

						
	„Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes Deutschland“ (Stand 22.06.2021)	„Deutschland. Alles ist drin.“ (Stand: 19.03.2021) Programmentwurf wird auf Bundesdelegiertenkonferenz 11.-13.06.2021 diskutiert und beschlossen. <i>Die final lektorierte sowie gestaltete Fassung inklusive Stichwortregister wird Anfang Juli auf gruene.de/wahlprogramm veröffentlicht.</i> <u>Dazu: Beschluss Bürgerversicherung</u> vom 23.03.2021	„Das Zukunftsprogramm. Wofür wir stehen. Was uns antreibt. Wonach wir streben.“ (Stand 01.03.2021) Entwurf wird auf Bundesparteitag (09.05.2021) offiziell bestätigt.	„Nie gab es mehr zu tun.“ (Stand: 16.04.2021) Entwurf wird auf Bundesparteitag (14.-16.05.2021) beschlossen.	„Zeit zu handeln: Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit!“ (Stand: 08.02.2021) Endgültige Version wird auf Bundesparteitag (19./20.06.2021) offiziell verabschiedet.	„Deutschland. Aber normal.“ (Stand: Beschluss, 11.06.2021)

Krankenversicherung/Bürgerversicherung vs. Dualität

Zusammenfassung „Gesundheits-Systemfrage“	Umfassende Versorgung und Erhalt des Gesundheitssystems u.a. durch „Zusammenspiel von GKV und PKV“ Absage am Einheitsversicherung und „Schritte dahin“ Prüfauftrag für Stärkung und staatliche Förderung betrieblicher Pflegeversicherungen Verlängerung des Pflegevorsorgefonds bis 2050	Kern des Konzepts: Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds; 3 Schritte in die Bürgerversicherung: Schritt 1: Mehr Transparenz, Wahlfreiheit für Beamte, Reform der Sozialtarife, mehr Vertragskompetenzen, Portabilität der Alterungsrückstellungen Schritt 2: Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds. Schritt 3: Einbezug aller Einkommensarten in die Beitragsbemessung (Kapitalerträge, Mieterträge), erleichterter Wechsel von der PKV in die GKV.	Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege <i>Erwähnung im Regierungsprogramm mit lediglich einem Satz</i> Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bleibt offen	Ablehnung Bürgerversicherung. Erhalt der Dualität („2 Versicherungs- und 1 Versorgungssystem“). Systemwettbewerb als Innovationsmotor – auch „Portabilität“. Vereinfachung des Wechsels zwischen GKV und PKV.	Bürger*innenversicherung & Pflege-Bürger*innenversicherung. Einbezug von Kapitalerträgen, Pachten und Mieten. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. „Sozialisierung“ der Alterungsrückstellungen.	Zusammenlegung von sozialer Pflegeversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung, um häufig auftretende Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von Pflegebedürftigen, die gleichzeitig häufig auch multimorbide sind, zu vermeiden. (141) Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung soll dabei dem Versicherungsprinzip in der Krankenversicherung angeglichen werden.
---	---	--	---	---	---	---

