



Gesundheit zählt

Die Forderungen der TK zur Bundestagswahl 2021

A close-up photograph of a hand touching the surface of water, creating concentric ripples. The water is a deep teal color, and the hand is in the lower-left foreground. The text is overlaid on the right side of the image.

*Die Pandemie hat mehr als deutlich
gezeigt, wie entscheidend eine belastbare
digitale Infrastruktur in unterschiedlichen
Lebensbereichen ist – beziehungsweise
wie verheerend es sein kann, wenn sie
fehlt oder Lücken aufweist.*

Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

„Gesundheit zählt“ – das ist ein ebenso einfaches wie zentrales Fazit aus der Pandemie, die uns alle seit vergangem Frühjahr in Atem hält. „Gesundheit zählt“ bedeutet auch, dass es jetzt gilt, unser Gesundheitssystem so aufzustellen, dass es angesichts künftiger Herausforderungen nicht nur bestehen kann, sondern weiterhin den weltweiten Vergleich nicht zu scheuen braucht.

In der auslaufenden Legislaturperiode wurden von ePA bis DiGA zahlreiche Impulse gesetzt, die unser Gesundheitssystem vor allem im Bereich Digitalisierung spürbar voranbringen. Hier darf aus Sicht der TK die zukünftige Gesundheitspolitik nicht nachlassen. Die Pandemie hat mehr als deutlich gezeigt, wie entscheidend eine belastbare digitale Infrastruktur in unterschiedlichen Lebensbereichen ist – beziehungsweise wie verheerend es sein kann, wenn sie fehlt oder Lücken aufweist. Genau an diesem Punkt gilt es, weiterzuarbeiten und dafür zu sorgen, dass aus den zahlreichen digitalen Impulsen und Initiativen vernetzte, belastbare Strukturen werden, von denen alle Menschen in Deutschland profitieren.

Neben der Digitalisierung ebenso entscheidend: die Finanzierung unseres Gesundheitssystems im Rahmen eines fairen Wettbewerbs für die Zukunft aufzustellen. Das gelingt nur, wenn wir systematisch Effizienzchancen nutzen, von denen unser Gesundheitswesen noch immer viele bietet. Außerdem bedarf es echter Strukturreformen, die etwa dafür sorgen, dass unsere Krankenhauslandschaft bedarfsgerechter und qualitätsorientierter gestaltet wird.

Als TK verstehen wir uns mit Blick auf diese Herausforderungen gegenüber der Politik als Sparringspartner, Impulsgeber und Vertreter unserer 10,7 Millionen Versicherten. Mit unseren gesundheitspolitischen Forderungen zur Bundestagswahl wollen wir der Politik, aber auch den vielen Menschen im Gesundheitssystem eine Perspektive aufzeigen. Eine Perspektive auf ein noch besseres Gesundheitssystem, in dem wir weiterhin gerne und gemeinsam arbeiten, und das nicht nur solide finanziert, sondern nachhaltig organisiert und engagiert ist. Wir zeigen damit auf, was aus unserer Sicht jetzt wichtig ist und was in den kommenden vier Jahren gemeinsam angegangen werden muss, damit wir auch weiterhin auf die Gesundheit zählen können.



Ihr Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands der TK

Inhalt

Digitalisierung	4
Vernetzte und verbesserte Versorgung	10
Pflege	14
Krankenhausstruktur	18
Wettbewerb und Finanzierung	22
Versorgungsinnovationen	26
Patientensouveränität und Prävention	30

Digitalisierung



Für die Digitalisierung des Gesundheitswesens steht jetzt eine zentrale Weichenstellung für das beginnende Jahrzehnt an: Jetzt entscheidet sich, ob die Digitalisierung zur Herausforderung oder zur Chance wird.

Digitale Transformation Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist längst keine Zukunftsmusik mehr. Sie findet heute statt. 2021 ist ein entscheidendes Jahr: Seit dem 1. Januar ist die elektronische Patientenakte online. Digitale Gesundheitsanwendungen sind erstmals Bestandteil der Regelversorgung. Die Telematikinfrastruktur erreicht nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens. Mit der Bundestagswahl steht eine zentrale Weichenstellung für das beginnende Jahrzehnt an: Schafft es die Politik, die digitale Transformation nicht nur als Herausforderung an bestehende Modelle in Wirtschaft und Gesellschaft zu sehen, sondern auch als Chance für deren Weiterentwicklung und Modernisierung? Die dafür nötigen programmatischen Weichenstellungen müssen heute vorgenommen werden, damit das deutsche Gesundheitswesen mit der weltweiten Entwicklung weiter Schritt halten kann.

Wir brauchen eine Digitalisierung, die Nutzen für die Versicherten bringt und einen Mehrwert für die Gesellschaft schafft. Die kommenden vier Jahre sind dabei von herausragender Bedeutung. Zahlreiche digitale Vorhaben sind jetzt online oder stehen kurz vor dem „Launch“. Sie müssen nun zünden und für möglichst viele Menschen einen erkennbaren Vorteil schaffen. Nur so wird die digitale Transformation des Gesundheitswesens ein Erfolg.

Die TK wird die Umsetzung weiter aktiv vorantreiben. Gleichzeitig werden wir die Politik weiter darauf drängen, das Erreichte zu überprüfen, Hindernisse aus dem Weg zu räumen und nachhaltige Lösungen zu finden. Unser gemeinsames Ziel muss es sein, in den kommenden vier Jahren die digitale Transformation des Gesundheitswesens in funktionierende Prozesse zu überführen. Dazu brauchen wir eine Telematikinfrastruktur, die sicher ist, selbst dem letzten Winkel unseres Gesundheitssystems eine Anschlussmöglichkeit bietet und von allen genutzt wird. 2025 sollen alle Versicherten sowie Patientinnen und Patienten nicht nur über eine elektronische Patientenakte verfügen, sondern sie sollen sie im Alltag mit allen Leistungserbringern nutzen können. Wenn wir als gesetzliche Krankenversicherung diese Herausforderungen bis 2025 nicht selbst meistern, werden die Menschen die Lösungen bei anderen Anbietern suchen und finden. Die Nachfrage besteht schon lange und die neuen Akteure im Gesundheitswesen stehen mit ihren Angeboten be-

reit. Die Frage ist daher nur, ob das deutsche Gesundheitssystem die digitale Transformation aktiv mitgestalten kann oder ob es passiv von dieser umgestaltet wird.

Der Umbruch bringt auch für die Krankenkassen große Veränderungen mit sich. Entlang der Wertschöpfungskette entstehen immer neue digitale Geschäftsmodelle. Das Gesundheitswesen entwickelt sich zu einem digitalen Ökosystem. In diesem steht der Nutzen für die Versicherten im Vordergrund. Die TK sieht sich dabei als Vorreiter und möchte den systemischen Rahmen für die GKV als Plattform mitgestalten. Diese Plattform schafft den Rahmen für einen Informationsaustausch und für Datentransparenz. Versicherte erhalten so eine Übersicht der Angebote unter Berücksichtigung höchster Datenschutzanforderungen. Um dies zu verwirklichen, brauchen die Krankenkassen sichere digitale Kanäle für den Informations- und Datenaustausch mit ihren Versicherten.

Aus unserem Selbstverständnis als zentraler Ansprechpartner der Versicherten heraus entwickelt die TK Ideen und Projekte zur Gestaltung des digitalen Wandels. Wir nutzen digitale Instrumente zur Weiterentwicklung der Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten, die sofort erlebbare, individuell auf sie zugeschnittene digitale Lösungen und Angebote ermöglichen. Wir wollen für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen ein Gesprächs- und

In Kürze

- Die **elektronische Patientenakte (ePA)** muss zum digitalen Herzstück der Versorgung werden.
- Wir brauchen einen **zeitgemäßen Umgang mit Daten**, der Patientinnen und Patienten Chancen auf bessere Versorgung eröffnet.
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen braucht mehr Tempo: Dazu gehört eine **bessere Netzqualität, aktuellere Dokumentationsdaten und digitale Prozesse**.

Verhandlungspartner auf Augenhöhe sein. Mit fairen Versorgungsverträgen wollen wir gemeinsam mit ihnen die medizinische Versorgung für unsere Versicherten innovativ ausgestalten. Als Ideengeber für die Politik entwickeln wir digitale Lösungen und weisen aus diesen Erfahrungen den Weg für die Weiterentwicklung des gesetzlichen Rahmens. Damit machen wir konkrete Vorschläge, wie wir unser Gesundheitswesen auf die Zukunft vorbereiten können.

Ein leistungsfähiges Internet für alle Für die Digitalisierung des Gesundheitswesens sind schnelle, sichere und flächendeckende Internetverbindungen Voraussetzung. Die Bundesregierung will bis zum Jahr 2025 einen flächendeckenden Ausbau mit Gigabit-Netzen erreichen. Die TK fordert eine schnelle Umsetzung, nicht nur in Metropolen und Ballungsgebieten, sondern auch in der Fläche. Gerade in dünn besiedelten Gebieten kann die Digitalisierung ihre Vorteile ausspielen, wie es Anwendungen der Telemedizin und des Telemonitoring bereits heute belegen können. Die GKV-Versicherten in ländlichen Regionen haben das gleiche Recht auf Teilhabe am Fortschritt in der medizinischen Versorgung durch die Nutzung des digitalisierten Gesundheitswesens wie jene in Großstädten.

Die elektronische Patientenakte ist das Herzstück der Versorgung Um ihre Vorreiterrolle in der Digitalisierung weiter zu stärken, wird die TK ihre digitalen Angebote ausweiten und ihren Versicherten transpa-

rent und sicher auf einer Datenplattform zur Verfügung stellen. Herzstück wird dabei die elektronische Patientenakte (ePA) sein, die den Versicherten seit dem 1. Januar 2021 zur freiwilligen Nutzung zur Verfügung steht. Wir wollen die mit der ePA verbundene Chance, alle für die Versorgung notwendigen Informationen an einem Ort zu bündeln, für die Versorgung unserer Versicherten entschlossen nutzen. Deshalb fordern wir, dass der Anschluss aller Leistungserbringer an die TI schnellstmöglich abgeschlossen wird. Weiterentwicklungen dürfen diesen Prozess nicht aufhalten.

Die Datenstrukturen des digital vernetzten Gesundheitswesens müssen einheitlich angelegt sein. Diese Interoperabilität ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für ein erfolgreich digitalisiertes Gesundheitswesen. Nur so funktioniert vernetzte Kommunikation. So wird spürbarer Nutzen geschaffen. IT-Insellösungen hingegen können keinen Mehrwert schaffen. Parallelstrukturen sind ineffizient und gefährden die Akzeptanz durch die Versicherten. Bisher fehlt

eine verbindliche Festlegung der IT-Standards zur Interoperabilität. Für den reibungslosen Austausch medizinischer Daten zwischen den unterschiedlichen Akteuren und ihren IT-Systemen sind sie aber zwingend erforderlich. Darüber hinaus schafft erst das Zusammenführen großer und größter Datenmengen die Grundlage für eine sinnvolle Verwendung von Systemen und Anwendungen mit künstlicher Intelligenz (KI). Wir sind überzeugt, dass die Gesundheitsforschung damit zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Zukunft beitragen kann. Die TK fordert, dass Leistungserbringer über standardisierte Schnittstellen verfügen müssen, um einen reibungslosen Datenaustausch zwischen Versicherten, Krankenkassen und allen Leistungserbringern zu gewährleisten.

73

Millionen GKV-Versicherte haben seit dem 1. Januar 2021 einen **Anspruch auf die elektronische Patientenakte (ePA)**.

Wir wollen die mit der ePA verbundene Chance, alle für die Versorgung notwendigen Informationen an einem Ort zu bündeln, für die Versorgung unserer Versicherten entschlossen nutzen.

Individualisierte Versorgungsangebote schaffen Digitalisierung wird nur dann angenommen und gelebt, wenn die Menschen in ihr einen Nutzen für sich erkennen. Der Gesetzgeber hat dafür gesorgt, dass unterschiedliche Anwendungen wie das Arzneimittelrezept oder die ärztlichen Verordnungen digitalisiert werden. Das ist richtig, denn es erspart Zeit, beseitigt Bürokratie und reduziert die damit verbundenen Kosten.

Die TK fordert, dass alle Verordnungen und Leistungen in der ePA abgebildet und verarbeitet werden können. Der Zugang zu den digitalen Dienstleistungen darf nicht auf viele verschiedene, nicht vernetzte und gegeneinander abgeschottete Anwendun-

gen verstreut werden. Nur wenn sie zentral zugänglich sind, werden diese auch von Patientinnen und Patienten genutzt. Es sind ihre Informationen, sie müssen „live“ über sie verfügen können.

Unsere Erfahrungen mit TK-Safe, der elektronischen Patientenakte der TK, zeigen, dass darin ein echter Nutzen für die Versicherten besteht. So steigt die Akzeptanz und der Nutzen wird erlebbar. Die TK will diese digitalen Chancen nutzen und ihre Versorgungsangebote individueller und personalisiert an den Bedürfnissen der Versicherten ausrichten. Dazu fordert die TK, dass Krankenkassen, basierend auf transparenten Kriterien, Leistungserbringer empfehlen dürfen.

