



## Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen 2013

## 1. Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein zentraler gesellschaftlicher Stabilitätsfaktor.

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems sind das Solidaritäts- und das Selbstverwaltungsprinzip. Diese Prinzipien werden in der gesetzlichen Krankenversicherung gelebt und stellen sicher, dass alle gesetzlich Versicherten (90 Prozent der Bevölkerung) eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung erhalten können. Dabei spielt weder das Alter, das Geschlecht oder das individuelle Krankheitsrisiko eine Rolle. Jeder zahlt nach seinen finanziellen Möglichkeiten. Im Krankheitsfall haben alle Versicherten den gleichen Anspruch auf die notwendigen medizinischen Leistungen.

Die umfassende Absicherung von Krankheitsrisiken ist ein in seiner Tragweite nicht zu unterschätzender gesellschaftlicher Stabilitätsfaktor, der den sozialen Frieden stützt. Die umfassende soziale Sicherung ist ein Standortvorteil und hat maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beigetragen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht solide da. Die Stärken des umlagefinanzierten Systems sind in der aktuellen Finanzkrise besonders deutlich zutage getreten. Dagegen ist das Kapitaldeckungsverfahren der privaten Krankenversicherung (PKV) unter Druck geraten. Dies ist an den zum Teil stark gestiegenen Prämien für die Versicherungspolice deutlich ablesbar.

[Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems muss auf Basis der Kernelemente der solidarischen und umlagefinanzierten GKV erfolgen.](#)

Die Ersatzkassen, die als stärkste Kassenart mehr als 25 Millionen Menschen versichern, werden sich auch in Zukunft für die Sicherstellung einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung einsetzen. Dabei sehen die Ersatzkassen in der wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitswesens einen wichtigen Impuls für Innovationen, Qualitätsverbesserungen und eine effektive Ressourcensteuerung. Die Ersatzkassen stehen zum Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Dieser braucht einen klar definierten, sozialrechtlichen Rahmen.

## 2. Die Selbstverwaltung ist die tragende Säule der GKV.

Ein Wesensmerkmal der GKV als Sozialversicherung ist die Selbstverwaltung. Ein nach dem Selbstverwaltungsprinzip organisiertes Gesundheitswesen hebt sich deutlich von einem privatwirtschaftlichen und einem rein staatlich organisierten Gesundheitswesen ab. Der Marktmechanismus ist nicht in der Lage, eine gleichmäßige und bezahlbare Versorgung für alle sicherzustellen. Umgekehrt leidet in einem staatlichen Gesundheitssystem die Versorgung der Versicherten darunter, dass Entscheidungen nicht im Verhandlungsprozess unter den Systembeteiligten getroffen werden und die medizinische Versorgung von der jeweiligen Haushaltslage abhängt. Das Selbstverwaltungsprinzip bietet die besten Voraussetzungen für eine hochwertige, faire und bezahlbare medizinische Versorgung aller Versicherten.

### Die Selbstverwaltung ist zu stärken.

Die soziale Selbstverwaltung ist das tragende Prinzip der gesetzlichen Krankenkassen. Im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung wird sichergestellt, dass die Versicherten und Beitragszahler an den Entscheidungen in den Krankenkassen und ihren Organisationen beteiligt sind. Bei den Ersatzkassen geschieht dies durch gewählte Vertreter der Versicherten und auch durch Arbeitgeber (TK, DAK, KKH und hkk). Die über die Sozialwahl demokratisch legitimierte Mitwirkung der Betroffenen sichert praxisingerechte, ökonomisch vertretbare und gesellschaftlich akzeptierte Entscheidungen. Das unterscheidet die GKV in elementarer Form von der PKV. Durch diese Verankerung wirkt die GKV als gestaltende gesellschaftliche Kraft. Die Ersatzkassen fordern die Politik auf, das Selbstverwaltungsprinzip – sowohl in der sozialen Selbstverwaltung wie auch in der gemeinsamen Selbstverwaltung – zu stärken. Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung darf nicht weiter eingeschränkt werden. Auch in Zukunft müssen die Verwaltungsräte eigenständig über die Zusammensetzung ihrer Gremien entscheiden können. Deshalb darf es keinen gesetzlichen Zwang zur paritätischen Zusammensetzung aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern geben.

Die Organisation und Feinsteuerung des Gesundheitswesens erfolgt durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Kostenträgern. Diese bietet die besten Voraussetzungen für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, in dem Mittelaufbringung und Leistungsansprüche gerecht und fair ausgehandelt werden. Damit die gemeinsame Selbstverwaltung als verlässlicher Partner agieren kann, ist es notwendig, dass die Politik die Arbeit der Selbstverwaltung durch präzise gesetzliche Vorgaben und klare Zuständigkeitsregelungen unterstützt. Nur so bleibt die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung erhalten. Auf dieser Grundlage können die Selbstverwaltungspartner ihrer Verpflichtung nachkommen, die ihnen zugewiesenen

Aufgaben selbstständig und eigenverantwortlich zu lösen. Die Lösung der Aufgaben durch die gesetzlich vorgesehenen Konfliktlösungsmechanismen der gemeinsamen Selbstverwaltung sollte der Ausnahmefall sein.

