

Zeit für Entscheidungen

Die Forderungen der TK zur Bundestagswahl 2025

Zeit für Entscheidungen



In der Gesundheitspolitik steht die nächste Bundesregierung vor drängenden Herausforderungen. Reformstau, Verteilungskonflikte und falsche Prioritäten haben dazu geführt, dass in vielen Bereichen grundlegende Veränderungen notwendig sind.

Es ist nicht mehr selbstverständlich, dass Gesundheit und Pflege in Zukunft sicher finanziert sind. Die Beitragsspirale dreht sich immer schneller. Die Belastungen sind für die Versicherten deutlich spürbar. Die finanziellen Defizite haben strukturelle Ursachen, weshalb ein umfassendes Konzept zur Sicherung der Finanzierung und zur Entlastung der Beitragszahlenden dringend erforderlich ist.

Ein relevanter Teil des Problems besteht darin, dass die Beitragszahlenden der GKV für immer mehr Aufgaben aufkommen müssen, für die eigentlich der Staat zuständig ist. Hinzu kommt, dass der Staat seinen Rückzahlungsverpflichtungen an die Solidargemeinschaft nicht nachkommt. Gleichzeitig werden die Potenziale des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen im Hinblick auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit nicht ausgeschöpft. Vielmehr hat der Gesetzgeber den unternehmerischen Spielraum der Krankenkassen eingeschränkt.

Die medizinische Versorgung wird in Deutschland häufig noch von Zufällen und historisch gewachsenen Strukturen bestimmt. Wir sollten uns stattdessen an der Frage orientieren: Wo wird ein Patient oder eine Patientin am besten versorgt? Bei der Digitalisierung dominieren zu oft die Bedenken die Debatte. Viel zu selten sehen wir die Chancen, die digitale Lösungen bieten. Prävention erfolgt oft nicht zielgerichtet und datenbasiert, sondern nach dem Gießkannenprinzip.

Wir brauchen dringend klare Entscheidungen, echte Reformen und nachhaltige Veränderungen. Wir haben Vorschläge entwickelt, um die größten Herausforderungen im Gesundheitssystem anzugehen und daraus echte Chancen für Verbesserungen zu schaffen.

Dr. Jens Baas

Vorstandsvorsitzender der TK

Finanzierung

Sichere

Finanzen

für stabile

Beiträge

2025 müssen gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte erheblich höhere Beiträge zahlen als im Vorjahr. Die Kranken- und Pflegeversicherung ist für gesetzlich Versicherte so teuer geworden wie nie zuvor. Der amtliche Zusatzbeitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist um 0,8 Beitragssatzpunkte gestiegen, in der Pflegeversicherung sind die Beiträge um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht worden. Arbeitnehmende mit einem Kind und einem durchschnittlichen monatlichen Bruttoverdienst von 4.000 Euro zahlen demnach seit dem 1. Januar 2025 jährlich 240 Euro mehr für Gesundheit und Pflege. Liegt das Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze, sind es sogar 730 Euro mehr. Für ihre Arbeitgeber kommen noch einmal die gleichen Beträge hinzu.

+0,8

Beitragssatzpunkte

Noch nie ist der **amtliche Zusatzbeitragssatz** in einem Jahr stärker gestiegen.

Das Ziel, die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt unter 40 Prozent zu halten, wurde bereits in der zurückliegenden Legislaturperiode aufgegeben. Die GKV hat dabei vor allem ein Ausgabenproblem: Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben stiegen 2023 um 5,3 Prozent, 2024 um 7,5 Prozent und für 2025 wird ein Anstieg von mindestens 6,9 Prozent erwartet. Statt kostendämpfende Maßnahmen zu ergreifen, hat der Gesetzgeber weitere ausgabensteigernde Gesetze beschlossen.



Darauf kommt es jetzt an:

Mehr Mut zu Reformen: Die GKV-Beitragszahlenden müssen strukturell entlastet werden.

Mehr Tempo: Die neue Regierung muss ein Sofortprogramm zur Ausgabenbegrenzung und Stabilisierung der GKV-Finanzen auflegen.

Mehr Gerechtigkeit: Versicherungsfremde Ausgaben müssen auskömmlich aus Steuermitteln finanziert werden.

Mehr Verlässlichkeit: Für stabile Zusatzbeiträge brauchen die Krankenkassen mehr Sicherheit und Handlungsspielraum für ihre Rücklagen.

Die historisch hohen Beiträge sind damit auch eine unmittelbare Folge politischen Handelns. Die nächste Koalition und die von ihr getragene Bundesregierung müssen sofort handeln: Sie müssen die Ausgabendynamik stoppen, um die GKV-Finanzen wieder zu stabilisieren. Die Ausgaben dürfen sich nicht dauerhaft von den Beitragseinnahmen entkoppeln. Zukünftige Reformen müssen kosteneffizient sein und einen positiven Versorgungseffekt haben.

Sofortprogramm für mehr Effizienz und weniger Bürokratie

Wir fordern, dass die neue Koalition nach der Bundestagswahl die Beitragszahlenden spürbar entlastet. Dazu muss sie ein Sofortprogramm zur Hebung von Effizienzreserven auflegen und die Bürokratie spürbar abbauen. Nur so kann sich der Gesetzgeber ausreichend Zeit und Spielraum für die ebenfalls dringend notwendigen Strukturreformen verschaffen. Gelingt es nicht, die finanzielle Belastung zu reduzieren, wird es noch schwieriger, die Beitragszahlenden von den notwendigen Investitionen zu überzeugen.

Wir haben eine Reihe von Vorschlägen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung erarbeitet. Diese reichen von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln und der Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung bei Heilmitteln bis hin zur Abschaffung von Zuschlägen und Anhebung von Herstellerabschlägen sowie Fokuslisten bei Arzneimitteln. Auch die internen Prozesse im Gesundheitssystem haben wir kritisch unter die Lupe genommen. Daraus resultieren unsere Vorschläge zur Entbürokratisierung. Dabei geht es vor allem um Maßnahmen zur Digitalisierung des Datenaustauschs im Beitragswesen, bei Anträgen und in der Kommunikation zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Versicherten. Beispielhaft sei hier der Vorschlag eines direkten digitalen Datenaustauschs zwischen Krankenkassen und Finanzämtern genannt. Dieser würde die Beitragsfestsetzung für freiwillig Krankenversicherte vereinfachen und beschleunigen. So würden nicht nur die Versicherten entlastet, sondern auch ein großes Ärgernis beseitigt. Die Kranken- und Pflegekassen könnten ein analoges, zeit- und ressourcenintensives Verfahren digitalisieren und damit deutlich verschlanken und beschleunigen.

