



1 • 2025

**VORGEZOGENE NEUWAHLEN –
AUFGABEN DER NÄCHSTEN
LEGISLATURPERIODE**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.



4 Editorial
Dr. Albrecht Klopfer Herausgeber
Sophia Wagner



6 Bessere Qualität, schlaue Ressourcen-Verteilung und mehr Innovation
Matthias Mieves, MdB



8 „Vorgezogene Neuwahlen – wir müssen künftig mit mehr Weitsicht agieren“
Dr. Georg Kippels, MdB



12 Gesundheitspolitik muss Priorität haben!
Prof. Dr. Christoph Benz Präsident Bundeszahnärztekammer
Konstantin v. Laffert Vizepräsident Bundeszahnärztekammer
Dr. Romy Ermler Vizepräsidentin Bundeszahnärztekammer



16 Zuckertzertifikathandel – Ein innovativer Ansatz zur Bekämpfung der Ausbreitung zahlreicher Zivilisationskrankheiten durch übermäßigen Zuckerkonsum
Prof. Dr. Jörg Loth, Mathias Gessner, Mark Kleutsch IKK Südwest



20 Überlegungen zu einer Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit
Prof. Dr. Thomas Schlegel Partner Kanzlei für Gesundheitsrecht
Prof. Dr. Dennis Ostwald Gründer und CEO WifOR Institute



24 Fokus auf die ambulante Medizin
Martin Degenhardt
 Geschäftsführer Freie Allianz der Länder-KVen (FALK)



28 Ambulantisierung konsequent gedacht und umgesetzt
Sibylle Stauch-Eckmann Vorsitzende BBMV e.V. & CEO Ortheum-Gruppe
Alexandra Gutwein Geschäftsführerin BBMV e.V.



31 „Ein nachhaltig erfolgreiches Gesundheitssystem braucht parteiübergreifenden Konsens“
Prof. Dr. Jens Scholz
 1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



35 Der Strukturwandel kommt - wir wollen, dass er gut gelingt.
Priv.-Doz. Dr. Thomas Menzel
 Vorstandsvorsitzender Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V.



39 Ist moderne humangenetische Diagnostik in Deutschland gewollt?
Prof. Dr. Elke Holinski-Feder Präsidentin Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.
Prof. Dr. Evelin Schröck Präsidentin Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.



42 Gesundheit muss uns etwas wert sein
Dr. med. Kai Joachimsen
 Hauptgeschäftsführer BPI e.V.



46 Patientenbedarf und Umwelteffekte in Einklang bringen - Chancen und Herausforderungen im Bereich Arzneimittel
Dr. Sandra Kluge Head of Communications & Health Policy Germany & Unternehmenssprecherin Chiesi GmbH



49 Impfen in Apotheken – Die Win-Win-Chance im Gesundheitssystem
Prof. Dr. Uwe May
 May und Bauer - Konzepte im Gesundheitsmarkt

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

vor allem in Zeiten politischer und gesellschaftlicher Veränderungen ist es wichtig, den Blick auf die zentralen Aufgaben der kommenden Jahre zu richten. Deutschland steht vor bedeutenden Herausforderungen: Gesellschaftlicher Zusammenhalt, wirtschaftliche Transformation und nachhaltige Entwicklung erfordern langfristige und tragfähige Weichenstellungen.

Deutschland steht zudem vor einer wegweisenden politischen Zäsur: Die vorgezogenen Neuwahlen haben den politischen Diskurs neu entfacht und zugleich den Blick auf die großen Herausforderungen der kommenden Legislaturperiode gelenkt. In einer Zeit, in der gesellschaftlicher Zusammenhalt und wirtschaftliche Transformation im Fokus stehen, ist es jetzt an der Zeit, Deutschland auf einen neuen Kurs zu bringen.

Mit Verwunderung und auch ein wenig Enttäuschung stellen wir fest, dass das Thema Gesundheit dabei im aktuellen politischen Diskurs nahezu keine Rolle spielt. Dies steht in eklatantem Widerspruch zu den enormen Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem steht (und zu den Chancen, die sich aus einer richtigen Beleuchtung des Themas Gesundheit ergäben – doch dazu später mehr). Millionen von Bürgerinnen und Bürgern sind direkt oder indirekt von der Qualität und Zugänglichkeit unserer Gesundheitsversorgung betroffen. Die letzten Jahre haben verdeutlicht, dass das Gesundheitswesen nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern eng mit anderen politischen und gesellschaftlichen Bereichen verknüpft ist.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass unser Gesundheitssystem einen BIP-Anteil von fast 13 Prozent ausmacht, zeigt sich, dass das Potenzial, aber auch die Verantwortung des Sektors bislang keineswegs ausreichend verstanden wurden. Darüber hinaus stellen uns die Lehren aus der Pandemie, der demografische Wandel und der medizinische Fortschritt vor die Aufgabe, Versorgung effizienter, gerechter und resilienter zu gestalten. Eine der zentralen Fragen bleibt: Wie kann unser Gesundheitssystem so umgebaut werden, dass es langfristig finanzierbar

bleibt, ohne an Versorgungsqualität einzubüßen – oder diese bestenfalls sogar zu steigern?

Unser historisch gewachsenes Gesundheitssystem ist primär auf die Akutversorgung ausgerichtet. Dies ist nicht mehr zeitgemäß, da eine Vielzahl der heutigen Patientinnen und Patienten chronisch erkrankt ist. Chronische Erkrankungen erfordern jedoch eine kontinuierliche, multidisziplinäre und sektorenübergreifende Betreuung, die in unserem gegenwärtigen System oft nicht adäquat abgebildet wird. Länder wie die Niederlande und Dänemark haben gezeigt, dass integrierte Versorgungsmodelle, bei denen Hausärzte, Fachärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe eng kooperieren, zu besseren Versorgungsergebnissen und geringeren Kosten führen. Deutschland muss sich diesem Wandel stellen und die sektorale Trennung im Gesundheitswesen überwinden, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Auch die Digitalisierung spielt hierbei eine zentrale Rolle: Wir brauchen die elektronische Patientenakte und flächendeckenden telemedizinische Versorgungsangebote. Vor allem müssen entsprechende Konzepte endlich umgesetzt werden – ein ausreichender Erkenntnisstand dazu liegt ja vor. Daten kennen keine Sektorengrenzen. Digitalisierung kann und muss also als Vehikel genutzt werden, um unser Gesundheitssystem strukturell zu reformieren. Ja, und dafür brauchen wir auch klassisches „Change-Management“ – und zwar in erheblichem Maße! Dabei muss, wie einige Überlegungen aus dem vorliegenden Heft zeigen, auch die ambulante Versorgung neu gedacht werden, die in den Plänen der nun vergangenen Legislaturperiode nicht (mehr) in angemessener Weise neu justiert werden konnte. Medizinische Versorgung beginnt in der Regel zu Hause und sollte auch von dort aus gedacht und aufgebaut werden.

Aber nicht nur Herausforderungen, auch enorme Chancen stecken, wie angedeutet, im Thema Gesundheit: Wenn wir es beispielsweise mit dem Thema Prävention ernst meinen, brauchen wir vor allem einen stringenten „Health in all Policies“-Ansatz, zum anderen müssen wir Prävention endlich wirksam in der Praxis und über die bisherigen

Kassen-Ansätze hinaus umsetzen. Nach wie vor fehlt der Prävention jedoch die operativ wirksame Plattform. Hier lohnt ein Blick auf Finnland oder Dänemark, wo durch steuerliche Anreize oder in PPP-Konzepten und eine gezielte Gesundheitsförderung in Schulen und am Arbeitsplatz die Präventionspolitik nachhaltig verbessert wurde. Die Implementierung solcher Programme hat dazu beigetragen, die Inzidenz chronischer Erkrankungen erheblich zu senken. Ein weiteres inspirierendes Beispiel ist das niederländische Konzept der „Positive Health“, das einen ganzheitlichen Blick auf Gesundheit legt. Statt sich nur auf Krankheit und deren Behandlung zu fokussieren, wird der individuelle Lebenskontext berücksichtigt, um Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit aktiv zu gestalten. Die Umsetzung solcher Ansätze in Deutschland könnte einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung und Prävention bedeuten.

Nicht zuletzt stehen wir vor einer wirtschafts- und sozialpolitischen Neuordnung. Die Gesundheitswirtschaft ist ein zentraler Treiber von Innovation und Beschäftigung – sie verdient damit eine politische Agenda, die Forschung, Entwicklung und eine moderne Versorgungsinfrastruktur aktiv fördert. Eine kluge Investitionspolitik könnte beispielsweise auf gezielte Förderprogramme für digitale Gesundheits-Start-ups setzen, wie es in Estland bereits mit großem Erfolg praktiziert wird. Hier liegt eine Chance für die Politik, die richtigen Impulse zu setzen. Wohl angemerkt sei, dass ein digitaler Versorgungspfad sinnvoll in die integrierte Versorgung geflochten werden muss, um das entsprechende Potential tatsächlich auszuschöpfen. Eine Digital-Agentur könnte hier eine mögliche Hebelwirkung beim Orchestrieren haben.