Krankenversicherung	„Eine Einheitsversicherung und Schritte dahin lehnen wir ab.“ (63) „Zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung setzen wir weiter auf einkommensabhängige paritätische Beiträge, Eigenbeteiligung und einen Steueranteil für versicherungsfremde Leistungen (wie beispielsweise in der Pandemiebekämpfung), der dynamisiert und an die tatsächlichen Kosten der versicherungsfremden Leistungen und deren Entwicklung gekoppelt wird.“ (63)	„Solidarisch finanzierte Bürgerversicherung, inkl. Beamte, Selbständige, Unternehmer, Abgeordnete.“ (66) Verbesserung der Versorgung gesetzlich Versicherter (Bsp.: Erstattung von Brillen). (66) Bessere Absicherung der privat Versicherten im Basistarif. (66)	„Wir werden eine Bürgerversicherung einführen.“ Steuerzuschüsse & Investitionsmittel sollten mit klaren Zielvorgaben für die Reform des Systems verbunden werden. (2)	Mehr Wettbewerb zwischen Krankenkassen ermöglichen. (38) Wechsel zwischen GKV und PKV vereinfachen. (38) „Wahlfreiheit des Versicherten durch Krankenkassen- und Krankenversicherungsvielfalt.“ (38)	Solidarischen Gesundheitsvollversicherung; bis zur Einführung stärkere Orientierung am realen Einkommen (Beiträge der Selbständigen, andere fw. GKV-versicherte). Zuzahlungen und Eigenanteile fallen weg. (32) Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenzen, damit Sinken der Krankenversicherung (von ca. 15 % auf weniger als 12 % des Bruttolohns). (32) „Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung abschaffen.“ (32)	„...kapitalgedeckten Alterssicherungssysteme wie Betriebsrenten, private Lebensversicherungen bis zu privaten Sparvermögen erhalten und lehnt deswegen die Nullzinspolitik der EZB entschieden ab.“ (53)
Pflegeversicherung und Dualität						
Pflegeversicherung	Pflegeversicherung weiterentwickeln. (68) Wir werden prüfen, wie wir das Instrument der betrieblichen Pflegezusatzversicherung stärken und staatlich fördern können, damit möglichst viele Menschen davon profitieren können. (68) Pflegevorsorgefonds bis 2050 verlängern. (68)	Solidarischen Pflege-Bürgerversicherung. (68) Stärkung der ambulanten Pflege. (67) Doppelte Pflegegarantie (Eigenanteile senken + dauerhaft deckeln) (67)	Vollversicherung als Bürgerversicherung, die alle pflegerischen Bedarfe und Leistungen abdeckt (36) 1.Schritt: für Pflegebedürftige mit kleinen/mittleren Einkommen den Eigenanteil deckeln, damit Pflege zahlbar bleibt. Zukünftige Kostensteigerungen werden solidarisch über Mix aus moderat steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen und dynamischem Bundeszuschuss finanziert. (36) Erhöhung der Mindestlöhne in Pflege, Refinanzierung der Pflegeleistungen an Geltung von Tarifverträgen binden. (36)	Drei-Säulen-Modell für Pflege: Reform der Pflegeversicherung soll weder zu „Pflege-Vollversicherung“ noch zu Bürgerversicherung führen. Finanzierung (analog zur Rente) auf drei Säulen: soziale Pflegeversicherung und betriebliche sowie private Vorsorge. Die Leistungsseite soll als „liberales Pflegebudget“ ausgestaltet werden, über das jeder selbst entscheiden kann. (40)	Solidarische-Pflegevollversicherung (33ff.) Überführung der privaten PV in die gesetzliche PV. (33) Pflegeplattformen, die Pflegekräfte sozialversichert und tariflich abgesichert beschäftigen. (34) Sechs Wochen Freistellung bei vollem arbeitgeberfinanziertem für pflegende Angehörige. (34)	Finanzierung Kurzzeitpflegeplätze in Krankenhäusern durch die Pflegeversicherung (139)
Beamte und Beihilfe						

	„Eine Einheitsversicherung und Schritte dahin lehnen wir ab.“ (63)	Bürgerversicherung: Beamte, Selbständige, Unternehmer, Abg. beteiligen sich mit einkommensabhängigen Beiträgen (66) Benachteiligung gesetzlich versicherter Beamte durch einen beihilfefähigen Tarif beenden. (66)	Alle Berufsgruppen sollen der Gesetzlichen Rentenversicherung angehören, auch Mandatsträger, Selbstständige und Beamte. (38, 43)	Keine Aussage.	Beamte, Abg., Selbständige zahlen in - gesetzliche Rente (Erwerbstätigenversicherung). (10, 144) - Solidarische Pflegevollversicherung – ohne Beitragsbemessungsgrenze (33)	
Weitere gesundheitspolitische Themen						
Krankenhaus	„Krankenhäuser und ambulante Versorgung stärken“ (63)	Krankenhaus- und Notfallversorgung reformieren. (63ff.) Krankenhäuser nach Fallzahl UND gesellschaftlichem Auf- trag finanzieren: Säule der Strukturfinanzierung einführen und verbleibenden fall- zahlabhängigen Vergütungs- teil reformieren. (64) Bund und Länder tragen In- vestitionskosten gemein- sam. (64) Ambulante und stationäre Angebote übergreifend pla- nen. (64) Gemeinsame Abrechnungs- systematik für ambulante und stationäre Leistungen. (64)	Stärkere Öffnung von Kran- kenhäusern für ambulante Versorgung mit Ausbau von teambasierten Formen so- wie Neuordnung der Rollen- verteilung zwischen ambu- lant und stationär. Überwin- dung der Sektorengrenzen. (22)	„Die gesetzlichen Vergü- tungsregelungen erschwe- ren es derzeit, Behandlungsmethoden aus dem Kranken- haus in den ambulanten Sektor zu überführen. Für die Dauer der Entschei- dungsverfahren muss die stationäre Vergütung erhal- ten bleiben, damit kein Pati- ent unversorgt bleibt“. (31) „Krankenhäuser sind Inno- vationsmotoren in der Kran- kenversorgung. Digitale Inf- rastruktur und robotische Assistenzsysteme wollen wir hier gezielt fördern“ (29) Krankenhäuser: Investitions- finanzierung, Belohnung von Qualität, Strukturreform	Abschaffung der Fallpau- schalen in Krankenhäusern. Vollständige Finanzierung der Betriebskosten über Krankenkassen. (31) Private Krankenhäuser in kommunale und gemeinnüt- zige Trägerschaft überfüh- ren. Verbot von Entnahme von Gewinnen, Aufbau eines Fonds des Bundes zur Re- kommunalisierung. (31) Umwandlung Pflegevorsor- gefonds in einen Pflegeper- sonalfonds. (31) Streichung des gesetzlichen Risikozuschlags für Pflege- einrichtungen. (32) Private Pflegeeinrichtungen in kommunale und gemein- nützige umwandeln. (32) Anonymer Krankenschein. Ambulante Versorgung/Digi- talisierung (95ff.): Aufbau von regionalen Ver- sorgungszentren. Begrenzung von Kaufpreisen für Arztpraxen.	