82

Krankenkassen (von 93) haben zum Beginn des Jahres 2025 ihren **Zusatzbeitrag erhöht**.

Steuermittel für versicherungsfremde Aufgaben

Wir fordern, dass der Gesetzgeber die GKV mit ausreichend Steuermitteln ausstattet, wenn er ihr versicherungsfremde Leistungen überträgt. Der Bundeszuschuss muss zudem an die steigenden Ausgaben angepasst und dynamisiert werden.

Die Zahlungen aus dem Bundeshaushalt an den Gesundheitsfonds wurden nach der Pandemie schrittweise auf das Niveau von 2019 reduziert. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben weiter an. Und der Gesetzgeber hat der GKV neue versicherungsfremde Aufgaben übertragen, wie zuletzt mit dem Krankenhaus-Transformationsfonds. Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds deckt bei weitem nicht die Ausgaben, für die er gedacht ist. Die Differenz zahlen die Mitglieder der GKV mit steigenden Beiträgen. Wir fordern daher eine Erhöhung des Bundeszuschusses. Sollten der GKV weitere staatliche Aufgaben übertragen werden, muss dafür ein entsprechender Ausgleich aus Steuermitteln auf Basis der prognostizierten jährlichen Kosten folgen. Darüber hinaus muss die Höhe des Bundeszuschusses jährlich an die Kostenentwicklung angepasst werden. Als Dynamisierungsfaktor schlagen wir die Veränderungsrate der GKV-Leistungsausgaben des Vorjahres oder den Durchschnittswert mehrerer Jahre vor.

9,2

Milliarden Euro zu wenig bezahlt der Staat für die **Versorgung der Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger**. (2022)

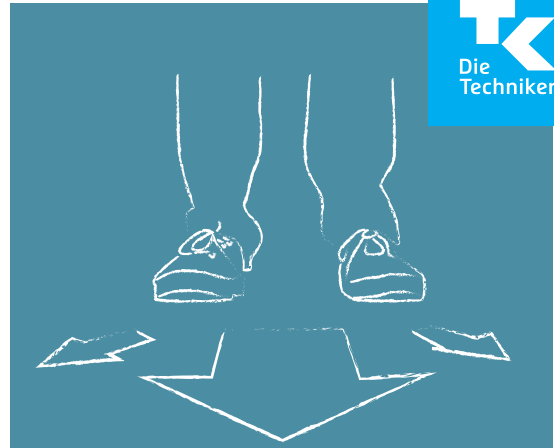
Ein konkretes Beispiel ist die gesundheitliche Versorgung von Bürgergeldbeziehenden durch die GKV. Diese Transferleistung wird vom Staat nicht kostendeckend finanziert. Nach Angaben des IGES-Instituts fehlten alleine im Jahr 2022 rund 9,2 Milliarden Euro. Um die Deckungslücke zu schließen und diese Wettbewerbsverzerrung zu beseitigen, fordern wir eine Erhöhung der Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld.

Sicherheit für die Haushaltsplanung

Wir fordern für die Krankenkassen Schutz vor staatlichen Eingriffen und einen größeren Korridor für ihre Rücklagen. Die GKV-Mitglieder müssen sich wieder auf stabile Beiträge verlassen können. Die Finanzreserven der Krankenkassen wurden vom Gesetzgeber wiederholt abgeschöpft. Die gesetzliche Höhe der Rücklagen wurde mehrfach abgesenkt. Der zulässige Korridor liegt heute beim 0,2- bis 0,5-Fachen einer Monatsausgabe. Dieser hat sich als viel zu eng erwiesen. In der Praxis führt dies dazu, dass die Krankenkassen keine ausreichenden Rücklagen bilden können, um die Zusatzbeiträge zu stabilisieren. Steigen die Ausgaben – wie aktuell – unerwartet stark an, können die Krankenkassen dies nicht mehr aus ihren Rücklagen ausgleichen. Die Folge sind deutliche Beitragsatzsprünge, zum Teil auch unterjährig. Damit wir die Zusatzbeiträge unserer Versicherten seriös kalkulieren können, müssen unsere Rücklagen vor politischen Zugriffen geschützt und die Obergrenze auf eine Monatsausgabe angehoben werden.

Zugang

Mehr Kooperation und Koordination für einen besseren Zugang zur Versorgung



Darauf kommt es jetzt an:

Strukturen reformieren: Das Gesundheitssystem braucht dringend weitere Strukturreformen – für eine bessere und bedarfsgerechtere Versorgung und einen zielgenaueren Ressourceneinsatz.

Zugang verbessern: Gesetzlich Versicherte müssen einen besseren und verlässlichen Zugang zu Behandlungsterminen bekommen.

Zeitgemäß versorgen: Eine zukunftsfähige Versorgung braucht vernetzte, sektorenübergreifende Leistungen – insbesondere die integrierte Notfallversorgung muss zügig umgesetzt werden.

Innovationen sichern: Eine sichere Arzneimittelversorgung braucht faire und bezahlbare Markteinstiegspreise, mehr Wettbewerb bei patentgeschützten Arzneimitteln und mehr Liefersicherheit bei wichtigen Wirkstoffen.

Der Weg durch die kleinteilige Versorgungslandschaft hängt heute zu oft von historisch gewachsenen Strukturen oder gar Zufällen ab. Patientinnen und Patienten klagen über Schwierigkeiten, zeitnahe ambulante Termine zu bekommen. Die Ursachen liegen vor allem in den bekannten Herausforderungen des Gesundheitswesens: keine passgenaue Versorgung sowie mangelnde Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Mehr Effizienz und Effektivität sind gefragt – zum Wohle der Patientinnen und Patienten, des medizinischen Personals und des gesamten Gesundheitssystems.