Damit die Selbstverwaltung effizient arbeiten kann, sind präzise gesetzliche Vorgaben und klare Zuständigkeitsregelungen notwendig.

### 3. Das Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen.

Die steigende Lebenserwartung, die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung, der Geburtenrückgang und die daraus resultierende Veränderung des Krankheitsspektrums und der medizinischen Versorgung sind die großen Herausforderungen der Zukunft. Hiervon werden alle Zweige der Sozialversicherung betroffen sein. Es kommt darauf an, die Auswirkungen frühzeitig zu erkennen, damit mit diesen Veränderungen einhergehende Chancen genutzt und Risiken abgewendet werden können. Das Gesundheitswesen muss sich heute schon dafür rüsten, damit morgen den medizinischen und pflegerischen Bedürfnissen der Menschen entsprochen werden kann. In der Vergangenheit lag der rein demografisch bedingte Ausgabeneffekt in der Krankenversicherung deutlich unter 30 Prozent. Rund ein Drittel ist dem medizinisch-technischen Fortschritt geschuldet. Beides zwingt zu einem besonders sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen. Das bedeutet auch, die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven im System der GKV zu heben.

Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird die Gesamtbevölkerungszahl in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten weiter abnehmen. Gleichzeitig steigt der Anteil der über 60-Jährigen und der Hochbetagten. Diese Entwicklung wird besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen spürbar werden. Die regionale Gesundheitsinfrastruktur muss sich auf diese Veränderungen einstellen. Erforderlich sind neue Versorgungskonzepte, die eine Versorgung einer älter werdenden und gleichzeitig schrumpfenden Bevölkerung sicherstellen können. Die künftige Versorgung wird sich an generationenspezifischen Bedürfnissen und Bedarfen sowie an regionalen Gegebenheiten orientieren müssen. Um dies zu ermöglichen, sind die Rahmenbedingungen für Versorgungsverträge – insbesondere auch mit sektorenübergreifenden Ansätzen – zu verbessern. Erforderlich wird vor allem auch eine veränderte, zielorientierte Arbeitsteilung der Leistungssektoren. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Grundversorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten notwendig. Künstliche Sektorengrenzen dürfen nicht den Weg für tragfähige regionale Versorgungslösungen verstellen.

[Die künftige Versorgung wird sich stärker an altersspezifischen Bedarfen sowie an den unterschiedlichen Gegebenheiten in den Regionen orientieren müssen.](#)

Die „alternde“ Gesellschaft benötigt eine Veränderung des Versorgungsspektrums, da mehr altersassoziierte Erkrankungen wie etwa Hypertonie und Diabetes sowie mehr chronisch-degenerative Erkrankungen wie Demenz und Parkinson auftreten werden. Gebraucht wird eine stärker geriatrisch ausgerichtete Versorgung, in der den Bedürfnissen alter Menschen Rechnung getragen wird. Dies stellt besondere Anforderungen an Behandlung, Betreuung und Versorgung in den Gesundheitsein-

richtungen. So sollte im Krankenhaus die Mitbehandlung älterer Menschen durch Geriater zum Standard werden. Zudem müssten geriatrische Institutsambulanzen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dazu beitragen, die Versorgungsqualität älterer Patienten zu verbessern.

Es müssen rechtzeitig neue Versorgungskonzepte entwickelt und die Versorgungsstrukturen angepasst werden. Hierzu sind seitens der Versorgungsforschung Erkenntnisse zu sammeln und Vorschläge zu erarbeiten.

Die Gesundheitsberufe müssen auf eine veränderte Bedarfsstruktur reagieren. Die Vielzahl an älteren, häufiger auch multimorbiden Patienten verlangt nach anderen Fähigkeiten und Kenntnissen als heute. Darum müssen mehr geriatrische Lehrstühle an den medizinischen Universitätskliniken eingerichtet werden. Die notwendigen Kenntnisse müssen auch durch entsprechende Schwerpunktsetzung in die klinische Weiterbildung von Ärzten und korrespondierend in die Ausbildung von Pflegepersonal einfließen. Daneben müssen sich die Gesundheitsberufe besonders auf die Kommunikation und den Umgang mit älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund einstellen. Die Arbeitsbedingungen sind so auszugestalten, dass die zu erwartende steigende Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen im medizinischen wie im pflegerischen Bereich bedient werden kann und die Gesundheitsberufe nachhaltig attraktiv bleiben.