					Einführung eines öffentlichen Haftungsfonds für Hebammen. Komplette Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung muss Bedarf decken. MVZ dürfen nicht mehr an Konzerne veräußert werden. Zertifizierung von Gesundheits-Apps mit staatlichen Vorgaben. Keine zentrale Speicherung von Gesundheitsdaten und Online-Weitergabe. Ablehnung des Umlegens der Kosten von digitalen Anwendungen auf die Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Krankenkassen dürfen die von den Versicherten eingezahlten Rücklagen nicht für die Spekulation auf Erfolge von IT-Konzernen nutzen. ÖGD stärken. (34)	
Sonstige Themen	„Ausbildung im Gesundheitswesen verbessern“ (64) „Selbstbestimmung und Patientensouveränität stärken“ (64) „Öffentlichen Gesundheitsdienst modernisieren“ (65) „Keine Drogen legalisieren, Suchtprävention stärken“ (65) „Deutschland wieder zur Apotheke der Welt machen“ (65) (Gesundheits- und Pflege-)	Investition in Gesundheitsforschung (Medikamenten; Entwicklung neuer Testverfahren etc.) Vorantreiben von Produktion von Medikamenten und Medizinprodukten. Bildung einer gemeinsamen Strategie auf EU-Ebene, darunter europäisches Frühwarnsystem. Einsatz für Aufbau von HERA, europäische Behörde, die künftig staatliche und	Fallpauschalen auf den Prüfstand bringen mit Neustrukturierung der Kinder- und Jugendmedizin. Bedarfsgerechte Grundfinanzierung der Kliniken und Erhalt der Versorgung in ländlichen Regionen. (22) Betreuungsschlüssel bei Hebammen 1:1 mit Anschluss der Leistungen an die Fallpauschalen (53).	Entbürokratisierung des Gesundheitswesens vorantreiben. (29) Präventionsgesetz reformieren. (30) Faire Rahmenbedingungen für Innovation im Gesundheitswesen. (30) Stärkung freier Berufe (niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Apotheker etc.): Therapiefreiheit der Behandlung ohne Budgetierungszwang. (30)	Pharma/Arzneimittel (36): Arzneimittelpreise begrenzen. Alle Medikamente mit nachweisbarem Nutzen komplett erstatten. Einführung einer Positivliste. Abschaffung von Rabattverträgen und anderen Selektivverträgen. (36) Stärkung der Gesundheitswissenschaften und klinischen Forschung. (36)	„Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln entbürokratisieren“ (139) „Kurzzeitpflegeplätze in Krankenhäusern finanzieren“ (139) Ablehnung Verpflichtung zur Organspende (143)

	gewirtschaft als herausragenden Wirtschaftsfaktor in Deutschland weiter stärken, Souveränitätsoffensive bei der Medikamentenproduktion, Förderung neuer Antiinfektiva und Impfstoffe etc.) „Für mehr Lebensqualität forschen“ (66)	privatwirtschaftliche Aktivitäten besser koordinieren soll. (63) Schaffung eines Bundesinstitutes für Gesundheit. (64) Ein Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben soll in ÖGD fließen. (64) Verbesserungen in Geburtshilfe und Unterstützung freiberuflicher Hebammen durch Reform der Haftpflicht für Gesundheitsberufe. (64) Anonymer Krankenschein. (66) Schaffung von mehr Psychotherapieplätze durch mehr Kassenzulassungen. (65) Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung sollen grundsätzlich als Querschnittsaufgabe in allen Politikbereichen verfolgt werden. (65)	Die Pflegeinfrastruktur muss bedarfsgerecht ausgebaut werden. (35)	Abbau ambulant-stationärer Sektorengrenze – „ambulant vor stationär“ (31) Wartezeiten auf Therapieplatz reduzieren, Prävention + Aufklärung stärken sowie Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten weiterentwickeln. (31) Apotheken: Faire Wettbewerbsbedingungen; kein Versandhandelsverbot.	Ablehnung des Umlegens der Kosten von digitalen Anwendungen auf die Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Krankenkassen dürfen die von den Versicherten eingezahlten Rücklagen nicht für die Spekulation auf Erfolge von IT-Konzernen nutzen.	
--	--	--	---	--	---	--