

[Zum Download](#)

Koalitionsvertrag  
Gesundheit und Pflege

## Koalitionsvertrag für die neue Bundesregierung steht

Gut sechs Wochen nach der Wahl zum Deutschen Bundestag haben CDU/CSU und SPD am 09.04.2025 die Verhandlungen über einen gemeinsamen Koalitionsvertrag abgeschlossen. Aufgrund der angespannten Haushaltslage stehen alle Maßnahmen des Koalitionsvertrages unter Finanzierungsvorbehalt, so auch das Kapitel „Gesundheit und Pflege“. Es finden sich in dem Papier keine kostendämpfenden Maßnahmen zur kurzfristigen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung, obwohl beide Systeme unter großem finanziellen Druck stehen. Vorschläge zu notwendigen strukturellen und finanzstabilisierenden Maßnahmen sollen jeweils von noch einzusetzenden Kommissionen erarbeitet werden.

Der Koalitionsvertrag benötigt die Zustimmung der Parteigremien: Bei der CDU wird dies ein kleiner Parteitag sein, die SPD wird eine Mitgliederbefragung durchführen. In der CSU hat das Papier bereits ein positives Votum des Parteivorstands erhalten.

Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass das neue Bundesministerium für Gesundheit in dieser Legislaturperiode von der CDU geführt wird. Wer das Amt der Ministerin oder des Ministers bekleiden wird, wurde jedoch noch nicht bekannt gegeben.

## Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der GKV

Die zukünftigen Koalitionspartner formulieren die Absicht, die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu stabilisieren. Beitragszahlerinnen und -zahler sollen nicht weiter finanziell belastet werden. Um die steigende Ausgabendynamik zu stoppen und die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen zu schließen, seien sowohl strukturelle als auch kurzfristige Maßnahmen notwendig, so der Koalitionsvertrag.

Dazu ist eine neue Kommission unter Beteiligung von Expertinnen und Experten sowie Sozialpartnern geplant, die bis zum Frühjahr 2027 konkrete Vorschläge unterbreiten soll. Entgegen der ursprünglichen Überlegungen der Koalitionsarbeitsgruppe sind keine zusätzlichen Steuermittel mehr für die GKV vorgesehen – wie etwa die vollständige Übernahme der GKV-Beiträge für Bürgergeldbezieherinnen und -bezieher. Verändert werden soll allerdings die Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds: So wird die Finanzierung ab 2026 zur Hälfte aus dem Sondervermögen Infrastruktur erfolgen und nicht, wie bisher geplant, durch die Krankenkassen.



**Die Koalition hat offenbar erkannt, dass auch bei den Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung dringender Handlungsbedarf besteht. Allerdings wird mit der Einsetzung einer Kommission die Lösung des Problems auf die lange Bank geschoben. Ein weiteres Ansteigen der Beitragssätze kann so nicht verhindert werden. Denn ausgabenbegrenzende Maßnahmen fehlen vollständig, zudem sind weder eine Anpassung des Bundeszuschusses an die GKV noch weitere Entlastungen durch vollständig steuerfinanzierte versicherungsfremde Leistungen vorgesehen. Zur Begrenzung der Ausgabendynamik in der GKV sind strukturelle Reformen und schnell wirkende kostendämpfende Maßnahmen notwendig.**

**Dass die gesetzlichen Krankenkassen nicht zur Finanzierung des Transformationsfonds herangezogen werden, ist eine wichtige Kurskorrektur.**

## Pläne für die Krankenhausversorgung

### *Krankenhausreform*

Die im vergangenen Jahr angestoßene Krankenhausreform soll bis zum Sommer dieses Jahres gesetzlich fortentwickelt werden. Den Ländern werden Ausnahmen und erweiterte Kooperationsmöglichkeiten zur Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung besonders im ländlichen Raum in Aussicht gestellt. Auch könnten, wo es medizinisch sinnvoll ist, Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Qualitätsvorgaben verändert werden. Vorgesehen ist daneben, Fristen bei der Umsetzung der Reform anzupassen. So wird die Konvergenzphase zur Umstellung auf das neue Vergütungssystem 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 bei Bedarf nachzujustieren. Anschließend soll die Vorhaltevergütung schrittweise eingeführt werden.