Datenverfügbarkeit und -nutzung zur Verbesserung der Versorgung Dass Daten einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, hat auch der Gesetzgeber erkannt: Versicherte können die Daten ihrer ePA freiwillig der medizinischen Forschung zur Verfügung stellen. Allerdings dürfen Krankenkassen und ihre Verbände diese Daten nicht zu Forschungszwecken nutzen. Das ist für uns nicht nachvollziehbar. Es ist ebenso Aufgabe der Krankenkassen, die Versorgung der Versicherten und deren Qualität zu erforschen und zu verbessern. Dazu brauchen wir den Zugriff auf diese Daten.

Die ePA-Datenspende muss selbstverständlich pseudonymisiert bleiben und darf nur mit Zustimmung der Versicherten erfolgen. Wenn Krankenkassen darüber hinaus die Vi-

taldaten und „Lifestyle“-Daten neben den „Routinedaten“ nutzen dürfen, dann können damit weitere Erkenntnisse über Zusammenhänge im Gesundheitsverhalten gewonnen werden. So können sie beispielsweise in einer Pandemiesituation mit Versorgungs- aber auch Beratungsangeboten schnell reagieren. Die TK fordert daher, dass auch Krankenkassen zum Nutzerkreis der freiwilligen Datenspenden gehören.

Vom Datenschutz zum Patientenschutz Gesundheitsdaten müssen in Deutschland und Europa besonders geschützt werden. Gleichzeitig wird ihre Nutzung eine enorme Bedeutung für den optimalen Schutz von Leben und Gesundheit haben. Die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, Daten freiwillig, anonym und unter Einhaltung des Datenschutzes zu nutzen, um Menschen vor Krankheit zu beschützen.

Dieser Weg muss weiter beschritten werden, damit Daten für die Forschung und Versorgung verwendet werden können. Daten, die in einem solidarisch finanzierten System zustande kommen, sollen zugunsten des Allgemeinwohls genutzt werden können. Im Sinne des Patientenschutzes müssen Patientinnen und Patienten ein Anrecht darauf haben, dass ihre Daten in ihrem Sinne ausgewertet werden. Es sollte sogar Standard sein. Wer nicht will, dass mit seinen Gesundheitsdaten für seine Gesundheit gearbeitet wird, kann sich jederzeit dagegen aussprechen.

Gesundheitsdaten zeitnah dokumentieren Datenerhebung ist kein Selbstzweck. Wenn im Gesundheitssystem Daten von Versicherten erhoben werden, müssen sie einem klar definierten Zweck dienen und besonders geschützt werden. Wir brauchen bessere Daten und wir müssen ihre Auswertung optimieren. Die Diagnosedaten im ambulanten ärztlichen Bereich sind ein gutes Beispiel: Sie werden lediglich quartalsweise erfasst. Hingegen sind die Daten im stationären Bereich immer tagesaktuell dokumentiert. Für die ambulante Honorarabrechnung mag das im vordigitalen Zeitalter ausgereicht haben. Eine moderne Versorgungsforschung, die Entwicklung von Versorgungsinnovationen sowie die Analyse von sektorenübergreifenden Behandlungssequenzen und Behandlungspfaden sind damit nicht möglich.

Auch bei der Bekämpfung der Pandemie hätten aktuelle ambulante Behandlungsdaten die Lagebilder auf Basis stationärer Versorgungsdaten sinnvoll ergänzen können. Bei der Auswahl der Anspruchsberechtigten für kostenlose Schutzmasken wurde ebenfalls auf die ambulanten Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen zurückgegriffen. Da diese nicht „live“ vorlagen, konnten Personen, die ihre Diagnosen erst in den zurückliegenden Quartalen erhielten, nicht berücksichtigt werden. Die Verständnislosigkeit der Betroffenen über diesen Umstand teilen wir. Die TK fordert daher, den Quartalsbezug der Honorarabrechnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufzuheben und die Daten tagesaktuell zu übermitteln.

Daten, die in einem solidarisch finanzierten System zustande kommen, sollen zugunsten des Allgemeinwohls genutzt werden können.

Unsere Erwartung an die gematik Der Gesetzgeber hat die gematik 2005 mit dem Ziel geschaffen, die Infrastruktur zur digitalen Vernetzung des deutschen Gesundheitswesens aufzubauen. Sie gibt zudem den einheitlichen Rahmen für die Digitalisierung vor, in dem sie Standards setzt, Anforderungen an Schnittstellen definiert und entsprechende Spezifikationen festlegt. Im Laufe der Jahre sind ihre Aufgaben schrittweise erweitert worden. Immer mehr Leistungserbringer und Dienstleister werden von ihr an die TI angebunden. Damit erhalten die Aufgaben der gematik zunehmend einen gesamtgesellschaftlichen Charakter. Finanziert wird die Arbeit der gematik aber weiterhin in erster Linie von den Beitragszahlern der GKV. Der GKV-SV trägt zwar den wachsenden Haushalt der gematik, hält aber nur noch einen Gesellschafteranteil von 22,05 Prozent. Die TK fordert daher, dass der Steuerzahler mit einem Bundeszuschuss gemäß dem Gesellschafteranteil des BMG bei der Gesamtfinanzierung hinzugezogen und auch eine anteilige Finanzierung durch die PKV regelmäßig überprüft und diese entsprechend angemessen eingebunden wird.

Weiterhin fordert die TK, dass die gematik nicht selbst zum Anbieter von digitalen Mehrwertprodukten werden darf. Sie soll sich auf ihre Kernkompetenz konzentrieren, den Krankenkassen und Leistungserbringern als Dienstleister zur Seite stehen und sie bei der Entwicklung der Infrastruktur und deren Betrieb unterstützen. Wenn die gematik selbst Angebote für die TI entwickelt, ist dies mit ihrer Rolle als gemeinsame Organisation nicht vereinbar. Sie darf nicht in den Wettbewerb der Anbieter eingreifen.

ePA – das e steht auch für „europäisch“ Derzeit ist die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdaten in einer elektronischen Patientenakte oder einem elektronischen Rezept nur eingeschränkt möglich. Die deutsche EU-Ratspräsidentschaft hat 2020 einen Impuls für die europaweite Nutzung von Gesundheitsdaten gegeben. 2021 wird zudem die digitale eHealth-Dienste-Infrastruktur (eHDSI) in 22 europäischen Ländern, darunter Deutschland, eingeführt sein.

Ebenfalls 2021 soll ein Rechtsrahmen für den europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space, EHDS) vorgeschlagen werden. In der EU befinden wir uns damit auf dem Weg zu verbindlichen Regelungen für den grenzüberschreitenden Datenaustausch und zur Interoperabilität. Diese Chance müssen wir ergreifen, damit unsere Versicherten die Gesundheitsdaten in ihren Patientenakten europaweit nutzen können, damit digitale Gesundheitsleistun-

gen für alle Europäerinnen und Europäer entwickelt und vertrauenswürdige Gesundheitsdienstleistungen und Produkte in ganz Europa angeboten werden können.

Die TK fordert, die grenzüberschreitende Nutzung von Gesundheitsdaten in Europa weiter auszubauen. Dazu muss der EHDS bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Patientenakte berücksichtigt werden. Es braucht zudem einen gemeinsamen, europäischen „Code of Conduct“, um neben dem rechtlichen Rahmen ein gemeinsames, wertebasiertes Grundverständnis für den Umgang mit Gesundheitsdaten in der EU und mit Drittstaaten zu etablieren. Erst dann werden Anwendungen wie die Corona-Warn-App und die elektronische Patientenakte europaweit und unter Beachtung der europäischen Datenschutzgrundverordnung nutzbar sein.

Zukunftstechnologien für die Versorgung nutzen Mit künstlicher Intelligenz werden viele Hoffnungen auf neuartige Diagnostik- und Behandlungsmethoden verbunden. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, ob alles, was technisch möglich sein wird, ethisch vertretbar ist und angewandt werden sollte. Künstliche Intelligenz wird die menschliche nicht ablösen. Sie ist vielmehr eine komplementäre Schlüsseltechnologie, die auf der Basis großer Datenmengen wissenschaftlich fundierte Ratschläge und Empfehlungen geben kann. Das bedeutet: Die finale Entscheidung trifft der Mensch

selbst. Es muss eine Auseinandersetzung mit der Komplexität und Tragweite des Themas geben. Der ethische Diskurs ist wichtig und wird von der TK aktiv mitgeführt. Wir wollen, dass Entwicklung und Anwendung von KI transparent und nachvollziehbar bleiben. Dabei geht es nicht nur um das Vertrauen in die Technologie, sondern auch in die KI-basierten Einzelfallentscheidungen und -empfehlungen.

Wir brauchen dafür eine Strategie zum Einsatz von KI im Gesundheitswesen. Die übergreifende „Nationale Strategie Künstliche Intelligenz“ der Bundesregierung gibt den Rahmen vor. Für die Anwendungen mit KI im Gesundheitswesen braucht es ein spezifisches Zulassungsverfahren. Dabei ist zu bedenken, dass sich KI-Anwendungen als selbstlernende Verfahren beständig verändern und damit den Vorstellungen des Medizinproduktegesetzes zuwiderlaufen. In diesem Zusammenhang sollten auch Haftungsfragen für die Nutzerinnen und Nutzer solcher Anwendungen geklärt werden. Die TK schlägt vor, die bestehenden Zulassungsverfahren an neue Technologien anzupassen. Darüber hinaus braucht es mehr digitale Gesundheitskompetenz bei den Patientinnen und Patienten, aber auch bei den in Heilberufen Tätigen. Für Letztere fordert die TK eine strukturierte Ausbildung auf diesem Gebiet. KI muss in den Ausbildungs- und Studiengängen stärker etabliert werden.

Bürgerfreundliche digitalisierte Verwaltungssysteme

Der Gesetzgeber hat mit dem Onlinezugangsgesetz allen Verwaltungen in Deutschland vorgeschrieben, sämtliche Verwaltungsleistungen bis 2022 für die Bürgerinnen und Bürger digital zur Verfügung zu stellen. Das betrifft auch die gesetzlichen Krankenkassen. Die TK beteiligt sich aktiv an der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes und setzt sich hier insbesondere für einfache und versichertenfreundliche technische Lösungen ein.

Wir wollen dafür den Blick auf die Abrechnung von Leistungserbringern, zum Beispiel von Heil- und Hilfsmitteln, richten. Das gegenwärtige Abrechnungsverfahren basiert auf einem seit etwa 25 Jahren existierenden Datenaustauschverfahren, das größtenteils noch immer in Papierform abgewickelt wird. Ebenso kann ein digitales Gutschriftenverfahren, zum Beispiel mit Heil- und Hilfsmitteln oder digitalen Gesundheitsanwendungen, das Abrechnungsverfahren zwischen Kassen und Leistungserbringern erleichtern. Die TK fordert daher eine vollständige Umstellung aller Abrechnungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern auf digitaler Basis.

Kooperation mit Dritten erweitern Die Wettbewerbsgrundsätze verbieten Krankenkassen, dass privatwirtschaftliche Kooperationspartner ihren Versicherten kassenfremde Rabatte gewähren und die Krankenkassen dieses besondere Angebot bewerben. Dies gilt neuerdings auch dann, wenn ein Gesundheitsbezug besteht. Die TK hält dies sachlich für nicht nachvollziehbar. Vielmehr sind solche Vorteile zu begrüßen, wenn sie die Gesundheit der Versicherten fördern. Hiervon profitiert letztlich die gesamte Versichertengemeinschaft, da langfristig Krankheiten und damit Kosten vermieden werden. Durch entsprechende Kooperationen entstehen relevante Anknüpfungspunkte an die Lebenswelten insbesondere auch jüngerer Menschen, um gesundheitsbewusstes Verhalten weiter zu fördern und zu verankern. Die TK schlägt

„Wir brauchen eine Digitalisierung, die Nutzen bringt und Mehrwert schafft. Die kommenden vier Jahre entscheiden, wie wir in Deutschland hier künftig aufgestellt sind.“

Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK

daher vor, dass Krankenkassen formal abgesichert Kooperationen mit privaten Unternehmen eingehen dürfen, sofern ein Gesundheitsbezug besteht. Finanzielle Vorteile für die Kundinnen und Kunden sollten dabei allein vom Partner finanziert werden dürfen, die Versichertengemeinschaft darf dadurch nicht belastet werden.

Rahmenbedingungen für eine neue Arbeitswelt schaffen

Die TK setzt auch im Interesse ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf mehr Flexibilität am Arbeitsplatz und einen zukunftsorientierten Einsatz von digitalen Arbeitsmitteln. In der Corona-Pandemie wurde unerwartet, aber umso eindringlicher, klar, welche zentrale Bedeutung diese Flexibilität haben kann. Mit einem breiten Angebot von Home Office und mobilen Arbeiten konnten neue Arbeitsmodelle ein-

gesetzt werden. Dies war eine wesentliche Voraussetzung zur Bewältigung der systemrelevanten Aufgaben aus der Pandemie und hatte zudem positive Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Resilienz gegenüber Krisensituationen. Zudem tragen diese Arbeitsmodelle Umweltaspekten in einem hohen Maße Rechnung und sind Teil der Nachhaltigkeitsstrategie der TK.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen setzt sich die TK dafür ein, dass zukünftig klarere Abgrenzungen zwischen mobilem Arbeiten und Home Office geschaffen werden. Geklärt werden muss, wie die Arbeitssicherheit im Home Office aussehen kann. Zudem gilt es, Regelungen für das Arbeiten auch aus dem (europäischen) Ausland zu schaffen.