[Die Gesundheitsberufe müssen in ihrer Aus- und Weiterbildung adäquat auf die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft vorbereitet werden.](#)

Ein langes, gesundes Leben erfordert eigenes Mitdenken und selbstverantwortliches Handeln. Die Gesundheitskompetenz der Menschen ist zu stärken, damit sie in der Lage sind, ihre gesundheitlichen Interessen besser wahrzunehmen und ihre Lebensqualität dauerhaft zu erhöhen. Zielgruppengerechte Präventionsangebote unterstützen die Versicherten in diesem Bemühen. Daneben braucht ein souveräner Versicherter und Patient Transparenz über die Angebote des Gesundheitswesens und ihre Qualität. Nur wer über die notwendigen Informationen zu den Anbietern, den Produkten und den Dienstleistungen verfügt, kann souveräne Entscheidungen treffen.

#### 4. Der GKV-Leistungskatalog bildet die Grundlage der gesundheitlichen Versorgung.

Die GKV bietet einen umfassenden Leistungskatalog. Den Versicherten ist eine gute Qualität der Leistungen und ein hohes Maß an Patientensicherheit geschuldet. Der medizinisch-technische Fortschritt soll einen patientenrelevanten Zusatznutzen schaffen und den Versicherten im Bedarfsfall zugänglich sein. Allerdings führt der medizinisch-technische Fortschritt im Gesundheitswesen nicht immer zu einer sinnvollen Rationalisierung, sondern durch add-on Effekte häufig zu höheren Kosten. Innovationen ohne Zusatznutzen schaden den Versicherten und strapazieren das System finanziell. Viele Innovationsangebote erweisen sich bei genauem Hinsehen als „Schein-Innovationen“ und müssen viel zu teuer bezahlt werden. Die regelmäßig mit Innovationen einhergehenden überproportionalen Preissprünge erscheinen, gemessen am Nutzen, häufig ungerechtfertigt. Eine Marktberreinigung findet vielfach nicht statt. Bei jeder Leistung, die solidarisch finanziert wird, muss der patientenrelevante Nutzen im Vordergrund stehen. Eine Nutzenbewertung anhand therapeutisch relevanter Endpunkte kommt heute noch zu kurz. Deshalb sind alle neuen Arzneimittel, risikobehaftete Medizinprodukte, Diagnostika und Therapien einer konsequenten Nutzenbewertung zu unterziehen.

Neue Behandlungsmethoden sollten im stationären Bereich nur in geeigneten Krankenhäusern – regelmäßig Häuser der Maximalversorgung und hochspezialisierte Fachkrankenhäuser – erprobt werden. Die Erprobung muss zeitlich begrenzt sein und durch klinische Studien begleitet werden. Eine Anwendung in nicht spezialisierten Einrichtungen leistet nur einer marktlichen Verbreitung Vorschub, ohne dass bereits hinreichende Erkenntnisse über Nutzen, Schaden und Qualität der Methode bereitstehen. Neue Methoden werden bei Eignung dauerhaft in die ambulante Versorgung überführt. Dies dient dem Patientenschutz und muss auch für den Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gelten.

Auch das bereits auf dem Markt befindliche Leistungs- und Produktangebot ist einer Nutzenbewertung zuzuführen. Die GKV sollte keinen Raum für Leistungen von zweifelhaftem Nutzen und minderer Qualität bieten. Um dies sicherzustellen, sind das Qualitätsinstrumentarium der GKV zu schärfen und Möglichkeiten zur Marktberreinigung zu schaffen. Die Regelungen und Vorgaben, denen heute der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unterworfen ist, lassen letzteres kaum zu. Der Rechtsrahmen für den G-BA ist deshalb so zu gestalten, dass in begründeten Fällen bei einfacher Mehrheit Leistungsausschlüsse vorgenommen werden können. Daneben sind Kosten-/ Nutzenbewertungen auszubauen.

[Alle GKV-Leistungen sind einer konsequenten Nutzenbewertung zu unterziehen.](#)

Heute können Medizinprodukte auf den Markt gelangen, bei denen es genügt, dass sie von ihren Herstellern als gleichartig zu bereits auf dem Markt befindlichen Medizinprodukten deklariert werden. Ein strenges Zulassungsverfahren auf Basis von wissenschaftlichen Studien und klinischen Prüfungen mit patientenrelevanten Endpunkten ist nicht zwingend vorgesehen. Insbesondere bei implantierbaren Produkten wird so die Gesundheit der Patienten gefährdet. Hier ist Abhilfe zu schaffen und das geltende Zertifizierungsverfahren durch ein strenges Zulassungsverfahren auf europäischer Ebene zu ersetzen.