Besserer Zugang und mehr Koordination

Wir fordern eine standardisierte digitale Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs für neue Behandlungsfälle. So kommen Patientinnen und Patienten schneller in die richtige Versorgungsform – orientiert am medizinischen Bedarf. Durch einen solchen „Terminvorteil“ schaffen wir mehr Orientierung und Unterstützung. Hierfür stellen Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachgruppen Terminkontingente auf einer digitalen Terminserviceplattform zur Verfügung. Das erhöht die Versorgungsqualität und verkürzt Wartezeiten. Dabei gilt der Leitgedanke: Termine sollen nicht der Vergütung, sondern dem Bedarf folgen.

14

Millionen Terminoptionen, wenn Ärztinnen und Ärzte 10 Prozent ihrer **Behandlungstermine einer Terminplattform melden** würden.

Dadurch verändert sich auch die Rolle der Krankenkassen. Sie begleiten, beraten und helfen, im Bedarfsfall schneller zu passgenauen Versorgungsangeboten zu kommen. Die Versicherten haben zu Recht Anspruch auf ein umfassendes Versorgungsmanagement. Für uns heißt das: Wir stehen unseren Versicherten in der komplexen Versorgungslandschaft als Partner zur Seite.

Versorgung besser organisieren

Wir fordern eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung und eine einheitliche Vergütung an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Dazu müssen die Hybrid-DRGs noch stärker Leistungen mit echtem stationsersetzenden Charakter enthalten. Vor allem die Notfallversorgung und der Rettungsdienst müssen endlich reformiert werden. Dazu gehören eine sinnvolle Verzahnung der unterschiedlichen Strukturen, die Etablierung integrierter Notfallzentren und eine gleichwertige Stellung bei Vertragsverhandlungen im Rettungsdienst.

Wir fordern eine Reform der Versorgungskapazitäten: Weniger Arztzentrierung, mehr Kooperation zwischen den Fachgruppen, zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Diese können mehr Aufgaben in der Versorgung übernehmen und damit Ärztinnen und Ärzte entlasten. Dazu gehört auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz und Telemedizin. Das erproben wir bereits.

Außerdem fordern wir eine Präzisierung der ärztlichen Versorgungsaufträge, zum Beispiel durch einen konkreten ärztlichen Leistungsrahmen für die einzelnen Fachgebiete.

Krankenhaus – mehr Qualität durch bessere Strukturen

Wir fordern die konsequente Fortsetzung der Krankenhausreform. Dazu sind folgende Schritte erforderlich: Bund und Länder müssen ihren finanziellen Verpflichtungen bei der Transformations- und Investitionsfinanzierung nachkommen und dürfen diese nicht auf die Beitragszahlenden abwälzen. Darüber hinaus gehört die fachliche Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätsstandards in die Hände der gemeinsamen Selbstverwaltung und nicht der Politik.

Wir fordern, dass der Grundgedanke der Krankenhausreform nicht nur für die somatischen Leistungen, sondern auch für die Psychiatrie umgesetzt wird. Eine bundeseinheitliche Krankenhausplanung muss den Bedarf der Bevölkerung an stationären Kapazitäten insgesamt berücksichtigen und darf nicht einen wesentlichen Teil unberücksichtigt lassen.

58 %

der Patientinnen und Patienten mit **Dickdarmkrebs** wurden 2021 **nicht in zertifizierten Zentren** erstbehandelt.

Der Abbau nicht benötigter Betten muss in der Krankenhausplanung der Länder konsequent umgesetzt werden. Die bestehenden Überkapazitäten belasten die öffentlichen Haushalte und die Beitragszahlenden. Für solche Kliniken wollen wir in unterversorgten Gebieten eine sinnvolle Perspektive, zum Beispiel als ambulante Gesundheitszentren. Regionale Gesundheitszentren (RGZ) bieten sich konkret für eine solche Rolle als sektorenübergreifende Versorger an. Diese sollen die Akut- und Notfallversorgung sowie Leistungen der ambulanten und stationären (Grund-)Versorgung abdecken.

50 %

der **Arzneimittelausgaben** werden für **patentgeschützte Arzneimittel** verwendet. Sie machen gerade einmal **6 Prozent des Gesamtverbrauchs** von Arzneimitteln aus (Angaben gerundet).

Sichere und innovative Arzneimittelversorgung

Wir wollen einen schnellen Zugang zu Innovationen. Der Schlüssel dazu sind faire und transparente Arzneimittelpreise. Denn die Ausgaben für Arzneimittel steigen deutlich. Wir schlagen ein Preismodell für patentgeschützte Arzneimittel vor, das auf vernünftigen Kriterien beruht und nach Markteintritt greift. Darüber hinaus brauchen wir Fokuslisten für neue Arzneimittel, um den Wettbewerb stärker am Nutzen für die Versicherten auszurichten. In einem Therapiegebiet, in dem mehrere vergleichbare Arzneimittel auf dem Markt sind, schlagen wir vor, dass die Krankenkassen die bevorzugte Versorgung auswählen können. Die Auswahl erfolgt anhand eines Katalogs, den der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt.

Auch bei Generika sehen wir Handlungsbedarf: Wir wollen die bereits guten und wirksamen Rabattverträge zu Versorgungsverträgen weiterentwickeln – zum Beispiel mit mehr Anforderungen an die Lieferfähigkeit und einem datengestützten Frühwarnsystem. So können die Krankenkassen Lieferengpässe erkennen und die vereinbarten Lieferverpflichtungen gegenüber den Pharmaunternehmen durchsetzen. Höhere Preise müssen an eine höhere Versorgungssicherheit gekoppelt werden. So wird die Versorgung wirtschaftlicher und sicherer.

Wettbewerb

Mehr Mut für unter- nehmerisches Handeln

Die im internationalen Vergleich nach wie vor gute Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems beruht auf zwei Steuerungskonzepten: Selbstverwaltung und Wettbewerb. Diese Ansätze müssen durch Strukturreformen gestärkt werden. In den vergangenen Legislaturperioden wurden wirtschaftliche Handlungsspielräume systematisch eingeschränkt. Auch dadurch ist die Krankenversicherung teurer, die Versorgung aber nicht besser geworden. Zudem hat der Gesetzgeber immer wieder die Handlungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeengt und in ihre Kompetenzen eingegriffen. Hinzu kamen zahlreiche neue finanzielle Verschiebepunkte zulasten der GKV.

