

Nach 15 + 16 - 25

Sondermeldung

9. April 2025

Dokumentation:

Koalitionsvertrag: Der Inhalt wird nicht allen Akteuren schmecken

Seite 2

Dokumentation:

Koalitionsvertrag: Der Inhalt wird nicht allen Akteuren schmecken

(Sondermeldung nach dfg 15+16 – 25) Das große Auditorium im Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestages war ab 14.30 Uhr des 9. April 2025 wohl gefüllt. Die vier Vorsitzenden der drei, die künftige Bundesregierung tragenden, Parteien präsentierten die für sie wichtigsten Bestandteile ihres mühsam ausverhandelten Koalitionsvertrages. Dieser umfaßt 146 Seiten und stellt unter dem Titel „Verantwortung für Deutschland“ damit die Arbeitsliste für die kommenden vier Jahre dar.

Die künftigen Koalitionäre haben sich einiges vorgenommen. Allerdings: Nicht nur im Gesundheits- und Sozialbereich dürfen sich viele Akteure verwundert die Augen reiben. Denn die 19 Personen umfassende „Sondierungsgruppe“ aus CDU, CSU und SPD übernahm bei vielen Einzelheiten und Vorschlägen ihrer Arbeitsgruppen (AGen) nicht die Texte der Experten. Auf der Suche nach parteiübergreifenden Kompromissen blieb so manches Detail auf der Strecke. Die vom künftigen CDU-Kanzler Friedrich Merz MdB (69) kritisierten „Wünsch Dir was-Listen“ sind damit weitgehend Makulatur. Das bedeutet: Die 100-Tage-Zusagen, sechs-Monats-Planungen u.s.w. z.B. der AG „Gesundheit und Pflege“ verwehten im Winde der Kompromißsuche.

Man merkt die Schwierigkeiten, die die 19 „Elefanten“ beeinflussten, vor allem beim Problemkreis „Finanzen“. Glück für die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV). Das Rentenniveau soll bis 2031 bei 48 Prozent gesetzlich abgesichert werden. Die entstehenden Mehrausgaben übernimmt der Bund. Ganz anders die Ausspizien für die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (GKV/GPV). Zwar will man in der GKV von Seiten der neuen Regierung die Beiträge „langfristig stabilisieren“. Unter dem die Einnahmen durch ein höheres Beschäftigungsniveau vergrößern und die Kosten auf der Ausgabenseite reduzieren. Worthülsen sondersgleichen, denn schwarz-rot scheint sich wieder einmal aus der Verantwortung schleichen zu wollen. Denn: Weitere Details überträgt man einer Experten-Kommission, die bis zum Frühjahr 2027 „Ableitungen trifft und konkrete weitere Maßnahmen vorschlägt“. Damit dürfte klar sein: Die Ausgaben der Kassen explodieren vermutlich in ungeahnte Höhen. Die GKV-Beiträge werden munter weiter steigen ... und steigen und steigen. Die einst von einer Vorgänger-GroKo abgegebene „Sozialgarantie“ ist damit wohl passé. Bei der zugesagten „großen Pflegereform“ werden die künftigen Koalitionäre zwar detaillierter. Im Vertrag listet man auf S. 109 sogar neun Arbeitsaufträge bzw. –punkte auf, die die Reform beinhalten soll. Allerdings: Die Grundlagen des zu verabschiedenden Gesetzes erarbeitet eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände. Die soll immerhin schon 2025 zu Ergebnissen kommen.

Eine finanzielle Freude werden die Krankenkassen und die PKV-Unternehmen aber haben: Ihr Finanzierungsanteil am stationären „Transformationsfonds“ wird vom Bund übernommen und aus dem Sondervermögen „Infrastruktur“ gespeist. Dem aktuellen gesundheitspolitischen Modethema „Patientennavigation“ in der ambulanten Versorgung widmet man über 1,5 Seiten. Geplant ist ein „verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag“. Angereichert durch Jahrespauschalen für Chroniker und konkreten Vorgaben für die dann wohl aufzuwertende zentrale Rufnummer 116 117. Schafft das Vertragsarztssystem trotz „Termingarantie“ keine zeitnahe Terminvermittlung, „wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant“ für die Patienten „ermöglicht“.