Hinsichtlich ihrer Langzeitwirkungen sind viele Arzneimittel, Medizinprodukte und Methoden oft nicht hinreichend erforscht. Vielfach fehlen gesicherte Erkenntnisse, welche Risiken und Nebenwirkungen Therapien und Medizinprodukten bei Daueranwendung mit sich bringen und wie sie sich auf therapeutische Endpunkte wie Morbidität, Mortalität oder die Lebensqualität auswirken. Es werden Langzeitstudien benötigt, die den Nutzen auf lange Sicht überprüfen und zwar anhand von therapeutischen Endpunkten wie Mortalität, Morbidität und Lebensqualität. Für Medizinprodukte mit hohem Risikopotential sind Register zu schaffen, die eine Langzeitbeobachtung ermöglichen, gute Produkte und gute Behandlungsverfahren identifizieren und auch eine schnellere Rückverfolgbarkeit von implantierten Produkten im Bedarfsfall ermöglichen würden, als dies heute der Fall ist.

[Bei Hochrisiko-Medizinprodukten ist ein strenges Zulassungsverfahren auf Basis klinischer Prüfungen zu etablieren. Für diese Produkte sind Medizinproduktregister verpflichtend einzuführen.](#)

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) haben häufig keinen nachgewiesenen Nutzen, im Zweifel schaden sie sogar. Die Versicherten werden in den Arztpraxen zunehmend mit zweifelhaften Produkt-, Diagnose- und Therapieangeboten konfrontiert. Häufig bleibt keine Zeit, diese Angebote vernünftig zu prüfen. Deshalb bedarf es strenger Rahmenbedingungen, unter denen IGeL-Leistungen in Einzelfällen durch Ärzte vertrieben werden dürfen. Die Patienten müssen über die Risiken der Leistung, die Ausschlussgründe aus der Regelversorgung und über die Kosten vorab informiert werden. Der Patient muss diese schriftlich bestätigen. Für eine Entscheidung ist ausreichend Bedenkzeit einzuräumen.

[Ohne umfassende Aufklärung und hinreichende Bedenkzeit des Patienten dürfen Ärzte keine IGeL-Leistungen erbringen.](#)

Daneben gibt es nach wie vor nicht medizinisch indizierte Mengenausweitungen. So wird bei einzelnen Indikationen viel zu häufig operiert und schonende Alternativen



nicht oder nur unzulänglich geprüft. Seit Jahren steigt die Zahl von Herz-, Knie- und Rückenoperationen überproportional an. Dies betrifft vorrangig multimorbide geriatrische Patienten. Finanzielle Boni, die an die Erbringung bestimmter Leistungen geknüpft sind, verstärken solche Fehlentwicklungen. Auch Medikamente werden noch immer im Überfluss verordnet. Seit Jahren wird ein beträchtlicher Anteil der vermeidbaren Krankenhausfälle von über 60-Jährigen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückgeführt. Dies verursacht nicht nur hohe Kosten, sondern führt auch zu unnötigem Leid bei den Patienten. Um hier ein Zeichen zu setzen, hat der vdek der ersten deutschen hausärztlichen Leitlinie zur Multimedikation seinen Zukunftspreis verliehen. Vor dem Hintergrund der bestehenden Fehlversorgungsprobleme erscheint eine Rationierungsdiskussion unbegründet. Bevor über Rationierung nachgedacht wird, sind die immer noch vorhandenen Wirtschaftlichkeits- und Effizienzreserven auszuschöpfen.

Die GKV braucht geeignete Instrumente zur Ressourcensteuerung, damit die Wirtschaftlichkeitspotentiale gehoben werden können.

Mit der Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes durch das internationale Humane-Genomprojekt wurde mehr Wissen über erbliche Erkrankungsrisiken erlangt. Auf dieser Grundlage hat sich eine Forschungsrichtung gebildet, die den Einfluss des Genoms auf die Wirkung von Arzneimitteln erforscht. Obwohl diese Arzneimittelforschung allein die biologisch-molekulare Ebene im Blick hat, wird der Begriff „personalisierte Medizin“ verwendet. In der wissenschaftlichen und politischen Diskussion werden zuweilen die möglichen Chancen dieser Forschungsrichtung betont, ohne Nebenwirkungen und Risiken zu nennen.

Es ist daher wichtig, zunächst die Chancen und die Risiken für die Versorgung der Menschen zu benennen und abzuwägen. So ist auch zu prüfen, welche Auswirkungen die „personalisierte Medizin“ auf das solidarische Gesundheitssystem in Bezug auf die Ressourcenallokation haben kann. Hier stellen sich nicht allein wirtschaftliche, sondern vor allem auch ethische Fragen. Die notwendig werdenden Abwägungen stellen eine große ethische Herausforderung an die verantwortlichen Entscheider im Gesundheitswesen dar. Es muss kritisch hinterfragt werden, ob die bereits in Milliardenhöhe fließenden Forschungsgelder nicht besser in Bereiche investiert werden sollten, deren Ergebnisse einer breiten Bevölkerung mehr Nutzen stiften.

Die Potenziale und Risiken der „personalisierten Medizin“ sind unter ethischen, sozialpolitischen und ökonomischen Aspekten zu prüfen.