Wir sind der Überzeugung, dass in Zukunft möglichst viele Entscheidungen in der Selbstverwaltung getroffen werden sollten. Der Wettbewerb muss als zentrales Steuerungsprinzip gestärkt werden. Die ordnungs- und wettbewerbspolitischen Rahmenbedingungen müssen vom Gesetzgeber dort nachjustiert werden, wo die Selbstverwaltungspartner sie für eine erfolgreiche Arbeit benötigen. Die Krankenkassen müssen ihre Kompetenz als Sozialversicherungsträger, als Interessenvertreter der Mitglieder und als wirtschaftlich handelnde Wettbewerber zum besten Nutzen der Versicherten einsetzen dürfen.

17

Aufsichtsbehörden für gesetzliche Krankenkassen gibt es in Deutschland.



Darauf kommt es jetzt an:

Mehr Wettbewerb: Unser Gesundheitssystem braucht mehr statt weniger Wettbewerb. Das ist der zentrale Hebel, um das Gesundheitssystem besser und effizienter zu machen.

Mehr Fairness: Ein gesunder, guter Wettbewerb muss fair sein und gleiche Bedingungen für alle bieten. Daher ist einheitliches Aufsichtshandeln **in der GKV notwendig**.

Mehr Möglichkeiten: Für eine zukunftsfähige GKV brauchen die Krankenkassen Handlungsspielräume, damit Versicherte die beste Versorgung zum besten Preis erhalten.

Mehr Perspektiven: Das Nebeneinander von GKV und PKV muss neu gedacht werden, um das Beste aus beiden Welten zu vereinen.

Einheitliche Aufsicht für fairen Wettbewerb

Wir fordern ein konsequentes und einheitliches Handeln aller Aufsichtsbehörden in Bund und Ländern. Unser Ziel ist ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, der über den reinen Preiswettbewerb hinausgeht. So kann eine effizientere und damit bessere Versorgung erreicht werden. Die unterschiedliche Aufsichtspraxis durch das Bundesamt für Soziale Sicherung und die Aufsichtsbehörden der Bundesländer führt immer wieder zu Wettbewerbsverzerrungen zulasten der bundesunmittelbaren Krankenkassen. Um diese zu beseitigen, ist eine noch konsequentere und einheitlichere Aufsichtspraxis erforderlich. Die Wettbewerbsregeln müssen für alle Krankenkassen gleichermaßen gelten. Darüber hinaus ist eine hohe Transparenz über die getroffenen Entscheidungen erforderlich. Die Krankenkassen müssen sich darauf verlassen können, dass sie unter vergleichbaren Bedingungen agieren und die bestmögliche Versorgung für ihre Versicherten gestalten können.

Fokus auf Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit

Wir fordern grundlegende Reformen zur Kostenkontrolle und zum wirtschaftlichen Mitteleinsatz. Das vorhandene Geld muss sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt werden. Die Krankenkassen müssen dabei wettbewerblich und wirtschaftlich handeln können, um ihrer besonderen Verantwortung für die Versorgung ihrer Versicherten und für die Verwendung ihrer Beiträge gerecht zu werden.

Krankenkassen brauchen wirksame Instrumente, um ihre Versicherten im Rahmen des Wettbewerbs und im Sinne des Solidarprinzips gut und wirtschaftlich zu versorgen. Dabei gilt es, Ansprüche zu prüfen, auf Augenhöhe zu verhandeln und Angebote vergleichen zu können. Ohne eine solche aktive Rolle der Krankenkassen bleibt das viel beschworene Ziel von „mehr Effizienz im Gesundheitswesen“ eine leere Worthülse. Besonders problematisch sind die Einschränkungen bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen und die starren Verhandlungsbedingungen bei Hilfsmittelverträgen. Angesichts der stark steigenden Gesundheitsausgaben und des zunehmenden finanziellen Drucks durch die demografische Entwicklung kann es sich unser Solidarsystem nicht leisten, diese Potenziale ungenutzt zu lassen. Vielmehr gilt es, den Krankenkassen einen aktiven Beitrag zu einer zukunftsfähigen Lösung zu ermöglichen.

GKV/PKV – Für das Beste aus zwei Welten

Wir fordern, dass sich der Gesetzgeber der ungelösten Probleme des Systemwettbewerbs annimmt. Denn die gesetzlichen Krankenkassen stehen nicht nur untereinander, sondern vor allem auch mit den privaten Krankenversicherungen (PKV) im Wettbewerb. Dieser ist ungleich: Die gesetzlichen Krankenkassen müssen erhebliche Wettbewerbsnachteile hinnehmen und haben kaum Gestaltungsspielräume. Im Gegensatz zur PKV trägt die Versichertengemeinschaft der GKV zudem erhebliche finanzielle Lasten für das Gemeinwohl (aktuelles Beispiel: Krankenhaus-Transformationsfonds). Davon profitieren auch die Privatversicherten – ohne mit ihren Prämien dafür aufkommen zu müssen. Dieser dysfunktionale Wettbewerb schwächt das Solidarsystem der GKV erheblich und benachteiligt die GKV-Versicherten. Das spüren sie zum Beispiel, wenn sie einen Facharzttermin benötigen.

0

Euro beträgt der **Beitrag der PKV zum Krankenhaus-Transformationsfonds**. Die GKV zahlt jährlich 2,5 Milliarden Euro.

Die bisher vorliegenden politischen Lösungsoptionen überzeugen uns nicht. Wir sehen weder in einer gesetzlichen Einheitsversicherung noch in der weiteren Entsolidarisierung des Gesundheitssystems die Zukunft – stattdessen braucht es ein Zielbild für ein Versicherungssystem, das die Vorteile von GKV und PKV vereint. Aus der GKV: das Solidarprinzip, der Verzicht auf Risiko-selektion und Rendite sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot – und aus der PKV: der Schutz der Rücklagen sowie größere vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten. In der Gesamtschau muss das Ziel sein, das deutsche Gesundheitssystem für alle Versicherten gleichermaßen digitaler, effizienter und zugänglicher zu machen, es nachhaltig zu finanzieren, Innovationen anzuziehen und die Versorgungsergebnisse messbar zu verbessern.