- **Der Erfolg der Krankenhausreform steht und fällt mit einem für alle Länder einheitlichen Rahmen für mehr Qualität und Bedarfsorientierung in der Krankenhausversorgung. Im Sinne der Patientensicherheit ist es bedauerlich, dass die Länder in den Verhandlungen weitere Ausnahmeregelungen bei den Mindestqualitätsvorgaben durchsetzen konnten. Sinnvoll bei der Umsetzung der Krankenhausreform ist die Verlängerung der Fristen, da diese wenig praxistauglich waren und eine strukturierte Umsetzung erschwerten.**

### *Krankenhausfinanzierung*

Im ersten Entwurf der Koalitionsarbeitsgruppe waren insgesamt vier Milliarden Euro in den Jahren 2025 und 2026 aus Steuermitteln für bedarfsnotwendige Krankenhäuser vorgesehen. Damit sollte die Lücke aus den Jahren 2022 und 2023 in deren Betriebskostenfinanzierung geschlossen werden. Im Koalitionsvertrag ist nun von einer nicht näher bezifferten „Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022–2023“ die Rede, welche aus dem Sondervermögen Infrastruktur geschlossen werden soll.

- **Die Koalitionäre haben sich darauf verständigt, den Krankenhäusern zusätzliche Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. Diese müssen zwingend für Investitionsmaßnahmen in bedarfsnotwendige und qualitätsorientierte Krankenhausstandorte eingesetzt werden, um die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig weiterzuentwickeln.**

### *Krankenhausabrechnungsprüfung*

Weiterhin geplant ist eine Abkehr von den bisher geltenden und mit der Krankenhausreform nochmals modifizierten Regelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung. Vorgesehen ist, die Prüfquote bei Krankenhäusern erheblich zu senken. Das Prüfergebnis der Stichproben werde sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Sei eine Prüfung regelhaft nicht auffällig, seien die Prüffrequenzen anzupassen, heißt es dazu im Text.

- **Mit Blick auf die jährlich überdurchschnittlich steigenden Betriebskostenausgaben der Krankenkassen für die Krankenhäuser wären kostendämpfende Maßnahmen dringend notwendig. Vor dem Hintergrund der dramatischen GKV-Finanzsituation und der nötigen Fokussierung auf eine valide Datenlage ist es in keiner Weise nachvollziehbar, dass notwendige Prüfungen von auffälligen Krankenhausrechnungen weiter reduziert und die Beitragszahler damit zusätzlich belastet werden. Wenn es jedoch zu einer Absenkung der Prüfquote kommen sollte, dann muss in jedem Fall eine Hochrechnung auf 100 Prozent erfolgen.**

## Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

### *Patientensteuerung*

Mit der Einführung eines verbindlichen Primärarztsystems wollen Union und SPD den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung besser steuern. Die Vermittlung zur fachärztlichen Behandlung sollen die Haus- und Kinderärzte übernehmen, ein direkter Zugang von Patientinnen und Patienten ist lediglich zu Ärztinnen und Ärzten der Augenheilkunde und der Gynäkologie vorgesehen. Die freie Arztwahl bleibt davon unberührt.

Neben den Primärärztinnen und -ärzten sollen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin und den dafür notwendigen Zeitkorridor festlegen. Kann kein Termin vermittelt werden, soll ein ambulanter Facharzttermin im Krankenhaus angeboten werden. Darüber hinaus sieht der Vertrag eine Einbeziehung der Länder in die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse durch eine ausschlaggebende Stimme sowie eine kleinteiligere Bedarfsplanung vor.