## 5. Qualität ist das Kennzeichen der Versorgung in der GKV.

In der GKV gibt es nach wie vor Über-, Unter- und Fehlversorgung. Mangelhafte Versorgungsketten, Schnittstellenprobleme, Versorgungsdefizite und nicht ausgeschöpfte Potenziale in der Prävention beschreiben nur einige der Baustellen, die immer noch bestehen und dazu führen, dass die Versorgung der Menschen in Deutschland heute unter ihren Möglichkeiten bleibt. Deshalb muss der Versorgungsqualität ein höherer Stellenwert zukommen.

Zur Erhöhung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung sind verschiedene Stellschrauben zu bedienen: Die Versicherten und die Krankenkassen brauchen mehr verlässliche und aussagekräftige Qualitätsbewertungen der Leistungserbringer. Um unnötige Untersuchungen zu vermeiden, müssen ökonomische Fehlanreize beseitigt und Überversorgung abgebaut werden. Über Mindestmengenregelungen ist die Zentrenbildung zu unterstützen, damit Spezialwissen gebündelt werden kann und die Versorgung der Patienten auf qualitätsgesichertem Niveau erfolgt. Die ambulante Versorgung soll da wo möglich Vorfahrt haben. Dabei darf nicht an Sektorengrenzen halt gemacht werden. Im Gegenteil: die Qualitätsanforderungen des ambulanten und des stationären Sektors müssen sinnvoll aufeinander abgestimmt werden, um im Interesse von Patienten und Leistungserbringern eine bessere und effizientere Versorgungsqualität zu erreichen. Nicht zuletzt muss die sektorübergreifende Qualitätssicherung gefördert werden, zum Beispiel durch die Etablierung von Qualitätssicherungsverfahren im ambulanten Bereich, die Identifizierung sektorübergreifender Qualitätskriterien und Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren.

[Sektorübergreifendes Denken und Handeln muss auch im Bereich der Qualitätssicherung etabliert werden.](#)

Zur Optimierung der Versorgung wird ein Wettbewerb um eine gute Qualität benötigt. Während die Krankenkassen seit Jahren im Wettbewerb zueinander stehen, ist der Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer noch wenig entwickelt. Dabei sollten diese in einem Qualitätswettbewerb mit guten Leistungsangeboten und patientenrelevanten Ergebnissen um die Versorgung der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen konkurrieren. Kollektivverträge bilden die Grundlage einer flächendeckenden Versorgung. Bei der Suche nach den besten oder nach alternativen Versorgungslösungen sollten die Krankenkassen entscheiden können, ob die Versorgung durch ergänzende Selektivverträge erfolgt. Zwingende Voraussetzung dafür sind praktikable Regelungen zur Budgetbereinigung, aber auch die Bereitstellung eines finanziellen Rahmens für die notwendigen Investitionen.

Ergänzende Selektivverträge können einen Beitrag zur Optimierung der Versorgung leisten. Der Wettbewerb um bessere Versorgungsmodelle muss mit geeigneten Instrumenten flankiert werden.

Es muss Transparenz über das Leistungsangebot und die Leistungsqualität – insbesondere die Ergebnisqualität – geschaffen werden, damit souveräne Entscheidungen zur Inanspruchnahme von Gesundheits- und Versorgungsangeboten möglich sind. Die Versicherten brauchen hierfür aussagekräftige und verständliche Informationen über die Angebots- und Ergebnisqualitäten. Hier sind vor allem die Leistungserbringer gefordert. Die Ersatzkassen unterstützen dieses Anliegen durch Bewertungsportale wie den Arzt- oder den Pflegelotsen. Die Krankenkassen brauchen Transparenz, um ihren Versicherten gute Versorgungsalternativen anbieten zu können. Dazu brauchen sie auch die notwendigen vertraglichen Handlungsspielräume.

Der Wettbewerb erfordert ein höheres Maß an Transparenz über die Angebote des Gesundheitswesens.

Für den Wettbewerb in der Krankenversicherung ist ein sozialrechtlicher Rahmen notwendig, damit dem öffentlichen Versorgungsauftrag der solidarischen Krankenversicherung und dem Kooperationsgebot im Sozialversicherungsrecht Rechnung getragen wird. Der Wettbewerb erfordert nicht nur klare Vorgaben, sondern auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen. Die gegenwärtige Situation ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Selektivverträge bundesunmittelbarer Krankenkassen nicht nur dem Bundesversicherungsamt, sondern allen Landesaufsichtsbehörden vorgelegt werden müssen, in denen die Verträge wirksam werden. Hier kommt es zu bürokratischen Aufwänden und Zeitverzögerungen. Daneben ist nicht sichergestellt, dass die Aufsichtsbehörden in Bund und Land immer nach gleichen Maßstäben urteilen.

Der Wettbewerb in der GKV erfordert eine klare sozialrechtliche Ordnung, gleiche Wettbewerbsbedingungen und eine einheitliche Aufsichtspraxis.