422

Euro Beitrag im Monat zahlt der Staat maximal für eine **privat versicherte Person**, die Bürgergeld bezieht. Ist sie gesetzlich versichert, sind es 108 Euro.

Digitalisierung

Mehr Mut für smarte Lösungen



Darauf kommt es jetzt an:

Vernetzt statt analog: Die ePA muss zum zentralen Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens werden.

Auswerten statt archivieren: Für eine gezielte und hochwertige Gesundheitsversorgung müssen wir KI und Gesundheitsdaten smart nutzen.

Einfach statt kompliziert: Digitale Angebote müssen nutzerfreundlich werden.

Regel statt Ausnahme: Die digitale Terminvergabe muss zum Standard werden und Telemedizin überall möglich sein.

Krank zu sein ist oft eine herausfordernde Erfahrung. Gerade in dieser Lebenssituation sind eine gute Betreuung, die schnelle Erreichbarkeit medizinischer Leistungen und verständliche Abläufe entscheidend. Die Digitalisierung spielt dabei eine zentrale Rolle: Termine können online gesucht, gebucht und wahrgenommen werden. Patientendaten können zentral gespeichert und ausgetauscht und Medikamente online bestellt werden. Theoretisch ist dies bereits möglich. Die Praxis zeigt jedoch: Oft ist es für Nutzende viel zu kompliziert und für Anbieter so gut wie nicht umsetzbar.

Deutschland braucht deshalb einen Paradigmenwechsel. Weg von Überregulierung und überkomplexen Datenschutzstandards, hin zu verständlichen Strukturen und einer verantwortungsvollen Datennutzung zum Wohle der Versicherten. Der Servicegedanke muss dabei klar im Vordergrund stehen. Erst wenn die Menschen in Deutschland erkennen, dass digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte (ePA) ihr Leben vereinfachen, werden sie diese annehmen. Als digitale Vorreiter setzen wir uns aktiv dafür ein. Unser Ziel: Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen an eine Spitzenposition zu befördern. Dafür muss jetzt gehandelt werden.

Bis zu

4

Monate dauert es, bis die **Routinedaten bei den Krankenkassen eintreffen**. Erst dann können sie die Versicherten unterstützen.

ePA als zentrale Kommunikations- und Datenplattform nutzen

Wir fordern, dass die ePA für alle der zentrale digitale Dreh- und Angelpunkt im Gesundheitswesen werden muss. Bei flächendeckender Nutzung durch alle Leistungserbringer und Versicherten etabliert sie sich als eine zentrale Plattform für Gesundheitsdaten. Sie vereinfacht die Datenübermittlungen, etwa von Impfungen, Arztbriefen und Diagnosen, erheblich. Gleichzeitig bringt sie Datensouveränität für die Versicherten, die so zum ersten Mal eigenständig ihre Gesundheitsdaten bündeln und einsehen können.

Dafür braucht es einen einfachen Zugang und intuitive Bedienbarkeit bei gleichzeitiger Datensicherheit. Aktuell stehen sich vorgegebene Sicherheitsstandards und Nutzerfreundlichkeit im Weg. Wenn Versicherte aufgrund zu komplexer Anmeldeverfahren keinen Zugriff auf ihre eigenen Daten haben, ist dies auch eine deutliche Einschränkung ihrer Datensouveränität. Die Versicherten sollten daher selbst entscheiden können, welches Anmeldeverfahren sie nutzen. Dies kann durch das schon jetzt verfügbare Verfahren mit Personalausweis und PIN erfolgen. Alternativ bietet sich das Video-Ident-Verfahren an. Es ist niedrigschwellig und hat sich bereits in der Coronazeit bewährt. Dafür bedarf es entsprechender gesetzlicher Vorgaben.

Darüber hinaus muss es das Ziel sein, die ePA flexibler und vielfältiger zu gestalten. Aktuell gibt die gematik genau vor, welche Funktionen in der ePA enthalten sein müssen, wie zum Beispiel die Übersicht der Medikamente. Weitere Add-ons sind nicht vorgesehen. Das führt dazu, dass Neuerungen nur langsam umgesetzt werden können. Um das zu ändern, sollten die Krankenkassen gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit erhalten, zusätzliche individuelle Angebote in ihre ePA einzubauen. Dadurch können neue Ansätze schneller ausprobiert und getestet werden. Zudem entsteht ein Wettbewerb um die besten Lösungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Versicherte erhalten dadurch die Möglichkeit, von vielen unterschiedlichen Dienstleistungen und Funktionen zu profitieren. Mit dem neuen Ansatz können sie auf innovative Gesundheitsangebote zugreifen und ihre medizinischen Daten effektiver für ihre individuelle Gesundheitsversorgung nutzen. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich, dass in der ePA strukturierte und vollständige Daten vorhanden sind. Nur so kann die ePA erfolgreich werden und ein Mehrwert für alle sein.

Individuell versorgen durch Datennutzung

Wir fordern eine gezielte Zusammenführung vorhandener Gesundheitsdaten – auch mithilfe von Künstlicher Intelligenz. Dadurch kann die Qualität der Versorgung erheblich verbessert werden. Unser Ziel ist es, unseren Versicherten Empfehlungen anzubieten, die ihnen ein gutes Gesundheitsmanagement ermöglichen und ihre gesundheitliche Prävention verbessern. Die Versicherten sollen selbst entscheiden, welche Daten sie den Krankenkassen freigeben möchten. Dafür müssen die passenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Daten- und Gesundheitsschutz müssen dabei fortlaufend abgewogen werden. Datenschutz darf nicht dazu führen, dass Menschenleben in Gefahr geraten. Im Sinne des Patientenschutzes müssen Patientinnen und Patienten ein Anrecht darauf haben, dass ihre Daten in ihrem Sinne ausgewertet werden.

10

Jahre dürfen **Gesundheitsdaten** maximal gespeichert werden.

