

FIGUS-FORSCHUNGSPAPIER

Vorläufige Analyse des Koalitionsvertrags 2025 zwischen CDU/ CSU und SPD

Autorinnen: Nora Wisniowski, Pia Rettig, Prof. Dr. Clarissa Kurscheid

Stand: 24.04.2025



Inhaltsverzeichnis

1	Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag: Kontext, Herausforderungen und erste Einordnung	3
2	Quick Check: Analyse der gesundheitspolitischen Vorhaben aus dem KoalV.....	5
2.1	Konkrete Vorhaben: kurzfristige Umsetzung wahrscheinlich.....	5
2.2	Beschriebene Vorhaben: mittelfristige Umsetzung wahrscheinlich.....	6
2.3	Vage Vorhaben: Umsetzung unklar	9
3	Vorläufiges Fazit zum Koalitionsvertrag	10
4	Link zum Koalitionsvertrag.....	11

1 Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag: Kontext, Herausforderungen und erste Einordnung

Koalitionsverträge (KoaV) sind wichtige politische Dokumente, die als Orientierung für die Regierungsarbeit während der Legislaturperiode dienen. Gerade im Bereich der Gesundheitspolitik – einem strukturell wie finanziell besonders herausfordernden Politikfeld – ist die Ausgestaltung koalitionärer Vereinbarungen von Relevanz. Trotz der zentralen Rolle, die das Gesundheitswesen für das Gemeinwohl einnimmt, spielte es im zurückliegenden Bundestagswahlkampf nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich vereinzelte Aussagen führender Politiker, wie etwa der Vorschlag des Unions-Kanzlerkandidaten Friedrich Merz, Beitragszahler bei der Bereitstellung ihrer Gesundheitsdaten zu entlasten, sorgten für begrenzte mediale Aufmerksamkeit und politische Kontroversen¹. Auch Robert Habeck, Kanzlerkandidat von Bündnis 90/ Die Grünen polarisierte mit seiner Aussage zu Sozialabgaben auf Kapitalerträge, die von den restlichen Parteien im Wahlkampf zum Gegenangriff genutzt wurde. CDU-Generalsekretär Carsten Linnemann kolportierte im Wahlkampf, ein Kernziel der nächsten Koalition müsse sein, dass die Beiträge nicht weiter steigen. „Eigentlich müssen sie wieder sinken“, so Linnemann².

Die anschließenden Koalitionsverhandlungen zwischen SPD und Union verliefen unter dem Eindruck dieser Spannungen, führten jedoch – zumindest aus heutiger Sicht – zu einem Vertrag, der die strukturelle Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht dauerhaft zu lösen vermag. Vielmehr verstetigt sich die Praxis, komplexe oder konfliktträchtige Themen wie die GKV-Finanzierung in Arbeitskreise und Expertenrunden zu delegieren, statt klare politische Leitlinien zu formulieren. Dabei haben die bisherigen Expert:innen, wie bspw. der Sachverständigenrat, bereits genügend Beurteilungen geliefert, sodass es sich bei der Finanzierung wie auch beim Fachkräftemangel oder der Patientensteuerung weniger um ein Erkenntnis- als vielmehr um ein Entscheidungs- bzw. Umsetzungsproblem handelt. Ob sich aus dem „Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen“ (Zeile 3352) eine kurzfristige Reform zur Kostendämpfung ableiten lässt, bleibt abzuwarten.

¹ Ärztezeitung (2025): *Lauterbach und Grüne lehnen Merz-Vorschlag für Kassenrabatt ab*. Online verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Lauterbach-und-Gruene-lehnen-Merz-Vorschlag-fuer-Kassenrabatt-ab-456255.html> [Zugriff: 17.04.2025].

² Deutsches Ärzteblatt (2025a): *CDU kündigt Sozialreform bei Gesundheit und Pflege an*. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/cdu-kundigt-sozialreform-bei-gesundheit-und-pflege-an-671edd47-0e79-4404-8ee6-79a5af532cbb> [Zugriff: 17.04.2025].

Insgesamt entwickelte sich der KoaV zu einem umfangreichen Dokument mit vielen Detailregelungen und „offenen Baustellen“, die verstärkt auf eine Regulierung durch die Makroebene abzielen. Dies zeigt sich bspw. an der immer kleinteiligeren Bedarfsplanung oder den Vorgaben für die Termingarantie und den Honorarzuschlägen von Fachärzt:innen in unterversorgten Gebieten. Dieses Vorgehen reiht sich in eine Entwicklung ein, wonach Koalitionsverträge immer ausführlicher und technischer werden – ein Indiz für einen erhöhten Bedarf an Absicherung bei den Koalitionskonstellationen, um weniger Ausgestaltungsspielraum zu bieten³. Gleichzeitig fehlt eine übergreifende Vision für eine legislaturübergreifende strukturelle Umgestaltung des Systems.

