Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA).

Ein zeitgemäßer Umgang mit Daten ist die notwendige Basis für eine qualitätsgesicherte Versorgung. § 25b SGB V, in dem die Nutzungsmöglichkeiten für Krankenkassen normiert sind, sollte erweitert werden. Datenschutz sollte in diesem Sinne unter Berücksichtigung des informationellen Selbstbestimmungsrechts ermöglichend sein.

Wettbewerb

14. Risikostrukturausgleich für eine wettbewerbsneutrale Finanzierung schärfen.

Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) hat zum Ziel, durch einen Ausgleich von Alter, Geschlecht sowie Morbidität Chancengleichheit für Krankenkassen im Wettbewerb zu schaffen. Er soll zudem helfen, eine Risikoselektion der Krankenkassen zu verhindern. Diese Aufgabe erfüllt der Morbi-RSA jedoch nur unzureichend.

Weiterhin kommt es zu Über- und Unterdeckungen bei den Zuweisungen. Die seit Jahren und nun verstärkt wachsenden Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen verdeutlichen dies. Zudem lässt der Morbi-RSA Aufwände für Gesundheitsförderung und Prävention unberücksichtigt.

Der Morbi-RSA sollte so weiterentwickelt werden, dass den morbiditätsstarken Krankenkassen, deren Versicherte einen hohen Leistungsbedarf haben, keine Nachteile erwachsen. Außerdem muss die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes als Instrument zur Kostendeckung der allgemeinen Gesundheitsleistungen jährlich überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Der Ausgleich des Defizits sollte nach den Zuweisungsregelungen des Morbi-RSA erfolgen. Zudem sollten Aufwände für Gesundheitsförderung und Prävention angemessen berücksichtigt werden.

15. Finanzautonomie der Krankenkassen wieder herstellen.

Die zweimaligen Eingriffe in die Finanzautonomie der Krankenkassen 2017 und 2022 haben zu erheblichen wettbewerblichen Verwerfungen geführt. In der Folge waren Krankenkassen gezwungen, ihre Zusatzbeitragssätze auch unterjährig anzupassen. Die diskretionären Anhebungen unterminieren das Vertrauen der Versicherten in die finanzielle Solidität und Stabilität der Krankenkassen.

Die Vorgaben für die Höhe der Rücklage sind daher wie folgt zu ändern: Die Mindestrücklage beträgt weiterhin 0,2 Monatsausgaben. Entscheidungen zur Überschreitung dieses Wertes sowie der Mittelverwendung müssen wieder in die finanzpolitische Verantwortung der jeweiligen Krankenkasse gelegt werden. Eine Abführung von Mitteln an den Gesundheitsfonds muss ausgeschlossen bleiben.

16. Bundes- und Landesaufsichten wettbewerbsneutral ausrichten.

Die Aufsichtsführung über die Krankenkassen ist überkomplex, intransparent und unangemessen. Zum einen agieren die formalen Rechtsaufsichten verstärkt als Fachaufsicht. Zum anderen ist die Aufsichtspraxis zwischen Bundes- und Landesaufsichten häufig unterschiedlich. Dies – insbesondere in Kombination – führt zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen.

Daher sollte einerseits die Aufsichtsführung von Bundes- und Landesaufsichten auf die reine Rechtsaufsicht beschränkt bleiben. Zum anderen sollte Gleiches aufsichtsrechtlich gleichbehandelt werden – unabhängig von der Frage, ob die betreffende Krankenkasse unter Bundes- oder Landesaufsicht steht. Sinnvoll könnte z. B. die Vorgabe des Einvernehmens zwischen den Aufsichtsbehörden in ausgewählten Bereichen der Aufsichtstätigkeit sein.

Dr. Christian Korbanka

Leiter Politik

IKK classic

Kölner Straße 3, 51429 Bergisch Gladbach

christian.korbanka@ikk-classic.de

Tel. +49 (0) 2204912-310011

Mobil +49 (0) 16096967971