Wir freuen uns, dass auch zwei Mitglieder des Bundestages, von denen wir annehmen, dass sie die Gesundheitspolitik der Zukunft maßgeblich mitbestimmen werden, sich bereiterklärt haben, dieses iX-Forum mit ihren Überlegungen einzuleiten. Denn die kommenden Monate werden entscheidend sein: Welche Reformansätze sind notwendig? Welche politischen Weichenstellungen sind kurzfristig und langfristig erforderlich? Und wie können wir ein Gesundheitssystem gestalten, das auch künftigen Gene-

rationen Sicherheit bietet? Das sind Fragen, deren zielführende Beantwortung auch einer weiteren Radikalisierung unserer politischen und parlamentarischen Diskussionen Vorschub leisten kann – und muss!

In diesem Sinn hoffen wir, dass diese Ausgabe des iX-Forums dazu beiträgt, die notwendige Diskussion anzustoßen und den Fokus auf diese essenziellen Themen zu lenken. Unseren Autorinnen und Autoren und unseren zahlreichen Gesprächspartnern danken wir für ihre Zeit und ihre vielfältigen Anregungen!

Wir wünschen Ihnen eine vergnügliche und erkenntnisreiche Lektüre!

Mit herzlichen Grüßen

Sophia Wagner und Dr. Albrecht Kloepper



Sophia Wagner

Dr. Albrecht Kloepper

PS: Ein Wort noch zum Gendern im iX-Forum. Wir sind uns der gesellschaftlichen Problematik und vordergründigen Einseitigkeit des sogenannten „generischen Maskulins“ sehr wohl bewusst. Die deutsche Sprache hält aber mit Sternchen, Schrägstrich, Binnen-I oder Partizipialkonstruktionen (z.B. „Studierende“) nur hilfsweise und oft auch sprachlich inkorrekte Ersatzkonstruktionen bereit. Wir versuchen daher, bei individualisierten und individualisierbaren Personengruppen möglichst konsequent beide Geschlechter zur berücksichtigen (z.B. Patientinnen und Patienten), wenn aber Gruppen eher im funktionalen Kontext benannt werden (z.B. Arbeitgeber), haben wir den Weg gewählt, weiterhin auf das generische Maskulinum zurückzugreifen. Dass hier Interpretationen möglich und Übergänge fließend sind, ist uns bewusst.

Bessere Qualität, schlaue Ressourcen- Verteilung und mehr Innovation



Matthias Mieves
MdB

Ich bin dort motiviert, wo die Probleme groß sind. Herausforderungen spornen mich an. Ich freue mich auf die nächste Legislatur in der Gesundheitspolitik. Wir müssen viele Baustellen angehen, ohne das ganze Land sauer zu fahren. Da geht es ans Eingemachte. Entscheidend sind für mich dabei: Qualität steigern, Ressourcen besser einsetzen und Innovationen in die Breite bringen.

1. Qualität steigern: Mehr Ergebnisorientierung, weniger Prozess-Starrheit

Aus Daten können wir lesen, was in der Versorgung gut funktioniert. Datenbasierte Entscheidungen auf allen Ebenen – individuell für Patientinnen und Patienten, in der Planung und Versorgung vor Ort, steigern Qualität. „Mehr ist besser“ können wir uns auch nicht mehr leisten. Selbstverwaltung, Politik und Kassen müssen wissen, wo Versorgungsdefizite bestehen. Patientinnen und Patienten können verstehen, welche Behandlung ihnen hilft und welche nicht. Prävention wird dann smarter: Weg von Programmen mit der Gießkanne, hin zu individuellen Maßnahmen auf Basis von Gesundheitsdaten und persönlichen Risikoanalysen. Finanzielle Mittel sollten gezielt dorthin fließen, wo nachweislich gute Behandlungsergebnisse erzielt werden. Eine outcome-orientierte Vergütung sorgt dafür, dass Anreize für sinnvolle und wirksame Therapien gesetzt werden – anstatt jede Maßnahme pauschal zu vergüten. Geld gehört dorthin, wo Qualität entsteht. Bessere Qualität und effizient eingesetzte Ressourcen sind zwei Seiten derselben Medaille.

2. Ressourcen besser einsetzen: Neue Wege in der Patientensteuerung

Ambulante Lösungen sind oft besser für den Einzelnen und kostengünstiger für die Solidargemeinschaft. Eine konsequente Patientensteuerung ist deshalb essenziell. Digital vor ambulant vor stationär – das war im Entwurf für die Notfallreform angelegt. Hilfesuchende müssen zielgerichtet und effizient an die passende Adresse gelangen. Die Vernetzung der Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Rettungsleitstellen zahlt hierauf ein. Integrierte Notfallzentren spiegeln das im Analogen wider: der Patient soll optimal behandelt werden, wo auch immer seine „Patient Journey“ startet. Die Notfallreform muss kommen und dafür sorgen, dass Menschen mit nicht-dringlichen Anliegen in geeignete ambulante Strukturen gelangen statt in überfüllte Notaufnahmen.

Im ambulanten Bereich können wir Kompetenzen sinnvoll neu verteilen. Pflegekräfte haben längst die Qualifikation, viele Aufgaben zu übernehmen, die bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind. Letztere sind rar. Apotheken können bei weiteren Leistungen wie beim Impfen oder der Beratung und Prävention bei entsprechender Vergütung mehr leisten. Hier stehen qualifizierte Fachkräfte bereit, um die Ärzteschaft bei einigen Aufgaben zu entlasten und passende Ergänzungen zu schaffen.

Entlasten können wir auch den Patienten, der sich im Gesundheitssystem zurechtfinden muss. Bundesweit niedrigschwellige, auch digitale Beratungsangebote können hier helfen. Ein digitaler Coach kann schon zu Hause auf dem Sofa helfen. Statt langen Wartezeiten bekommen Patientinnen und Patienten gezielte Handlungsempfehlungen an die Hand – oder finden über den Coach den menschlichen Ansprechpartner, wenn Orientierung gefragt ist.

3. Innovationen in die Breite bringen: Daten sinnvoll nutzen, neue Verfahren zulassen

Aus meiner Sicht braucht es einen Bund-Länder-Pakt, um Klarheit bei Zuständigkeiten und Genehmigungs-Prozessen zu schaffen. Ich plädiere für eine praktikable und sinnvolle Reform des Datenschutzes. Medizinischer Fortschritt hängt entscheidend von der Nutzung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten ab. Natürlich muss klar sein, was erlaubt ist und was nicht. Vor allem und gerade dann, wenn es um den Schutz der Gesundheit geht. Ein Registergesetz wäre ein wichtiger Schritt, aber es braucht mehr Tempo auch in der Zulassung. Was wir nicht brauchen, sind zu kleinteilige Regelungen. Innovationen finden statt, aber sie müssen in die Praxis – und in die Breite. Der Goldstandard klinische Studien stößt zum Beispiel bei seltenen Erkrankungen an Grenzen. Neben klassischen Studien müssen deshalb auch Real-World-Daten stärker genutzt werden, um die Wirksamkeit neuer Therapien nachzuweisen.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs und DiPAs), Telemedizin und Remote Monitoring bieten enormes Potenzial für effizientere und patientenfreundliche Versorgung. Wir müssen sie sinnvoll in die Regelversorgung integrieren. Auch in der Behandlung durch Fachpersonal gibt es neue Verfahren, die Kosten und Fahrzeit sparen. Viele Leistungen werden aktuell aber nur dann vergütet, wenn sie im physischen Arzt-Patienten-Kontakt erbracht werden. Wir brauchen Telemedizin und Remote Monitoring. Daher muss die Vergütung stärker an das Ergebnis geknüpft werden: Entscheidend ist, was Patientinnen und Patienten hilft – nicht, wo die Behandlung erfolgt. Ich bin sehr dafür, regionale Strukturen mit digitalen Lösungen zu verknüpfen. Nennen wir es teleregional – und stellen wir sicher, dass wir niemanden abhängen.

Fazit: Jetzt die Weichen für ein modernes Gesundheitssystem stellen

Mit datenbasierten Entscheidungen, einer smarteren Ressourcensteuerung und einer echten Innovationsstrategie können wir unser Gesundheitssystem zukunftssicher machen. Ich arbeite sehr gern weiter im Bereich Gesundheit, wo wir zusammen viel zu tun haben. Jetzt gilt es, die richtigen Entwicklungen auf den Weg zu bringen – mutig, konsequent und mit Blick auf das, was wirklich zählt: bessere Prävention und Versorgung für alle.

„Vorgezogene Neuwahlen – wir müssen künftig mit mehr Weitsicht agieren“



Dr. Georg Kippels

MdB

*In jedem Bereich des Gesundheitssystems
müssen wir uns fragen, wie wir schonender
mit den uns zur Verfügung stehenden
Ressourcen umgehen können.*

Dr. Albrecht Kloepper: Herr Dr. Kippels, wie bewerten Sie die vergangene Legislaturperiode? Was wurde umgesetzt, was hätte umgesetzt werden sollen bzw. müssen?