A hand is shown placing a wooden block with a heart icon on top of a row of other medical-themed wooden blocks. The blocks are arranged in a grid-like pattern on a light blue background. The top block has a heart with an ECG line. The row below it contains three blocks: a stethoscope, a first aid kit, and two pills. Below that row is a single block with a syringe icon.

Vernetzte und verbesserte Versorgung

Die Nachfrage nach digitalen Versorgungsangeboten ist in den letzten Jahren rasant gewachsen und hat mit der Pandemie noch einmal zugenommen. Jetzt gilt es, diese durchdacht in der Versorgung zu verankern.

Digitale Versorgungsketten bilden Patientenversorgung erfolgt heute in der Regel in funktional und geografisch getrennten Versorgungseinrichtungen. So durchläuft eine Patientin oder ein Patient während der Behandlung unterschiedliche Versorgungspfade von einer ambulanten bis hin zu einer stationären Versorgung. In vielen Fällen kommt es dabei zu Informationslücken im Behandlungsablauf zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen. Digitale Versorgungsketten können hier für mehr Effizienz, Zielgenauigkeit und zu einer qualitativ besseren Patientenversorgung beitragen.

Digitale Versorgungsketten bergen das Potenzial, den Patientennutzen einer Behandlung im Versorgungsalltag stetig zu erhöhen. So tragen telemedizinische Angebote wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und das elektronische Rezept zu einer komfortableren, schnelleren

Digitale Versorgungsketten können hier für mehr Effizienz, Zielgenauigkeit und zu einer qualitativ besseren Patientenversorgung beitragen.

und unbürokratischen Patientenversorgung bei. Die Nachfrage nach digitalen Versorgungsangeboten ist in den letzten Jahren rasant gewachsen und hat mit der Pandemie noch einmal zugenommen, gerade weil die Patientinnen und Patienten ihre Kontakte deutlich reduziert hatten. In dieser Situation ermöglicht ein digitaler Versorgungspfad den Betroffenen zum Beispiel ein Beratungsgespräch per Videochat.

Die Ausgestaltung von digitalen Versorgungsketten stößt jedoch derzeit an ihre Grenzen, da die Leistungsbestandteile noch nicht ausreichend im Sozialgesetzbuch abgebildet sind. Die TK fordert, dass die Lücke geschlossen wird und gesetzliche Regelungen zur Umsetzung aufgenommen werden. Klar ist aber auch, dass es in der digitalen Welt Schnittstellen zu analoger Diagnostik und Therapie geben muss. Hier braucht es Organisationsmodelle, die analoge Schritte in den digitalen Versorgungsketten abbilden und integrieren.

Online-Sprechstunden ausbauen Online-Videosprechstunden haben sich bewährt. Die Corona-Pandemie bestätigt, dass immer mehr Menschen ärztliche Video-Sprechstunden nutzen wollen. Laut einer repräsentativen Umfrage des Forsa-Instituts im Auftrag der TK ist die Akzeptanz von Online-Sprechstunden von 35 Prozent im Dezember 2019 auf 50 Prozent (Stand Juli 2020) gestiegen. Die TK und ihre Versicherten haben damit sehr gute Erfahrungen machen können: Über das Online-Sprechstundenangebot TK-Doc konnten COVID-19-Risikopatienten und -Infizierte trotz Kontaktbeschränkungen und Quarantäne ärztlichen Rat und medizinische Unterstützung erhalten.

Um die telemedizinische Versorgung zu fördern, muss sie stärker in den allgemeinen Regelungsrahmen der ambulanten Versorgung integriert werden. Das Bedarfsplanungs- wie Zulassungsrecht muss neu ge-

In Kürze

- **Digitale Versorgungsketten** können die Versorgung verbessern. Diese Chance muss angemessen im Sozialgesetzbuch abgebildet werden.
- **Analoge und digitale Versorgung** muss **gemeinsam gedacht** werden.
- Die **Notfallversorgung** braucht eine **Reform**.
- „**Apps auf Rezept**“ müssen weiterentwickelt werden.

dacht und an die besonderen Erfordernisse der digitalen Behandlungsmöglichkeiten angepasst werden. Die bisherigen Erfahrungen mit den Video-Sprechstunden sollten für diese Zwecke herangezogen werden, um sie insbesondere in Regionen nutzbar machen zu können, in denen Probleme mit der Bedarfsdeckung bestehen.

Digitale und analoge Versorgung gleichstellen

Obwohl digitale Versorgungsangebote von Patientinnen und Patienten verstärkt nachgefragt und von immer mehr Leistungserbringern angeboten werden, behandelt sie das Gesetz als Ausnahmen oder Sonder- oder Zusatzleistung. Hier braucht es nicht nur einen Bewusstseinswandel, sondern auch ganz konkret eine Neustrukturierung der ambulanten Vergütungslogik. Das Ziel, analoge und digitale Behandlung gleichzustellen, muss weiter verfolgt werden. Um die telemedizinische Versorgung zu fördern, muss sie stärker in den allgemeinen Regelungsrahmen der ambulanten Versorgung integriert werden. Das Bedarfsplanungs- wie Zulassungsrecht muss auf die besonderen Erfordernisse der digitalen Behandlungsmöglichkeiten überdacht und angepasst werden.

Als logische Folge einer Gleichstellung von analoger und digitaler Versorgung müssen auch die Verordnungen, Rezepte und Bescheinigungen digital abgebildet werden.

Telemonitoring besser nutzen Die Selbstverwaltung ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Erbringung von telemedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen und hierfür notwendige Anpassungen des EBM zu beschließen. Es fehlt jedoch bis heute eine gesetzliche oder kollektivvertragliche Regelung, die die Erbringung und Abrechnung der notwendigen Übertragungsgeräte und telemedizinischen Infrastruktur im Sachleistungssystem der GKV vorsieht. Hierfür braucht es einen erweiterten Leistungsanspruch. Die TK fordert, die Möglichkeiten der Telemedizin und digitaler Versorgungsformen zu nutzen, um Sektorengrenzen zu überwinden und Produkte und Lösungen zu etablieren, die übertragbar und kompatibel sind.

Online Terminvereinbarungen ermöglichen

Online-Terminvereinbarungen sind heute für fast alle Dienstleistungen selbstverständlich. Dass dies für die Terminservicestellen nicht möglich bleiben soll, kann man 2021 niemandem mehr vermitteln. Die TK fordert daher, die Terminservicestellen so schnell wie möglich technisch und organisatorisch in die Lage zu versetzen, dass Patientinnen und Patienten über sie Termine auch online vereinbaren können.

68%

der **GKV-Versicherten** könnten sich im medizinischen Notfall vorstellen, per **Video-Sprechstunde** mit einem Arzt oder einer Ärztin zu kommunizieren. Das zeigt die repräsentative Umfrage TK-Meinungspuls.

Notfallbehandlung reformieren und digitalisieren

Der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine schnelle, angemessene und qualitativ hochwertige Akut- und Notfallversorgung steht außer Frage und berührt ein existenzielles Interesse jedes Menschen. Auch das Personal in der Notfallversorgung hat einen legitimen Anspruch auf eine Verbesserung der Angebotsstrukturen und Entlastung der Einrichtungen. Für die Zeit nach der Corona-Pandemie sollte die permanente strukturelle Überforderung der Notfalleinrichtungen durch eine Reform abgewendet werden.

Auch in der Notfallbehandlung können digitale Angebote und Fernbehandlungen als Teil des Notfallmanagements eingesetzt werden. Eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung setzt eine vernetzte Versorgung voraus, die durch eine verbindliche Kooperation aller Handelnden des Rettungsdienstes und der ambulanten und stationären Notfallversorgung zu erreichen ist. Die TK fordert eine beglei-

tende digitale Vernetzung der Versorgungsbereiche. So kann das Triage-System in der Notfallaufnahme gestärkt werden.

Ein wichtiger Baustein für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung ist die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren. Sie müssen als zentrale und gut auffindbare Anlaufstellen ausgebaut werden, in unmittelbarer Nähe zu einem geeigneten Krankenhaus liegen und rund um die Uhr geöffnet sein. Patientinnen und Patienten können sich im Notfall dort einfinden. Es erfolgt dann eine qualifizierte Ersteinschätzung, gegebenenfalls eine Erstversorgung und die Weiterleitung in die richtige Versorgungsebene. Die gesetzlichen Vorgaben sollten so flexibel gestaltet sein, dass funktionierende Strukturen nach Möglichkeit erhalten bleiben.

Träger dieser Einrichtungen sollten nach Auffassung der TK im Rahmen des Sicherstellungsauftrags die Kassenärztlichen Vereinigungen sein. Dies sollte jedoch mit einer umfassenden Kooperationsverpflichtung

mit dem benachbarten Krankenhaus verknüpft werden. Hierzu ist es nötig, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen und sinnvolle Anreize für die gegenseitige Unterstützung und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen zu setzen. Die Vergütung der Leistungen sollte unmittelbar durch die Krankenkassen durch Grundpauschalen und schweregradabhängige Pauschalen erfolgen. Sie enthalten einen Fixkostenzuschlag zur Deckung der Vorhaltekosten, der von allen Krankenkassen zu tragen ist und nur bis zu Deckung der Fixkosten geleistet wird.

Die enge Kooperation der KVen mit den Krankenhäusern stellt hohe Anforderungen an deren Kooperations- und Integrationsfähigkeit. Die TK sieht dies als wichtigen Lernprozess für eine bessere Kultur der Zusammenarbeit. Insbesondere in unterversorgten Gebieten können Integrierte Notfallzentren als erste Ausbaustufe einer zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgung angesehen werden, in der verschiedene Fachrichtungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in einer Einrichtung zusammenarbeiten.

41%

der GKV-Versicherten halten die eigene **Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen** (DiGA) für wahrscheinlich. Das zeigt die repräsentative Umfrage TK-Meinungspuls.

Digitale Gesundheitsanwendungen weiterentwickeln Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind „digitale Helfer“ in der Hand der Patientinnen und Patienten. Sie eröffnen ihnen vielfältige Möglichkeiten zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten. Außerdem können sie bei einer selbstbestimmten gesundheitsförderlichen Lebensführung unterstützen. Diese digitale Unterstützung muss weiter gefördert und ausgebaut werden.

Die TK fordert, dass das Nutzenbewertungsverfahren für DiGA konkretisiert wird: Derzeit werden positive Versorgungseffekte über den medizinischen Nutzen oder über patientenrelevante Verfahrens- und Strukturverbesserungen nachgewiesen. Künftig sollte der medizinische Nutzen allein eine Anforderung für die Bewertung sein. Verfahrens- und Strukturverbesserungen können zusätzlich positiv bewertet werden, aber erst nachdem der medizinische Nutzen nachgewiesen ist. Das BfArM muss zudem in die Lage versetzt werden, die Angaben der Hersteller bei der Beantragung zu prüfen. Derzeit stützt es sich ausschließlich auf Selbstangaben der Hersteller. Dies ist vor allem beim Nachweis eines medizinischen Nutzens und dem Datenschutz relevant.

Bisher erhalten lediglich die Produkte der Risikoklasse I oder IIa einen Marktzugang. Produkten höherer Risikoklassen ist der Zugang zur Regelversorgung verwehrt. Grundsätzlich sollte dies für Produkte höherer Risikoklassen erst mit Nachweis eines positiven Versorgungseffektes möglich sein. Um diesen zu erbringen, bieten sich vorgeschaltete Selektivverträge mit entsprechenden Evaluationen an. Dieser Weg bietet Herstellern die Möglichkeit, relativ schnell einen möglichen Nutznachweis aus Versorgungsdaten zu erbringen. Anschließend kann dann eine Aufnahme in die Regelversorgung erfolgen. Damit wird die Bandbreite der Anwendungen ausgebaut und die Versorgung durch digitale Anwendungen weiter verbessert.

Optimierungsbedarf sieht die TK bei der Wirtschaftlichkeit: Mit dem Start des DiGA-Verzeichnisses wurden zum ersten Mal Preise für die Anwendungen benannt. Die Hersteller können diese im ersten Jahr frei festsetzen. Das Gesetz sieht lediglich eine „Kann-Regelung“ für Höchstpreise vor. Angesichts der hohen Preise fordert die TK, dass bereits im ersten Jahr Höchstpreise festgelegt werden können. Es muss sichergestellt sein, dass die Kassen ausschließlich die Anwendung selbst zahlen. Distributionskosten der App-Stores müssen von den Herstellern getragen werden. Zudem braucht es gesetzliche Vorgaben für eine Budgetregelung der entsprechenden ärztlichen Leistungen, damit das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V eingehalten werden kann.



Pflege

Immer mehr Menschen benötigen immer komplexere Pflege. Das macht die Themen „langfristige Finanzierung von Pflege“ und „Unterstützung von Pflegenden“ zu zentralen Zukunftsfragen.