## 6. Prävention zeichnet sich durch Vielfalt aus.

Ein gutes Gesundheitswesen zeichnet sich auch dadurch aus, dass es den Menschen dabei hilft, so gesund wie möglich zu bleiben; möglichst bis ins hohe Alter. Der Gesundheitsförderung und der Prävention kommt ein wachsender Stellenwert zu. Die Kassen stellen sicher, dass Prävention und Gesundheitsförderung auf einem hohen Qualitätsniveau stattfindet. Der Wettbewerb der Kassen sorgt dafür, zielgruppengerechte Angebote zu formulieren, die ihre Versicherten auch erreichen. Dabei fördern die Angebote in der individuellen Prävention vornehmlich die Eigenverantwortung der Versicherten. Vorgaben, die die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen in der Prävention einschränken, werden von den Ersatzkassen abgelehnt. Dies gilt auch für die betriebliche Gesundheitsförderung, bei der insbesondere Nachhaltigkeit und dauerhafte Verlässlichkeit gefordert ist.

**Die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der Prävention müssen umfassend erhalten bleiben.**

Die Ersatzkassen bekennen sich ausdrücklich zu ihrer sozialen Verantwortung. Deshalb müssen Präventionsangebote auch speziell für Zielgruppen entworfen werden, die aufgrund schlechterer Gesundheitschancen den Zugang zu den Angeboten der individuellen Prävention kaum finden. Dies geschieht am besten über Setting-Ansätze (Maßnahmen in den Lebenswelten wie Kindergarten, Schule, Ausbildung, Betrieb, Quartier). Die Lebenswelten sind gut erreichbar und motivierend für die Prävention. Die Maßnahmen in den nicht-betrieblichen Lebenswelten sind gemeinschaftlich zu schultern und müssen nachhaltig angelegt und finanziert sein. Eine Subventionierung der öffentlichen Hand durch die gesetzlichen Krankenkassen muss ausgeschlossen werden. Die Ersatzkassen lehnen Präventionsfonds auf der Bundes- und Landesebene zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung ab, da diese ihre Möglichkeiten zur inhaltlichen Ausgestaltung der Prävention einschränken.

Prävention braucht Qualität. Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten ausschließlich qualitätsgeprüfte Präventionsmaßnahmen an. Eine Quotierung bestimmter Bereiche der Prävention ist nicht nur überflüssig, wenn sich die Prävention insgesamt an konsentierten und demokratisch legitimierten Gesundheitszielen ausrichtet. Sie wirkt dann eher kontraproduktiv.

**Die Präventionsaktivitäten der unterschiedlichen Akteure müssen sich an gemeinsamen Gesundheitszielen ausrichten.**

## 7. Das Fundament der GKV ist eine verlässliche Finanzierung.

Das Fundament einer Krankenversicherung ist ihre stabile Finanzierung. Doch seit Jahren steigen die Ausgaben in der GKV stärker als die Einnahmen. Dies führt immer wieder zu kurzfristigen Kostendämpfungsgesetzen und Strukturreformen. Die gegenwärtigen Überschüsse sind nur kurzfristigen politischen Interventionen zur Abwendung der Konsequenzen aus der Finanzmarktkrise auf die Finanzen der GKV zu verdanken; an den strukturellen Defiziten ändert sich dadurch nichts. Zielsetzung muss sein, eine nachhaltige Finanzierung zu gewährleisten, bei der die Ausgabenentwicklung in der GKV im Einklang mit den Einnahmen der Krankenkassen steht.

Die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung steht auf drei Säulen: die Hauptsäule bilden einkommensabhängige Beiträge, die von Versicherten und Arbeitgebern zu gleichen Teilen getragen werden. Daneben tragen die Versicherten einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent und finanzieren über Zuzahlungen bei der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen und im Einzelfall auch über Zusatzbeiträge einen Teil der Kosten allein. Für versicherungsfremde Leistungen fließen zusätzlich Bundesmittel in den Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung.

In den letzten Jahren haben sich die finanziellen Lasten deutlich zu Ungunsten der Versicherten verschoben. Die vom Gesetzgeber vorgenommene Festschreibung des Arbeitgeberanteils am Beitragsaufkommen hat die vormals paritätische Finanzierung weiter aufgeweicht. Die Ersatzkassen sehen bei der Finanzierung weiterhin die Arbeitgeber paritätisch in der Pflicht. Die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, die schnelle und umfassende Versorgung im Krankheitsfall sind elementare Leistungen, die zur Sicherung und Wiederherstellung der Arbeitskraft beitragen. Von daher sollte es auch ein zentrales Anliegen der Arbeitgeber sein, ihre Verantwortung für ein leistungsfähiges und effizientes Versorgungssystem zu übernehmen. Durch die weitgehende Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versicherte und Arbeitgeber wird auch der gesellschaftliche Zusammenhalt gestärkt.