Allen aktuellen personellen Spekulationen des Tages zum Trotz bezogen die vier Parteivorsitzenden keinerlei Stellung zu den vielfach gehandelten Namen oder Personenlisten. Es wird laut Koalitionsvertrag 17 Ministerien geben. Davon erhalten die CDU sowie die SPD je sieben, die CSU drei Ressorts. Neu ist ein eigenständiges Bundesministerium für Digitales und Staatsmodernisierung sowie ein im Bundeskanzleramt angesiedelter, neuer Staatsminister für Sport und Ehrenamt. Beide werden von der CDU besetzt. Wie auch das Ressort „Gesundheit“. Die Agenden für „Arbeit und Soziales“ gehen an die SPD. Wer aber letztendlich „papabile“ ist und in die jeweiligen Lackschuhabteilungen einzieht, das soll wohl ein bis nach Ostern vielfach gehütetes Geheimnis bleiben. Geschuldet ist dieses den Personalproblemen der SPD. Die will sich personell neu aufstellen und erst nach der Mitgliederbefragung Ende April 2025 über den Koalitionsvertrag über Personalien entscheiden. Bis dahin haben Berliner Auguren, Journalisten und Adabeis ausreichend Gelegenheit, potentielle Kandidaten hochzujubeln oder buchstäblich zu verheizen.

Wir dokumentieren die wichtigsten Teile der Abschnitte für „Arbeit und Soziales“ sowie „Gesundheit und Pflege“ im vollen Wortlaut:

**„Verantwortung für Deutschland
Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD
21. Legislaturperiode**

.....

1.2. Arbeit und Soziales

.....

Rente, Alterssicherung, Reha, Sozialversicherungen und Selbstverwaltung

Wir werden die Alterssicherung für alle Generationen auf verlässliche Füße stellen. Deshalb werden wir das Rentenniveau bei 48 Prozent gesetzlich bis zum Jahr 2031 absichern. Die Mehrausgaben, die sich daraus ergeben, gleichen wir mit Steuermitteln aus. Am Nachhaltigkeitsfaktor

halten wir grundsätzlich fest. Nur eine wachstumsorientierte Wirtschaftspolitik, eine hohe Beschäftigungsquote und eine angemessene Lohnentwicklung ermöglichen es, dies dauerhaft zu finanzieren. Deshalb werden wir im Jahr 2029 im Hinblick auf diese Faktoren die tatsächliche Entwicklung des Beitrags und des Bundeszuschusses evaluieren, um gegebenenfalls weitere Maßnahmen zu ergreifen. In einer Rentenkommission werden wir bis zur Mitte der Legislatur eine neue Kenngröße für ein Gesamtversorgungsniveau über alle drei Renten-säulen prüfen.

Zum 01.01.2026 wollen wir die Frühstart-Rente einführen. Wir wollen für jedes Kind vom sechsten bis zum 18. Lebensjahr, das eine Bildungseinrichtung in Deutschland besucht, pro Monat zehn Euro in ein individuelles, kapitalgedecktes und privatwirtschaftlich organisiertes Altersvorsorgedepot einzahlen. Der in dieser Zeit angesparte Betrag kann anschließend ab dem 18. Lebensjahr bis zum Renteneintritt durch private Einzahlungen bis zu einem jährlichen Höchstbetrag weiter bespart werden. Die Erträge aus dem Depot sollen bis zum Renteneintritt steuerfrei sein. Das Sparkapital ist vor staatlichem Zugriff geschützt und wird erst mit Erreichen der Regelaltersgrenze ausgezahlt. Zusätzlich werden wir die betriebliche Altersversorgung stärken und deren Verbreitung besonders in kleinen und mittleren Unternehmen und bei Geringverdienern weiter vorantreiben. Die Geringverdienerförderung werden wir verbessern. Wir werden die betriebliche Altersvorsorge digitalisieren, vereinfachen, transparenter machen und entbürokratisieren. Die Portabilität der betrieblichen Altersvorsorge für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei einem Arbeitgeber-wechsel wollen wir erhöhen.