Nicht alle in den Wahlprogrammen vertretenen gesundheitspolitischen Vorhaben finden sich im KoaV wieder – eine bekannte Diskrepanz, die sich auch in früheren Legislaturperioden beobachten ließ. Die Frage, welche Vorhaben letztlich in den KoaV aufgenommen werden, hängt maßgeblich vom Agenda-Setting in den fachpolitischen Arbeitsgruppen ab. Nach Abschluss der Verhandlungen und dem Setzen von Schwerpunkten entscheiden die Parteispitzen (ohne spezifische gesundheitspolitische Expertise) über die Aufnahme der Vorschläge in den KoaV⁴. Die anschließende Erfüllung der im KoaV festgelegten Maßnahmen ist ein in den letzten Jahren genutztes Kriterium für die Regierungsleistung. Während die Große Koalition zwischen 2018 und 2021 rund 80 % ihrer gesundheitspolitischen Vorhaben realisierte, lag die Umsetzungsquote der Ampelregierung zur Halbzeit bei rund zwei Dritteln³. Die personelle Besetzung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) wird die Umsetzung der Planungen wiederum maßgeblich beeinflussen. Gerade weil viele Vorhaben im KoaV nur vage benannt werden, lässt dies für die:den zukünftige:n Minister:in einen erheblichen Spielraum, die Gesundheitspolitik im eigenen Sinne zu beeinflussen.

Diese vorläufige Analyse zielt darauf ab, die gesundheitspolitischen Inhalte des aktuellen Koalitionsvertrags zwischen SPD und Union einzuordnen und im Hinblick auf ihre Umsetzbarkeit zu überprüfen und zu beurteilen.

³ Rüsenberg, R. & Eckert, F. (2022): *Wie drei ungleiche Parteien sich auf Gemeinsames einigen*. Online verfügbar unter: <https://observer-gesundheit.de/wie-drei-ungleiche-parteien-sich-auf-gemeinsames-einigen/> [Zugriff: 17.04.2025].

⁴ Rüsenberg, R. & Rüsenberg, W. (2025): *Koalitionsverhandlungen: Wie setzen sich Union und SPD durch?* Online verfügbar unter: <https://observer-gesundheit.de/koalitionsverhandlungen-wie-setzen-sich-union-und-spd-durch/> [Zugriff: 17.04.2025].

2 Quick Check: Analyse der gesundheitspolitischen Vorhaben aus dem KoaV

2.1 Konkrete Vorhaben: kurzfristige Umsetzung wahrscheinlich

Grundsätzlich lässt sich festhalten: Je konkreter die Formulierungen im KoaV, desto wahrscheinlicher ist eine tatsächliche Umsetzung. Wenn eine Maßnahme sehr konkret auch im „Wie“ dargestellt ist, besteht bereits eine hohe Kompromissfähigkeit der Koalitionspartner bezüglich des Vorhabens. Wenn sich die Parteien dagegen nicht einig sind, werden die Vorhaben vage formuliert bzw. keine konkreten Maßnahmen zur Umsetzung benannt oder eine Kommission eingesetzt, wie bei Finanzierungsfrage der GKV bzw. in der Pflege (Einsatz einer Bund-Länder-Gruppe).

In der vorherigen Koalition von SPD, FDP und Grünen wurden bereits einige Referenten- bzw. Kabinettsentwürfe veröffentlicht, die durch das vorzeitige Ende der Ampel-Koalition nicht mehr vom Bundestag beschlossen wurden. Darunter fallen die Notfallreform sowie die Reformen in der Pflege (Pflegekompetenzgesetz und bundeseinheitliche Pflegeassistentenausbildung). Der bundesweite Start der ePA wurde für den 29. April 2025 angekündigt⁵, daher ist der „stufenweise“ Roll-Out (Zeile 3520f.) zeitnah vorgesehen. Maßnahmen zur Entwicklung der gematik zur Digitalagentur wurden im Rahmen des Digital-Gesetzes (In Kraft getreten am 26.03.2024) diskutiert und im Kabinettsentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz) im Oktober 2024 erstmalig im Bundestag beraten⁶.