Dr. Georg Kippels: In meiner Wahrnehmung wurde diese Legislaturperiode vor allem von der Krankenhausreform und der Digitalisierung des Gesundheitswesens bestimmt. Die Krankenhausreform, die grundsätzlich eine große Zustimmung der Akteure im System genoss, ist in ihrer Ausgestaltung gnadenlos schiefgegangen. Eine Revolution, wie Herr Lauterbach sie nannte, sehe ich deswegen nicht. Und wir haben es leider nicht geschafft, das Thema abzuschließen, sondern müssen weiterhin nacharbeiten, insbesondere bei der bisher vollkommen ungeklärten Finanzierung.

Positiver beurteile ich die Entwicklungen der Digitalisierung. Mit dem Start der ePA und des eRezepts haben wir weitere Schritte zu einem digitalen Gesundheitssystem unternommen. Aber auch hier gab es einige Kommunikationsdefizite, die auch gezeigt haben, wie wichtig es ist, die Akteure frühzeitig einzubinden und die Akzeptanz zu erhöhen.

Grundsätzlich würde ich sagen, wurden in dieser Legislaturperiode zu viele Ankündigungen gemacht, die in zu wenigen, wirklich greifbaren und positiven Umsetzungen gemündet sind. Man hat viele Chancen, die sich abgezeichnet haben, liegen gelassen oder verstoßert.

Dr. Albrecht Kloepper: Einmal auf das KHVVG geblickt: Es ist zwar eins der wenigen Gesetze, die auf den letzten Drücker noch durchgekommen sind, gleichzeitig wurde jetzt gerade von Ihnen und von anderen bereits heute viel Korrekturbedarf angemeldet. Wo müsste hier angesetzt werden?

Dr. Georg Kippels: Wir müssen prioritär die (Übergangs-) Finanzierung klären. Wir haben seit Jahr und Tag Krankenhäuser, die alle tiefrote Zahlen schreiben und die sich

im Augenblick mit irgendwelchen juristischen Klimmzügen am Insolvenzantrag vorbeilavieren. Es ist auch nicht absehbar, dass sich diese Situation künftig ändern wird. Es reicht nicht zu sagen, der Prozess ist strukturell abgeschlossen und kann jetzt finanziell von den Akteuren gestemmt werden und die Finanzierungssysteme gehen mehr oder minder nahtlos ineinander über. Die Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit und diese ist mit dem Gesetz, so wie es heute ausformuliert ist, nicht gegeben. Zweite Frage, die bei mir immer wieder auftaucht: Inwieweit muss bei den Leistungsgruppen medizinisch sinnvolle Kooperation möglich sein? Wenn ich eine Leistungsgruppe anbiete, brauche ich teils zwingend eine weitere, arrondierende Leistungsgruppe, um die ursprüngliche Leistung zu erbringen. Das wurde, meiner Meinung nach, nicht ausreichend im Gesetz betrachtet.

Dr. Albrecht Kloepper: Einige Akteure zweifeln die Verfassungsmäßigkeit des Krankenhaustransformationsfonds an und haben, sobald er Anfang 2026 in Kraft treten soll, auch schon Klagen angekündigt. Wäre es nicht klug von der Politik, die Konstruktion schon vor der Klagewelle zu ändern?

Dr. Georg Kippels: Ich vermute, dass solche Überlegungen und Gespräche bereits geführt worden sind. Den Finanzierungsbedarf für die Übergangszeit haben wir hinlänglich häufig zum Ausdruck gebracht. Die finanziellen Mittel, die aus dem Transformationsfonds kommen sollen, können wir also nicht einfach ersatzlos streichen. Ich bin zuversichtlich, dass wir in Kooperation mit den Ländern eine Lösung finden werden. Ich bin auch der Meinung, dass die Länder in dieser Thematik nicht prinzipiell aus der Verantwortung entlassen werden können. Die aktuelle Situation einiger Häuser basiert auch auf den Investitionsversäumnissen der Länder in der Vergangenheit. Die Frage, die aus meiner Sicht dringender ist, lautet: Brauchen die Häuser weniger, dafür aber kurzfristiger Geld, um die Veränderung anzustoßen oder reicht der vorgesehene Zehnjahreszeitraum für die Transformationsfinanzierung? Das wird man noch einmal genau mit der

Deutschen Krankenhausgesellschaft besprechen müssen. Ich neige zu der Annahme, dass man sich parallel dazu die Betriebskostenfinanzierung noch einmal genau anschauen werden muss, sodass diese planbar und auskömmlich über die Kassen stattfinden kann und damit unter Umständen eine Menge Druck aus dem Transformationsfonds genommen werden kann.

Diese beiden Aspekte bedingen sich und können nicht losgelöst voneinander betrachtet werden und hätten auch im Gesetz ihren Niederschlag finden müssen. In der Finanzierung der Krankenhausreform sind massive Webfehler drin, die wir schnellstens beseitigen werden müssen.

Dr. Albrecht Kloepper: Brauchen wir aus Ihrer Sicht neue Regeln, neue Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung?

Dr. Georg Kippels: Auf jeden Fall. Bei einem aktuellen Besuch eines Generikaherstellers wurde mir berichtet, dass der Tagestherapiesatz bei 6 Cent liegt. Auch wenn es Millionen, vielleicht auch Milliarden von Tabletten sind, die verkauft werden, ist es schwer, bei diesem Umsatz den Level an Produktion, Technik etc., der dort vorgehalten wird, aufrechtzuerhalten. Entsprechende Aussagen über Milliardenprofite in der Pharmabranche sind, meiner Meinung nach, nicht mehr aktuell.

Gerade im Generikabereich sehe ich, mit Blick auf die Biosimilars, eine der Kernaufgabenstellungen im Grundversorgungsauftrag. Ich finde es auch vollkommen nachvollziehbar, dass die Branche dafür eine entsprechende Abnahme- und Planungssicherheit braucht. Soll die Produktion wieder verstärkt in Deutschland stattfinden, können solche Investitionen nicht im Jahresrhythmus neu kalkuliert und geplant werden, sondern brauchen mittel- bis langfristige Zusagen.

Zweite Stellschraube ist das AMNOG. Während ich es grundsätzlich für ein gutes Instrument halte, müssen wir

es weiterentwickeln. Hierzu bin ich in einem dauerhaften Austausch mit Josef Hecken. Als Industrienation ist es kein gutes Zeichen, dass wir mittlerweile fast 15 Prozent weniger Medikamente zulassen als in den USA und das trotz der höchsten Versorgungskosten pro Patient. Das lässt auf Ineffizienzen in unserem System schließen. Wie in jedem Bereich des Gesundheitssystems müssen wir uns auch im Arzneimittelbereich fragen, wie wir schonender mit den uns zur Verfügung stehenden Ressourcen umgehen können und das bedeutet auch, dass wir zukünftig nicht mehr jede Maßnahme finanzieren werden können.

Dr. Albrecht Kloepfer: Momentan werden Teile des GVSG verabschiedet. Wird man allein mit der Hebung von Effizienzreserven, die ja auch immer eine Weile brauchen, bis sie sich umsetzen lassen, die Finanzierungsproblematik in der GKV lösen können?

Dr. Georg Kippels: Die mit dem GVSG verabschiedete Entbudgetierung und damit die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung ist ein Baustein für die Optimierung der Versorgung. Weitere müssen unbedingt folgen. Wir haben z.B. eine regelmäßige Terminfehlbelegung von 30 Prozent pro Sprechstunde. Patientinnen und Patienten blockieren durch Überbuchungen selbst die Termine, die anderen Patientinnen und Patienten fehlen. Auch das ist Ineffizienz. Hier müssen Ärzte und Patienten gleichermaßen die Verantwortung für ein ressourcenschonendes Verhalten übernehmen. Ich weiß, dass viele Ökonomen Bonus- und Malussysteme für Patientenverhalten fordern. Ich denke, das kann einer von vielen Lösungsansätzen sein.

Wir haben Praxiskonzepte im ambulanten Bereich, die von Terminbuchung, über Anmeldung und Anamnese alles digital und ohne Personal organisieren und die Ärztin oder der Arzt schon vor Betreten des Behandlungszimmers alle Informationen digital vorliegen hat und diese weiterreichen kann. Diese Konzepte gibt es bereits heute.

Wir haben aber das Problem, dass wir 150 verschiedene Praxisverwaltungssoftwares haben, sodass der Informationsaustausch erschwert wird.

Wir haben also auf der einen Seite strukturelle Probleme, die wir schnellstmöglich lösen müssen, um die Finanzierungsproblematik der GKV zu lösen, ich möchte aber gleichzeitig an die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten appellieren, die selbst einen maßgeblichen Beitrag zu einem ressourcenschonenden Gesundheitssystem beitragen können.