In Kürze

- Die **Pflegeversicherung braucht eine Reform**, die finanzielle Lasten auf viele Schultern verteilt.
- Die **Arbeit in der Pflege** muss **attraktiver** werden.
- **Pflegende Angehörige** müssen gezielt **entlastet werden**.
- Wir müssen die Chancen der **Digitalisierung** auch **in der Pflege** nutzen.

Pflegeversicherung nachhaltig finanzieren

Seit 25 Jahren steht die Pflegeversicherung den Menschen zur Seite. Sie hat sich dabei immer weiterentwickelt und an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Pflegenden angepasst. Durch den gesellschaftlichen und demografischen Wandel sind die Aufgaben und Erwartungen stetig gewachsen: Immer mehr Menschen brauchen ihre Unterstützung. Immer differenzierter werden deren Bedarfe. Immer mehr Menschen werden als Pflegenden benötigt. Deren Arbeit wird immer komplexer und auch belastender. Seit 2020 müssen sie auch eine Pandemie bewältigen. Das kostet viel Kraft und verdient mehr als nur Respekt und Anerkennung. Die TK unterstützt daher

die Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege. In der professionellen Pflege unterstützen wir Arbeitgeber und Träger in konkreten Projekten und begrüßen die tarifvertragliche Entlohnung der Pflegekräfte. Pflegenden Angehörige unterstützen wir mit einer Vielzahl an Leistungen und Angeboten der TK-Pflegeversicherung – analog wie digital.

All das kostet sehr viel Geld – bisher wurde es stets über steigende Beiträge und Eigenanteile aufgebracht. Ohne Unterstützung durch die gesamte Gesellschaft sind solche Aufgaben aber dauerhaft nicht zu stemmen. Folgerichtig hat die Koalition im Pandemiejahr 2020 erstmals einen Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung beschlossen, auch um die Gepflegten von steigenden Eigenanteilen zu entlasten. Das war richtig und wird auch nach der Pandemie weiterhin notwendig sein. Deshalb fordert die TK: Der Staat soll sich dauerhaft finanziell an der Bewältigung der Herausforderungen in der Pflege beteiligen.

Die Leistungserbringer haben die Schlüssel für bessere Arbeitsbedingungen in der Hand. Sei es bei der Bezahlung, der Arbeitsorganisation oder dem Einsatz neuer Techniken. Gleichzeitig tragen sie durch die Qualität und Effizienz ihrer Arbeit zur Entwicklung der Eigenanteile bei. Diese Verantwortung für die wirtschaftliche Belastung der Gepflegten sollte sich auch im Sozialgesetzbuch wiederfinden.

Pflegende und Pflegebedürftige entlasten Um die gesellschaftliche Akzeptanz der Pflegeversicherung als eigenständige Säule der Sozialversicherung zu bewahren, müssen die Menschen spürbar von den finanziellen, körperlichen und seelischen Belastungen durch die Pflege befreit werden. Die Pflegeversicherung muss ihnen eine Perspektive zur Entlastung geben. Die TK will dazu beitragen, das Versprechen der Pflegeversicherung zu erneuern, die Risiken der Pflegebedürftigkeit und der Pflegearbeit auf die Schultern aller zu verteilen und die Lasten – wo möglich – zu verringern.

4,13

Millionen pflegebedürftige Menschen leben in Deutschland.

Zur schnellen Entlastung aller Betroffenen schlägt die TK eine sofortige Anhebung der Leistungsbeträge vor. Die Gegenfinanzierung kann kurzfristig durch die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige durch den Bundeshaushalt erfolgen. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sollten darüber hinaus jährlich und verbindlich angepasst werden.

An diese Dynamisierung sollte ein verbindlicher Steuerzuschuss des Bundes gekoppelt werden. Damit wird der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Pflege Rechnung getragen. Zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung sollte ein Finanzausgleich geschaffen werden. Und nicht zuletzt fordert die TK, dass die Bundesländer verbindlich dazu verpflichtet werden, endlich die Investitionskosten zu übernehmen.

Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern Wenn wir die Herausforderungen bewältigen wollen, braucht es mehr als Geld. Es braucht bessere Strukturen, mehr Transparenz und neue Ideen. Nur so können wir in Zukunft möglichst viele Menschen für die Arbeit in der Pflege begeistern. Gute Pflege muss uns mehr wert sein. Dass sie es wert ist, zeigte sich nicht nur in der Pandemie, als sie die buchstäbliche Lebensrettung für viele Erkrankte war.

Nach der Pandemie ist es nun an den Tarifparteien, die Anerkennung auch in Lohnabschlüssen und besseren Arbeitsbedingungen umzusetzen.

In der Krankenpflege versucht die Große Koalition durch die Ausgliederung der Pflegekosten aus den stationären Fallpauschalen diesen Weg zu gehen. Außerdem sollen mit Geldern der Kranken- und Pflegekassen zusätzliche Fach- und Hilfskräfte eingestellt werden. Der Bedarf ist groß, das zeigen die Arbeiten zur Einführung eines Personalbemessungsinstrumentes.

Grundsätzlich muss verhindert werden, dass sich die Gehaltsschere zwischen Kranken- und Altenpflege weiter öffnet. Sonst gerät die Altenpflege vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung noch mehr unter Druck.

Mit der Konzertierte(n) Aktion Pflege und den daraus resultierenden Maßnahmen gibt es bereits gute Ansätze, die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege zu verbessern. Erfolg werden sie jedoch nur haben, wenn mit den Tarifpartnern, den Sozialversicherungen und der Politik auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen alle Beteiligten weiter gemeinsam handeln.

Um die gesellschaftliche Akzeptanz der Pflegeversicherung als eigenständige Säule der Sozialversicherung zu bewahren, müssen die Menschen spürbar von den finanziellen, körperlichen und seelischen Belastungen durch die Pflege befreit werden.

Die TK hat fünf konkrete Handlungsfelder für einen „Masterplan Pflegeberufe“ vorgeschlagen:

1. Eine höhere Vergütung, insbesondere in der Altenpflege.
2. Eine größere Lohnspreizung, die die Anreize zur Weiterbildung erhöht und die Qualität der pflegerischen Versorgung stärkt.
3. Attraktive Rückkehrangebote nach einer beruflichen Auszeit oder Beschäftigungen jenseits der Pflege.
4. Eine altersgerechte Arbeitsorganisation, mit der sich ältere Pflegekräfte im Beruf halten lassen.
5. Neue Karrierepfade und Aufgabenfelder, die die berufliche Laufbahn „am Bett“ und im unmittelbaren Umfeld interessanter machen.

Die Pflege digitalisieren Wir setzen große Hoffnung in die vielen Möglichkeiten, die die Digitalisierung für Pflegende und Gepflegte bietet. Die TK ist begeistert von den bestehenden Informationsportalen mit tagesaktuellen Angeboten für Pflegeplätze: Sie sind

digital, sie schaffen Transparenz, sie schaffen Zugang und sie zeigen die Lücke zwischen der Nachfrage und dem Angebot – sowohl hinsichtlich der Quantität als auch Qualität und Vielfalt. Die TK fordert, dass es solche Portale für ganz Deutschland geben sollte.

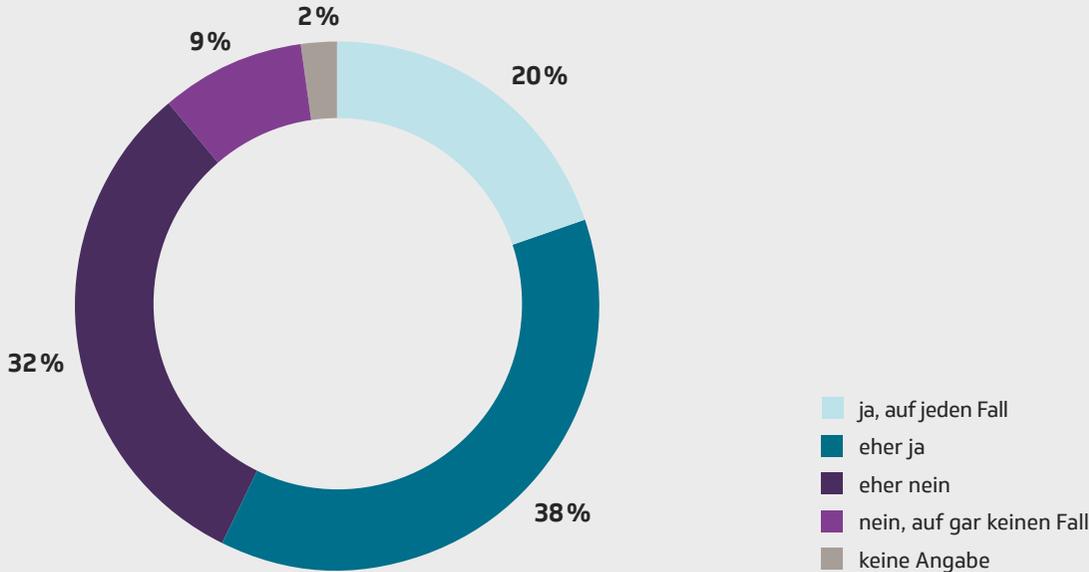
Bereits heute bietet die TK ihren Kundinnen und Kunden zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten an – vom digitalen Pflegeantrag bis zur Online-Schulung für pflegende Angehörige. Das Morgen in der Pflege wird digital. Dafür arbeiten wir an Apps, dazu brauchen wir digitale Pflegeanwendungen und dafür können wir uns Online-Entscheidungshilfen für Pflegende vorstellen, um nur einen kleinen Einblick in die vielen sich bietenden Möglichkeiten zu geben.

Manches davon muss man einfach machen, für einiges braucht es aber noch politische Anstöße. Die TK schlägt vor, dass die Politik eine Digitalisierung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung anstößt. Die Öffnung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses für E-Lösungen wie technische Assistenz- und Überwachungssysteme ist der richtige Weg. Dieser muss weiter beschritten werden. Die neuen Zulassungsmöglichkeiten für digitale Pflegeanwendungen befürworten wir. Sie müssen konsequent genutzt und weiterentwickelt werden.

Die Idee, Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in einem jährlichen Entlastungsbudget zusammen zu fassen, ist sehr gut. Sie sollte so schnell wie möglich im Gesetz verankert werden. Der monatliche Entlastungsbetrag sollte dabei als Jahresanspruch ausgestaltet werden und die Vorpflegezeit gestrichen werden. Das ist unbürokratischer und im Sinne der Pflegebedürftigen und der sie Pflegenden.

Zukunft der Pflege: Die Mehrheit glaubt, dass Digitalisierung hilft

Hilft Digitalisierung, Herausforderungen in der Pflege zu lösen?



Grafik/Quelle: TK-Meinungspuls Gesundheit 2021

Rundungsdifferenzen möglich



Eine zeitgemäße Krankenhausstruktur ist ein Schlüsselfaktor für die Versorgung der Menschen in Deutschland. Dazu gehört auch, ihre Finanzierung weiterzudenken.

Krankenhausstruktur

Deutschland hat eine hochentwickelte Krankenhauslandschaft, die international ihresgleichen sucht. Bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zeigt sich, dass die Träger in der Lage sind, Betten sehr schnell umzuwidmen und Intensivkapazitäten aufzubauen. Sie haben damit erheblich dazu beigetragen, eine hohe Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Größte Anerkennung und Dankbarkeit verdienen die dort tätigen Menschen. Sie haben mit ihrem Einsatz vielen Patientinnen und Patienten das Leben gerettet und tun dies weiterhin.

Die Ausnahmesituation hat gezeigt, worauf wir stolz sein können. Sie hat aber auch erneut die Defizite der Krankenhauslandschaft offengelegt. Nach dem Aufruf, Kapazitäten für Covid-

19-Patienten freizuhalten und planbare Maßnahmen zu verschieben, sind viele Betten leer geblieben. Dieser Leerstand dauerte weit über die erste Akutphase der Pandemie hinaus an. Es ist anzunehmen, dass viele Menschen eine individuelle Risikoabwägung getroffen haben und geplante und zum Teil auch akute Behandlungsanlässe hinten anstellten. Damit haben sie auch einen Beleg für die oft beklagte Interventionslastigkeit des deutschen Gesundheitswesens geliefert.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland seit langem nicht nur eine überdurchschnittliche Bettendichte, sondern auch hohe Fallzahlen auf. Nach Meinung vieler Experten liegt die Ursache hierfür vor allem in der deutschen Ausgestaltung des Fallpauschalensystems und der aus der Krankenhausplanung resultierenden, hohen Bettenvorhaltung. Es ist mittlerweile unbestritten, dass das fast ausschließlich auf Pauschalen basierende Finanzierungssystem zur Mengenausweitung anregt. Der Anreiz wird durch die zu geringe Investitionsfinanzierung der Länder verstärkt. Krankenhäuser müssen ihre Investitionsausgaben durch Einnahmen aus dem laufenden Betrieb decken.

Ökonomische Anreize zur Verbesserung der Qualität sind wenig ausgeprägt. Hinzukommt ein wachsender Personalmangel in der Pflege. Bereits vor Ausbruch der Corona-Pandemie bestand weitgehend Konsens, dass eine Reform notwendig ist.