Auch die Datenverfügbarkeit muss dringend verbessert werden. So liegen die Löschrufen von Gesundheitsdaten derzeit bei maximal zehn Jahren. Für langfristige Auswertungen bestimmter Gesundheitsrisiken sind aber 20 und mehr Jahre notwendig. Auch die aktuelle Praxis der verzögerten Datenübermittlung an Krankenkassen bedarf dringend einer Reform. Heute erhalten Krankenkassen bestimmte Abrechnungsdaten erst bis zu vier Monate nach dem Arztbesuch. Diese Verzögerung verhindert eine effektive und zeitnahe Ansprache der Versicherten. Ein Angebot für eine Haushaltshilfe vier Monate nach einem Knochenbruch hilft niemandem. Daher brauchen Krankenkassen Routinedaten tagesaktuell.

7,5

Millionen Downloads hat die **App** der Techniker Krankenkasse.

Digital als Selbstverständlichkeit

Unser Ziel ist es, die Digitalisierung im Gesundheitswesen nutzerfreundlicher und effizienter zu gestalten. Nur so schaffen wir eine breite Akzeptanz bei allen Beteiligten. Wir wollen, dass Gesundheits-Apps auf jedem Smartphone zur Normalität werden und sie jede und jeder selbstverständlich nutzt. Apps können so zu essenziellen und wirkungsvollen Begleitern bei Gesundheit und Krankheit werden. Beginnend mit einem ersten Symptomcheck durch KI, über eine Online-Terminbuchung und eine Online-Behandlung bis hin zur Medikamentenbestellung muss alles per Smartphone möglich sein. Um das zu erreichen, braucht es mehr Freiräume im Kassenwettbewerb und einen nutzerorientierten Datenschutz. Zudem darf die gematik mit Eigenentwicklungen von Produkten nicht gleichzeitig zum Kontrolleur und Anbieter werden. Dieses Wettbewerbssegment sollte den Krankenkassen und den Marktteilnehmenden überlassen werden.

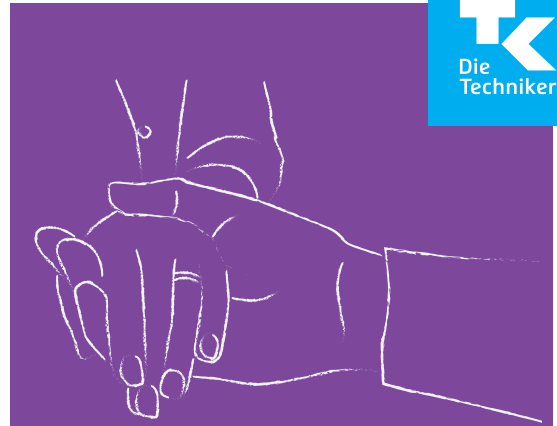
Telemedizin und Terminservice – immer und überall

Wir fordern, dass Patientinnen und Patienten schneller Behandlungstermine erhalten, wenn sie akut erkrankt sind. Dafür muss auch die Telemedizin gefördert werden. Medizinisches Personal sowie Patientinnen und Patienten können so bundesweit miteinander vernetzt werden. Räumliche Nähe darf kein zwingendes Kriterium für die Behandlung sein. Natürlich braucht es gute Konzepte für die Anschlussversorgung, wenn ein Folgetermin in Präsenz nötig ist. Wenn allerdings nur der Arzt vor Ort Online-Termine anbieten kann, ist für den ländlichen Raum kein Mehrwert geschaffen. Es braucht also Klarheit: Für eine bedarfs- und patientenorientierte Versorgung muss auch eine Ärztin oder ein Arzt in Bayern einen Versicherten auf Rügen schnell und zuverlässig beraten können. Um das zu erreichen, sind telemedizinische Angebote als Teil der Versorgung mit einzubeziehen. Dahin gehend muss auch die Finanzierung angepasst werden.

Schließlich muss die Terminvergabe im Gesundheitswesen ins digitale Zeitalter geholt werden. Noch ist die telefonische Terminvereinbarung Standard. Wir brauchen eine bundesweit einheitliche Terminplattform, auf der Arztpraxen Terminkontingente verbindlich einstellen. Auf diese sollen sowohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch Krankenkassen diskriminierungsfrei zugreifen und Termine anbieten können. Diese Vorschläge entlasten nicht nur unsere mehr als 11,7 Millionen Versicherten in ihrem Alltag, sondern ermöglichen allen Menschen in Deutschland den Sprung in eine zielgenauere digitale Gesundheitsversorgung.

Pflege

Schnelle Entlastungen für eine sichere Zukunft



Darauf kommt es jetzt an:

Sicherheit: Die Pflegeversicherung muss dauerhaft finanziell stabilisiert werden.

Fairness: Beitragsgelder dürfen nur für originäre Leistungen der Pflegeversicherung verwendet werden.

Entlastung: Die Pflege muss unbürokratischer werden und die Pflegenden müssen entlastet werden.

Vernetzung: Das bundesweite Onlineportal für Pflegeplätze muss kommen.

Zukunftsfähigkeit: Auch die Pflege muss digitaler werden.

Immer mehr Menschen erhalten Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Suche nach zuverlässigen Pflegeanbietern wird zur Herausforderung. Die steigende Zahl der Leistungsempfänger bindet erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen. Pflegenden, Gepflegten und Beitragszahlenden spüren dies zunehmend. Es braucht sehr schnell gesellschaftliche und politische Grundsatzentscheidungen. Die Handlungsfähigkeit der Pflegeversicherung muss kurzfristig gesichert und langfristig konsolidiert werden. Dazu bieten sich eine Reihe von Maßnahmen an.

6

Milliarden Euro Mehrkosten wegen der Coronapandemie hat der Bund den Pflegekassen noch **nicht zurückgezahlt**.