Und noch ein weiterer Punkt, der mir am Herzen liegt: Wir müssen weg von der Misstrauenskultur, die momentan im deutschen Gesundheitssystem vorherrscht. Ich habe letztes ein Gespräch mit einem Geschäftsführer eines Krankenhauses geführt, der mir gesagt hat, dass die aktuellen Kontrollmechanismen derart ausufernd geworden sind, dass das Gefühl vermittelt wird, jeder Geschäftsführer eines Krankenhauses würde Abrechnungen systematisch manipulieren. Ich möchte gar nicht anzweifeln, dass es zu Fehlvorgängen kommt und entsprechende Kontrollmechanismen notwendig sind, um diese zu finden. Dieses grundsätzliche Misstrauen gegenüber den oft intrinsisch motivierten Akteuren im Gesundheitswesen sehe ich, auch im Hinblick auf den Fachkräftemangel, dagegen kritisch.

Dr. Albrecht Kloepfer: Welchen Schwerpunkt würden Sie dem Thema Prävention und Gesunderhaltung in Zukunft zumessen?

Dr. Georg Kippels: Prävention wird künftig einen noch größeren Stellenwert in der Gesellschaft, aber auch in der Politik einnehmen müssen. Ich sehe den Schwerpunkt hier bei der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, um primär die Lebensqualität und -freude des Individuums zu erhalten und sekundär die Behandlungskosten zu senken. Ich bin der Meinung, dass positive Anreize, wie z.B. der Wettbewerb mit sich selbst, dargestellt durch Wearables, ein erfolgreiches Instrument hierfür sein können.

Dr. Albrecht Kloepper: Sie haben sich in der jetzt vergangenen Legislaturperiode auch für geschlechterspezifische Versorgung und insbesondere für Frauengesundheit eingesetzt. Was treibt Sie an und wie können wir hier noch besser werden?

Dr. Georg Kippels: Geschlechterspezifische Versorgung und Frauengesundheit sind Themen, die in der Vergangenheit oftmals nicht näher betrachtet wurden, obwohl sie hohe Relevanz für den Versorgungsalltag haben. Diese Versäumnisse versuche ich jetzt, zumindest soweit ich kann, aufzuholen. Und ganz am Rande: Eine geschlechterspezifische Gesundheitsversorgung ist volkswirtschaftlich unverzichtbar.

Dr. Albrecht Kloepper: Welche Wünsche haben Sie für die nächste Legislaturperiode?

Dr. Georg Kippels: Ich wünsche mir von der nächsten Legislaturperiode, dass wir mit mehr Weitsicht agieren und dynamisch an den real auftretenden Bedarfen arbeiten und nicht erst dann reagieren, wenn es schon fast zu spät ist.

Dr. Albrecht Kloepper: Vielen Dank für das Gespräch.



Gesundheitspolitik muss Priorität haben!



**Prof. Dr.
Christoph Benz**
Präsident BZÄK



Dr. Romy Ermler
Vizepräsidentin
BZÄK



**Konstantin
v. Laffert**
Vizepräsident
BZÄK

Die neue Bundesregierung steht nach der Bundestagswahl am 23. Februar vor einem Berg an Aufgaben:

Chronische Wirtschaftsschwäche und Rezession, Verlust von Industriearbeitsplätzen, stetig steigende Sozialabgaben, hoher Investitionsbedarf bei sinkenden Staatseinnahmen, Wohnungskrise, Migrationskrise.

Und das sind nur die nationalen Probleme. Vom anhaltenden Ukrainekrieg über den Nahostkonflikt, Trumps zweiter Präsidentschaft mit weiteren drohenden Auswirkungen auf unsere Wirtschaft ganz zu schweigen.

Der kommende Bundeskanzler ist nicht um seine Aufgabe zu beneiden, denn nur die Lösung von wenigstens einigen der genannten Probleme wird Deutschland wieder auf Kurs bringen und den Stimmungsverfall im Lande stoppen können.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hatte ihre „Gesundheitspolitischen Forderungen“ zur Wahl Mitte Dezember veröffentlicht, in denen wir die drängendsten Probleme aus Sicht der Zahnärzteschaft skizzieren und Lösungswege aufzeigen. Die wichtigsten Inhalte sollen hier angeschnitten werden.

Auch die Zahnärzteschaft interessiert der kritische Zustand der Sozialversicherungssysteme und wie unsere zukünftige Bundesregierung sich dieser Lage konstruktiv annehmen wird. Leider skizzieren die Parteien in den Wahlprogrammen ihre Lösungsvorschläge nur am Rande. Stattdessen gibt es erneut teure Wahlkampfversprechen – bei deren Finanzierung die Parteien bestenfalls vage blieben – statt dringend benötigter Reformvorschläge. Denn die demografiebedingten Probleme in der Finanzierung der Sozialversicherung oder beim Fachkräftemangel müssen wir gesamtgesellschaftlich bewältigen. Wir haben keine Zeit mehr für unausgereifte Ideen und halbherzige Reformen: In der Sozial- und Gesundheitspolitik müssen jetzt die richtigen Weichen gestellt werden, wollen wir nicht sehenden Auges in einen Beitragstornado rennen. Es war immer ein Konsens unter Wissenschaft und Parteien, dass die Sozialabgaben auf keinen Fall über 40 Prozent steigen dürfen, um die Wettbewerbsfähigkeit des

Landes zu erhalten. Aufgrund der explodierenden Ausgaben in der Pflege ist die Pflegeversicherung in schwere See geraten. Die Steigerung der Krankenkassenbeiträge zum Jahreswechsel wird nicht die letzte gewesen sein bei höherer Lebenserwartung, steigenden Kosten, besseren und teureren Therapien und Medikamenten. Auch der Blümsche Satz „Die Rente ist sicher“ ist heute mehr ein Wunschtraum als Realität. Und bei schlechter Wirtschaftslage wird auch die Zahl der Arbeitslosen steigen und die Arbeitslosenversicherung ins Ungleichgewicht bringen.

Aktuell liegen wir mit den Sozialbeiträgen bei etwa 42 Prozent. Es wird eine dringliche Aufgabe der neuen Bundesregierung sein, diese Zahl zu senken – das wird nicht mit Populismus und Wahlgeschenken, sondern nur mit klaren Richtungsentscheidungen, manchmal harten Einschnitten und ohne Schöngerede funktionieren.

Die Zahnmedizin ist bei all den explodierenden Kosten eine löbliche Ausnahme: Ihr Anteil an den Ausgaben der GKV ist in den letzten 20 Jahren von 9 auf 6 Prozent gesunken. In den Praxen gelebte Präventionsorientierung macht es möglich und sollte der Politik als Blaupause dienen.

Bürokratie abbauen, mehr Zeit für Patienten schaffen

Dringend notwendig ist auch eine Entbürokratisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Zahnarztpraxis im Speziellen. Es scheint, als ob sich der Gesetzgeber selten der (unternehmerischen) Folgen bewusst ist, die bürokratische Vorgaben speziell für freiberufliche Einheiten haben. 100 Arbeitstage pro Jahr verbringt eine Vollzeitkraft in einer Zahnarztpraxis durchschnittlich mit der Erfüllung von Dokumentations- und Informationspflichten – eine Bürokratielast, die ebenso unnötig wie folgenreich ist. Dadurch bleibt weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten.

Von einer neuen Regierung erwarten wir, dass sie dieser Bürokratiewut und der in ihr zum Ausdruck kommenden

Kultur des Misstrauens gegenüber der niedergelassenen (Zahn-)Ärztenschaft entschieden entgegentritt, auch zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Weniger Prüfbürokratie, dafür mehr Behandlungszeit und Zuwendung – das muss das Ziel eines unterstützenden Rechtsrahmens für die Niederlassung sein. Bestenfalls sollte jedes neue Gesetz von uns Betroffenen vor seiner Verabschiedung auf seine bürokratischen Auswirkungen geprüft werden.

Faire und sinnvolle Rahmenbedingungen schaffen – Fremdinvestoren stoppen

Für das politische Ziel – einen wohnortnahen und niedrigschwelligen Zugang zur Zahnmedizin auch in Zukunft sicherstellen zu können – braucht es gute Rahmenbedingungen. Wichtig ist dabei eine Stärkung des erfolgreichen dualen Ausbildungssystems für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen mit funktionierenden und gut ausgestatteten Berufsschulen.

Eine ausreichend große Zahl von inhabergeführten zahnärztlichen Praxen in Stadt und Land ist Grundvoraussetzung für die wohnortnahe und niedrigschwellige Versorgung. Das uns rein renditeorientierte fachfremde Investoren dabei nicht helfen, zeigt die Verteilung dieser Strukturen. Knapp 80 Prozent der Investoren-MVZ bedienen sich an den Fleischtrögen der kaufkräftigen Großstädte, in den schwach versorgten Gebieten sucht man die Investoren mangels Renditeaussichten meist vergeblich. Hier bedarf es dringend einer Regulierung, die der Bundesgesundheitsminister schon Weihnachten 2022 versprochen hatte.