Der eilig aufgestellte pauschale Rettungsschirm für Krankenhäuser in der Pandemie hat deutlich gezeigt, dass bei der Vergütung von stationären Leistungen auf eine angemessene Differenzierung geachtet werden sollte. Der pauschale Ausgleich für jedes Haus führte zu unbefriedigenden Ergebnissen. Während Häuser der höheren Versorgungsstufen nicht aus-

80,3

Milliarden Euro gab die GKV allein 2019 für **Krankenhausbehandlungen** aus. Das entspricht rund **einem Drittel der gesamten Leistungsausgaben**.

reichend kompensiert wurden, erhielten andere Ausgleichszahlungen, die höher waren als die Entgelte im normalen Leistungsgeschehen zuvor. Zwar wurden die Pauschalen zwischenzeitlich korrigiert, die Erfahrungen mit der Pandemie haben jedoch die Wichtigkeit einer zielgerichteten, an der Versorgungsstufe ausgerichteten Vergütungsstruktur unterstrichen.

Es ist an der Zeit, diese Defizite durch konkrete Reformen abzustellen und das Vergütungssystem so zu gestalten, dass Versorgungsziele auch wirklich erreicht werden können. Die TK regt deshalb an, die Krankenfinanzierung neu zu denken, und schlägt dafür folgende Ansatzpunkte vor.

In Kürze

- Eine zeitgemäße **Krankenhausfinanzierung** muss sowohl die **Qualität** als auch die **Gegebenheiten vor Ort berücksichtigen**.
- **Sektorübergreifende Konzepte** können Herausforderungen in **strukturschwachen Regionen** lösen.
- Die **Digitalisierung** muss auch **im Krankenhaus** konsequent weitergehen.

Um unerwünschte Entwicklungen zu korrigieren, schlägt die TK vor, das DRG-System anzupassen und zu ergänzen.

Die regionale Kostenstruktur und die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenhauses sollten bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden.

Fallpauschalen, Vorhaltekosten und Qualitätszuschläge Die Einführung der Fallpauschalen in der stationären Versorgung zu Beginn des Jahrtausends war ein Meilenstein für mehr Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. Mit ihnen wurde erstmals eine Leistungstransparenz verbunden mit einer ökonomischen Vergleichbarkeit von Leistungen erreicht, die das wettbewerbliche Handeln gestärkt hat. Im Interesse der Finanzierbarkeit unserer gut ausgebauten Krankenhauslandschaft sollte das Steuerungsprinzip der Leistungsgerechtigkeit weiterhin einen zentralen Stellenwert haben. Dies gilt umso mehr, als das Gesundheitswesen in den zwanziger Jahren erhebliche Herausforderungen zu meistern haben wird.

Um unerwünschte Entwicklungen zu korrigieren, schlägt die TK vor, das DRG-System anzupassen und zu ergänzen. Die regionale Kostenstruktur und die jeweilige Versorgungsstufe des Krankenhauses sollten bei der Vergütung stärker berücksichtigt werden. Für Leistungsangebote, die sich wegen einer geringen Fallzahl nicht mehr sinnvoll durch Fallpauschalen finanzieren lassen, sollten Bestandteile von Vorhaltekosten in die Vergütung eingebaut werden. Dadurch können bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen insbesondere im ländlichen Raum und in Spezialdisziplinen erhalten werden. Außerdem besteht kein Anreiz mehr, Leistungszahlen zu steigern, um Deckungsbeiträge zu erwirtschaften. Ebenso

sollten Vorhaltekosten bei Leistungen, die ausschließlich von Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden, berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung von Vorhalten für Leistungen bedingt immer zunächst die Feststellung ihrer Bedarfsnotwendigkeit. Blicke diese Bedarfsfeststellung aus, würden auch diejenigen bestehende Strukturen gefördert, die weder wirtschaftlich noch bedarfsnotwendig sind. Die leistungsgerechte Finanzierung der reinen Behandlungskosten sollte auch weiterhin über DRG erfolgen.

Die Vergütung sollte um Bestandteile ergänzt werden, die von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig sind. Dabei können sowohl die bereits existierenden Entgelte der Strukturqualität wie Vergütungen für Komplex OPS als auch Entgelte in Abhängigkeit von der Ergebnisqualität zur Abwendung kommen. Zudem sollten die Pflegekosten wieder in die DRG eingegliedert werden, flankiert mit einem leistungsgerechten Pflegepersonalbemessungsinstrument. Die Bestandteile der zukünftigen Vergütung könnten sodann in ein Gesamtbudget münden, das entsprechend der Inanspruchnahme leistungsbezogen abfinanziert würde.

Voraussetzung für eine zukünftige angemessene Vergütung unter anderem auch von Vorhaltekosten ist eine strukturierte regionale Versorgungsplanung auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Versorgungsstufen. Das heißt auch, dass als

deren Folge von einem Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten und bereits eintretender Unterversorgung im ländlichen Bereich auszugehen ist. In Zeiten des wachsenden Personalmangels muss stärker als je zuvor auf einen sinnvollen Einsatz der vorhandenen Pflegekräfte gesetzt werden.

Abbau der Sektorengrenzen durch gleiche Vergütung von Leistungen Derzeit besteht für Krankenhäuser kein Anreiz, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, auch wenn ihr medizinischer Zustand das erlauben würde. Die bisher geschaffenen und stetig ausgebauten Rahmenbedingungen zur Förderung der Ambulantisierung sollten deshalb konsequent weiterentwickelt werden. Die TK hat bereits für einige Indikationen sogenannte Hybrid-DRG entwickelt und sammelt gemeinsam mit einigen Leistungserbringern praktische Erfahrung. Der Ausbau dieser Vergütungsform in der Regelversorgung sollte vorangetrieben werden. Es geht dabei um Leistungen mit geringem Schweregrad, kurzen Verweildauern und einem relevanten stationären Versorgungsgeschehen. Voraussetzung sind symmetrische Bedingungen für beide Sektoren im Hinblick auf die Investitionsfinanzierung und die Qualitätssicherung.

Konsequente und durchgängige Digitalisierung Der Gesetzgeber hat bereits mit der Telematikinfrastruktur und der verpflichtenden Einführung der ePA zum 1. Januar 2021 einen wichtigen Grundstein für

die Digitalisierung in der stationären Versorgung gelegt. Bisher war dieser Prozess jedoch auf die innere Systemlandschaft der Krankenhäuser beschränkt. Um Insellösungen und Heterogenität in der IT-Infrastruktur abzubauen beziehungsweise zu vermeiden, ist es notwendig, diese interoperabel zu gestalten. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsfonds hierfür einen weiteren Impuls gesetzt. Für die Zukunft muss gelten, dass alle Investitionen darauf ausgerichtet und daran gemessen werden, ob sie diesen Anforderungen genügen. Insbesondere sollte auch der Patientennutzen sichergestellt sein und patientenrelevante Dokumente in die ePA eingestellt werden.

Neben der technischen Interoperabilität muss ein einheitliches Verständnis von Prozessen gelten, so dass auch weitere Leistungserbringer wie beispielsweise niedergelassene Arztpraxen, Apotheken oder Hilfsmitteldienstleister Netzwerkteilnehmer sein können. Einheitliche Netzwerke mit offen zugänglichen Schnittstellen für alle Leistungserbringer schaffen Transparenz, von der vor allem die Patientinnen und Patienten profitieren.

Sektorenübergreifender Versorgungsansatz für den ländlichen Raum In einigen Regionen Deutschlands wird es zunehmend schwierig, die medizinische Versorgung im gewohnten Maße aufrechtzuerhalten – insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen. Der demografische Wandel, geostrukturelle Veränderungsprozesse und die Bedürfnisse der nachwachsenden Generation

in Medizin und Gesundheitsberufen lassen sich kaum noch im Rahmen der vorhandenen Versorgungsstrukturen abbilden. Die niedergelassene Arztpraxis auf dem Land ist für viele junge Medizinerinnen und Mediziner nicht mehr zeitgemäß, da sich dort Vorstellungen von einer arbeitsteiligen und teambasierten Berufsausübung kaum realisieren lassen. Gleichzeitig existieren an manchen Orten Kliniken, die den tatsächlichen Versor-

nen neuen integrierten Versorgungsbereich zu schaffen. Dieser sollte in unterversorgten Gebieten künftig für den ambulanten und stationären Bereich einheitlich sektorenübergreifend organisiert werden. Herzstück dieses neuen Versorgungsbereichs ist ein regionales Gesundheitszentrum (RGZ). In diesem werden Angebote der Notfall- und Akutversorgung, der stationären Versorgung und der ambulanten Versorgung gebündelt. Das Ver-

chenenden könnte für die Menschen in ländlichen Regionen ein attraktives, neues Versorgungsangebot entstehen, das auch der Überlastung der vorhandenen Strukturen entgegenwirkt. Hinzu käme die Vorhaltung von Betten für die internistische und chirurgische Versorgung. Damit könnte eine stationäre Grundversorgung abgebildet werden sowie die Möglichkeit, kurzstationäre, elektive Eingriffe vorzunehmen. Weiterführende ärztliche Expertise wäre durch eine telemedizinische Diagnostik sowie eine ebensolche Mitbehandlung durch Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen einzubeziehen. Eine solche medizinische Einrichtung ermöglicht eine optimierte Koordination (Sicherstellung des adäquaten Behandlungspfads), Kooperation (zum Beispiel Fallbesprechungen, Qualitätszirkel) und Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten.

Ausgehend von einer festgestellten Unterversorgung können sich Leistungserbringer aller Sektoren oder auch Gebietskörperschaften um die Trägerschaft eines RGZ bewerben. Um keine neue Planungsbürokratie zu etablieren, sollte die Entscheidung in den Landesgremien nach § 90a SGB V gefällt werden. Hierzu müssen diese reformiert werden. Die TK schlägt dazu vor, das Aufgabenspektrum des Landesgremiums zu erweitern und es mit entsprechenden Entscheidungskompetenzen auszustatten. Dafür muss dessen Arbeitsfähigkeit gesichert und die Stimmberechtigung im Gremium klargestellt werden.

„Für eine gute Versorgung in strukturschwachen Regionen müssen wir neue Wege gehen. Wir brauchen mehr Kooperation, Koordination und Kommunikation.“

Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der TK

gungsbedarf schon heute nicht adäquat abbilden. Die Politik hat in den vergangenen Jahren schon zahlreiche Versuche unternommen, um diese Probleme zu lösen. Es hat sich aber gezeigt, dass keine nachhaltigen Fortschritte erreicht wurden. Deshalb sollten in der ländlichen Versorgung ganze neue Wege gegangen werden – digital und analog.

Um eine vollumfängliche und flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, schlägt die TK vor, ei-

sorgungsangebot orientiert sich dabei an der vorhandenen Infrastruktur und den bestehenden und fehlenden örtlichen Versorgungsstrukturen.

Das RGZ könnte eine Rund-um-die-Uhr Notfallversorgung in Kooperation mit dem Rettungsdienst sicherstellen sowie die ärztliche Versorgung in den grundversorgenden Disziplinen. Durch lange Öffnungszeiten und die Verknüpfung mit dem Bereitschaftsdienst in den Nachtstunden und an Wo-

The background of the slide features five hands of different skin tones holding five interlocking grey plastic gears. The hands are positioned around the gears, with some holding them from the top and others from the bottom, suggesting a collaborative effort. The gears are arranged in a circular pattern, with each gear meshing with its neighbors. The overall image conveys a sense of teamwork and interconnectedness.

Wettbewerb und Finanzierung

Die Finanzierung von Gesundheit zukunftssicher aufzustellen, wird zur Kernaufgabe in der kommenden Legislaturperiode. Dabei bedarf es langfristiger Lösungen statt punktueller Maßnahmen. Auch ein fairer Wettbewerb ist eine Grundvoraussetzung.

Wettbewerb erhalten Die Finanzsituation in der GKV wird in den kommenden Jahren durch weiter steigende Leistungsausgaben und zunehmende Probleme auf der Einnahmenseite bestimmt werden. Die Ursachen dafür liegen sowohl außerhalb als auch innerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Außerhalb des Systems der GKV wirken die gesamtwirtschaftliche und demografische Entwicklung. Vor allem aufgrund letzterer rechnen wir damit, dass die Zahl der Beitragszahler nicht auf dem heutigen Niveau zu halten sein wird. Die insgesamt positive Entwicklung der GKV-Finzen im zurückliegenden Jahrzehnt wurde auch durch ein anhaltendes Wirtschaftswachstum bei steigenden Beschäftigungszahlen begünstigt. Hier wirkte sich insbesondere die gute Konjunktur der Jahre 2015 bis 2019 aus. Dieses wird sich nicht auf Dauer fortsetzen. Hinzukommen die noch nicht vorhersehbaren Folgen der Corona-Pandemie.

In Kürze

- Die **Kosten für Gesundheit** steigen stetig: Wir brauchen mehr **Effizienz und echte Strukturreformen**.
- Eine zeitgemäße GKV-Finanzierung braucht einen **dynamischen Steuerzuschuss**, der auch versicherungsfremde Leistungen ausgleicht.
- Ein **fairer Kassenwettbewerb** braucht eine **einheitliche Aufsicht für alle**.