### Die Gesundheitsausgaben sind paritätisch zu finanzieren.

Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, den Beitragssatz wieder kassenindividuell festlegen zu können. Damit erhalten die Krankenkassen wieder mehr finanziellen Gestaltungsspielraum für innovative Versorgungsangebote speziell für ihre Versicherten. Mithilfe eines kassenindividuellen einkommensabhängigen Beitragssatzes kann die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen feiner justiert werden. Diskussionen um Rücklagen und Fondsüberschüsse wären überflüssig, weil die Beitragserhebung passgenauer und bedarfsgerechter erfolgen könnte.

Die Zusatzbeiträge und Prämien, die sich weder als Finanzierungsinstrument noch als wettbewerbliches Instrument bewährt haben, würden entfallen. Eine Rückkehr zu kassenindividuellen Beitragssätzen erfordert nicht notwendigerweise eine Abkehr vom Gesundheitsfonds. Mit der Festlegung eines allgemeinen Basisbeitragssatzes, den alle Kassen in gleicher Höhe an den Gesundheitsfonds abzuführen haben und der unterjährig angepasst werden kann, lässt sich die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin über den Gesundheitsfonds abwickeln. Dieser verteilt die eingegangenen Beiträge und Steuermittel über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) an die Kassen.

[Die Beitragssatzautonomie ist wieder herzustellen – Zusatzbeiträge und Prämien werden abgelehnt.](#)

Mit der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen schultert die GKV Leistungen, die im allgemeinen gesellschaftlichen Interesse sind. Es ist angemessen und wichtig, dass diese Leistungen über Steuermittel getragen werden. Dazu leistet die Regierung einen in seiner Höhe gesetzlich festgelegten jährlichen Bundeszuschuss an die GKV. Allerdings hat sich dieser Bundeszuschuss immer wieder als haushaltspolitische Manövriermasse entpuppt. Im heutigen Finanzierungssystem hat dies zur Folge, dass die Beitragszahler Kürzungen des Bundeszuschusses allein auffangen müssen. Von daher fordern die Ersatzkassen unbedingte Verlässlichkeit bei den zugesagten Steuermitteln. Hierzu ist ein Erstattungsanspruch für versicherungsfremde Leistungen gesetzlich festzuschreiben. Voraussetzung ist, dass die versicherungsfremden Leistungen in Art und Umfang konkret benannt und quantifiziert werden.

[Die versicherungsfremden Leistungen müssen umfassend und verlässlich durch den Bundeshaushalt finanziert werden.](#)

## 8. Eine gute Pflegeversorgung ist Ausdruck einer humanen Gesellschaft.

In der Pflege wird die demografische Entwicklung zu einer großen Herausforderung werden. Derzeit sind in Deutschland ca. 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. Im Jahr 2030 werden es 22 Millionen Menschen sein. Besonders stark steigen wird der Anteil der Menschen über 80 Jahre, die sogenannten Hochbetagten, und damit die Demenzerkrankungen. Diese Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2040 fortsetzen und sich in der Pflegeversicherung in einer steigenden Zahl von Leistungsempfängern niederschlagen. Insbesondere der zu erwartende Anstieg dementiell Erkrankter stellt neue Anforderungen an Versorgung, Betreuung und Pflege.

Der Zustand der Gesellschaft wird sich auch daran messen lassen, inwieweit sie älteren Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Selbstbestimmtheit bis ins hohe Alter ermöglicht. Es gilt, im bislang am somatischen Krankheitsbegriff ausgerichteten Leistungsportfolio der Pflegeversicherung die Bedürfnisse von dementiell Erkrankten explizit zu berücksichtigen. Daher ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umzusetzen und der Pflegebedarf am Grad der Selbstständigkeit zu bemessen.

[Um den Pflegebedarf adäquat zu erfassen, ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umzusetzen.](#)

Die Pflegeversicherung ist als „Teilkasko-Versicherung“ ausgestaltet. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kommt es darauf an, dass das geltende Leistungsversprechen eingehalten und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werden kann. Die deshalb zu erwartenden finanziellen Mehraufwände sind einkommensabhängig und paritätisch zu schultern. Die private Pflegeversicherung muss in einen Finanzausgleich mit der sozialen Pflegeversicherung einbezogen werden. Die Ersatzkassen stehen verschiedenen Lösungswegen zur künftigen Finanzierung offen gegenüber, solange der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung nicht berührt wird. Eine verpflichtende private Pflegezusatzversicherung lehnen die Ersatzkassen ab. Sie führt in die Privatisierung des Pflegerisikos. Hiervon profitieren vor allem die privaten Versicherungsunternehmen. Aber auch die neu eingeführte freiwillige private Pflegezusatzversicherung ist nicht zielführend, weil sie nur für eine kleine Gruppe – Menschen mittleren Alters und mit hohem Pflegerisiko aufgrund von Vorerkrankungen – ein attraktives Angebot darstellt. Die staatlichen Fördermittel für diese Zusatzversicherung sollten besser in die pflegerische Versorgung der Versicherten gelenkt werden.