**Eine Patientensteuerung in die medizinisch angezeigte Versorgungsebene ist dringend notwendig, um die vorhandenen Ressourcen effizient zu nutzen. Ein differenziertes Modell auf Basis der hausarztzentrierten Versorgung kann der richtige Weg sein. Wir benötigen eine moderne Patientensteuerung, die die Möglichkeiten der Digitalisierung nutzt und am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. Vorgeschaltet sein muss dabei eine primäre Anlaufstelle zur Ersteinschätzung des medizinischen Behandlungsbedarfs. Passende Regelungen für Patientinnen und Patienten etwa mit schweren angeborenen Erkrankungen wie Mukoviszidose oder nach Transplantationen sollten sinnvoll integriert werden.**

**Die vorgesehene Terminvermittlung von Hausärztinnen und -ärzten muss dringend mit den bestehenden Honorarregelungen harmonisiert werden, um eine Entbudgetierung der Fachärzte durch die „Hintertür“ zu vermeiden. Die Einbeziehung der Länder in die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse bringt keine weiteren Ärztinnen und Ärzte in unterversorgte Gebiete.**

### *Änderungen am Honorarsystem*

Um nicht notwendige Arztkontakte zu reduzieren ist geplant, den Quartalsbezug zu lockern und Jahrespauschalen zu ermöglichen. Für unterversorgte Gebiete soll eine Entbudgetierung der Fachärztinnen und Fachärzte geprüft werden. Zugleich sind Honorarzuschläge in (drohend) unterversorgten und Abschläge in überversorgten Gebieten vorgesehen.

Union und SPD wollen eine Bagatellgrenze in Höhe von 300 Euro bei der Regressprüfung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte einführen und entsprechende Regelungen auch bei anderen Leistungserbringern treffen.



**Eine weitere Entbudgetierung führt zu erheblichen Kostensteigerungen im System, obwohl kaum eine Verbesserung der Versorgung zu erwarten ist. Schon jetzt gibt es Möglichkeiten zur Förderung der ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Regionen. Jahrespauschalen hingegen könnten dazu beitragen, unnötige Arztbesuche zu vermeiden. Fehlanreize, zum Beispiel eine parallele Abrechnung mit anderen Pauschalen, müssen dabei jedoch ausgeschlossen werden.**

**Eine Bagatellgrenze für die Regressprüfung würde den Krankenkassen die Möglichkeit nehmen, Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu begegnen.**

## Stärkung der integrierten und digital gestützten Versorgung

### *Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen*

Die zukünftigen Koalitionspartner wollen die sektorenübergreifende Versorgung stärken. Ein Baustein dafür ist die Weiterentwicklung von sektorenunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs), mit denen die Versorgung von ambulantem und stationärem Sektor verschränkt werden soll. Zudem werden Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform angestrebt – auf Grundlage der Entwürfe der letzten Wahlperiode.

In Zukunft sollen die Vorteile der Digitalisierung für die Versorgung umfassend genutzt werden. Dazu wird die elektronische Patientenakte (ePA) im Jahr 2025 stufenweise ausgerollt. An eine bundesweite Testphase für die ePA soll sich eine verpflichtende, sanktionsbewehrte Nutzung anschließen.

Darüber hinaus ist die Einführung einer flächendeckenden digitalen Ersteinschätzung vorgesehen. In Verbindung mit der Telemedizin erwartet man sich davon eine strukturierte Patientensteuerung. Zudem sollen Videosprechstunden, Telemonitoring und Telepharmazie gestärkt werden.

➤ **Dass die Gesetzgebung für die Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes wiederaufgenommen wird, ist dringend notwendig. Leitgedanke muss dabei die Weiterentwicklung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes zu einem integrierten System im Leistungsrahmen des Sozialgesetzbuches V sein. Das ist die entscheidende erste Ebene einer medizinisch sinnvollen Triage.**

Die Prozesse im Gesundheitswesen müssen noch stärker verschlankt, vernetzt und digitalisiert werden. Besonders die elektronische Patientenakte sollte mit dem bundesweiten Rollout schnell in der Versorgung ankommen und zentrale Anwendung für alle Leistungserbringer werden. Wesentlich ist, dass alle Versorgungsdaten darin zusammengeführt werden.