⁵ Deutsches Ärzteblatt (2025b): *Ministerium kündigt bundesweiten ePA-Start für den 29. April an*. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/ministerium-kündigt-bundesweiten-epa-start-fur-den-29-april-an-55c44ac6-077e-40e1-933a-f19e0b80b105>. [Zugriff: 22.04.2025]

⁶ Im Bundestag sind drei Lesungen erforderlich bevor über einen Gesetzesentwurf abgestimmt werden kann. Laut Gesetzesentwurf bedarf das Digitalagentur-Gesetz keiner Zustimmung des Bundesrates, sodass der Bundesrat lediglich Einspruch einlegen kann.

Wahrscheinliche (zeitnahe) Umsetzung: konkrete Benennung der Maßnahmen mit Zeitschiene, teilweise liegen schon Referentenentwürfe vor
Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener MVZ (iMVZ-Regulierungsgesetz)
Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform
Weiterentwicklung Krankenhausreform und gesetzliche Regelung bis Sommer 2025, Finanzierung des GKV-Anteils für Transformationsfonds aus Sondervermögen Infrastruktur; Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zzgl. Traumatologie; Verlängerung der Konvergenzphase auf 3 Jahre
Pflege: Gesetze zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz, Einführung „Advanced Practice Nurse“, rechtl. Absicherung des „kleinen Versorgungsvertrags“
ePA: Stufenweiser Roll Out 2025; Vereinfachung Austausch zw. Versicherungsträgern und Ärzt:innen, Rahmenbedingungen/ Honorierung für Telemedizin verbessern; Weiterentwicklung Gematik
Anbieter von Software- und IT-Lösungen müssen bis 2027 einen Datenaustausch auf Basis einheitlich definierter Standards sicherstellen

2.2 Beschriebene Vorhaben: mittelfristige Umsetzung wahrscheinlich

Der Großteil der Vorhaben im KoaV wird zwar grob umschrieben, jedoch ohne konkret auf die Maßnahmen zur Umsetzung einzugehen. Daher wird die Umsetzung mittelfristig als wahrscheinlich eingestuft, kann allerdings durch den „ministerial“ bzw. den „bureaucratic drift“ beeinflusst werden⁷. Da die Vorhaben Handlungsspielräume offenlassen, können der:die Gesundheitsminister:in und das BMG dies in der Implementationsphase als Einflussmöglichkeit und Abweichung von den politischen Intentionen nutzen. Die erfolgreiche Umsetzung der Vorhaben hängt maßgeblich vom Finanzierungsvorbehalt ab, da diese blockiert werden können, wenn die erforderlichen Mittel im Bundeshaushalt nicht verfügbar sind (Zeile 1627). Das Finanzministerium unter SPD-Führung kann die Priorisierung der Partei-Projekte beeinflussen und die Pläne eines CDU-geführten BMG zu Fall bringen.

Zu den Vorhaben zählt u. a. der Einsatz einer Enquete-Kommission zur Aufarbeitung der Coronapandemie. Im Gegensatz zu anderen (losen) Kommissionen wird diese überparteiliche und mit externen Sachverständigen besetzte Arbeitsgruppe vom Bundestag eingesetzt und bedarf einer Zustimmung dessen.

Vielfach diskutiert wurde bereits das „Primärarztsystem“, welches die Arztzentriertheit des Gesundheitssystems, wie bereits im Wahlprogramm der CDU aufgeführt, fortführen wird. Hier besteht noch deutliches Potenzial zur Weiterentwicklung bzw. Veränderung des Primärsystems, um

⁷ Schnapp, K.-U. (2002): *Politisches Einflusspotenzial von Regierungsbürokratien in OECD-Ländern*. Aus Politik und Zeitgeschichte B 5 / 2001.



dieses interprofessionell und patientenzentriert im Sinne der Patientensteuerung und Koordination gänzlich neu aufzustellen. Dem gegenüber stehen die etablierten Institutionen der Selbstverwaltung, deren Interesse (weitgehend) an einer Fortführung des Status Quo besteht. In der kleinteiligen Regulierung zeigt sich weiterhin das Bestreben des Bundes hin zu einer Top-Down-Regierung in die Mikroebene hinein. Die Bedarfsplanung wird kleinteiliger und neue Regelungen für Fachärzt:innen kommen hinzu. Die stärkere Beteiligung der Bundesländer zeigt, dass deren Interessen sich in den Koalitionsverhandlungen durchsetzen konnten und bietet damit eine größere Chance für regionale Gestaltung.