Damit die Versorgung im ländlichen Raum nicht weiter bröckelt, sollte eine gewisse Infrastruktur – z.B. Kinderbetreuung, schnelles Internet, Arbeitsplatz für Partnerin oder Partner, Unterstützung für pflegende Angehörige – vorhanden sein. Außerdem könnten Kommunen auf dem Weg in die Selbstständigkeit attraktive Angebote machen, indem sie etwa Räumlichkeiten für eine Praxis zur Verfügung stellen.

Im Bereich des Praxisteam ist es wichtig, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen, denn ohne die rund 255.000 Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) und ZFA-Auszubildenden in den Praxen wäre eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung nicht möglich. Das deutsche Gesundheitswesen kann die demografischen Veränderungen ohne die Integration ausländischer Fachkräfte nicht bewältigen, sodass sich die BZÄK für eine ethische Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten einsetzt. Gleichzeitig kommt der Fachkräftesicherung eine besondere Bedeutung zu; die BZÄK fordert die politische Unterstützung einer positiven gesellschaftlichen Anerkennung von praktischen Berufen und eine Schulpolitik, die zur Stärkung der dualen Berufsausbildung führt.

Gerade in der aktuellen Rezession sei daran erinnert, dass die Zahnmedizin ein wichtiger Wirtschaftssektor ist. Durchschnittlich fünf Personen arbeiten in einer Zahnarztpraxis, insgesamt hängen etwa 626.000 Arbeitsplätze in Deutschland direkt oder indirekt von der zahnmedizinischen Versorgung ab oder sind von ihr induziert. Allein diese Fakten sollten Grund genug sein, um faire und sinnvolle Rahmenbedingungen in der Zahnmedizin zu schaffen.

Zahnmedizinische Prävention wirkt

Wir sehen in der Zahnmedizin an den stark gesunkenen Kariesfällen, den immer mehr erhaltenen Zähnen über die gesamte Lebensspanne und der stark gesunkenen Zahnlosigkeit im Alter eindrucksvoll, dass Prävention wirkt! Die Einführung einer Zuckersteuer nach britischem Vorbild ist eine sinnvolle und einfache Möglichkeit für die neue Bundesregierung, einen guten Beitrag zur Mundgesundheit zu leisten. Nach Berechnungen der TU München würde eine solche Zuckersteuer in Deutschland hunderttausende Fälle von Typ-2-Diabetes verhindern – von Karies wollen wir hier gar nicht sprechen. Und gleichzeitig würde man geschätzte 16 Milliarden Euro volkswirtschaftliche Kosten einsparen. Denkt man diesen Gedanken konsequent weiter, muss man eine zielgerichtete Zuckerabgabe

einführen, deren Einnahmen direkt dem Gesundheitsfonds zufließen. Das gleiche gilt im Übrigen für Alkohol und Tabak. Auch das ist ein Weg zu mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung des Gesundheitswesens und trägt gleichzeitig zu einer guten Mundgesundheit bei.

Zahnmedizinische Prävention und Gesundheitsförderung steigern nicht nur die Lebensqualität jedes und jeder Einzelnen, sondern führen, neben Kosteneinsparungen, zu positiven Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit. Denn Wechselwirkungen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit sind vielfach wissenschaftlich belegt. Es ist daher wichtig, die Expertise der Zahnärzteschaft im Bereich der Prävention systematisch zu nutzen, z.B. bei der seit vielen Jahren geplanten Novellierung des Präventionsgesetzes: Mundgesundheit muss dringend als neuntes Ziel aufgenommen werden, damit Deutschland auch im Sinne des Global Oral Health Action Plan der WHO seine internationalen Aufgaben erfüllt.

Da Menschen im jungen und mittleren Erwachsenenalter keine Arztgruppe so regelmäßig kontrollorientiert aufsuchen wie Zahnärztinnen und Zahnärzte, könnten z.B. ernährungsbedingte Munderkrankungen in der Zahnarztpraxis zum ersten Mal erkannt werden. Hieraus ergibt sich die Chance, über zahnärztliche Beratungsimpulse frühzeitig zahn- und allgemeinmedizinischen Erkrankungen vorzubeugen. Dies kann zu einer besseren (Mund-)Gesundheit der Patientinnen und Patienten beitragen und die Ressourcen im Gesundheitssystem nachhaltig entlasten.

Vertrauen in die Politik bewahren und zurückgewinnen

Ob die Bürgerinnen und Bürger der Politik und in der Folge der Demokratie vertrauen, die großen Fragen und Probleme unserer Zeit zu lösen, hängt letztlich damit zusammen, ob die grundsätzlichen Dinge in ihrem Umfeld funktionieren – kommt regelmäßig ein Bus, wird das Schlagloch in der Straße ausgebessert, werden Regelverstöße

geahndet. Und natürlich auch, ob es wohnortnahe, niedrigschwellige Angebote zu medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen gibt. Einen gesundheitspolitischen Leerlauf wie in großen Teilen der vergangenen Jahre kann sich unser Land angesichts der drückenden Herausforderungen nicht mehr leisten. Um hier schnell und zielführend voranzukommen, wäre die kommende Bundesregierung gut beraten, die BZÄK und die weiteren Landesorganisationen des Gesundheitswesens an den Verhandlungstisch einzuladen. Denn die Konzepte für eine auch in Zukunft gut funktionierende (Zahn-)Medizin sowie für eine Modernisierung des Gesundheitswesens gibt es dank des Sachverstandes der Heilberufler längst. Die Gesundheitspolitik muss raus aus dem Schattendasein und gehört weit oben auf die Agenda der neuen Bundesregierung.

**Gesundheitspolitische
Forderungen der BZÄK zur
Bundestagswahl 2025**



Zuckerzertifikathandel – Ein innovativer Ansatz zur Bekämpfung der Ausbreitung zahlreicher Zivilisationskrankheiten durch übermäßigen Zuckerkonsum



© Jennifer Weyland

Prof. Dr. Jörg Loth
Mathias Gessner
Mark Kleutsch
IKK Südwest

*Eine nachhaltige Präventionspolitik bedarf
adäquater und effizienter Maßnahmen, die in
Kombination mit einem Zuckerzertifikathandel
aktiv zur Lösung der gegenwärtigen und künftigen
Herausforderungen beitragen.*

Zucker ist in unserer modernen Ernährung allgegenwärtig. Leider hat der übermäßige Zuckerkonsum in den letzten Jahren dramatisch zugenommen und wird zunehmend zu einem der größten Krankheitstreiber in Deutschland. Die gesundheitlichen Folgen dieser Entwicklung sind gravierend. Zivilisationskrankheiten wie z. B. Diabetes Typ 2, Adipositas, Karies und Fettlebererkrankungen können direkte Konsequenzen eines zu hohen Zuckerkonsums sein. Diese Erkrankungen betreffen Millionen von Menschen und verursachen nicht nur große persönliche und soziale Belastungen, sondern mittlerweile auch immense Kosten für unser Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Robert Koch-Institut (RKI) warnen bereits seit Jahren vor den Gefahren des übermäßigen Zuckerkonsums. Die Prävalenz von Zivilisationskrankheiten, die mit zu viel Zucker in Verbindung stehen, steigt kontinuierlich an. Etwa 8,5 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Diabetes Typ 2 und fast 16 Prozent der Bevölkerung sind adipös. Ebenso sorgen zuckerbedingte Zahnerkrankungen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, für alarmierende Zahlen. Hinzu kommen die immer häufiger auftretenden nichtalkoholischen Fettlebererkrankungen sowie die zunehmende Zahl von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die durch Übergewicht und Insulinresistenz bedingt sind.