„Das Thema GKV-Finzen kann eine künftige Bundesregierung weder aussitzen noch weiter verschieben. Stattdessen ist Entschlossenheit gefragt.“

Hier brauchen wir einerseits rasche, aber auch gut durchdachte Entscheidungen.“

Dr. Jens Baas, Vorsitzender des Vorstands der TK

Doch auch innerhalb des deutschen Gesundheitssystems führen verschiedene Faktoren, wie eine große Zahl an teuren Gesetzen und verpasste Strukturreformen (insbesondere im Krankenhausbereich und der sektorenübergreifenden Versorgung), zu steigenden Leistungsausgaben und Finanzdefiziten. Sie verbesserten die Versorgung, trugen aber auch dazu bei, dass etwa die Arzneimittel- und Heilmittelpreise gestiegen sind, die ärztliche Vergütung erhöht, das Personal in der Pflege aufgestockt und die Versorgung um digitale Gesundheitsanwendungen ausgeweitet wurde.

Die dadurch bedingten Ausgabensteigerungen konnten spätestens mit Beginn der Pandemie nicht mehr durch steigende Beitragseinnahmen ausgeglichen werden.

GKV nachhaltig finanzieren Die aktuelle Finanzierungslücke der GKV wird 2021 durch einen einmaligen höheren Bundeszuschuss, durch den Abbau der Finanzreserven und höhere Zusatzbeitragssätze bei den Krankenkassen teilweise abgedeckt. Ein weiterer Zugriff auf die Rücklagen der Krankenkassen wird in Zukunft aufgrund fehlender Finanzreserven bei den Krankenkassen nicht nochmal möglich sein. Damit stehen die Politik und die gesetzliche Krankenversicherung ab dem Jahr 2022 vor einer erheblichen Finanzierungslücke.

Die TK spricht sich dafür aus, an einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem festzuhalten. Hierfür ist es einerseits notwendig, Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben und schnell – auch finanziell –

„Gerade in der Krise ist es wichtig, dass die finanziellen Lasten auf breite Schultern verteilt werden.“

Karen Walkenhorst, Mitglied des Vorstands der TK

wirksame Strukturreformen anzustoßen. Andererseits ist eine dauerhafte Erhöhung des Steuerzuschusses notwendig, auch um Kostendämpfungsmaßnahmen zu verhindern. Der Zuschuss sollte aber zweckgebunden für die Abgeltung von versicherungsfremden Leistungen eingesetzt und in Zukunft regelmäßig dynamisiert werden.

Die Corona-Krise hat einmal mehr die gesamtgesellschaftliche Relevanz der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich gemacht. Sie hat nicht nur ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllt, sondern auch zur Entlastung des Staates Aufgaben übernommen. Diese wurden bisher nur teilweise aus den öffentlichen Haushalten refinanziert. In der Krise setzt sich fort, was ständige Praxis in der Gesundheitspolitik ist: Aufgaben, die gesamtgesellschaftlich sinnvoll sind, werden von den Beitragszahler der GKV bezahlt. Richtig wäre es, wenn all diese Aufgaben von der öffentlichen

Hand bezahlt würden. Gerade in der Krise ist es wichtig, dass die finanziellen Lasten auf breite Schultern verteilt werden.

Es gibt zwar den Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds. Seine Höhe orientiert sich aber nicht an den Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen. Wie viel der Bund an den Gesundheitsfonds überweist, richtet sich in der Regel nach den häushälterischen Möglichkei-

ten des Bundes oder der Notwendigkeit, die Beitragsentwicklung abzufedern. Die TK fordert daher eine zweckgebundene Dynamisierung des aktuellen Bundeszuschusses entsprechend der pandemiebedingten Kosten und der versicherungsfremden Leistungen.

Eine Lastverschiebung durch den Bund auf die GKV gibt es aber nicht nur auf der Ausgaben-seite, sondern auch bei den Beitragszahlungen. Der Bund muss auch hier seine Finanzverantwortung übernehmen und der GKV kostendeckende Beiträge für die durch sie versicherte ALG II Empfängerinnen und Empfänger zahlen. Darüber hinaus fordert die TK, dass keine weiteren Eingriffe in die Beitragsautonomie der Krankenkassen erfolgen dürfen. Die soziale Selbstverwaltung trägt die Verantwortung für Haushalte der Krankenkassen und trifft die wichtigsten Finanzentscheidungen. Die Selbstverwaltung hat sich in der Pandemie als schnell, flexibel und lösungsorientiert gezeigt. Ihre Entscheidungsspielräume in der Finanzgestaltung dürfen daher nicht weiter eingeschränkt werden.

Effizienz erhöhen und Strukturen reformieren Durch die Digitalisierung kann das Gesundheitswesen nicht nur transparenter, sondern auch effizienter werden. Zunächst heißt Digitalisierung aber vor allem: Mehr Investitionen in innovative Ideen und Strukturen. Die kommenden vier Jahre werden alle Beteiligten noch einmal viel Geld in die Hand nehmen müssen. Die Schwerpunkte für diese Zukunftsinvestitionen sehen wir etwa bei der digitalen Datenverarbeitung mit der elektronischen Patientenakte und dem elektronischen Rezept (siehe auch Kapitel Digitalisierung). Aber auch in anderen Bereichen müssen wir in bessere Prozesse und Strukturen investieren: Die TK fordert insbesondere eine Weiterentwicklung des AMNOG (siehe Kapitel Versorgungsinnovation), eine Anpassung und Ergänzung des DRG-Systems (siehe Kapitel Krankenhausstruktur) und neue sektorübergreifende Versorgungsstrukturen (siehe Kapitel Krankenhausstruktur).

Diese Strukturreformen und Zukunftsinvestitionen werden im Gesundheitswesen weitestgehend aus den GKV-Beiträgen finanziert. Es ist selbstverständlich, dass die Beitragszahler auch als erste die Früchte dieser Anstrengungen ernten werden – sowohl in Form verbesserter Versorgungsangebote als auch durch niedrigere Kosten. Es ist ein Gebot der Fairness, die Versicherten an den Dividenden der Effizienzgewinne zu beteiligen.

89%

der **Menschen in Deutschland rechnen damit**, dass die **Krankenkassenbeiträge zukünftig steigen werden**. Das zeigt der TK-Meinungspuls Gesundheit 2021.

Aus Sicht der TK ist für einen funktionierenden und fairen Wettbewerb eine einheitliche Aufsicht mit transparenten Entscheidungen zwingend erforderlich: Eine Aufsicht für alle.

17

unterschiedliche Behörden sind heute mit der Aufsicht der 103 Krankenkassen betraut.

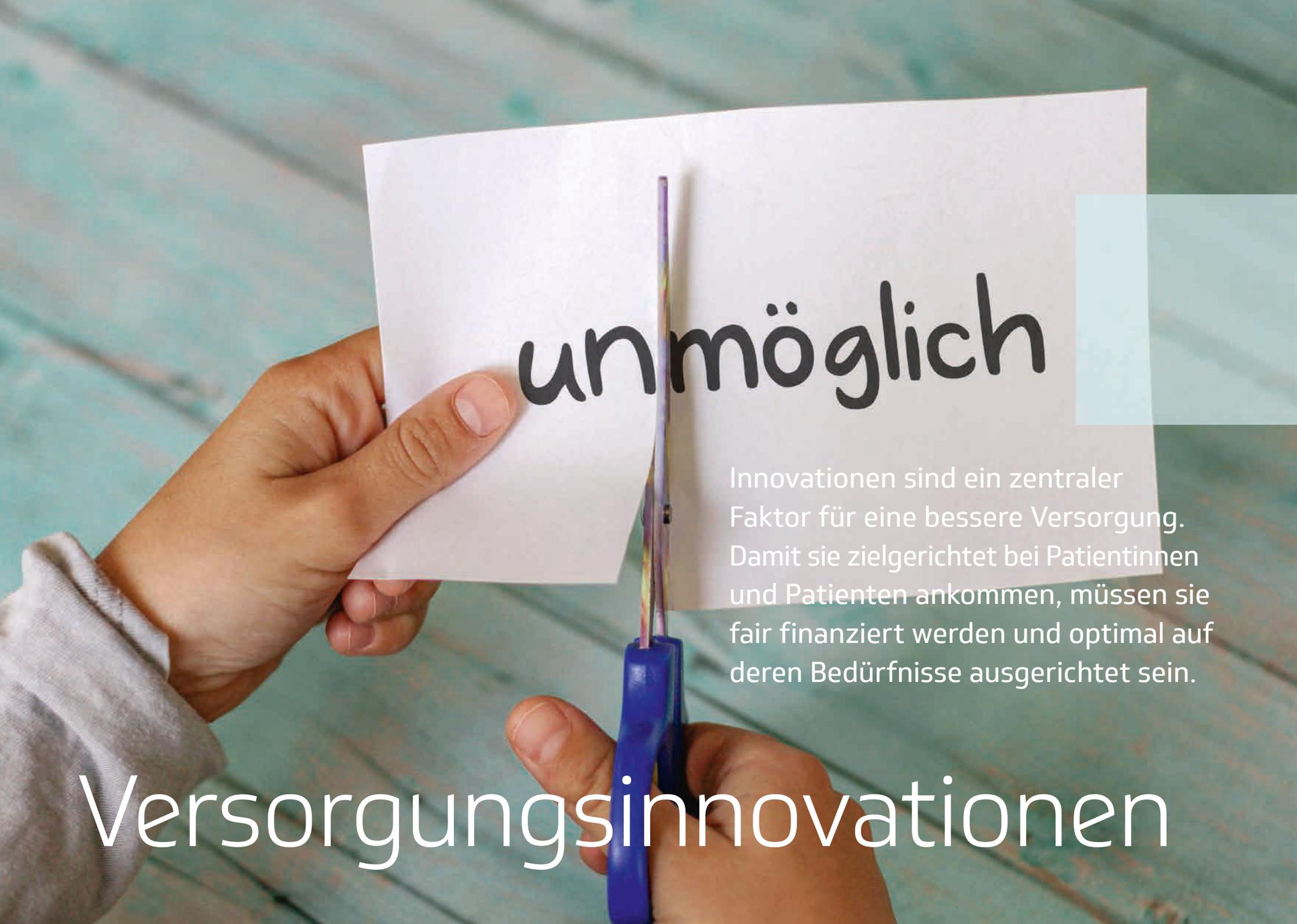
Einheitliche Aufsicht für alle Krankenkassen Die Aufteilung der Aufsicht über die Krankenkassen nach Bundes- beziehungsweise Landeszuständigkeit steht im Grundgesetz. Die Realität sieht aber so aus: Die wenigsten Bundesländer betreuen eine größere Zahl an Krankenkassen, neun Bundesländer sogar nur eine oder gar keine. Der Großteil der Krankenkassen und der Versicherten wird hingegen vom Bundesamt für Soziale Sicherung beaufsichtigt. Ebenfalls Realität ist, dass die Landesaufsichten bei vergleichbaren Sachverhalten großzügiger urteilen als die Bundesaufsicht. Das sagt selbst der Bundesrechnungshof. Die Liste an Beispielen ist ebenso lang wie bekannt und verdeutlicht, dass Krankenkassen unter einer Landesaufsicht über größere Spielräume im Wettbewerb verfügen als die Krankenkassen unter Bundesaufsicht. Letztere haben dadurch handfeste Nachteile im Versorgungswettbewerb.

Aus Sicht der TK ist für einen funktionierenden und fairen Wettbewerb eine einheitliche Aufsicht mit transparenten Entscheidungen zwingend erforderlich: Eine Aufsicht für alle. Sie beugt Ermessensentscheidungen mit unterschiedlichen Ergebnissen vor. Gleichzeitig können Wettbewerbsverzerrungen und Probleme besser und schneller erkannt und unterbunden werden. Ein Weg, dies zu erreichen, ohne das Grundgesetz ändern zu müssen, wäre die bundesweite Öffnung aller gesetzlichen Krankenkassen.

Hausarztzentrierte Versorgung wettbewerblich gestalten Die Verträge zur Hausärztliche Versorgung binden Finanzmittel in erheblichem Umfang, die in keinem Verhältnis zu den erreichten Versorgungsverbesserungen stehen.

Der Kontrahierungszwang für diese Verträge sorgt für eine Quasi-Monopolstellung der Hausarztverbände und begrenzt die Möglichkeit, innovative Versorgungsideen durchzusetzen, die eine wettbewerbliche Differenzierung mit sich bringen könnten. Auch Ausgabensteigerungen kann aus diesem Grund schwer entgegengewirkt werden.

Die TK fordert daher, für die hausarztzentrierte Versorgung den Kontrahierungszwang und die Schiedsamtsfähigkeit aufzuheben, damit auch bei diesem Versorgungsangebot eine wettbewerbliche Differenzierung der Krankenkassen möglich wird. Zusätzlich sollen die Kriterien zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit dieses Angebots möglichst konkret definiert werden.



unmöglich

Innovationen sind ein zentraler Faktor für eine bessere Versorgung. Damit sie zielgerichtet bei Patientinnen und Patienten ankommen, müssen sie fair finanziert werden und optimal auf deren Bedürfnisse ausgerichtet sein.