Ein abschlagsfreier Renteneintritt nach 45 Beitragsjahren wird 609 auch künftig möglich bleiben. Gleichzeitig schaffen wir zusätzliche finanzielle Anreize, damit sich freiwilliges längeres Arbeiten mehr lohnt. Statt einer weiteren Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters wollen wir mehr Flexibilität beim Übergang vom Beruf in die Rente. Dabei setzen wir auf Freiwilligkeit. Arbeiten im Alter machen wir mit einer Aktivrente attraktiv. Wer das gesetzliche Rentenalter erreicht und freiwillig weiterarbeitet, bekommt sein Gehalt bis zu 2.000 Euro im Monat steuerfrei. Wir erleichtern die Rückkehr zum bisherigen Arbeitgeber nach Erreichen der Regelaltersgrenze, indem wir das Vorbeschäftigungsverbot aufheben und dadurch befristetes Weiterarbeiten ermöglichen. Darüber hinaus verbessern wir die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei der Hinterbliebenenrente. Wir prüfen, wie wir die Hinzuverdienstmöglichkeiten für Rentnerinnen und Rentner in der Grundsicherung im Alter verbessern.

Gebrochene Erwerbsbiografien und Abwanderung gehörten für viele Menschen zu den Folgen des Zusammenbruchs der maroden DDR-Wirtschaft nach 1990.

Wir stärken den Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“. Wir setzen den Ü45-Check flächendeckend um. Wir wollen mit Reha-Leistungen diejenigen zielgenauer erreichen, die bereits in einer befristeten Erwerbsminderungsrente sind. Wir werden eine einfache, barrierefreie und digitale Beantragung möglichst vieler Leistungen ermöglichen. Den gemeinsamen Grundantrag für Reha- und Teilhabeleistungen werden wir vorantreiben. Wir führen im SGB VI ein Fall-Management auf Basis der Bewertungen laufender Modellprojekte ein. Wir prüfen zudem die Ausweitung auf weitere Sozialgesetzbücher. Wir wollen das Betriebliche Eingliederungsmanagement auch aufgrund zunehmender psychischer Erkrankungen bekannter machen und stärken die Bekanntheit besonders in kleinen und mittleren Unternehmen. Um Klarheit und Verbindlichkeit zu schaffen, beschleunigen wir die Feststellung der Erwerbsfähigkeit.

Wir wollen Selbstständige besser fürs Alter absichern. Wir werden alle neuen Selbstständigen, die keinem obligatorischen Alterssicherungssystem zugeordnet sind, gründerfreundlich in die gesetz-

liche Rentenversicherung einbeziehen. Andere Formen der Altersvorsorge, die eine verlässliche Absicherung für Selbstständige im Alter gewährleisten, bleiben weiterhin möglich. Wir werden die Mütterrente mit drei Rentenpunkten für alle vollenden – unabhängig vom Geburtsjahr der Kinder –, um gleiche Wertschätzung und Anerkennung für alle Mütter zu gewährleisten. Die Finanzierung erfolgt aus Steuermitteln, weil sie eine gesamtgesellschaftliche Leistung abbildet. Unser Ziel ist die Stabilisierung des Abgabesatzes der Künstlersozialversicherung. Wir prüfen die Vereinfachung des Abgabeverfahrens, zum Beispiel durch Pauschalisierung. Die zunehmend digitale Verwertung von künstlerischen Werken muss der Künstlersozialabgabe unterliegen.

.....

4.2. Gesundheit und Pflege

Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land sichern. Dafür wagen wir tiefgreifende strukturelle Reformen, stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Stabilisierung der Beitragssätze

Hohe Defizite prägen derzeit die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung. Die Einnahmeentwicklung bleibt deutlich hinter der Entwicklung der Ausgaben zurück. Die Beitragssätze steigen. Ziel ist es, die Finanzsituation zu stabilisieren und eine weitere Belastung für die Beitragszahlerinnen und -zahler zu vermeiden. Hierzu setzen wir auf ein Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen. Ziel ist es, die seit Jahren steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen.