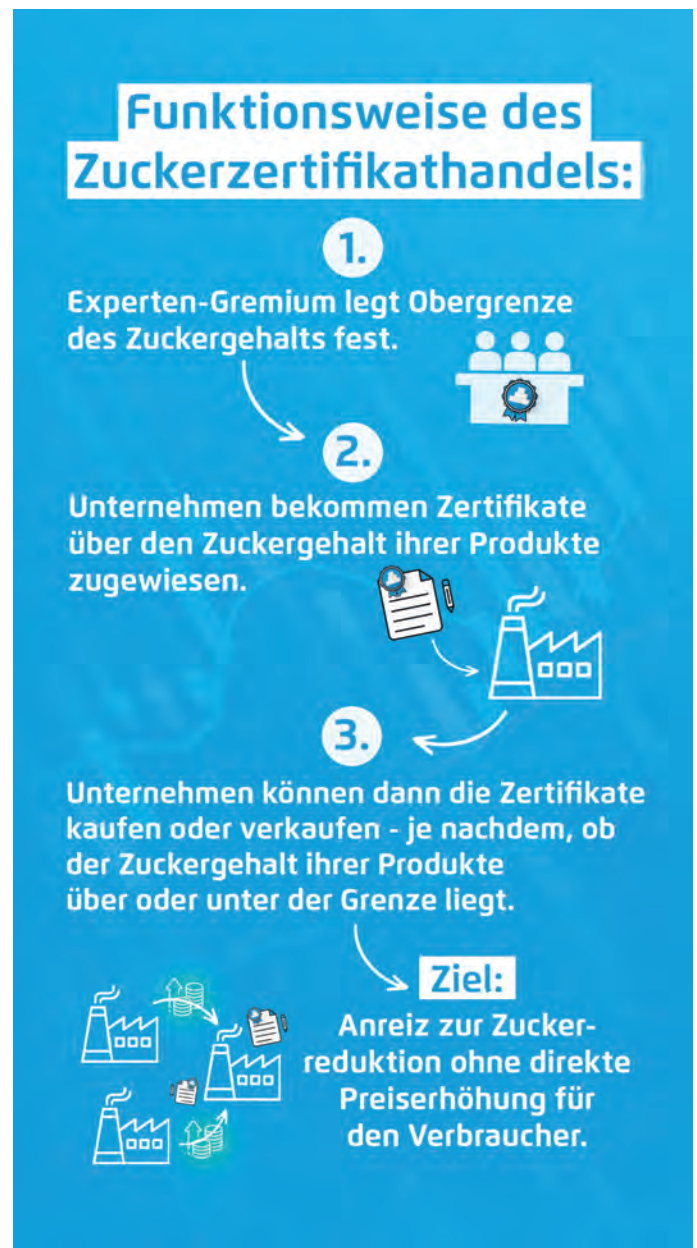
Die Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem und die Wirtschaft sind dabei enorm. Die jährlichen Kosten für Diabetes und seine Folgeerkrankungen werden auf etwa 48 Milliarden Euro geschätzt¹, für Adipositas auf rund 30 Milliarden Euro². Allein die Behandlung von Karies durch zuckerhaltige Lebensmittel verursacht jährlich etwa 8 Milliarden Euro an Kosten³. Hinzu kommen indirekte wirtschaftliche Belastungen wie Arbeitsausfälle, Frühverrentungen und eine verminderte Produktivität, die zusätzlich zu einer Belastung in Milliardenhöhe pro Jahr innerhalb unseres Wirtschaftssystems führen. Diese Zahlen verdeutlichen, dass der übermäßige Zuckerkonsum bei Weitem nicht nur ein Gesundheitsproblem ist. Er stellt auch eine der größten volkswirtschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit dar.

Trotz dieser alarmierenden Entwicklung hat es in Deutschland bislang keine erfolgreichen effektiven und nachhaltigen Maßnahmen gegeben, um den Zuckerkonsum signifikant zu reduzieren. Die freiwillige Selbstverpflichtung der Lebensmittelindustrie, den Zuckergehalt in ihren Produkten zu verringern, hat keine spürbaren Fortschritte erzielt. Aufklärungsinitiativen wie der Nutri-Score oder die Kennzeichnung von Lebensmitteln haben zwar einen gewissen Effekt, jedoch ist der Konsum von zuckerhaltigen Produkten weiterhin hoch. Es fehlt an echten Anreizen für die Industrie, den Zuckergehalt ihrer Produkte nachhaltig zu senken.

Ein innovativer und erfolgsversprechender Ansatz könnte das System des Zuckertzertifikathandels sein. Es würde einen marktwirtschaftlichen Rahmen schaffen, um den Zuckerkonsum in der breiten Bevölkerung langfristig und nachhaltig zu reduzieren. Das Zuckertzertifikatsystem basiert auf einem einfachen, aber wirkungsvollen Prinzip:

Die Funktionsweise des Systems ist vergleichbar mit dem CO₂-Emissionshandel im Bereich Klimaschutz: Es wird eine Obergrenze für den zulässigen Zuckergehalt in verarbeiteten Lebensmitteln festgelegt. Diese Obergrenze orientiert sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen und wird von einer unabhängigen Behörde festgelegt. Die Unternehmen sind dann verpflichtet, Zertifikate für Produkte mit Zuckermengen über dieser Obergrenze zu kaufen. Unternehmen, die ihre Produkte mit weniger Zucker herstellen, können Zertifikate verkaufen oder handeln und so von der Zuckerreduktion profitieren. Auf diese Weise erhalten die Unternehmen den notwendigen Spielraum, den Zuckergehalt ihrer Produkte zu verringern – sei es durch zuckerärmere Rezepturen oder innovative Produktweiterentwicklungen. Es ist dabei wichtig zu betonen, dass die verringerte Zuckermenge nicht durch Zuckersatzstoffe wie beispielsweise Aspartam oder Saccharin ersetzt werden darf.

Ein solches System hätte zahlreiche Vorteile, sowohl für die Industrie als auch für die Verbraucher. Die Unternehmen könnten die notwendigen Anpassungen durch eine

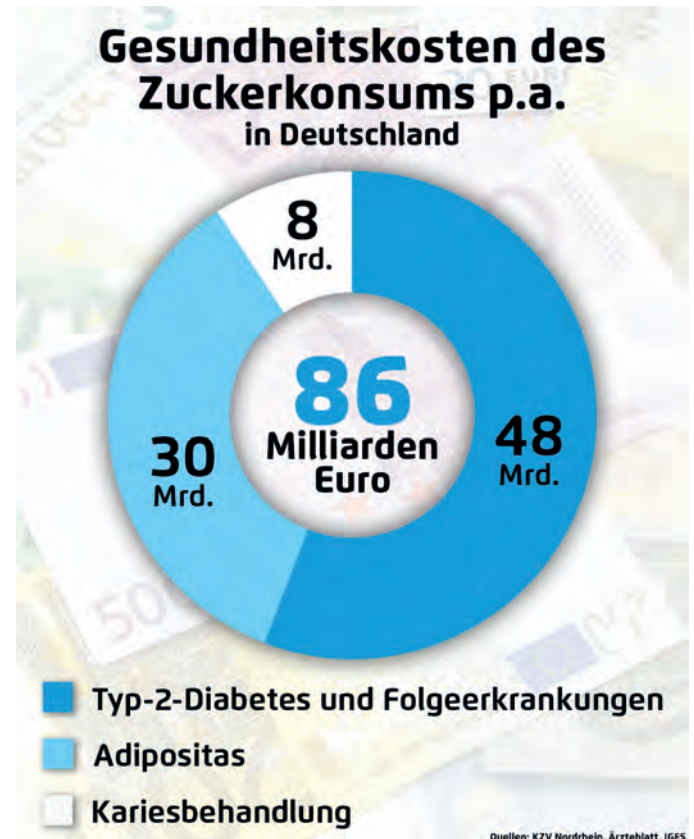


zuckerärmere Rezeptur vornehmen, ohne dass pauschale Preiserhöhungen für die Verbraucher entstünden. Deutlich wird, dass durch eine geringere Zuckerbeimischung auch die Produktionskosten signifikant reduziert werden können. Auch für die Verbraucher gibt es positive Auswirkungen: Bei gleichbleibendem Konsum der jeweiligen Produkte würde der Zuckerverbrauch sinken, was wiederum die volkswirtschaftlichen Gesundheitskosten reduzieren könnte. Weniger Zucker in Lebensmitteln führt nicht nur zu einer geringeren Belastung für das Gesundheitssystem, sondern langfristig auch zu einer gesunde-

ren Bevölkerung: das zahlt auf die Produktivität in Unternehmen und damit auf deren Erfolg ein. Dabei wird in der Regel ein geringerer Zuckergehalt in einem Produkt gerade nicht mit einem reduzierten Geschmackserlebnis einhergehen. Vielmehr können dadurch insbesondere bei Kindern die Geschmacksnerven wieder zu einem natürlichen Empfinden zurückentwickelt werden.

Die Umsetzung eines Zuckerzertifikathandels würde jedoch nicht ohne Herausforderungen und einen entsprechenden rechtlichen Rahmen auskommen. Es wäre notwendig, eine Regulierungsbehörde zu schaffen, die für die Festlegung der Obergrenzen, die Ausgabe der Zertifikate und die Überwachung des Systems zuständig ist. Diese Behörde müsste eng mit den Gesundheitsministerien sowie Forschungseinrichtungen zusammenarbeiten, um wissenschaftlich fundierte und faire Standards festzulegen. Wie könnte dies funktionieren? Zunächst könnte eine Pilotphase in einer begrenzten Region oder Branche wie der Softdrink-Industrie erfolgen, um das System zu erproben und auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen. Im Anschluss könnte das Zuckerzertifikatsystem schrittweise auf weitere Branchen ausgeweitet werden. Im Fokus sollten zunächst auch Produkte stehen, die ganz überwiegend in der Ernährung unserer Kinder und Jugendlichen verwendet werden.