Umsetzung mittelfristig: Vorhaben wird beschrieben, allerdings ohne konkrete Benennung der Maßnahmen und/ oder Timeline (Finanzierungsvorbehalt)
Für Frauen in Konfliktsituationen : Zugang zu medizinisch sicherer und wohnortnaher Versorgung ermöglichen; Erweiterung der Kostenübernahme durch die GKV
Kindergesundheit : Erweiterung der bestehenden U-Untersuchungen
Verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- /Kinderärzt:innen
Termingarantie für Facharzttermine mit notwendigem Zeitkorridor; Verpflichtung der KVen zur Terminvermittlung – falls nicht möglich: Vermittlung Facharztzugang im Krankenhaus
Flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten digitalen Ersteinschätzung
Weiterentwicklung Hybrid-DRGs
Veränderung des Honorarsystems im ärztlichen Bereich (Jahrespauschalen), Flexibilisierung des Quartalsbezugs und Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten
Ärztliche Weiterbildung : für Allgemeinmedizin in der Arztpraxis möglich, Ausbau Kapazitäten für Kinderärzt:innen
Stärkung der Länderbeteiligung in Zulassungsausschüssen, kleinteiligere Bedarfsplanung
Sozialversicherungsfreiheit für Ärzt:innen im Bereitschaftsdienst
Stärkung der Apotheken : Ausbau für Präventionsleistungen, Abschaffung Nullretaxation, Aufhebung Skonti-Verbot, Erhöhung Apothekenpackungsfixum, Einheitliche Vorgaben für Vor-Ort und Versandapotheken
Pharma : Fortsetzung Pharmadialog und -strategie; Weiterentwicklung des AMNOG im Hinblick auf personalisierte Medizin; Rückverlagerung Produktion nach Deutschland
Registergesetz und Verbesserung der Datennutzung beim Forschungsdatenzentrum
Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten
Weiterentwicklung des Hospiz- und Palliativgesetzes
Qualitätskontrolle : Regressprüfung Vertragsärzt:innen: Bagatellgrenze von 300 €; Vereinfachung der Verschreibung/ Abrechnung von Heilmitteln/ Hilfsmitteln; Senkung der Prüfquote bei Krankenhäusern, Abbau Doppelstrukturen bei Kontrollinstanzen in der Pflege
Orientierung der Gehälter bei GKV und Medizinischem Dienst am TVöD
Infektionserkrankungen : Unterstützung für hochpathogene Erreger; länderübergreifendes Behandlungszentrum für Infektionskrankheiten
Psychotherapie : Online-Beratung und DiGAs, Einführung Notversorgung und Suizidpräventionsgesetz
Ausbau und Stärkung digital vernetzter Zentren für Seltene Erkrankungen
Regelung zur Abgabe von Lachgas und GHB/GBL (sogenannte KO-Tropfen), Präventionsmaßnahmen für Kinder- und Jugendlichen
Pflege : Fester Sitz mit Stimmrecht im G-BA, Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools werden ausgeglichen, Weiterqualifizierung von berufserfahrenen Pflegefachkräften durch das DQR-Anerkennungsverfahren
Ärztliche Ausbildung/ Anerkennung : Einführung einer Vergütungsstruktur im PJ; Kenntnisprüfung wird u.a. mit einer stärkeren sprachlichen Komponente verbessert + vorrangiger Zugang für die Anerkennung der Ausbildung ausländischer Ärzt:innen
Berufsgesetze : Reform für Ergo-/Physiotherapie & Logopädie, Ablehnung einer ausschließlichen Voll-Akademisierung, neues Berufsgesetz für Osteopathie
Aufarbeitung Corona-Pandemie durch <u>Enquete-Kommission</u>

2.3 Vage Vorhaben: Umsetzung unklar

Allgemein gehaltene Formulierungen zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens finden sich im KoA zuhauf, so soll dieses „geschlechts- und diversitätssensibel“ (Zeile 3542), „krisenfest“ (Zeile 3571) sowie „barrierefrei und inklusiv“ (Zeile 3549) werden.

Spannend wird es, wenn es um die fehlende Realitätsnähe bei der Finanzierung der GKV und der Pflege geht. In beiden Fällen ist eine Arbeitsgruppe bzw. Kommission vorgesehen, die Ergebnisse liefern soll. Die Beitragssätze in der Sozialversicherung werden in den nächsten zwei Jahren vermutlich weiter steigen, auch wenn das „Gesamtpaket aus strukturellen Anpassungen und kurzfristigen Maßnahmen“ (Zeile 3352) konkretere Ansatzpunkte für kostendämpfende Maßnahmen verspricht. In der Pflege sind kurzfristige Maßnahmen nicht in Sicht, zudem scheuten die Koalitionäre eine transparente Kommunikation über die Möglichkeiten einer langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung im Sinne einer Teilkaskoversicherung durch das Heranziehen weiterer Kapitalarten und der Notwendigkeit von Zuzahlungen.

