

1 Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für
2 die Menschen im ganzen Land sichern. Dafür wagen wir tiefgreifende strukturelle Reformen, stabili-
3 sieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die Arbeits-
4 bedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

5 Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und **Prävention** spielen für uns eine wichtige Rolle. Wir
6 sprechen Menschen, insbesondere Kinder, zielgruppenspezifisch, strukturiert und niederschwellig an.
7 Die bestehenden U-Untersuchungen werden erweitert und das Einladewesen für alle weiterentwi-
8 ckelt. Wir stärken freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen in den Blick
9 nehmen. Einsamkeit, ihre Auswirkung und der Umgang damit, rücken wir in den Fokus. Wir beseiti-
10 gen Hürden zugunsten eines besseren Datenaustausches im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungs-
11 gesetzes. Den Pakt für den ÖGD setzen wir in gemeinsamer Kraftanstrengung mit Bund, Ländern und
12 Kommunen fort.

13 Die **ambulante Versorgung** verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in
14 ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärzten bedarfsgerecht gestalten. Zu einer besse-
15 ren und zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Termin-
16 vergabe führen wir ein verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärz-
17 te in der HzV und im Kollektivvertrag ein. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynä-
18 kologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung
19 werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (z.B. Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuern-
20 der Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betrie-
21 bene 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen
22 den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu
23 vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientin-
24 nen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer struktu-
25 rierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin. Wir stärken die sektoren-
26 übergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir die Hybrid-DRGs weiter und ermöglichen
27 sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich. Wir erlas-
28 sen ein iMVZ-Regulierungsgesetz.

29 Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht bedarfsgerech-
30 ter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen). Durch Flexibilisierung des Quartalsbezugs ermögli-
31 chen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die Vergütung von Praxis-Pa-
32 tienten-Kontakten. Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis. Wir ermögli-
33 chen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis

34 absolvieren können (2 pro Weiterbilder) und bauen die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für
35 Kinderärzte aus.

36 Wir stärken die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen über eine ausschlaggebende Stim-
37 me und ermöglichen eine kleinteiligere Bedarfsplanung. Wir schaffen einen Fairnessausgleich zwi-
38 schen über- und unterversorgten Gebieten: Wir entbudgetieren die Fachärzte in unterversorgten
39 Gebieten. Dort können universitäre Lehrpraxen vereinfacht ausgebracht werden. Außerdem gibt es in
40 (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (>120%) Abschläge
41 vom Honorar. Dabei definieren wir auch den Versorgungsauftrag und ermöglichen den Ländern, die
42 Bedarfsplanung für Zahnärzte selbst vorzunehmen.

43 In den ersten 100 Tagen schaffen wir eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit
44 von Ärzten im Bereitschaftsdienst der KV ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungs-
45 dienstreform auf Grundlage der bisherigen Entwürfe auf den Weg. Bei medizinischen Behandlungen
46 stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden. Wir entwickeln das Hospiz-
47 und Palliativgesetz im Sinne der sorgenden Gemeinschaften weiter und tragen den besonderen Be-
48 dürfnissen von Eltern von Sternenkindern Rechnung.

49 Die Vor-Ort-**Apotheken** sind häufig erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Das Fremdbesitz-
50 verbot bekräftigen wir und stärken insbesondere Apotheken im ländlichen Raum. Wir bauen Struktu-
51 ren in den Apotheken vor Ort für Präventionsleistungen aus, erleichtern die Abgabe und den Aus-
52 tausch von Arzneimitteln und entlasten sie von Bürokratie und Dokumentationspflichten. Nullretaxati-
53 onen aus formalen Gründen schaffen wir ab. Das Skonti-Verbot heben wir auf. Wir erhöhen das Apo-
54 thekenpackungsfixum einmalig auf 9,50 Euro. In Abhängigkeit vom Versorgungsgrad kann es insbe-
55 sondere für ländliche Apotheken in einem Korridor bis zu 11 Euro betragen. Künftig wird die Vergü-
56 tung zwischen den Apothekern und dem GKV-SV ausgehandelt. Auch vereinheitlichen wir die Vorga-
57 ben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheken, insbesondere bei der Einhaltung von Kühlketten
58 und Nachweispflichten. Den Apothekerberuf entwickeln wir zu einem Heilberuf weiter.