Finanzielle Entlastung

Wir fordern eine bessere Investitionsfinanzierung für stationäre Pflegeeinrichtungen durch die Länder und einen verbindlichen, dynamisierten Steuerzuschuss aus Bundesmitteln. Dieser sollte mindestens die Refinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige umfassen. Denn die soziale Absicherung der nicht erwerbsmäßig Pflegenden ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Beitragszahlenden müssen zudem schnellstmöglich von den finanziellen Belastungen der Coronapandemie befreit werden. Zur Bewältigung der Krise wurden erhebliche Mittel aus den Rücklagen der Pflegekassen bereitgestellt. Die Rückführung von 6 Milliarden Euro steht noch aus. Sie

müssen endlich aus dem Bundeshaushalt beglichen werden. So ließe sich der Beitragsanstieg abschwächen.

Auch die Bundesländer müssen ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten in der stationären Langzeitpflege nachkommen. Dies entlastet sofort und unmittelbar die Eigenanteile. Darüber hinaus sollten die Ausbildungskosten für die Pflegeberufe steuerfinanziert werden. Darüber hinaus fordern wir einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, um die Herausforderungen der Pflege gesamtgesellschaftlich gerecht zu verteilen.

3,6

Milliarden Euro Beiträge zahlte die Pflegeversicherung 2023 an die Rentenversicherung für die **Absicherung pflegender Angehöriger**.

Jährliches Entlastungsbudget

Wir fordern, den monatlichen Entlastungsbetrag als flexiblen Jahresanspruch auszugestalten. Dies entlastet die Betroffenen und reduziert den Verwaltungsaufwand. Pflegebedürftige müssen ihre Pflegesituation so einfach wie möglich organisieren können. Bürokratische Hürden erhöhen den Aufwand unnötig. Beim Entlastungsbetrag kann dies mit einer Jahresregelung vereinfacht werden.

Stationäre Eigenanteile von Bürokratie befreien

Wir fordern, die Leistungsbeträge und die Zuschussregelung in der stationären Langzeitpflege zu einem einzigen Zahlungsvorgang zusammenzufassen. Der Zahlbetrag sollte sowohl die Zuschüsse zu den Eigenanteilen als auch den gestaffelten Leistungsbetrag umfassen. Der hohe Aufwand unterjähriger Anpassungen könnte so vermieden werden. Das entbürokratisiert, spart Verwaltungskosten und ist sozial gerechter.

Bundesweites Onlineportal hilft bei der Suche

Wir fordern ein bundesweit einheitliches Onlineportal. Denn wer einen Pflegeplatz braucht, sucht oft mühsam und langwierig nach freien Kapazitäten. Vereinzelt gibt es regionale Informationsportale. Sie können vor Ort helfen und schaffen lokale Transparenz über Angebot und Nachfrage. Bei der Suche nach Kurzzeitpflegeplätzen oder Angeboten in verschiedenen Regionen helfen sie nicht weiter. Es darf nicht vom Wohnort abhängen, ob Betroffene schnelle Hilfe finden. Der Gesetzgeber muss zügig alle Einrichtungen verpflichten, ihre freien Kapazitäten in einem solchen Portal transparent zu machen. Diese digitale Lösung schafft Transparenz und erleichtert den Betroffenen den Zugang zu den benötigten Pflegeleistungen – schnell und flächendeckend in ganz Deutschland.

Vernetzung entlastet

Wir fordern, dass der Gesetzgeber die Digitalisierung im Pflegesystem weiterhin aktiv fördert. Im Pflegefall werden viele Informationen aus unterschiedlichen Quellen benötigt – Daten zum Gesundheitszustand, zur Wohnsituation, zu finanziellen Leistungen und vieles mehr. Oft sind diese Informationen jedoch unstrukturiert und an unterschiedlichen Stellen dokumentiert. Dies erschwert die ohnehin schwierige Pflegesituation für alle Beteiligten. Mit der elektronischen Patientenakte könnten all diese Pflegedaten gebündelt und strukturiert nutzbar

gemacht werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der Informationsfluss digital funktioniert. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen müssen an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Es braucht das Engagement aller Akteure: Netzbetreiber, Softwarehersteller, Gematik, Leistungserbringer und Kostenträger.

Digitale Kompetenz erweitern

Wir fordern, dass digitale Prozesse in der Pflege als wichtiger Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung verankert und finanziert werden. Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und professionell Pflegenden brauchen mehr digitale Pflegekompetenz. Die Menschen müssen in der Lage sein, digitale Unterstützungsangebote im Pflegesystem zu verstehen und zu nutzen. Mit dem technischen Grad der Digitalisierung muss daher auch die digitale Pflegekompetenz wachsen. Nur so können digitale Angebote entlastend wirken. Wir fördern den Zugang unserer Versicherten zu digitalen Unterstützungsangeboten.

Attraktive Arbeitsbedingungen schaffen

Wir fordern bessere Strukturen und berufliche Perspektiven, um möglichst viele Menschen für die Arbeit in der Pflege zu begeistern. Immer mehr pflegebedürftige Menschen sind auf die Unterstützung durch qualifizierte Pflegekräfte angewiesen. Diese Fachkräfte werden auf dem Arbeitsmarkt seit Jahren dringend gesucht. Die verbesserte Bezahlung hat an diesem Mangel kaum etwas geändert. Mehr Geld allein reicht nicht aus, um die benötigten Fachkräfte zu finden. Die Arbeitsbedingungen insgesamt müssen noch besser werden. Das gelingt nur gemeinsam mit den Tarifpartnern, der Pflegeversicherung und den politisch Verantwortlichen.

2,15

Millionen Pflegekräfte werden 2049 in Deutschland benötigt.

Prävention und Nachhaltigkeit

Mehr Schutz für Umwelt und Gesundheit



Worauf es jetzt ankommt:

Datennutzung erleichtern: Mit Gesundheitsdaten können gezieltere und bessere individuelle Präventionsangebote gemacht werden.

Zusammenarbeit stärken: Die Rahmenbedingungen in Lebenswelten wie Betrieben, Universitäten, Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen müssen verbessert werden, um wirksame Präventionsangebote umsetzen zu können.