Finanziell gesehen könnte der Zuckerzertifikathandel erhebliche Einnahmen generieren. Diese Mittel könnten gezielt in Präventionsmaßnahmen, die Gesundheitsversorgung und die Forschung für gesündere Rezepturen investiert werden. Ein großer Teil der Einnahmen kann dabei in Präventionsprogramme fließen, die insbesondere Kinder und Jugendliche ansprechen und auf die langfristige Bedeutung einer gesunden Ernährung hinweisen. Ein weiterer Teil könnte genutzt werden, um das Gesundheitssystem zu entlasten, indem zum Beispiel die Behandlung zuckerbedingter Erkrankungen bezuschusst oder neue Programme zur Bekämpfung von Übergewicht und Dia-



betes unterstützt werden. Auch die Forschung in der Lebensmittelindustrie könnte von den Mitteln profitieren, um die Entwicklung gesünderer Produkte und innovativer Rezepturen voranzutreiben.

Ein Zuckerzertifikathandel bietet der Industrie zahlreiche Vorteile: Unternehmen, die sich frühzeitig auf die Zuckerreduktion einstellen, können von einer besseren Wettbewerbsfähigkeit profitieren. Zudem erhalten sie durch die Flexibilität des Systems die Möglichkeit, Innovationen zu entwickeln und ihren Marktanteil bei einer wachsenden Nachfrage nach gesunden Lebensmitteln zu erhöhen. Langfristig wird der Wettbewerb auf dem Lebensmittelmarkt verstärkt, da Produkte mit weniger Zucker von den Verbrauchern bevorzugt werden.

Für die Gesellschaft hat das Zuckerzertifikatsystem das Potenzial, mit dazu beizutragen, langfristig die Gesund-

heitskosten zu senken. Wenn der Zuckerkonsum reduziert wird, könnten schwerwiegende Zivilisationskrankheiten verringert werden, was zu einer spürbaren Entlastung des Gesundheitssystems führt. Die Bevölkerung könnte insgesamt gesünder werden, was in Zeiten einer qualitätsorientierten Modernisierung der Gesundheitsversorgung, die unabdingbar ist, nicht nur die medizinische Versorgung entlastet, sondern auch zu einer höheren Lebensqualität beiträgt.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Zuckerzertifikathandel ein vielversprechendes und innovatives Konzept darstellt, das den Zuckerkonsum auf eine marktwirtschaftliche Weise senken kann. Es bietet einen nachhaltigen Ansatz zur Reduktion von Zucker in der Ernährung und stellt eine gerechte und wirkungsvolle Alternative zu einer Zuckersteuer dar. Darüber hinaus ist Ziel des Zertifikathandels gerade nicht, in erster Linie die Verbraucher zusätzlich zu belasten, was eine Zuckersteuer unweigerlich zur Folge hätte. Der Zertifikathandel würde primär bei der Industrie ansetzen, wobei dort durch eine reduzierte Zuckerbeimischung letztlich Kosten eingespart werden können.

Es ist ausdrücklich zu betonen, dass es für eine nachhaltige Präventionspolitik aber einem Zusammenspiel verschiedener Mechanismen bedarf. Hierzu gilt es, im Sinne der Verhaltens- und Verhältnisprävention, adäquate und effiziente Steuerungs- und Lenkungssysteme zu erarbeiten, die in Kombination mit einem Zuckerzertifikathandel nicht nur auf die Gesundheitsprobleme der Zukunft reagieren, sondern auch aktiv zur Lösung der gegenwärtigen Herausforderungen beitragen. So müssen mitunter auch frühkindliche Konsum- und Ernährungsschulungen zur erfolgreichen Reduktion des Zuckerkonsums innerhalb unserer Gesellschaft ausgebaut werden.

Quellen

1. Köster I, Schubert I & Huppertz E (2012). Fortschreibung der KoDiM-Studie: Kosten des Diabetes Mellitus 2000-2009. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137(19): 1013-1016.
2. Effertz T, Engel S, Verheyen F & Linder R (2016): The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *The European Journal of Health Economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 17(9), 1141-1158.
3. Jevdjevic M & Listl S (2024): Global, Regional, and Country-Level Economic Impacts of Oral Conditions in 2019. *Journal of dental research*. 104(1), 17-21.



Überlegungen zu einer Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit



Prof. Dr. Thomas Schlegel

Partner Kanzlei für
Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Dennis Ostwald

Gründer und CEO WifOR Institute

Das Kernproblem ist im Grunde einfach zu benennen: In unserem Gesundheitssystem steht der Patient im Mittelpunkt (zumindest in den allfälligen Lippenbekenntnissen). Das Dumme ist nur: Dazu muss er erstmal Patient werden.

Gesund sein und gesund bleiben ist aus Sicht unseres Gesundheitssystems kaum interessant, und die volkswirtschaftlichen Aspekte von Gesundheit finden – innerhalb unseres Gesundheitssystems – tatsächlich gar keine Berücksichtigung.

Bei rechtem Licht betrachtet, haben wir also im Grunde kein Gesundheits-, sondern ein Krankheitsverwaltungssystem. Das ist historisch so gewachsen und war zu einer Zeit, als Gesundheit sich komplett der Akutversorgung (und der Lohnfortzahlung) gewidmet hat, auch einigermaßen vernünftig. Heute jedoch bräuchten wir ein System, das sich vor allem an der Vermeidung von Erkrankungen orientiert. Das aber ist kaum möglich, wenn bei nahezu allen Akteursgruppen (auch bei den Krankenkassen) Geldflüsse vor allem an das Vorliegen von Morbidität geknüpft sind: Erst die Behandlung oder Versorgung von Krankheit löst Honorare bei Ärzten und anderen Leistungserbringern aus, erst Morbidität verbessert die Finanzsituation von Krankenkassen – zumindest kurzfristig durch höhere Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Wenn man diese Fehlanreize jedoch überdenkt und in Frage stellt, wird es spannend. Denn dann wird klar, dass nicht nur fast alle politischen Ressorts über das Thema Gesundheit nachdenken könnten (und sollten), sondern dass es darüber hinaus eine koordinierende Stelle braucht, die dafür sorgt, dass die entsprechenden Maßnahmen und Ideen zur Verhinderung von Erkrankungen konsistent sind und ineinandergreifen. Und natürlich sind dabei nicht nur die Ressorts Ernährung, Landwirtschaft, Bildung oder Verbraucherschutz gefragt. Auch bei Arbeit und Soziales gäbe es reichlich Ideen zu entwickeln und umzusetzen, um die öffentliche Gesundheit nachhaltig zu stärken. – Wer nachdenkt, findet in fast allen Ressorts zahllose Ideen, mit denen die Gesundheit gefördert werden kann. Eine konsistente, ressortübergreifende politische Initiative wäre hier dringend erforderlich.

Nahtlos in diesen Kontext fügt sich, dass die volkswirtschaftlichen Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen –

um nur ein Beispiel zu nennen – erheblich sind: WifOR Institute schätzt die Kosten dieser Krankheiten im Sinne von Produktivitätsverlusten über die durchschnittliche Restlebenserwartung von im Jahr 2019 vorzeitig Verstorbenen auf insgesamt 23,4 Milliarden Euro. Die Produktivitätsverluste aufgrund von stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalten belaufen sich im selben Jahr auf 1,1 Mrd. Euro. Diese Daten verdeutlichen nicht nur die Dringlichkeit, wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln, sondern auch die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Vorteile, die sich aus ihrer Umsetzung ergeben. Und die entsprechend positiven Effekte lassen sich, beispielsweise bei einem Blick auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, ohne Mühe vervielfachen. Tatsächlich besteht angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Fachkräftemangels auch aus dieser Perspektive dramatischer Handlungsbedarf.

Prävention und die Vermeidung von Krankheiten sind also politische Querschnittsaufgaben, für die das (irreführend) so genannte „Bundesministerium für Gesundheit“ allenfalls koordinierend der richtige Ort sein kann. Auch die inzwischen begrabenen Lauterbach-Pläne zu einem „Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin“ hatten – schon im Namen erkennbar – einen zu engen Fokus: Denn wenn erstmal Medizin ins Spiel kommt, ist der richtige Zug offensichtlich bereits abgefahren, so der verschiedentlich geäußerte Vorwurf.

Was es daher viel eher für einen grundlegenden Perspektivenwechsel hin zu einem echten Gesundheits-System bräuchte, wäre so etwas wie eine „Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit“, die zwar koordinierend im BMG angesiedelt werden könnte, der es aber gelingen muss, die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und Ressorts zu bündeln und, vor allem, zu finanzieren. Sehr weitgehende Überlegungen hierzu hat es in den letzten Monaten bereits in einem Netzwerk im Umfeld des iX-Forum gegeben und sie werden hier nun erstmals öffentlich und „breit“ präsentiert. Denn wenn es uns gelingt, eine solche Dachstruktur zu etablieren und deren Finanzierung zu sichern (zu weiten Teilen beispielsweise über Abgaben auf Niko-

tin und Alkohol), dann wären wir mit einem neuen Gesundheitssystem, das diesen Namen verdient, ein großes Stück weiter.