**Der Ausbau der Telemedizin und eine digitale Ersteinschätzung können entscheidend zu einer besseren Versorgung für die Versicherten beitragen. Videosprechstunden haben sich bewährt und sollten noch stärker in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung genutzt werden.**

### *Weiterentwicklung digitaler Datennutzung*

Um den Datenaustausch zu verbessern werden Unternehmen, die Software und IT-Lösungen für den Gesundheits- und Pflegebereich anbieten, verpflichtet bis 2027 den verlustfreien, digitalen Austausch der Daten auf Basis einheitlich definierter Standards sicherzustellen. Außerdem kündigen Union und SPD auch eine bessere Datennutzung beim Forschungsdatenzentrum Gesundheit und ein Registergesetz an.

Die KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedokumentation soll zur Entlastung von Fachkräften beitragen, ebenso wie neue KI-Anwendungen in der Versorgung. Zudem werden die Stärkung des Transfers von KI in neue Geschäftsmodelle und konkrete Anwendungsfelder genannt.

Neben einem neuen Digitalministerium soll unter anderem eine Reform der Datenschutzaufsicht kommen und beim Bundesdatenschutzbeauftragten zusammengeführt werden.

➤ **Für das Angebot digitaler Anwendungen ist es wichtig, den Datenaustausch auf der Basis einheitlicher Standards zu sichern. Ebenfalls richtig ist der Einsatz von KI zur Entlastung bei Dokumentation und Qualitätssteigerung der Patientenversorgung.**

Eine gemeinsame Datenschutzaufsicht ist notwendig, um künftig ein einheitliches Handeln und gleiche Wettbewerbsbedingungen bei Digitalangeboten der Krankenkassen zu gewährleisten.

## Apotheken- und Arzneimittelversorgung

Im Bereich der Arzneimittelversorgung wurden keine konkreten Verabredungen getroffen. Es heißt lediglich, das AMNOG solle mit Blick auf die „Leitplanken“ und auf die personalisierte Medizin weiterentwickelt werden. Durch die Rückverlagerung von Produktionsstandorten für kritische Arzneimittel und Medizinprodukte nach Deutschland und Europa soll die Versorgungssicherheit gestärkt werden.

Konkretere Vorhaben benennt der Koalitionsvertrag im Bereich der Apothekenversorgung. Diese zielen besonders auf eine Stärkung der Apotheken im ländlichen Raum.

Vorgesehen sind Honorarverbesserungen für die Apotheken, etwa durch die einmalige Erhöhung des Apothekenpackungsfixums auf 9,50 Euro. In Abhängigkeit vom Versorgungsgrad könne dieses besonders für ländliche Apotheken in einem Korridor von bis zu elf Euro liegen, so der Koalitionsvertrag. Die Vergütung sollen künftig Apothekern und GKV-Spitzenverband aushandeln. Das Skonti-Verbot auf rezeptpflichtige Arzneimittel wollen die Koalitionäre aufheben.

Neben der Abschaffung von Nullretaxationen wird zudem der Ausbau von Präventionsleistungen den Apotheken in Aussicht gestellt. Die Vor-Ort-Apotheken sollen damit als Anlaufstelle für niedrigschwellige Gesundheitsdienstleistungen gestärkt werden.



**Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Koalitionäre keinerlei Maßnahmen benennen, um die dramatische Arzneimittel-Ausgabenentwicklung zu begrenzen. Stattdessen besteht weiterhin die Gefahr, dass wirtschaftspolitische Maßnahmen wie die Standortförderung der pharmazeutischen Industrie zu Lasten der Beitragszahler finanziert werden. Sinnvoll ist die Auseinandersetzung mit der Frage, wie die Arzneimittelversorgung im ländlichen Raum sichergestellt und weiterentwickelt werden kann. Hierzu bedarf es einer kritischen Analyse der Versorgungssituation und eines zukunftsorientierten Versorgungskonzepts, das auch die Potentiale der Digitalisierung einbezieht. Die geplante Erhöhung der Apothekenvergütung führt zu jährlichen Mehrausgaben von über einer Milliarde Euro für die Beitragszahlerinnen und -zahler ohne dabei strukturelle Defizite zu beheben. Statt punktueller Maßnahmen wäre eine grundsätzliche Neuausrichtung der Apothekenvergütung und eine grundlegende Analyse und Konzeption der Versorgung für die Zukunft notwendig.**