Versorgungsinnovationen

In Kürze

- **Innovative Arzneimittel** sind für viele Patientinnen und Patienten eine große Chance – nun gilt es, dafür zu sorgen, dass sie zu einem fairen Preis zugänglich sind.
- Auch **Apotheken** müssen neue **digitale Versorgungsmodelle** entwickeln.
- Über ein **festes Innovationsbudget** sollen Kassen Innovationen stärker mitgestalten können.

Festes Budget für Innovationen Die Krankenkassen haben seit Kurzem die Möglichkeit, Versorgungsinnovationen aus Eigenmitteln zu fördern. Die TK begrüßt, dass Krankenkassen damit vom Leistungsträger zum Leistungsentwickler und -anbieter werden können. Die GKV kann damit das wirtschafts- und versorgungspolitische Ziel unterstützen, Entwicklungs- und Produktions-Know-How zurück nach Europa zu verlagern.

Allerdings können die Krankenkassen bisher keinen unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung der Innovation nehmen. Eine Krankenkasse kann weder ihre Ideen umfassend einbringen noch ihre Wettbewerbsposition stärken, wenn andere Kassen und weitere private Anteilseigner mitbestimmen. Zudem sind die geltenden Anlagebestimmungen nicht mit den Finanzierungsbedürfnissen potentieller Anbieter und Entwickler kompatibel. So müssen Krankenkassen unter anderem ausschließen, dass das Investment verloren geht, was bei hochinnovativen Start-ups Teil des Geschäftsrisikos ist. Da-

mit Krankenkassen Versorgungsinnovationen an deutschen und europäischen Standorten effektiv fördern und in diese investieren können, schlägt die TK vor, die dafür geltenden gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Die Krankenkassen sollten zudem die Möglichkeit erhalten, sich direkt an Unternehmen zu beteiligen.

Die TK schlägt vor, dass Krankenkassen künftig über ein festes Investitionsbudget verfügen können sollten. Dessen Größe sollte sich an der Zahl ihrer Versicherten bemessen: Jede Krankenkasse sollte bis zu 2 Euro für jeden ihrer Versicherten aus ihren Rücklagen in ein solches Budget überführen dürfen. Damit fördern die Krankenkassen dann mittelbar über Verträge der besonderen Versorgung oder unmittelbar durch Investitionen Unternehmen, die Versorgungsinnovationen entwickeln.

*Aktuelle Beispiele zeigen,
welche exorbitant hohen
Gewinnmöglichkeiten sich der
pharmazeutischen Industrie
unter den aktuell in Deutschland
gültigen HTA- und
Preisfindungsmechanismen bieten.*

1,9

Millionen Euro kostet eine Spritze mit dem Medikament Zolgensma zur Behandlung der Spinalen Muskelatrophie (SMA). Die „2-Millionen-Dollar-Spritze“ machte Schlagzeilen als bis dahin **teuerstes Medikament der Welt**.

Faire Preis für innovative Arzneimittel

Immer mehr Menschen profitieren vom medizinischen Fortschritt. Arzneimittelherstellern gelingt es immer wieder, echte Innovationen zu entwickeln, mit denen zum Teil schwerwiegende Krankheiten erfolgreich behandelt oder sogar geheilt werden können. Das Problem ist nur: Die pharmazeutischen Unternehmen verlangen Höchstpreise für solche Innovationen. Stichwort 2-Millionen-Euro-Spritze. Doch eine solche Preispolitik stellt das Gesundheitswesen selbst in Deutschland vor enorme finanzielle Herausforderungen – vor allem dann, wenn gleich mehrere dieser Medikamente auf den Markt gelangen.

Mit dem AMNOG verfügt das deutsche Gesundheitswesen grundsätzlich über ein wirksames Instrument, um die Zielkonflikte im Arzneimittelmarkt zu lösen. Aber das Privileg des sofortigen Marktzugangs inklusive der Erstattungsfähigkeit durch die GKV ist

dauerhaft nur zu halten, wenn Preisgrenzen gelten, die nach objektiven und nachvollziehbaren Kriterien festgelegt sind. Wie gerade innovative Medikamente bei Markteintritt wirken und welche Nebenwirkungen bestehen können – darüber wissen alle Beteiligten in der Regel sehr wenig. Vor diesem Hintergrund muss das AMNOG weiterentwickelt werden.

Die TK hat dazu mit dem Modell des dynamischen Evidenzpreises bereits einen Vorschlag gemacht – mit dem Ziel, die Preisbildung neuer, vor allem Hoch- und Höchstpreisarzneimittel angemessen zu gestalten. Der dynamische Evidenzpreis adressiert wichtige Aspekte bei der Preisfindung moderner Therapien, zum Beispiel die schnelle Zulassung mit unreifer Datenlage. Diesem Umstand begegnet das Modell mit einer dynamischen, verhandlungsbasierten Preisfindung auf Basis der jeweils aktuellen Evidenzlage. Er legt aber keine objektivierbaren Kriterien für die eigentliche Preisbildung im Rahmen der Verhandlung fest.

Aktuelle Beispiele (zum Beispiel SMA-Therapie) zeigen, welche exorbitant hohen Gewinnmöglichkeiten sich der pharmazeutischen Industrie unter den aktuell in Deutschland gültigen HTA- und Preisfindungsmechanismen bieten. Die TK hält daher die Weiterentwicklung einer verhandlungsbasierten Preisfindung hin zu einer kriterienbasierten Preisermittlung mit kontinuierlichen Anpassungen für notwendig. Eine frühe Markteinführung soll durch fair pricing mit objektiven, transparenten Kriterien ermöglicht werden.

Daran anschließend schlagen wir eine Preisfindung innerhalb eines Korridors zwischen fairem Einführungspreis und Generika-Preisniveau mit stufenweisen Abschlägen vor. Mögliche Kriterien zur Preisfindung könnten unter anderem der medizinische Bedarf (medical need), Evidenz, Versorgungssicherheit, Forschung in der EU und Datenbereitstellung zu Forschungszwecken sein. Die AIM (International Association of Mutual Benefit Societies) hat Ende 2019 ebenfalls ein formelbasiertes fair pricing-Modell mit transparenten Kriterien vorgestellt, was die Legitimität und Notwendigkeit dieses Ansatzes nochmal unterstreicht.

Die TK fordert außerdem eine strukturierte, pharmaunabhängige Evidenzgenerierung als Teil einer Weiterentwicklung des AMNOG, um eine sichere Arzneimittelanwendung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die kriterienbasierte Preisfindung mündet in die Eingliederung ins Festbetragssystem oder den Fall des Patentschutzes.

„Neue Arzneimittel werden in Deutschland ab Marktzugang von den Kassen erstattet – Preisgrenzen auf Basis von nachvollziehbaren Kriterien gibt es nicht. Das muss sich ändern.“

Thomas Ballast, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der TK

Mehr digitale Versorgung durch Apotheken Der Gesetzgeber hat in der vergangenen Legislaturperiode neue pharmazeutische Dienstleistungen möglich gemacht. Wir sehen dies als Chance für Apotheken, ihr Profil weiterzuentwickeln. Wir erwarten, dass diese insbesondere ihre digitalen Versorgungsangebote weiterentwickeln. Ein Großteil der Versorgungskette kann bereits jetzt digital abgebildet werden.

Dies fängt bei der ärztlichen Fernbehandlung an, geht weiter über die Ausstellung eines elektronischen Rezepts (E-Rezept) bis zur Bearbeitung des E-Rezepts in der Apotheke und der nachfolgenden Abgabe oder Lieferung des Arzneimittels. Auch im Abrechnungsprozess ist die digitale Kette bereits angelegt. Diese digitale Lieferkette sollte durch digitale Beratungsangebote der Apotheken geschlossen werden.

Die zügige Umsetzung des elektronischen Rezepts, die Unterstützung von Krankenkassen-Apps im Rahmen der Arzneimittelversorgung (Krankenkassen-Apps mit E-Rezept-Funktion, elektronische Patientenakte) und die Einbindung in digitale Versorgungsangebote der Krankenkassen sind dabei für uns ebenso essentielle Bestandteile patientenorientierter Versorgungsmodelle wie die digitale Kommunikation. Wir halten es für zeitgemäß, dass diese umfassender in den Apotheken angeboten werden. Dabei sollten die sensiblen Bereiche wie die Versorgung von Pflegebedürftigen oder die Versorgung im Notdienst in den Fokus genommen werden.



Souveräne Entscheidungen von Patientinnen und Patienten sind eine Grundlage für eine gute gesundheitliche Versorgung. Damit das gelingt, müssen die Rahmenbedingungen stimmen. Dazu gehören Transparenz und Mitbestimmung.

Patientensouveränität und Prävention

In Kürze

- Wir müssen die **digitale Gesundheitskompetenz** fördern. Sie entscheidet mit, wie gut die digitale Transformation im Gesundheitswesen gelingt.
- Wir brauchen einen **Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds**, um Menschen zu unterstützen, die von **Behandlungsfehlern** betroffen sind.
- Die Krankenkassen brauchen den **öffentlichen Gesundheitsdienst** für die **Prävention**. Er muss unbedingt gestärkt werden.

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wird bis 2026 mit 4 Milliarden Euro unterstützt. So haben es der Bund und die Länder als Reaktion auf die Pandemie im ÖGD-Pakt vereinbart. Die TK begrüßt, dass die Politik endlich handelt, den ÖGD digitalisiert sowie dauerhaft personell und strukturell stärken will. Dieses Vorhaben kann nur erfolgreich sein, wenn Bund, Länder und Kommunen umgehend an einem gemeinsamen Strang ziehen und die angekündigten Maßnahmen konsequent, zügig und bundesweit umsetzen.

Die Bevölkerungsmedizin muss über die pandemische Lage hinaus dauerhaft gestärkt werden. Über den Infektions- und Katastrophenschutz hinaus ergibt sich ein viel breiteres Aufgabenspektrum für den ÖGD als dritte Säule im Gesundheitswesen. Für die Krankenkassen steht bei der Stärkung des ÖGD die Prävention im Vordergrund. Dafür brauchen wir den ÖGD. Der Präventionsauftrag der Gesundheitsämter muss in allen Bereichen durch eine bessere materielle und personelle Ausstattung des ÖGD langfristig gesichert werden. Die TK schlägt vor, dass der ÖGD die Prävention und Gesundheitsförderung noch weiter fasst, damit er diese gemeinsam mit anderen Akteuren auf allen regionalen und kommunalen Ebenen vorantreiben kann.

Die Bevölkerungsmedizin muss über die pandemische Lage hinaus dauerhaft gestärkt werden. Über den Infektions- und Katastrophenschutz hinaus ergibt sich ein viel breiteres Aufgabenspektrum für den ÖGD als dritte Säule im Gesundheitswesen.

Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds erproben

Behandlungsfehler sind im medizinischen Alltag keine Seltenheit. Unerwünschte Ereignisse im Behandlungsfall führen zu Leid und unbilligen Härten für die Betroffenen. In der Regel stehen den Patientinnen und Patienten zwar Entschädigungsansprüche und Schmerzensgeld zu, doch die Hürden sind für die Geschädigten oftmals hoch. So werden sie nach Behandlungsfehlern durch strittige, langwierige und teure Auseinandersetzungen zum zweiten Mal Opfer. Nach TK-eigenen Untersuchungen dauert die Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen in bestimmten Fallkonstellationen über 10 Jahre. Dies ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen belastend.

Um die Patientensicherheit zu befördern und die Sicherheitskultur im Gesundheitswesen zu unterstützen, schlägt die TK vor, einen Patientenentschädigungs- und Härtefallfonds zu erproben. Der Entschädigungsfonds steht dabei subsidiär zu den bisherigen arzthaftungsrelevanten Regelungen und soll diese ergänzen, statt sie zu ersetzen. Ziel muss es sein, den Betroffenen innerhalb von wenigen Monaten unbürokratische Hilfe zu leisten.

Der Entschädigungsfonds sollte zunächst als ein auf zehn Jahre angelegtes Modellprojekt für den stationären Bereich konzipiert sein und den Betroffenen Schäden bis zu einer Höhe von 100.000 Euro erstatten – in Ausnahmefällen auch bis zu 200.000 Euro. Über die Verwendung sollte eine interdiszi-

plinär besetzte Entschädigungskommission entscheiden. Als Rechtsform bietet sich eine bundesunmittelbare Stiftung an, deren Finanzierung und Verwaltung durch den Bund erfolgt. Mit einer begleitenden Evaluation können alle relevanten Daten erhoben werden, bevor er dauerhaft für alle Sektoren übernommen werden kann.

Die TK begrüßt, dass Leistungserbringer zur Aufnahme einer Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet werden. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte müssen darüber hinaus verpflichtet werden, Vorwürfe, einen Behandlungsfehler begangen zu haben, unmittelbar ihrer Versicherung zu melden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Geschädigten ihre Ansprüche umgehend geltend machen können.

Mit Sicherheit gut versorgen Tagtäglich unternehmen die rund 5,6 Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen enorme Anstrengungen, um die Prävention, Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen effizient und sicher zu gestalten. Die TK weiß um diese hohen Verdienste und versteht sich als deren Partner bei der bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung. Es gehört zu den Zielen der TK, gemeinsam die Patientensicherheit zu erhöhen und damit auch die Sicherheitskultur im deutschen Gesundheitswesen weiter auszubauen.