Wir wollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auch langfristig stabilisieren und zugleich eine hohe Qualität und ein hohes Niveau der Leistungen sichern. Wir wollen die Einnahmen durch ein höheres Beschäftigungsniveau vergrößern und die Kosten auf der Ausgabenseite reduzieren.

Für diese Aufgabe werden wir eine Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten und Sozialpartnern einrichten. Wir wollen, dass die Kommission die gesundheits-politischen Vorhaben dieses Koalitionsvertrags in der Gesamtwirkung betrachtet und bis zum Frühjahr 2027 Ableitungen trifft und konkrete weitere Maßnahmen vorschlägt.

Prävention

Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und Prävention spielen für uns eine wichtige Rolle. Wir sprechen Menschen, insbesondere Kinder, zielgruppenspezifisch, strukturiert und niederschwellig an. Die bestehenden U-Untersuchungen werden erweitert und das Einladewesen für alle weiterentwickelt. Wir stärken freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen in den Blick nehmen. Einsamkeit, ihre Auswirkung und der Umgang damit, rücken wir in den Fokus. Wir beseitigen Hürden zugunsten eines besseren Datenaustausches im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes. Wir prüfen, wie wir nach dem Ende des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in gemeinsamer Kraftanstrengung von Bund, Ländern und Kommunen den ÖGD weiterhin unterstützen können.

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten. Die telefonische Krankschreibung werden wir so verändern, dass Missbrauch zukünftig ausgeschlossen ist (zum Beispiel Ausschluss der Online-Krankschreibung durch private Online-Plattformen).

Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (zum Beispiel Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.

Wir stärken die sektorenübergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir sektoren-unabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) weiter und ermöglichen sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich.

Wir erlassen ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt.

Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen). Durch Flexibilisierung des Quartalsbezugs ermöglichen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten. Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis. Wir ermöglichen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis absolvieren können (zwei pro Weiterbilder) und bauen die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärztinnen und Kinderärzte aus.

Wir stärken die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen über eine ausschlaggebende Stimme und ermöglichen eine kleinteiligere Bedarfsplanung. Wir schaffen einen Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten: Wir prüfen eine Entbudgetierung von Fachärztinnen und Fachärzten in unterversorgten Gebieten. Dort können universitäre Lehrpraxen vereinfacht ausgebracht werden. Außerdem gibt es in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (größer 120 Prozent) Abschläge vom Honorar. Dabei definieren wir auch den Versorgungsauftrag und ermöglichen den Ländern, die Bedarfsplanung für Zahnärztinnen und Zahnärzte selbst vorzunehmen.

Wir schaffen eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg. Bei medizinischen Behandlungen stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden. Wir entwickeln das Hospiz- und Palliativgesetz im

Sinne der sorgenden Gemeinschaften weiter und tragen den besonderen Bedürfnissen von Eltern von Sternenkindern Rechnung.

Apotheken

Die Vor-Ort-Apotheken sind häufig erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Das Fremdbesitzverbot bekräftigen wir und stärken insbesondere Apotheken im ländlichen Raum. Wir bauen Strukturen in den Vor-Ort-Apotheken für Präventionsleistungen aus, erleichtern die Abgabe und den Austausch von Arzneimitteln und entlasten sie von Bürokratie und Dokumentationspflichten. Nullretaxationen aus formalen Gründen schaffen wir ab. Das Skonti-Verbot heben wir auf. Wir erhöhen das Apothekenpackungsfixum einmalig auf 9,50 Euro. In Abhängigkeit vom Versorgungsgrad kann es insbesondere für ländliche Apotheken in einem Korridor bis zu 11 Euro betragen. Künftig wird die Vergütung zwischen den Apothekerinnen und Apothekern und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt. Auch vereinheitlichen wir die Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheken, insbesondere bei der Einhaltung von Kühlketten und Nachweispflichten. Den Apothekerberuf entwickeln wir zu einem Heilberuf weiter.