## Große Pflegereform geplant

Union und SPD wollen eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene unter Beteiligung kommunaler Spitzenverbände einsetzen, die noch in diesem Jahr Grundlagen für eine große Pflegereform erarbeiten soll. Ziel ist es, die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung zu sichern und die ambulante und häusliche Pflege zu stärken. Der Koalitionsvertrag listet eine Reihe von Themen als Prüfauftrag für die neue Kommission auf, darunter die Prüfung des Leistungsumfangs in der Pflege, die Bündelung und Fokussierung von Leistungen oder Angebote für pflegerische Akutsituationen. Untersucht werden sollen auch Anreize für eigenverantwortliche Vorsorge, Nachhaltigkeitsfaktoren wie eine Karenzzeit oder die Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile.

Einen Fokus legt der Koalitionsvertrag auf der Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Für diese wird eine eigenständige Heilkundeausübung und ein kompetenzorientierter Fachpersonaleinsatz angestrebt. Kurzfristig sollen Gesetze zur Pflegekompetenz und zur Pflegeassistenz umgesetzt werden, hierzu sind in der letzten Wahlperiode bekanntlich Entwürfe erarbeitet worden. Geplant ist dabei auch die Einführung des Berufsbilds der „Advanced Practise Nurse“.

- **Der Koalitionsvertrag liefert keine Antworten auf die drängenden Probleme der Pflegeversicherung. So ist keine kurzfristige Entlastung durch Steuermittel geplant, wie noch im Papier der Arbeitsgruppe vorgesehen. Die Übernahme der Pandemiekosten und der Rentenversicherungsbeiträge pflegender Angehöriger würden zu einer schnellen finanziellen Entlastung von SPV und Beitragszahlern führen. Hier muss der Bund umgehend handeln, andernfalls drohen schnell weitere Beitragssatzsteigerungen. Wichtig wäre die Beteiligung der Pflegekassen in der vorgesehenen Expertenkommission – auf ihre Expertise zu Versichertenbelangen darf nicht verzichtet werden. Eine richtige Entscheidung ist es, die Berufsbilder in der Pflege schnell weiterzuentwickeln und Pflegefachkräften mehr Kompetenzen zu übertragen. Damit werden nicht nur die Pflegeberufe aufgewertet, sondern die vorhandenen Fachkräfteressourcen deutlich zielgerichteter und effizienter eingesetzt.**

## Änderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen

Unter der Überschrift des Bürokratieabbaus im Gesundheitswesen planen Union und SPD eine Verpflichtung der Krankenkassen, vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungsprozesse zu entwickeln. Daneben sollen sich die Gehälter der gesetzlichen Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes und weiterer Akteure künftig am Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) orientieren. Mit diesen Maßnahmen würden Strukturveränderungen mit erheblichem Einsparpotenzial geschaffen, heißt es dazu im Koalitionsvertrag.

- **Unter dem Deckmantel des Bürokratieabbaus wird mit der geplanten GKV-weiten Vereinheitlichung von Vertrags- und Verwaltungsprozessen der erste Schritt in die Zwangsharmonisierung der gesetzlichen Krankenkassen gegangen. Aus dem bewährten gegliederten GKV-System könnte am Ende eine Einheitsversicherung werden, in der Wettbewerb um die attraktivsten Leistungen und den besten Kundenservice kaum mehr eine Rolle spielen.**

Die Pluralität in der Gehalts- beziehungsweise Tariflandschaft der Krankenkassen garantiert, dass kassenspezifische Besonderheiten und damit sowohl die Belange der Krankenkassen als auch ihrer Beschäftigten tarifvertraglich angemessen berücksichtigt werden können. Mit den im Koalitionsvertrag geplanten Neuregelungen kann kaum fachlich qualifiziertes Personal, wie etwa für die IT, gewonnen werden. Ob diese Maßnahmen rechtens sind, ist zudem fraglich.