[Das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist auch zukünftig solidarisch abzusichern.](#)

Die professionellen Pflege- und Betreuungsstrukturen sind dauerhaft zu sichern. Dazu bedarf es der Sicherung des Berufsnachwuchses in den Pflegeberufen sowie vernünftiger Arbeitsbedingungen, damit der Pflegeberuf dauerhaft attraktiv wird. Der Zugang zur Pflegeausbildung nach zehn Schuljahren sorgt dafür, dass engagierte junge Menschen auch ohne Abitur ihren Beruf in der Pflege finden können.

Der Pflegebedürftige soll weiterhin wählen können, wie er versorgt werden möchte. Dazu sind die vielfältigen Angebotsformen in der Pflege – von der vollstationären über die teilstationäre Pflege bis hin zur ambulanten Pflege und Betreuung – zu sichern. Insbesondere zur dauerhaften Sicherung der häuslichen Pflege sind im nicht-professionellen Bereich wohnortnahe Unterstützungsangebote zu schaffen. Freiwilligendienste sind eine Form bürgerschaftlichen Engagements und für alle Generationen offen. Die hier verborgenen Potenziale sind aktiv zu nutzen, ohne dass die professionelle Pflege eingeschränkt wird. Familienunterstützende Angebote, die hausnahe Dienstleistungen bereitstellen und als Knotenpunkte für freiwilliges Engagement dienen, sind zu fördern. Den Kommunen und Stadtbezirken kommt als Drehscheibe zur Organisation und Vernetzung quartiersbezogener Betreuungs-, Versorgungs- und Pflegeangebote eine besondere Verantwortung zu.

Um dem wachsenden Pflegebedarf gerecht zu werden, sind vielfältige Unterstützungsangebote wohnortnah zu schaffen und personell zu sichern.



## 9. Europa wirkt in den nationalen Sozialversicherungssystemen zunehmend mit.

Die Europäische Union ist der Garant für Sicherheit, Frieden und Freiheit in Europa. Sie hat sich vom Wirtschaftsbündnis in eine Wirtschafts- und Währungsunion gewandelt und ist auf dem Weg auch eine Sozialunion zu werden. Dafür ist sie 2012 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet worden. Die Europäische Union ist aber auch in einer tiefen Krise. Sie hat vernachlässigt, dass die Harmonisierung des Binnenmarktes immer auch Auswirkungen auf die Ausgestaltung und Darreichung von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen hat. Dem so genannten europäischen Sozialmodell fehlt es an einer konkretisierenden Definition.

Mit dem in der laufenden Legislaturperiode vollzogenen Paradigmenwechsel von der Rahmenrechtssetzung zur unmittelbar geltenden Rechtssetzung nimmt die EU-Kommission den Mitgliedsstaaten zusätzlich die Möglichkeit, Gemeinschaftsrecht an die Erfordernisse und Wertesysteme des jeweiligen Nationalstaates anzupassen. Die Europäische Union greift insbesondere auch deregulierend in die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsversorgung ein, ohne dabei die für die Sozialschutzsysteme notwendigen Öffnungsklauseln zu schaffen. Daher soll sich die Bundesregierung bei der EU-Kommission dafür einsetzen, dass die obligatorische Folgenabschätzung beim Erlass von Richtlinien und Verordnungen um einen Punkt „Auswirkungen auf die Systeme der sozialen Sicherheit“ ergänzt wird.

[Bei der Folgenabschätzung von EU-Recht sind die Auswirkungen auf die sozialen Systeme der Mitgliedsstaaten explizit zu berücksichtigen.](#)

Konkretisieren lässt sich diese Forderung am Beispiel des Vorschlages der EU-Kommission für eine Medizinprodukteverordnung. Die Kommission stellt hier nicht nur erneut Wirtschaftswachstum über die Sicherheit von Patienten. Mit der Entscheidung, aus den gegenwärtig noch geltenden Medizinprodukterichtlinien eine Verordnung und damit unmittelbar geltendes Recht zu schaffen, nimmt die EU-Kommission den Mitgliedstaaten den Spielraum, weitergehende Sicherheitsvorschriften zu erlassen. Ein weiteres Beispiel ist die in Brüssel geplante Mehrwertsteuerreform und die damit verbundene uneingeschränkte Mehrsteuerpflicht für Gesundheitsdienstleistungen. Die geplante Streichung des Mehrwertsteuerprivileges würde die Gesundheitsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen um ca. 26,5 Milliarden Euro oder 2,3 Beitragssatzpunkte erhöhen, ohne dass diesen Mehrkosten eine höhere Leistung gegenübersteht.

[Gesundheitsdienstleistungen dürfen nicht einer Mehrwertsteuerpflicht unterzogen werden.](#)

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 - 0  
Fax: 030/2 69 31 - 2900  
[info@vdek.com](mailto:info@vdek.com)