Vages Vorhaben - vorerst Prüfung/ Einsatz einer Kommission/ Arbeitsgruppe o.Ä.
<u>Strategie</u> „Mentale Gesundheit für junge Menschen“ mit den Schwerpunkten Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen
<u>Prüfung</u> : Möglichkeit einer kostenlosen Abgabe von ärztlich verordneten Verhütungsmitteln für Frauen um weitere zwei Jahre bis zum 24. Lebensjahr
<u>Anstreben</u> einer Zusammenführung Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz (Freistellungsansprüche flexibler machen, Erweiterung Kreis der Angehörigen); Perspektivische Einführung des Familienpflegegelds
Stabilisierung der Beitragssätze : Errichtung einer <u>Kommission</u> (Vorschläge für Maßnahmen bis 2027)
Prävention : <u>Stärkung freiwilliger Angebote</u> auf kommunaler Ebene
<u>Prüfung</u> : Unterstützung des ÖGD nach Ende des Paktes für den ÖGD
<u>Prüfung</u> : Entbudgetierung der Fachärzt:innen in unterversorgten Gebieten
Pflegereform : <u>Bund-Länder-Arbeitsgruppe</u> auf Ministerebene mit Ergebnisvorlage bis 2025
Bürokratieabbau im Gesundheitswesen , „Praxis-Check“ aller Gesetze, <u>Überprüfung</u> Datenschutzvorgaben; Einführung KI-gestützte Dokumentation
Ausgestaltung eines geschlechts- und diversitätssensiblen Gesundheitswesens , sowie barrierefrei/ inklusiv, Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse in Lebensabschnitten/ Krankheiten
Flächendeckender Zugang zur Grundversorgung , insbesondere in der Gynäkologie, Geburtshilfe und Hebammenversorgung
Organspende : Förderung von Aufklärung und Bereitschaft
Krisenfeste Versorgung sichern für Gesundheitssektor und Rettungsdienst
Investitionen in energetische Sanierung und Digitalisierung für KH& Pflege
Globale Gesundheit : Eindämmung von Krankheiten im Globalen Süden, Forschung zu antimikrobiellen Resistenzen und nachhaltigere Gesundheitsfinanzierung
Unterstützung für Forschung/ Versorgung zu Naturheilkunde/ Integrativer Medizin
Gesundheitsberufe : Möglichkeit zum kompetenzorientierten Fachpersonaleinsatz und eigenständiger Heilkundeausübung

3 Vorläufiges Fazit zum Koalitionsvertrag

Die gesundheitspolitischen Zielsetzungen des Koalitionsvertrags zeugen von einem Reformanspruch, der auf strukturelle Verbesserungen bei der Krankenhausreform und eine Neustrukturierung des Primär-(Arzt)-Systems abzielt. Die geplante Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird als notwendiger Schritt zur Effizienzsteigerung und Patientenorientierung zwar erkannt, bleibt in ihrer konkreten Umsetzung jedoch vage. Positiv zu vermerken ist die angekündigte Stärkung der Pflege durch die anstehenden Reformen aus der letzten Legislaturperiode und den stimmberechtigten Sitz im G-BA. Hervorzuheben sind auch die dringend notwendigen Reformen der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes, die als Hebel mit großem Einsparungspotenzial gelten. Es mangelt in Anbetracht der massiven Herausforderungen jedoch an einer Perspektive für ein Primärsystem, welches die Kompetenzen aller beteiligten Gesundheitsberufe berücksichtigt und dringend notwendige Maßnahmen zur Patientensteuerung anstößt. Kritisch bleibt bei fast allen Vorhaben die Frage der Finanzierbarkeit, insbesondere im Hinblick auf die angespannte Lage der GKV. Insgesamt wird in Teilen ein richtiger gesundheitspolitischer Kurs eingeschlagen und bei der Digitalisierung fortgeführt, dessen Wirksamkeit maßgeblich von der praktischen Ausgestaltung durch das BMG und dem politischen Willen zur Umsetzung abhängen wird.

4 Link zum Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“ zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode ist abrufbar unter <https://www.cdu.de/app/uploads/2025/04/Koalitionsvertrag-2025-1.pdf> [Stand: 24.04.2025].

Durch das ausstehende Mitgliedervotum der SPD zur Abstimmung über den Koalitionsvertrag ist dieser bis zum 29. April 2025 noch nicht angenommen.