Gesundheitswirtschaft

Wir stärken die industrielle Gesundheitswirtschaft, insbesondere die pharmazeutische Industrie und Medizintechnik, als Leitwirtschaft. Der Pharmadialog und die Pharmastrategie werden fortgesetzt. Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) entwickeln wir mit Blick auf die „Leitplanken“ und auf personalisierte Medizin weiter. Dabei ermöglichen wir den Zugang zu innovativen Therapien und Arzneien und stellen gleichzeitig eine nachhaltig tragbare Finanzierung sicher. Die Versorgungssicherheit stärken wir durch Rückverlagerung von Produktionsstandorten für kritische Arzneimittel und Medizinprodukte nach Deutschland und Europa.

Krankenhauslandschaft

Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche Krankenhauslandschaft aufbauend auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum Sommer 2025. Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen. Die Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 sowie den bisher für die GKV vorgesehenen Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem Sondervermögen Infrastruktur.

Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Das System der belegärztlichen Versorgung erhalten und verbessern wir ohne Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie. Der InEK-Groupier zu diesen Leistungsgruppen wird zur Abrechnung verwendet und die Leistungsgruppen bleiben bis zur Evaluation erhalten. Die bis zum 01.01.2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform werden angepasst. Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe. Als Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Stunden. Die Konvergenzphase wird von zwei auf drei Jahre verlängert. Das Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet, um die neuen Vergütungsregeln und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent aufzuzeigen und gegebenenfalls nachzuzustieren. Anschließ-

end führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schritten ein. In den Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechtswirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt. Diese Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31.12.2030 und führt zu keiner Schlechterstellung.

Pflegereform und Bund-Länder-Kommission

Die Bewältigung der stetig wachsenden Herausforderungen in der Pflege und für die Pflegeversicherung ist eine Generationenaufgabe. Auch dieser Herausforderung wollen wir mit einem Mix aus kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen begegnen.

Die strukturellen langfristigen Herausforderungen werden mit einer großen Pflegereform angehen. Ziele der Reform sind, die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung zu sichern sowie eine Stärkung der ambulanten und häuslichen Pflege. Ferner wollen wir damit gewährleisten, dass Leistungen der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen einfach und bürokratiearm in Anspruch genommen werden können.

Die Grundlagen der Reform soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände erarbeiten. Zum Arbeitsauftrag der Kommission gehört insbesondere die Prüfung von:

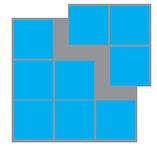
- Leistungsumfang, Ausdifferenzierung der Leistungsarten,
- Bündelung und Fokussierung der Leistungen,
- Möglichkeiten zur Stärkung der pflegenden Angehörigen,
- Schaffung von Angeboten für pflegerische Akutsituationen,
- Stärkung der sektorübergreifenden pflegerischen Versorgung und Übernahme von Modellprojekten (wie zum Beispiel „stambulant“) in die Regelversorgung,
- Anreize für eigenverantwortliche Vorsorge,
- Nachhaltigkeitsfaktoren (wie beispielsweise die Einführung einer Karenzzeit),
- Verortung versicherungsfremder Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbildungumlage,
- Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile.

Die Kommission legt ihre Ergebnisse noch 2025 vor.

Kurzfristig bringen wir Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einführung der „Advanced Practice Nurse“ auf den Weg und sichern den sogenannten „kleinen Versorgungs-vertrag“ rechtlich ab.

Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

Unser Gesundheitssystem lebt von hochqualifizierten Fachkräften, die täglich Verantwortung für Menschen tragen. Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratieentlastungsgesetz im Gesundheitswesen massiv, etablieren eine Vertrauenskultur und stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen. Alle Gesetze in diesem Bereich werden wir einem Praxis-Check unterziehen. Wir überprüfen Datenschutzvorschriften und alle Berichts- und Dokumentationspflichten insbesondere im SGB XI auf ihre zwingende Notwendigkeit. Berichts- und Dokumentationspflichten, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, schaffen wir ab, ohne die Vorsorge für zukünftige Pandemien zu gefährden. Wir wollen eine KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation ermöglichen und streben ein konsequent vereinfachtes und digitales Berichtswesen an.