Deshalb fördern wir eine explizite Sicherheitskultur. Dafür gibt es prozessuale Merkmale, wie zum Beispiel die Anzahl der unterstützten Fälle bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler. Für eine hohe Qualität der Leistungserbringung gibt es auch strukturelle Voraussetzungen bei den Krankenkassen. Etwa die Beteiligung an der nationalen Plattform zum Ausbau der Patientensicherheit (Aktionsbündnis Patientensicherheit – APS) und die Installation eines Beauftragten für Patientensicherheit. Ebenso sollte ein Leitbild für Patientensicherheit in den Krankenkassen vorhanden sein.

Auch die subjektiven Erfahrungen der Versicherten sind Parameter für die Patientensicherheit. Sie sollten regelmäßig von den Krankenkassen erhoben werden. Darüber hinaus können Versicherten-Berichtssysteme Hinweise auf mögliche Probleme geben und dazu beitragen, Handlungsvorschläge rund um die Versorgung zu erarbeiten. In der Versorgung von COVID-19 (Verdachts-) Fällen unterstützt die TK zum Beispiel in einem Kooperationsverbund ein solches Angebot.

Versicherte können in diesem Projekt über ihre Erlebnisse berichten. Die Meldungen werden anschließend analysiert und Kliniken zur Verfügung gestellt. Damit das Schulle macht, fordert die TK, die Möglichkeit eines systematischen Versichertenfeedbacks über die Behandlungserfahrungen und die transparente Darstellung dieser Ergebnisse gesetzlich zu fixieren.

Transparenz in Leistungsgeschehen und Servicequalität

Aktuell sind die tatsächlichen Erfahrungen der Versicherten mit ihren Krankenkassen nicht ausreichend transparent. Der TK ist es daher ein besonderes Anliegen, hierfür innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung die Strukturen zu schaffen. Den Versicherten müssen nachvollziehbare Informationen zum Leistungsspektrum und zum Leistungsgeschehen der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Voraussetzung für einen fairen Vergleich zwischen den Krankenkassen sind Indikatoren, die eine objektive Auswertung und Aussagekraft des Leistungs- und Servicegeschehens zulassen.

Am ehesten lassen sich derzeit Rückschlüsse auf das Leistungs- und Servicegeschehen ziehen anhand der Klagen, Widerspruchsbescheide und Widersprüche. Hierfür stehen bei den Widerspruchsausschüssen genügend Daten zur Verfügung. Die Erfassung erfolgt zudem nach einheitlich definierten Vorgaben. Über diese Themenkomplexe hinaus fehlt jedoch derzeit eine offizielle, einheitliche Datenbasis für eine objektive Vergleichbarkeit des Leistungs- und Serviceangebots von Krankenkassen.

Aus Sicht der TK ließe sich das für die Servicequalität darstellen, die eine Krankenkasse ihren Kundinnen und Kunden bietet. Dafür müsste eine Qualitätssicherung mit einheitlichen Qualitätskennziffern für alle Krankenkassen etabliert werden. Gemessen werden sollte die Servicequalität durch Kundenbefragungen im Nachgang zu einem telefonischen oder persönlichen Kontakt. Auch in den digitalen Kanälen lässt sich das Serviceniveau vergleichbar messen. Dabei sollten aus Versichertensicht relevante Kennzahlen im Vordergrund stehen, die sich einheitlich an den Vorgaben der Service Excellence Zertifizierung für den GKV-Markt orientieren. Die so erhobenen Kennzahlen sollten von den Krankenkassen turnusmäßig veröffentlicht werden. Dadurch können sie einen Beitrag dazu leisten, dass die Versicherten eine souveräne Entscheidung treffen können, welche Krankenkasse am besten zu ihnen und ihren Bedürfnissen passt.

Mit dem steigenden Grad der Digitalisierung des Gesundheitswesens müssen sowohl die Patientenrechte als auch die digitale Gesundheitskompetenz mitwachsen.

Ein digitales Gesundheitswesen braucht digitale Gesundheitskompetenz Mit dem steigenden Grad der Digitalisierung des Gesundheitswesens müssen sowohl die Patientenrechte als auch die digitale Gesundheitskompetenz mitwachsen. Hierzu gehören vor allem der Datenschutz und die Datenhoheit der Patientinnen und Patienten. Die digitale Gesundheitskompetenz wird zu einem Schlüsselfaktor für den Outcome von Versorgung werden. Die TK begrüßt, dass die Krankenkassen ein Mandat zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten erhalten haben. Mit dieser Chance auf Kompetenzerweiterung auf Seiten der Versicherten wird die Digitalisierung maßgeblich gefördert.

Digitale Daten helfen, Krankheiten besser zu verstehen und gezielter zu behandeln. Bei

dieser Entwicklung müssen auch die Patientinnen und Patienten mithalten. Dazu gehört nicht nur der technische Umgang mit Smartphone & Co., sondern auch die digitale Medienkompetenz. Um die Versicherten im Umgang mit neuen digitalen Angeboten zu unterstützen, fordert die TK, dass die „digitale Gesundheitskompetenz“ zukünftig ein fester Bestandteil der Prävention sein muss. So schlägt die TK vor, neben den bisherigen Themen Ernährung, Bewegung, Stress und Sucht bei der Prävention auch einen Schwerpunkt auf gesundheitsförderliche Lebenskompetenz im digitalen Umfeld zu legen.

Neben dem Impuls auf Seiten der Patientinnen und Patienten ist ebenfalls eine Förderung der Kommunikationskompetenz auf Seiten der Leistungserbringer nötig. Versicherte und Leistungserbringer müssen

auch hier eine Sprache sprechen, damit digitale Kommunikation funktionieren kann. Die Patientinnen und Patienten sollen sich mit ihren Ärztinnen und Ärzten auf Augenhöhe bewegen können. Nutzen und Risiken einer digitalen Lösung sollten gemeinsam differenziert und konkret diskutiert werden können. Bei der Förderung der Gesundheitskompetenz ist darauf zu achten, den Kompetenzerwerb auf beiden Seiten in derselben Weise zu adressieren. Während der Gesetzgeber die Zuständigkeit zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz bei den Versicherten schon eindeutig geregelt hat, fehlen auf der anderen Seite klare Zuständigkeiten. Die TK schlägt daher vor, dass Leistungserbringer eine systematische Weiterbildung zu den ethischen, legalen und sozialen Aspekten der Medizin (Medizin 4.0) absolvieren müssen.

Online-Sozialwahlen dauerhaft etablieren Bei der Sozialwahl wählen die Versicherten die Mitglieder der höchsten Entscheidungsgremien bei der Kranken-, der Pflege-, der Renten- und der Unfallversicherung. Die Sozialwahlen sind in Bezug auf die Zahl der Wahlberechtigten die drittgrößte Wahl in Deutschland. Die nächsten Sozialwahlen finden im Jahr 2023 statt. In der auslaufenden Legislaturperiode hat der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen eines Modellprojekts die Einführung von fakultativen Online-Wahlen bei den Sozialversicherungswahlen 2023 zu erproben. Online-Wahlen sind ein wichtiges Signal für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Online-Wahlen bieten die

50,9

Millionen Stimmberechtigte konnten 2017 bei der Sozialwahl ihre Stimme abgeben.

Chance, das Interesse an der sozialen Selbstverwaltung zu stärken, neue Wählergruppen zu erschließen und damit die Wahlbeteiligung insgesamt zu steigern. Die TK begrüßt das Vorhaben eines Modellprojekts ausdrücklich und wird an der Online-Wahl teilnehmen. Die TK fordert, dass nach der erfolgreichen Durchführungen der Sozialversicherungswahlen 2023 ein Online-Wahlverfahren künftig dauerhaft möglich sein soll.

Soziale Selbstverwaltung: Online-Abstimmungen ermöglichen Die Pandemie stellt die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherung vor neue Herausforderungen. Sie erschwert die Zusammenkünfte der Selbstverwaltungsorgane und die entsprechenden Handlungsabläufe zur Beschlussfassung. In Reaktion darauf können Beschlüsse vermehrt im schriftlichen Umlaufverfahren gefasst werden. Zudem können erforderliche Beratungen auch per Online- und Videokonferenz erfolgen. Davon abweichend sollen die Selbstverwaltungsorgane und die besonderen Ausschüsse aus wichtigen Gründen schriftlich ohne Sitzung abstimmen können.

Beratungen vor Beschlussfassungen, jedoch nicht die Beschlussfassungen selbst, können per Telefon bzw. Telefonkonferenz und per Online- oder Videokonferenz erfolgen. Die TK begrüßt, dass der Gesetzgeber die erweiterten Regelungen in der pandemischen Lage für die Selbstverwaltungsorgane auf den Weg gebracht hat. Der Versand und Rückversand der Unterlagen zur

schriftlichen Stimmabgabe führt jedoch in der Umsetzung zu erheblichen Zeitverzögerungen. Um diese Prozesse zu beschleunigen, schlägt die TK vor, die Beschlussfassungen grundsätzlich per Online-Stimmabgabe zu ermöglichen. So können die Handlungsabläufe der Selbstverwaltungsorgane dauerhaft auch über die Pandemie hinaus vereinfacht und beschleunigt werden und die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung sichergestellt werden.

Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einer besonderen gesellschaftlichen Verantwortung sollten beim Thema Nachhaltigkeit aktiv sein.

Nachhaltigkeit im SGB V verankern Nachhaltigkeit gewinnt in der Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Themen wie CO₂-Emissionen oder Umweltverschmutzung in Form von Mikroplastik in den Weltmeeren rücken in den Fokus der Öffentlichkeit. Neben ökologischen Aspekten sind es aber auch soziale Fragestellungen rund um die Menschenrechte oder einen fairen Handel, mit denen sich die Gesellschaft vermehrt auseinandersetzt. Immer mehr Branchen und Unternehmen erkennen ihre Verantwortung und setzen Aspekte der Nachhaltigkeit in ihrem Handeln um. Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit einer besonderen gesellschaftlichen Verantwortung sollten hierbei keine Ausnahme sein.

Auch die TK will einen Beitrag zu einer funktionierenden und sauberen Umwelt durch eine nachhaltigkeitsorientierte Wahrnehmung ihrer Aufgaben leisten, denn eine gesunde Umwelt unterstützt die Sicherung der menschlichen Lebensgrundlagen, schützt die Gesundheit der Einzelnen und unterstützt eine nachhaltige Gesundheitsvorsorge. Daher schlägt die TK vor, im SGB V Nachhaltigkeit als ein das Wirtschaftlichkeitsgebot ergänzendes Kriterium aufzunehmen.

Damit könnten die auch für Krankenkassen bestehenden Rechtspflichten zur Berücksichtigung von einzelnen Aspekten der Nachhaltigkeit flankiert werden. Es würde klargestellt, dass Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht nur die Möglichkeit haben, sozial, umweltschonend und ökonomisch zu handeln, sondern auch dazu angehalten sind. Auf diese Weise können Krankenkassen ihren Beitrag dazu leisten, die Zukunft langfristig gesellschaftlich tragfähig zu gestalten.

Die aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen und Positionen der Techniker Krankenkasse gibt es auch online: tk.de/bundestagswahl

Dort finden Sie außerdem:

- die Ergebnisse des aktuellen TK-Meinungspuls Gesundheit: Wie sehen die Menschen in Deutschland ihr Gesundheitssystem
- aktuelle Pilotprojekte und innovative Versorgungsideen, die Impulse für die Zukunft geben

Quellennachweis:

- Umfrageergebnisse (Seite 6, 12 , 13 und 24), Quelle: TK-Meinungspuls Gesundheit 2021, repräsentive Umfrage im Auftrag der TK
- Anzahl Pflegebedürftige (Seite 15), Quelle: Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung (Deutschlandergebnisse)
- Ausgaben Krankenhausbehandlung (S.19), Quelle: GKV-Spitzenverband
- Anzahl der Aufsichtsbehörden (Seite 25), Quelle: Bundesgesundheitsministerium (2020)
- Kosten Zolgensma (S.28), Quelle: Der Tagesspiegel „Die 2-Millionen-Dollar-Spritze“ (27.05.2019)
- Anzahl der Stimmberechtigten der Sozialwahl (S.34), Quelle: Schlussbericht der Bundeswahlbeauftragten für die Sozialversicherungswahlen zu den Sozialwahlen 2017

Impressum – Verantwortlich für den Inhalt: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, Telefon 040-69 09-17 83, Internet: tk.de/presse; E-Mail: berlin-gesundheitspolitik@tk.de; Twitter: twitter.com/tk_presse
Verantwortlich: Prof. Dr. Volker Möws; Redaktion: Sandra Barnert, Kerstin Griebmeier, Miriam Hoffmann, Antje Kapinsky, Martin Langendorf, Judith Riße, Dr. Rolando Schadowski

Gestaltung: Christina Bartheidel; Produktion: Rafaela Stein;
Litho: Hirte GmbH & Co. KG, Hamburg; Druck: Merkur Druck GmbH, Norderstedt;
Bilder: Getty Images

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

Hier erfahren Sie mehr:

Meinungen und Positionen zu gesundheitspolitischen Themen in der Bundestagswahl 2021 finden Sie auf: tk.de/bundestagswahl

Folgen Sie [@TK_Presse](https://twitter.com/TK_Presse) auf Twitter.

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