59 Wir stärken die Industrielle **Gesundheitswirtschaft**, insbesondere die Pharmazeutische Industrie und
60 Medizintechnik, als Leitwirtschaft. Der Pharmadialog und die Pharmastrategie werden fortgesetzt.
61 Das AMNOG entwickeln wir mit Blick auf die „Leitplanken“ und auf personalisierte Medizin weiter.
62 Dabei ermöglichen wir den Zugang zu innovativen Therapien und Arzneien und stellen gleichzeitig
63 eine nachhaltig tragbare Finanzierung sicher. Die Versorgungssicherheit stärken wir durch Rückverla-
64 gerung von Produktionsstandorten für kritische Arzneimittel und Medizinprodukte nach Deutschland
65 und Europa.

66 Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche **Krankenhauslandschaft** aufbau-
67 end auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum
68 Sommer. Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie
69 und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen
70 und erweiterte Kooperationen. Um die finanzielle Stabilität der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser
71 zu sichern, schließen wir die Lücke aus den Jahren 2022 und 2023 in deren Betriebskostenfinanzie-
72 rung. Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass die in den Ländern
73 bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Das System
74 der belegärztlichen Versorgung erhalten und verbessern wir, ohne Einbußen in der Qualität der Leis-
75 tungserbringung. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-
76 Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie. Der InEK-Groupen zu diesen Leistungsgrup-
77 pen wird zur Abrechnung verwendet und die Leistungsgruppen bleiben bis zur Evaluation erhalten.
78 Die bis zum 01.01.2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform werden
79 angepasst. Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leis-
80 tungs- und / oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der
81 Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe. Als Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Stunden. Die Konvergenz-
82 phase wird von 2 auf 3 Jahre verlängert. Das Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral
83 ausgestaltet, um die neuen Vergütungsregeln und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent
84 aufzuzeigen und ggf. nachjustieren. Anschließend führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schrit-
85 ten ein. In den Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, blei-
86 ben diese rechtswirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt. Diese Übergangsre-
87 gelung gilt längstens bis zum 31.12.2030 und führt zu keiner Schlechterstellung.

88 Wir ergreifen Maßnahmen zur **Stabilisierung der Beitragssätze**. Die bisher nicht kostendeckenden
89 Beiträge für Bürgergeldempfänger werden wir aus Steuermitteln vollständig finanzieren. Bereits im
90 Jahr 2025 werden die entsprechenden Beträge zur Verfügung gestellt. Der Bundeszuschuss wird in
91 Zukunft entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen dynamisiert. Der bisher für
92 die GKV vorgesehene Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem
93 Sondervermögen Infrastruktur.

94 Die Herausforderungen in der **Pflege** zu bewältigen ist eine Generationenaufgabe. Dazu braucht es
95 einen Paradigmenwechsel hin zu mehr Vertrauen und weniger Bürokratie. Wir erarbeiten zügig eine
96 große Pflegereform, die das System einfacher, flexibler und bezahlbarer macht. Wir begrenzen pflege-
97 bedingte Eigenanteile, stärken pflegende Angehörige, bündeln bestehende Leistungen, bauen Versor-
98 gungsangebote für pflegerische Akutsituationen auf und stärken die sektorenübergreifende pflegeri-
99 sche Versorgung. Modellprojekte wie z.B. stambulant sollen möglich sein. Wir bringen binnen 100

100 Tagen auf Grundlage der bestehenden Entwürfe zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einfüh-
101 rung der „Advanced Practice Nurse“ Gesetze auf den Weg und sichern den sogenannten "kleinen
102 Versorgungsvertrag“ rechtlich ab. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene erarbeitet
103 innerhalb von 6 Monaten unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände Vorschläge für eine
104 Strukturreform und stellt diese noch in 2025 vor.

105 Die Soziale **Pflegeversicherung** ist eine Erfolgsgeschichte und entlastet Millionen von Menschen.
106 Eine langfristige Stabilisierung ihrer finanziellen Lage ist aber nur möglich, indem der Bund versiche-
107 rungsfremde Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Aus-
108 bildungsumlage übernimmt. Kurzfristig werden während der Corona-Pandemie entnommene Gelder
109 aus dem Ausgleichsfonds zurückerstattet. Der Sonderweg bei der Finanzierung der Pflegeversiche-
110 rung in Sachsen, der einen höheren Pflegeversicherungsbeitrag bedeutet, wird durch eine Anpassung
111 beendet.

112 Unser Gesundheitssystem lebt von hochqualifizierten Fachkräften, die täglich Verantwortung für
113 Menschen tragen. Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein **Bürokratie-**
114 **entlastungsgesetz** im Gesundheitswesen innerhalb der ersten 6 Monate massiv, etablieren eine Ver-
115 trauenskultur, stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit
116 Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen. Alle Gesetze in diesem Bereich wer-
117 den wir einem Praxis-Check unterziehen. Wir überprüfen Datenschutzvorschriften und alle
118 Berichts- und Dokumentationspflichten, insbesondere im SGB XI auf ihre zwingende
119 Notwendigkeit, und schaffen solche, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, ab,
120 ohne dabei die Vorsorge für zukünftige Pandemien zu gefährden. Wir wollen eine KI-unterstützte
121 Behandlungs- und Pflegedokumentation ermöglichen und streben ein konsequent vereinfachtes
122 und digitales Berichtswesen an. Wir führen eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung
123 niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ein. Entsprechende Regelungen werden wir auch für andere
124 Leistungserbringer treffen. Die Verschreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber
125 den Krankenkassen vereinfachen wir wesentlich. Wir senken die Prüfquote bei Krankenhäusern er-
126 heblich ab. Das Prüfergebnis der Stichproben wird sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Ist eine
127 Prüfung regelhaft nicht auffällig, sind die Prüffrequenzen anzupassen. Die Aufgaben der Kontrollin-
128 stanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst und Heimaufsicht) verschränken wir und bauen Doppel-
129 strukturen ab. Krankenkassen verpflichten wir, vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungs-
130 prozesse zu entwickeln. Alle sozialversicherungsrechtlichen oder selbstverwaltenden Körperschaften
131 des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen, die aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden,
132 sollen die gleiche Gehaltsstruktur abbilden, die für die Mitarbeitenden der niedergelassenen Ärzte-
133 schaft, der Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes gelten. Künftig sollen sich die

134 Gehälter der gesetzlichen Krankenkassen, des MD und weiterer Akteure am TVöD orientieren. Mit
135 diesen Maßnahmen schaffen wir Strukturveränderung mit erheblichem Einsparungspotenzial.

136 Für die Zukunft der Gesundheitsversorgung nutzen wir die Chancen der **Digitalisierung**. Wir denken
137 Prozesse neu und beschleunigen sie. Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenwei-
138 se aus, hin von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung.
139 Wir vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten.
140 Doppeldokumentationen vermeiden wir. Rahmenbedingungen und Honorierung für Videosprech-
141 stunden, Telemonitoring und Telepharmazie verbessern wir, um die Versorgung flächendeckend si-
142 cherzustellen. Die gematik entwickeln wir zu einer modernen Agentur weiter, um im Bereich der Digi-
143 talisierung Akteure besser zu vernetzen. Alle Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Ge-
144 sundheit und Pflege müssen bis 2027 einen verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausch
145 auf Basis einheitlich definierter Standards sicherstellen.

146 Zur besseren Datennutzung setzen wir ein Registergesetz auf und verbessern die Datennutzung beim
147 Forschungsdatenzentrum Gesundheit. Gleichzeitig ist der Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten
148 unabdingbar. Deshalb wirken wir auf eine konsequente Ahndung von Verstößen hin. Wir machen
149 Deutschland zu einem Spitzenstandort für die **Gesundheitsforschung** und Klinische Studien. In der
150 klinischen Forschung bauen wir Hürden ab und harmonisieren Regelungen mit anderen EU-Staaten, z.
151 B. in der CAR-T-Zelltherapie. Die Rahmenbedingungen für S1-Labore vereinfachen wir.

152 Medizinische Vorsorge, Behandlung und Forschung gestalten wir **geschlechts- und diversitätssensibel**
153 aus und berücksichtigen dabei die speziellen Bedürfnisse in jedem Lebensabschnitt aller Geschlech-
154 ter, z. B. Wechseljahre, Endometriose, Brust- und Prostatakrebs. Zugang zur Grundversorgung insbe-
155 sondere in der Gynäkologie sichern wir flächendeckend. Bei der Kinderwunschbehandlung muss die
156 anteilige Eigenfinanzierung der künstlichen Befruchtung für Betroffene angemessen und verlässlich
157 sein. [Die gesundheitlichen Belange der queeren Community müssen besonders berücksichtigt wer-
158 den].

159 Durch niedrigschwellige Online-Beratung in der **Psychotherapie** und digitale Gesundheitsanwendun-
160 gen stärken wir Prävention sowie Versorgung in der Fläche und Akutsituationen. Wir passen Vergü-
161 tungsstrukturen an, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Blick z. B. auf die Kurzzeittherapie zu
162 ermöglichen. Wir führen eine Notversorgung durch Psychotherapeuten ein und setzen das Suizidprä-
163 ventionsgesetz um. Zur besseren psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte schaffen wir
164 deren Regresse ab und setzen Psychosomatische Institutsambulanzen wohnortnah um. Die Bedarfs-
165 planung passen wir im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und auf die Verbesserung der Versorgung
166 im ländlichen Raum an und stellen die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicher. Wir
167 schließen einen Pakt für Kindergesundheit und nehmen die Stärkung von Angeboten an Schulen in

168 den Blick. Ziel ist eine bessere Versorgung und die Stärkung der Resilienz unserer Kinder und Jugendli-
169 chen.

170 Wir ergreifen weitere Maßnahmen, um die gesundheitliche Situation von Betroffenen seltener Er-
171 krankungen, z. B. durch Ausbau und Stärkung von digital vernetzten Zentren zu verbessern. **An ME/
172 CFS, Long- und Post COVID und PostVac** erkrankte Menschen brauchen weiter unsere Unterstützung.
173 Wir stärken hierzu Versorgung und Forschung. **[Wir werden die Corona-Pandemie umfassend aufarb-
174 eiten, insbesondere um daraus Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse abzuleiten.]** Wir entwi-
175 ckeln das Gesundheitswesen und die Pflegeversorgung **barrierefrei** und inklusiv weiter.

176 Wir wollen die Zahl von **Organ- und Gewebespenden** deutlich erhöhen und dafür die Voraussetzun-
177 gen verbessern. Aufklärung und Bereitschaft sollen gefördert werden.

178 Wir schaffen gesetzliche Rahmenbedingen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im
179 Zivilschutz- sowie Verteidigung- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen
180 Zuständigkeiten. Hierfür und für Investitionen in die energetische Sanierung und Digitalisierung für
181 die Krankenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur nutzen wir das Sondervermögen und die
182 Ausnahme von der Schuldenbremse.

183 **Globale Gesundheit** stärkt Sicherheit, Wohlstand und Resilienz. Deutschland bringt gezielt Gesund-
184 heitsexpertise in die globale Politik ein. Dazu gehören Reformen bei WHO und UNAIDS, verstärkte
185 Sekundierungen und mehr deutsche Expertise in Schlüsselpositionen. Gemeinsam mit unseren Part-
186 nern dämmen wir den Ausbruch und die Ausbreitung von Krankheiten im globalen Süden ein. For-
187 schung zu antimikrobiellen Resistenzen und eine nachhaltigere Gesundheitsfinanzierung treiben wir
188 voran.

189 Wir nehmen das zunehmende Problem der Suchtabhängigkeit – auch von neuen synthetischen **Dro-**
190 **gen** – ernst. Um den Folgen entgegenzuwirken, die von Gesundheitsgefährdung bis Gewaltbereit-
191 schaft und Verwahrlosung reichen können, erarbeiten wir in einer gemeinsamen Kraftanstrengung
192 auch mit Suchtprävention, -hilfe und Substitutionsmedizin gebündelte Maßnahmen. Wir ergreifen
193 geeignete Präventionsmaßnahmen, um insbesondere Kinder und Jugendliche vor Alltagssüchten zu
194 schützen. Eine Regelung zur Abgabe von Lachgas und GHB/GBL (KO-Tropfen) legen wir in den ersten
195 100 Tagen vor.

196 Wir erhöhen die Wertschätzung und Attraktivität der **Gesundheitsberufe**. Dazu gehört eine geeignete
197 Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege. Wir ermöglichen den kompetenzorientierten
198 Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundeausübung. Wir stärken die Eigenverantwortung
199 in der Pflege und werten deren Selbstverwaltung auf, etwa durch einen festen Sitz mit einem Stimm-
200 recht im G-BA. Wir erwirken geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Unterschiede zwischen Leihar-

201 beitnehmern und der Stammebelegschaft. Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie ent-
202 sprechende Vergütungen für das Personal werden ausgeglichen. Die Weiterqualifizierung von berufs-
203 erfahrenen Pflegefachkräften durch das DQR-Anerkennungsverfahren vereinfachen wir mittels Kom-
204 petenzfeststellungsverfahren der zuständigen Praxisanleitungen. Wir streben eine Vergütungsstruktur
205 im PJ an, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und schaffen eine gerechte und einheitliche Fehl-
206 zeitenregelung. Die Kenntnisprüfung wird unter anderem mit einer stärkeren sprachlichen Kompo-
207 nente verbessert und vorrangiger Zugang für die Anerkennung der Ausbildung ausländischer Ärzte.
208 Die Berufsgesetze für Ergo-, Logo- und Physiotherapie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Die
209 Osteopathie regeln wir berufsgesetzlich. Wir unterstützen Forschung und Versorgung zur Naturheil-
210 kunde und Integrativer Medizin zur Präventionsförderung.

211

212 **Schnittstellen und Widersprüche zu anderen Arbeitsgruppen (keine Widersprüche bekannt)**

- 213 • Stabilisierung der GKV und SPV: UAG-Sozialabgaben
- 214 • Anwerbung der Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland, Anerkennung der Berufsabschlüsse:
215 AG Arbeit und Soziales, AG Bildung
- 216 • Barrierefreiheit im Gesundheitswesen: AG Arbeit und Soziales
- 217 • Pflegende Angehörige (Alltagshilfen) AG Arbeit und Soziales, AG Familie
- 218 • Gesundheitswirtschaft, Pharmastrategie: AG Wirtschaft
- 219 • Wechseljahre & Endometriose: AG Familie, Frauen
- 220 • Verhütungsmittel: AG Familie, Frauen
- 221 • Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für Kinder und Jugendliche und Angebote in
222 den Schulen: AG Familie, AG Bildung
- 223 • Gesundheitsversorgungsforschung, Medizinstudium, Gesundheitsfachberufe: AG Bildung
- 224 • Medizinische und Pflegerische Versorgungssicherheit in den strukturschwachen Regionen: AG
225 Ländliche Räume
- 226 • Digitalisierung des Gesundheitswesens und Förderung der KI-Medizin: AG Digitales
- 227 • Entbürokratisierung: AG Staatsmodernisierung
- 228 • Aufarbeitung der Corona-Pandemie (zum Dissenspunkt siehe oben): AG Staatsmodernisie-
229 rung

230 **Offene Punkte**

- 231 • Keine (Die vereinbarte Agenda wurde vollständig abgearbeitet.)

232 **Bundesratsrelevanz, vorbehaltlich der konkreten Ausgestaltung kommen folgende Maßnahmen in**
233 **Betracht:**

- 234 • Rettungsdienstreform
- 235 • Vergütung im Praktischen Jahr
- 236 • Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen im Gesundheitswesen
- 237 • ÖGD-Pakt
- 238 • Sondervermögen Infrastruktur
- 239 • Aufhebung der Finanzierung des Buß- und Bettages in Sachsen durch die SPV
- 240 • Bedarfsplanung Zahnärzte

241

242

243 **Finanzwirksame Maßnahmen**

AG 6 Gesundheit und Pflege:					
in Mio. Euro					
Maßnahmen		2025	2026	2027	2028
Einsparungsmöglichkeiten durch die strukturellen Reformen					
Präventionsgesetz	Ca. 1 Mrd. Euro p.a. Einsparpotential (GKV-Beiträge) Bei einer jährlichen Reduzierung der Krankheitslast um 0,4 Prozent des Niveaus von 2020 Reduzierung der Krankheitslast um 1,5 Prozent (basierend auf der Krankheitskostenrechnung und Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes 2020).	/	- 1000	- 1000	- 1000
Freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene für die vulnerablen Gruppen	GKV-Mittel, abhängig Anzahl mittelfristig erhebliche Einsparungen z. B. durch vermiedene Krankenhausaufenthalte	Abhängig Ausgestaltung			
Primärarztssystem	500 Millionen Euro Einsparpotential (jährlich), aufwachsend	/	- 1000	- 1500	- 2000
Notfallversorgungsreform	<u>Konsolidierung</u> Langfristig 1 Mrd. Euro Ein-	/	-185	- 510	- 835

	sarpotential p.a. (GKV-Mittel)				
Rettungsdienstreform	Im Jahr 2023: GKV-Ausgaben für Rettungsdienst 8,7 Mrd. Euro (2013: 4,4 Mrd. Euro). Allein Rettungsdienstfahrten: 4 Mrd. Euro. Davon potenziell ein Sechstel unnötig = Einsparung durch Reform ca. 500 Mio. Euro	/	-500	-500	-500
Ambulantisierung /Hybrid-DRG	500 Mio. Einsparung p.a. (GKV-Mittel)	/	- 500	- 500	- 500
Entbürokratisierung GKV/SPV	Erhebliche Einsparungen GKV/SPV (abhängig von Ausgestaltung)	Abhängig Ausgestaltung			
Summe (in Mio. Euro):			3.185	4.010	4.835
Aufwendungen					
Fortsetzung Pakt ÖGD für Personal	Jährlich 750 Mio. Euro Mehrkosten Steuergeld (erst ab 2027, weil bis 2026 finanziert)	/	/	750	750
Änderungen KHVVG	Ohne Lockerungen: finanzneutral	/	/	/	/
Krankenhaus: Betriebskostenlücke bedarfsnotwendige Häuser	Einmalig 4 Mrd. Euro (Steuermittel)	2500	1500	/	/
Vergütung Honorarreform Fachärzte	Je nach Ausgestaltung (GKV-Mittel), dafür mehr Patienten pro Praxis (Termine) und bei den Zu- und Abschlägen kostenneutral	/	/	/	/
Entbudgetierung der Fachärzte in unterversorgten Gebieten	Je nach Ausgestaltung	/	2500	2500	2500
Pakt für Kindergesundheit / Stärkung von Angeboten an Schulen	Ca. 30.000 Euro je Schule Steuergeldmehrausgaben	/	900	900	900
Apotheken: Zuschläge ländlicher Raum	75 Mio. jährlich (GKV-Mittel) Gegenfinanzierung durch existierenden Topf (Pharmazeutische Dienstleistungen)	37,5	75	75	75

Apotheken: Prävention	25 Mio. jährlich (GKV-Mittel) Gegenfinanzierung durch existierenden Topf (pharmazeutische Dienstleistungen)	12,5	25	25	25
Apotheken: Null-Retax	Hohes Ausgabenpotential, da abhängig von Apothekerverhalten	Kann derzeit nicht beziffert werden, abhängig von Apothekerverhalten			
Apotheken: Skonti	Finanzneutral, da Verschiebung zwischen Großhandel und Apotheke (15.000 Euro je Apotheke)	/	/	/	/
Apotheken: Erhöhung Fixum auf 10 Euro	Abgabefixum erhöht um 1,65 Euro * 700 Mio. Packungen = 1,15 Mrd. Euro (abhängig von Startjahr)	/	1155	1155	1155
Gesundheitswirtschaft/Pharma/ AMNOG/ personalisierte Medizin	AMNOG-Ausgabensteigerungspotential für GKV: sehr hoch (Mrd.)	Abhängig von Ausgestaltung			
Maßnahmen international	Erhöhung Beitrag WHO Deutschlands um 250 Mio. Euro p.a.	150	250	250	250
Pakt für Kindergesundheit / Stärkung von Angeboten an Schulen	Ca. 30.000 Euro je Schule Steuergeldmehrausgaben	/	900	900	900
Summe (in Mio. Euro):		2.700	7.305	6.555	6.555
Rückerstattung in die GKV und SPV					
Stabilisierung GKV-Beiträge: Kostendeckende Beiträge Bürgergeldempfänger	Ab 2025: 9-10 Mrd. Euro (Steuermittel) Entsprechende Entlastung GKV	10000	10000	10000	10000
Stabilisierung GKV-Beiträge: Dynamisierung Bundeszuschuss	Dynamisierung anhand Wachstums beitragspflichtiger Einnahmen (5 %) ab 2026 (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der GKV	/	720	1500	2250
Rückführung der Entnahme aus Ausgleichsfonds Pandemiekosten	Einmalig 5,22 Mrd. Euro Kosten (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der SPV	2600	2600	/	/

Übernahme RV-Beiträge pflegende Angehörige	Jährlich 4 Mrd. Euro Kosten (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der SPV	/	4000	4400	4600
Summe (in Mio. Euro):			12.600	17.320	15.900
Sondervermögen					
Steuermittel für Transformationsfonds	Ab 2026: 2,5 Mrd. Euro Steuergeld in Transformationsfonds (statt GKV-Beitragsmittel) Entsprechende Entlastung der GKV	/	2500	2500	2500
Resilienzmaßnahmen	Für Ertüchtigung Uniklinika, Bundeswehrkrankenhäuser, Sonderisolierstationen, Dekontaminierungscontainer usw. 500 Mio p.a. Finanzierung aus Sondervermögen und/oder Verteidigungshaushalt (Schuldenbremse)	/	500	500	500
Energetische Sanierung und Digitalisierung	Für die Krankenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur	/	1200	1200	1200
Summe (in Mio. Euro):			4.200	4.200	4.200