Wir führen eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ein. Entsprechende Regelungen werden wir auch für andere Leistungserbringerinnen und -erbringer treffen. Die Verschreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber den Krankenkassen vereinfachen wir wesentlich. Wir senken die Prüfquote bei Krankenhäusern erheblich. Das Prüfergebnis der Stichproben wird sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Ist eine Prüfung regelhaft nicht auffällig, sind die Prüffrequenzen anzupassen. Die Aufgaben der Kontrollinstanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst und Heimaufsicht) verschränken wir und bauen Doppelstrukturen ab. Krankenkassen verpflichten wir, vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungsprozesse zu entwickeln.

Alle sozialversicherungsrechtlichen oder selbstverwaltenden Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen, die aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden, sollen die gleiche Gehaltsstruktur abbilden, die für die Mitarbeitenden der niedergelassenen Ärzteschaft, der Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes gelten. Künftig sollen sich die Gehälter der gesetzlichen Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes und weiterer Akteure am Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) orientieren. Mit diesen Maßnahmen schaffen wir Strukturveränderungen mit erheblichem Einsparpotenzial.

Digitalisierung

Für die Zukunft der Gesundheitsversorgung nutzen wir die Chancen der Digitalisierung. Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenweise aus, von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung. Wir vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten. Doppeldokumentationen vermeiden wir. Rahmenbedingungen und Honorierung für Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie verbessern wir, um die Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Die Gematik GmbH entwickeln wir zu einer modernen Agentur weiter, um im Bereich der Digitalisierung Akteure besser zu vernetzen. Alle Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Gesundheit und Pflege müssen bis 2027 einen verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausch auf Basis einheitlich de-finierter Standards sicherstellen.

Gesundheitsforschung und zielgruppengerechte Versorgung

Zur besseren Datennutzung setzen wir ein Registergesetz auf und verbessern die Datennutzung beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit. Gleichzeitig ist der Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten unabdingbar. Deshalb wirken wir auf eine konsequente Ahndung von Verstößen hin. Wir machen Deutschland zu einem Spitzenstandort für die Gesundheitsforschung und klinische Studien. In der klinischen Forschung bauen wir Hürden ab und harmonisieren Regelungen mit anderen EU-Staaten, zum Beispiel in der CAR-T-Zelltherapie. Die Rahmenbedingungen für Labore der Sicherheitsstufe S 1 vereinfachen wir.

Wir unterstützen den Verbund der deutschen Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB) bei seiner hervorragenden Arbeit und investieren in diesem Kontext in ein länderübergreifendes Behandlungszentrum für Infektionskrankheiten in Mitteldeutschland.

Medizinische Vorsorge, Behandlung und Forschung gestalten wir geschlechts- und diversitätssensibel (inklusive queere Menschen) aus und berücksichtigen dabei die speziellen Bedürfnisse in jedem Lebensabschnitt aller Geschlechter, zum Beispiel Geburt und Wechseljahre, sowie spezifische Krankheitsbilder wie Endometriose, Brust- und Prostatakrebs. Zugang zur Grundversorgung, insbesondere in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Hebammenversorgung sichern wir flächendeckend.

ckend. Bei der Kinderwunschbehandlung muss die anteilige Eigenfinanzierung der künstlichen Befruchtung für Betroffene angemessen und verlässlich sein. Wir entwickeln das Gesundheitswesen und die Pflegeversorgung barrierefrei und inklusiv weiter.

Psychotherapie

Durch niedrigschwellige Online-Beratung in der Psychotherapie und digitale Gesundheitsanwendungen stärken wir Prävention sowie Versorgung in der Fläche und in Akutsituationen. Wir passen Vergütungsstrukturen an, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Blick zum Beispiel auf die Kurzzeittherapie zu ermöglichen. Wir führen eine Notversorgung durch Psychotherapeuten ein und setzen das Suizidpräventionsgesetz um. Zur besseren psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte schaffen wir deren Regresse ab und setzen psychosomatische Institutsambulanzen wohnortnah um. Die Bedarfsplanung passen wir im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und auf die Verbesserung der Versorgung im ländlichen 3558 Raum an und stellen die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicher. Ziel ist eine bessere Versorgung und die Stärkung der Resilienz unserer Kinder und Jugendlichen.