Folgekosten verhindern: Nachhaltigkeit muss bei künftigen Regelungen für die Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Mehr Schutz für Umwelt und Gesundheit

Es gilt jetzt, nachhaltige Entscheidungen zu treffen und kluge Präventionsstrategien zu entwickeln, denn die Herausforderungen an unsere Gesundheit nehmen zu: Chronische Erkrankungen, Stress und Umwelteinflüsse belasten immer mehr Menschen. Wir wissen längst, wie entscheidend dabei die Rolle der Prävention ist: Wer frühzeitig handelt, kann viele Krankheiten verhindern und die eigene Lebensqualität nachhaltig verbessern.

Gleichzeitig haben der Klimawandel und seine Folgen für Umwelt und Menschen direkte Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitswesen. Prävention und Nachhaltigkeit müssen daher zusammen gedacht werden. Nur auf einem gesunden Planeten können wir auch gesunde Lebensbedingungen erhalten. Umgekehrt trägt auch präventives Handeln dazu bei, natürliche Ressourcen zu schonen und Umweltschäden durch das Gesundheitssystem zu minimieren.

Etwa

6 %

der **klimaschädlichen Emissionen** in Deutschland werden **durch das Gesundheitssystem** verursacht.

Kluge Prävention durch Datennutzung

Wir fordern einen Neustart in der individuellen Prävention, indem es den Kassen erlaubt wird, Präventionsangebote auf der Basis von individuellen Gesundheitsdaten passgenau anzubieten. Das kann Grundlage für effektive Prävention im Gesundheitswesen werden. Durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz sollen individuelle Gesundheitsrisiken frühzeitig erkannt und so maßgeschneiderte Präventionsmaßnahmen angeboten werden können. Die Versicherten entscheiden dabei stets selbst, welche Daten sie zur Verfügung stellen wollen.

Ein starker Fokus auf Prävention kann nicht nur dazu beitragen, die Lebensqualität der Menschen zu erhöhen, sondern langfristig auch die Versorgungsstrukturen entlasten. Diese Entwicklung gilt es, aktiv voranzutreiben und Prävention so zu gestalten, dass sie auf digitale Innovationen setzt und die individuellen Bedürfnisse der Menschen berücksichtigt. Die Individualprävention sollte dabei die Eigenverantwortung fördern, anstatt den Schwerpunkt auf medizinische Interventionen zu legen. Nur so ermöglicht sie es den Menschen, aktiv etwas zu ihrer Gesundheit beizutragen und dies als eine positive, selbstbestimmte Handlung wahrzunehmen.

Gesundheitsförderung in den Lebenswelten

Wir fordern, dass die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gestärkt wird, denn das ist die wirksamste Methode, Alltagsleben und Gesundheit zu verbessern. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss in allen Politikbereichen verankert werden und stärker steuerfinanziert erbracht werden.

Wir tragen mit unseren Präventionsangeboten in Betrieben, Universitäten, Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen dazu bei, Kinder, Jugendliche und Erwachsene in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu stärken. Mit unseren verhältnispräventiven Angeboten für die Lebenswelten erreichen wir betroffene Gruppen ohne Stigmatisierung. Unsere Angebote können aber nur dort ihre volle Wirkung entfalten, wo die Einrichtungen und Akteure in den Lebenswelten die Möglichkeit haben, sie umzusetzen. Durch den Fachkräftemangel ist die personelle Belastungsgrenze in den Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen erreicht. Es fehlt an Personal für die regulären Aufgaben der Bildungseinrichtungen und an Zeitressourcen für Fortbildung und Qualifizierung für die neuen Anforderungen. Gesundheitsförderung wird dann als zusätzliche Belastung empfunden und kann nicht umgesetzt werden. Als Anbieter qualitätsgeprüfter und wirksamer Gesundheitsförderungsangebote brauchen wir diese Lebensweltträger, um genau hier ansetzen zu können. Der Gesetzgeber muss hier die Rahmenbedingungen schaffen, damit Gesundheit in diesen wichtigen Settings gestärkt werden kann.

7,7

Millionen Menschen erreichten die Krankenkassen im Jahr 2023 mit **Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in ihren Lebenswelten**.

Klimaschutz ist Gesundheitsschutz

Wir fordern, Klimaschutz auch als Gesundheitsthema zu ergreifen. Bei zukünftigen Regelungen sollte konsequent darauf geachtet werden, dass auch die ökologische Dimension von Nachhaltigkeit – unter anderem in Form von Klimaschutz und Klimaanpassung – bei der Leistungserbringung berücksichtigt wird.

Nur in einer gesunden Umwelt können Menschen gesund leben. Der Klimawandel und andere Umweltveränderungen betreffen das Gesundheitswesen in zweifacher Hinsicht: Zum einen verursacht das Gesundheitssystem klimaschädliche Emissionen. Zum anderen sind die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels bereits heute spürbar und werden absehbar zunehmen – neben den Folgen von Extremwetterereignissen wie Überschwemmungen sind dies Hitzebelastungen, Atemwegs-, Herz-Kreislauf- und allergische Erkrankungen, UV-bedingte Gesundheitsschäden, Infektionskrankheiten und psychische Belastungen. Das bedeutet Folgekosten für das ohnehin finanziell angeschlagene Gesundheitssystem sowie für die Wirtschaft und die Gesellschaft insgesamt.

Impressum – Verantwortlich für den Inhalt: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Telefon 040-69 09-17 83, Internet: tk.de/politik; E-Mail: berlin-gesundheitspolitik@tk.de;

Verantwortlich: Inga Laboga; Redaktion: Sandra Barnert, Dirk Engelmann, Matthias Jakob, Martin Langendorf, Martin Müller, Robin Rösenberg, Nina Simon
Gestaltung: Christina Bartheidel;

© Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung.

Hier erfahren Sie mehr:

Alle Forderungen der TK zur Bundestagswahl 2025 und zusätzliche Informationen und Hintergründe finden Sie auf: tk.de/bundestagswahl

Mehr Informationen gibt es auch auf dem **TK-Unternehmensblog WirTechniker**.

Für Rückfragen der Politik

Techniker Krankenkasse / Büro Berlin
Tel. 030 - 28 88 47 10
berlin-gesundheitspolitik@tk.de

Für Rückfragen der Medien

Techniker Krankenkasse / Unternehmenskommunikation
Tel. 040 - 69 09 17 83
pressestelle@tk.de

Folgen Sie der TK-Pressestelle auch in den sozialen Medien:

