

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,
3 stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die
4 Arbeitsbedingungen 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 weiterentwickelt.
8 Wir stärken freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen in den Blick nehmen.
9 Einsamkeit, ihre Auswirkung und der Umgang damit, rücken wir in den Fokus. Wir beseitigen Hürden
10 zugunsten eines besseren Datenaustausches im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes. Den
11 Pakt für den ÖGD setzen wir in gemeinsamer Kraftanstrengung mit Bund, Ländern und Kommunen fort.

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

28 Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht
29 bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen). Durch Flexibilisierung des
30 Quartalsbezugs ermöglichen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die
31 Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten. Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der
32 Praxis. Wir ermöglichen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in
33 einer Arztpraxis absolvieren können (2 pro Weiterbilder) und bauen die Kapazitäten der
34 Weiterbildungsstellen für 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 entbudgetieren die Fachärzte in unterversorgten Gebieten. Dort können universitäre Lehrpraxen vereinfacht ausgebracht werden. Außerdem gibt es in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (>120%) Abschläge vom Honorar. Dabei definieren wir auch den Versorgungsauftrag und ermöglichen den Ländern, die Bedarfsplanung für Zahnärzte selbst vorzunehmen.

In den ersten 100 Tagen schaffen wir eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit von Ärzten im Bereitschaftsdienst der KV ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf Grundlage der bisherigen Entwürfe 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.

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 Apotheken vor Ort 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 Apothekern und dem GKV-SV 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.

Wir stärken die Industrielle **Gesundheitswirtschaft**, insbesondere die Pharmazeutische Industrie und Medizintechnik, als Leitwirtschaft. Der Pharmadialog und die Pharmastrategie werden fortgesetzt. Das 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.

Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche **Krankenhauslandschaft** aufbauend auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum Sommer. Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum

69 Ausnahmen und erweiterte Kooperationen. Um die finanzielle Stabilität der bedarfsnotwendigen
70 Krankenhäuser zu sichern, schließen wir die Lücke aus den Jahren 2022 und 2023 in deren
71 Betriebskostenfinanzierung. Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass
72 die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben
73 können. Das System der belegärztlichen Versorgung erhalten und verbessern wir, ohne Einbußen in der
74 Qualität der Leistungserbringung. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf
75 Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie. Der InEK-Grouper zu
76 diesen Leistungsgruppen wird zur Abrechnung verwendet und die Leistungsgruppen bleiben bis zur
77 Evaluation erhalten. Die bis zum 01.01.2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der
78 Krankenhausreform werden angepasst. Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die
79 Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und / oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in
80 gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen und Ärzte pro Leistungsgruppe. Als
81 Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Stunden. Die Konvergenzphase wird von 2 auf 3 Jahre verlängert. Das
82 Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet, um die neuen Vergütungsregeln
83 und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent aufzuzeigen und ggf. nachzujustieren.
84 Anschließend führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schritten ein. In den Bundesländern, die bis
85 zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechtswirksam und werden als
86 Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt. Diese Übergangsregelung gilt längstens bis zum 31.12.2030
87 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
97 pflegebedingte Eigenanteile, stärken pflegende Angehörige, bündeln bestehende Leistungen, bauen
98 Versorgungsangebote für pflegerische Akutsituationen auf und stärken die sektorenübergreifende
99 pflegerische 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
101 Einführung 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. Eine
106 langfristige Stabilisierung ihrer finanziellen Lage ist aber nur möglich, indem der Bund
107 versicherungsfremde Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und
108 die Ausbildungsumlage übernimmt. Kurzfristig werden während der Corona-Pandemie entnommene
109 Gelder aus dem Ausgleichsfonds zurückerstattet. Der Sonderweg bei der Finanzierung der
110 Pflegeversicherung in Sachsen, der einen höheren Pflegeversicherungsbeitrag bedeutet, wird durch
111 eine Anpassung beendet.

112 Unser Gesundheitssystem lebt von hochqualifizierten Fachkräften, die täglich Verantwortung für
113 Menschen tragen. Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrollen durch ein
114 **Bürokratieentlastungsgesetz** im Gesundheitswesen innerhalb der ersten 6 Monate massiv, etablieren
115 eine Vertrauenskultur, stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt
116 sie mit Bürokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen. Alle Gesetze in diesem Bereich
117 werden 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, ohne
120 dabei die Vorsorge für zukünftige Pandemien zu gefährden. Wir wollen eine KI-unterstützte
121 Behandlungs- und Pflegedokumentation ermöglichen und streben ein konsequent vereinfachtes und
122 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
126 erheblich 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
128 Kontrollinstanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst und Heimaufsicht) verschränken wir und bauen
129 Doppelstrukturen ab. Krankenkassen verpflichten wir, vollständig gemeinsame Vertrags- und
130 Verwaltungsprozesse zu entwickeln. Alle sozialversicherungsrechtlichen oder selbstverwaltenden
131 Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen, die aus dem Beitragsaufkommen
132 finanziert werden, sollen die gleiche Gehaltsstruktur abbilden, die für die Mitarbeitenden der
133 niedergelassenen Ärzteschaft, der Krankenhäuser und des öffentlichen Gesundheitsdienstes gelten.
134 Künftig sollen sich die Gehälter der gesetzlichen Krankenkassen, des MD und weiterer Akteure am TVöD
135 orientieren. Mit diesen Maßnahmen schaffen wir Strukturveränderung mit erheblichem
136 Einsparungspotenzial.

Für die Zukunft der Gesundheitsversorgung nutzen wir die Chancen der **Digitalisierung**. Wir denken Prozesse neu und beschleunigen sie. Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenweise aus, hin 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 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 definierter Standards sicherstellen.

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, z. B. in der CAR-T-Zelltherapie. Die Rahmenbedingungen für S1-Labore vereinfachen wir.

Medizinische Vorsorge, Behandlung und Forschung gestalten wir **geschlechts- und diversitätssensibel** aus und berücksichtigen dabei die speziellen Bedürfnisse in jedem Lebensabschnitt aller Geschlechter, z. B. Wechseljahre, Endometriose, Brust- und Prostatakrebs. Zugang zur Grundversorgung insbesondere in der Gynäkologie sichern wir flächendeckend. Bei der Kinderwunschbehandlung muss die anteilige Eigenfinanzierung der künstlichen Befruchtung für Betroffene angemessen und verlässlich sein. [Die gesundheitlichen Belange der queeren Community müssen besonders berücksichtigt werden].

Durch niedrigschwellige Online-Beratung in der **Psychotherapie** und digitale Gesundheitsanwendungen stärken wir Prävention sowie Versorgung in der Fläche und Akutsituationen. Wir passen Vergütungsstrukturen an, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Blick z. B. 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 Raum an und stellen die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicher. Wir schließen einen Pakt für Kindergesundheit und nehmen die Stärkung von Angeboten an Schulen in den Blick. Ziel ist eine bessere Versorgung und die Stärkung der Resilienz unserer Kinder und Jugendlichen.

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

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

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

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.

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 Alltagssüchten zu schützen. Eine Regelung zur Abgabe von Lachgas und GHB/GBL (KO-Tropfen) legen wir in den ersten 100 Tagen vor.

Wir erhöhen die Wertschätzung und Attraktivität der **Gesundheitsberufe**. Dazu gehört eine geeignete Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege. Wir ermöglichen den kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundenausübung. Wir stärken die Eigenverantwortung in der Pflege und werten deren Selbstverwaltung auf, etwa durch einen festen Sitz mit einem Stimmrecht im G-BA. Wir erwirken geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Unterschiede zwischen Leiharbeitnehmern und der Stammbeslegschaft. 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 streben eine Vergütungsstruktur im PJ an, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und schaffen eine gerechte und einheitliche Fehlzeitenregelung. 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-, Logo- und Physiotherapie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Die Osteopathie regeln wir berufsgesetzlich. Wir unterstützen Forschung und Versorgung zur Naturheilkunde und Integrativer Medizin zur Präventionsförderung.

Schnittstellen und Widersprüche zu anderen Arbeitsgruppen (keine Widersprüche bekannt)

- Stabilisierung der GKV und SPV: UAG-Sozialabgaben
- Anwerbung der Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland, Anerkennung der Berufsabschlüsse: AG Arbeit und Soziales, AG Bildung
- Barrierefreiheit im Gesundheitswesen: AG Arbeit und Soziales
- Pflegende Angehörige (Alltagshilfen) AG Arbeit und Soziales, AG Familie
- Gesundheitswirtschaft, Pharmastrategie: AG Wirtschaft
- Wechseljahre & Endometriose: AG Familie, Frauen
- Verhütungsmittel: AG Familie, Frauen
- Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für Kinder und Jugendliche und Angebote in den Schulen: AG Familie, AG Bildung
- Gesundheitsversorgungsforschung, Medizinstudium, Gesundheitsfachberufe: AG Bildung
- Medizinische und Pflegerische Versorgungssicherheit in den strukturschwachen Regionen: AG Ländliche Räume
- Digitalisierung des Gesundheitswesens und Förderung der KI-Medizin: AG Digitales
- Entbürokratisierung: AG Staatsmodernisierung
- Aufarbeitung der Corona-Pandemie (zum Dissenspunkt siehe oben): AG Staatsmodernisierung

Offene Punkte

- Keine (Die vereinbarte Agenda wurde vollständig abgearbeitet.)

Bundesratsrelevanz, vorbehaltlich der konkreten Ausgestaltung kommen folgende Maßnahmen in

Betracht:

- Rettungsdienstreform
- Vergütung im Praktischen Jahr

- 238 • Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen im Gesundheitswesen
- 239 • ÖGD-Pakt
- 240 • Sondervermögen Infrastruktur
- 241 • Aufhebung der Finanzierung des Buß- und Bettages in Sachsen durch die SPV
- 242 • Bedarfsplanung Zahnärzte
- 243
- 244

245 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			
Primärarztsystem	500 Millionen Euro Einsparpotential (jährlich), aufwachsend	/	- 1000	- 1500	- 2000

Notfallversorgungsreform	<u>Konsolidierung</u> Langfristig 1 Mrd. Euro Einsparpotential p.a. (GKV-Mittel)	/	-185	- 510	- 835
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)	/	720	1500	2250

	Entsprechende Entlastung der GKV				
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	16.850
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