Auswirkungen der Corona-Pandemie

Wir ergreifen weitere Maßnahmen, um die gesundheitliche Situation von Betroffenen seltener Erkrankungen, zum Beispiel durch Ausbau und Stärkung von digital vernetzten Zentren zu verbessern. An myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom, Long- und PostCOVID und PostVac erkrankte Menschen brauchen weiter unsere Unterstützung. Wir stärken hierzu Versorgung und Forschung. Wir werden die Corona-Pandemie umfassend im Rahmen einer Enquete-Kommission aufarbeiten, insbesondere um daraus Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse abzuleiten.

Organspende

Wir wollen die Zahl von Organ- und Gewebespenden deutlich erhöhen und dafür die Voraussetzungen verbessern. Aufklärung und Bereitschaft sollen gefördert werden.

Krisenfeste Versorgung

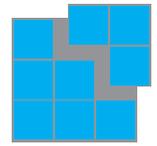
Wir schaffen gesetzliche Rahmenbedingen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im Zivilschutz- sowie Verteidigungs- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen Zuständigkeiten. Wir investieren in die energetische Sanierung und Digitalisierung für die Krankenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur.

Globale Gesundheit

Globale Gesundheit stärkt Sicherheit, Wohlstand und Resilienz. Deutschland bringt gezielt Gesundheitsexpertise in die globale Politik ein. Dazu gehören Reformen bei WHO und UNAIDS, verstärkte Sekundierungen und mehr deutsche Expertise in Schlüsselpositionen. Gemeinsam mit unseren Partnern dämmen wir den Ausbruch und die Ausbreitung von Krankheiten im Globalen Süden ein. Forschung zu antimikrobiellen Resistenzen und eine nachhaltigere Gesundheitsfinanzierung treiben wir voran.

Sucht und Prävention

Wir nehmen das zunehmende Problem der Suchtabhängigkeit – auch von neuen synthetischen Drogen – ernst. Um den Folgen entgegenzuwirken, die von Gesundheitsgefährdung bis Gewaltbereitschaft und Verwahrlosung reichen können, erarbeiten wir in einer gemeinsamen Kraftanstrengung auch mit Suchtprävention, -hilfe und Substitutionsmedizin gebündelte Maßnahmen. Wir ergreifen geeignete Präventionsmaßnahmen, um insbesondere Kinder und Jugendliche vor Alltags-



süchten zu schützen. Eine Regelung zur Abgabe von Lachgas und GHB/GBL (sogenannte KO-Tropfen) legen wir vor.

Gesundheitsberufe

Wir erhöhen die Wertschätzung und Attraktivität der Gesundheitsberufe. Wir ermöglichen den kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundenausübung. Dazu gehört eine geeignete Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege. Wir stärken die Eigenverantwortung in der Pflege und werten deren Selbstverwaltung auf, etwa durch einen festen Sitz mit einem Stimmrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Wir erwirken geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Unterschiede zwischen Leiharbeitnehmern und der Stammebelegschaft. Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entsprechende Vergütungen für das Personal werden ausgeglichen. Die Weiterqualifizierung von berufserfahrenen Pflegefachkräften durch das DQR-Anerkennungsverfahren vereinfachen wir mittels Kompetenzfeststellungsverfahren der zuständigen Praxisanleitungen. Wir wollen eine Vergütungsstruktur im Praktischen Jahr (PJ) modernisieren, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und wollen eine gerechte und einheitliche Fehlzeitenregelung schaffen. Die Kenntnisprüfung wird unter anderem mit einer stärkeren sprachlichen Komponente verbessert und vorrangiger Zugang für die Anerkennung der Ausbildung ausländischer Ärzte. Die Berufsgesetze für Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Eine ausschließliche Voll-Akademisierung lehnen wir ab. Die Osteopathie regeln wir berufsgesetzlich. Wir unterstützen Forschung und Versorgung zu Naturheilkunde und Integrativer Medizin zur Präventionsförderung.“