Die Rechtskonstruktion der Bundesstiftung ist dabei konstitutiv. Eine Bundesstiftung nach deutschem Recht ist eine besondere Rechtsform einer Stiftung, die durch den Bund, also die Bundesrepublik Deutschland, gegründet, gefördert oder überwacht wird. Sie dient der Verwirklichung von gemeinwohlorientierten Zielen, die im Interesse der Allgemeinheit liegen. Eine Bundesstiftung wird in der Regel als rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts gegründet. Am bekanntesten im gesundheitspolitischen Kontext ist vielleicht die vom Familienministerium geführte Bundesstiftung Mutter und Kind, über die das Projekt der „Frühen Hilfen“ umgesetzt wird. Der Stiftungsbericht des Bundes aus dem Jahr 2023 weist insgesamt 33 öffentlich-rechtliche Stiftungen des Bundes auf, wobei auffällt, dass keine davon der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit zugewiesen ist (aaO S. 5f).

**Bundesministerium der
Finanzen: Stiftungsbericht
des Bundes**



Doch mit dem nun gegründeten „Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)“ könnte die Arbeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in eine grundsätzlich neue Phase treten: Eine solche zentrierende und koordinierende Institution bietet große Chancen und Potenziale, der Prävention endlich jenen wirksamen Stellenwert einzuräumen, der ihr in einer ganzheitlichen und nachhaltigen Betrachtung unseres Gesundheitssystems zukommen muss. Allerdings bleibt im Kern die Herausforderung, dass Prävention – wie dargestellt – kaum konsistent operativ umgesetzt und nicht allein vom Gesundheitssystem geleistet werden kann und sollte: Andere gesellschaftliche Bereiche und politische Ressorts müssen hier ebenfalls ihren Beitrag leisten, um gesundheitliche Prävention wirkungsvoll und breit in der Gesellschaft zu verankern.

Eine solche breite gesellschaftliche Basis könnte und sollte zukünftig eine dem BIÖG angegliederte Bundesstiftung für Prävention und Gesundheit leisten, mit deren Hilfe es zum einen ermöglicht werden kann, alle verantwortlichen Kreise der Politik und der Zivilgesellschaft in die gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe zu integrieren, die zum anderen aber auch über das BIÖG hinausweisen könnte, indem sie direkt und wirksam operativ die Lebenswelten in Ländern, Landkreisen und Kommunen zu adressieren vermag. Möglich wäre es beispielsweise hier auch, der seit langem – in der Theorie – erfolgreichen Arbeit der noch von Andrea Fischer ins Leben gerufenen Initiative „gesundheitsziel.de“ endlich die ihr gebührende operative Kraft zu verleihen.

Zur möglichen Umsetzung

Das BIÖG wird für das BMG eine Vielzahl von Aufgaben übernehmen, die als Bundesbehörde einer entsprechenden Ausstattung mit personellen und finanziellen Ressourcen bedarf. Eine das BIÖG unterstützende und ergänzende Bundesstiftung Prävention und Gesundheit kann bei der Bewältigung dieser Aufgaben erfolgreich in der Tiefe und Breite flankieren und z. T. auch erweitern. Die Bundesstiftung sollte dabei eine kollaborative Plattform darstellen, durch die konkrete gesundheitsrelevante Projekte in einer öffentlich-privaten Partnerschaft geplant, umgesetzt und gefördert werden können. Die Institution einer Bundesstiftung ist für eine solche Aufgabe besonders geeignet, weil hier – in politischer Verantwortung – die Synthese von Politik und Zivilgesellschaft geleistet werden kann.

Bei der Bundesstiftung Prävention und Gesundheit handelt es sich um eine öffentlich-private, nachhaltige Kollaboration zum Wohle der Gesundheit der Bevölkerung auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlichsten Projekten. Diese Plattform sollte daher auch den demokratischen Grundsätzen sowie den föderalen Strukturen der Bundesrepublik und deren Bevölkerung Rechnung tragen, indem sie Bundesländer und Kommunen auf Bundesebene unterstützt.

Ziele einer Bundesstiftung Prävention und Gesundheit

Die Bundesstiftung Prävention und Gesundheit verfolgt insbesondere den gemeinwohlstärkenden Zweck der Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und damit der Unterstützung und Ergänzung des BIÖG. Dies bezieht sich auf die Fähigkeit von Einzelpersonen, Informationen über Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu finden, zu verstehen und zu nutzen, um informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen. Zugleich soll und könnte es Ziel der Bundesstiftung Prävention und Gesundheit sein, zusammen mit politischen und/oder zivilgesellschaftlichen Partnern konkrete Kampagnen, Initiativen und Umsetzungsstrategien – beispielsweise in den Bereichen Impfungen oder Früherkennung – zu entwickeln und zu realisieren. Die Bundesstiftung würde damit die Vorarbeit leisten und gegebenenfalls auch „Blaupausen“ erarbeiten, die auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zum Einsatz kommen können.

Aufbau, Struktur und Errichtung der Bundesstiftung Prävention und Gesundheit

Die Bundesstiftung Prävention und Gesundheit kann durch ein Errichtungsgesetz ins Leben gerufen werden. Dies ist, wie das Beispiel der Bundesstiftung Mutter und Kind sowie der Bundesstiftung Frühe Hilfen zeigen, ohne größeren politischen und juristischen Aufwand möglich. Sie verfügt über einen möglichst ressortübergreifenden Stiftungsrat (in dem ein Ansatz „Health in all policies“ bereits angelegt sein sollte), ein Kuratorium (inkl. Wirtschaftsvertretern und Förderern der Stiftung) sowie einen Vorstand. Diese Struktur ermöglicht eine Förderung der Stiftung und Einzelprojekten/Kampagnen auch durch gemeinnützige und private Dritte mit Finanz- und Sachmitteln als Kooperationspartner. Damit können auf (thematischer) Projektbasis unterschiedliche Kampagnen und Adressatenkreise mit Informationen und Mitteln ausgestattet werden – z.B. Kommunen, Kindergärten, Lehrinrichtungen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Arbeit-

geber, Bürger sowie Patientinnen und Patienten – zur Vermeidung und im Umgang mit „Volkskrankheiten“ (Adipositas, Impfen, Herz-Kreislauf, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Diabetes, mentale Erkrankungen etc.). Außerdem ermöglicht eine Bundesstiftung Prävention und Gesundheit auch die enge Zusammenarbeit mit dem ÖGD und kann somit einen wertvollen Beitrag für epidemiologisch dringend benötigte Register und Gesundheitsdaten leisten.

Am wichtigsten aber ist, dass auch unter einer BMG-Führung der Bundesstiftung Prävention und Gesundheit ein konsequenter Ansatz zu „Health in all policies“ in der Stiftung (die eben nur im BMG *geführt*, nicht aber vom BMG gesteuert oder finanziert wird) abgebildet werden könnte – und müsste. Hier ließen sich nicht nur die anderen politischen Ressorts integrieren, sondern hier wäre auch die Abbildung von Ländern, Kommunen und bürgerschaftlichem Engagement möglich. Denkbar wäre über eine solche Bundesstiftung beispielsweise die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften in allen Schulen und Regionen. Allein an diesem Beispiel sieht man, dass eine solche Aufgabe in *keinem* Ressort und von *keinem* Träger allein zu stemmen ist. Viele weitere Ideen sind denkbar, ohne dass dabei auf bisherige Präventionsansätze der Sozialversicherungsträger, besonders der Krankenkassen, zurückgegriffen werden müsste. Im Idealfall sind hier sinnvolle Kooperationen und Ergänzungen denkbar.

Mehrwerte, Finanzierung und nachhaltige Stabilität

Die Bundesstiftung Prävention und Gesundheit unterliegt aufgrund ihrer Satzungsstruktur der Kontrolle des BMG, sie kann und sollte jedoch auch Kooperationen zu gemeinnützigen und privaten Organisationen zur Förderung und Unterstützung des Stiftungszwecks unterhalten, womit auch die nachhaltige Leistungsfähigkeit der Bundesstiftung mit finanziellen und sachlichen Ressourcen gewährleistet werden muss. Dies schont gegebenenfalls Bundesbudgets und ermöglicht eine Verbindung der Bundesstiftung in die Bundesländer, indem beispielsweise von der

Bundesstiftung baukastenartige Leistungen an die Bundesländer und Kommunen angeboten werden können, die eine flächendeckende Umsetzung ermöglichen, ohne dass jedes Bundesland, jeder Landkreis und jede Kommune auf eigene Ressourcen und Ideen zurückgreifen muss. Eine Sockel-Finanzierung ließe sich über eine (im Idealfall freiwillige) zweckgebundene Abgabe – also keine Steuer! – auf gesundheitsschädigende Konsumgüter denken. Denn tatsächlich ist es nicht zu rechtfertigen, dass an Tabak, Nikotin und Zucker bislang die Unternehmen (und der Finanzminister) „verdienen“, dass aber die gut nachgewiesenen gesundheitlichen Folgekosten der Solidargemeinschaft überantwortet werden. Hier ließe sich eine kontinuierliche Finanzierungsgrundlage für eine solche Bundesstiftung generieren, die dann durch Zustiftungen – beispielsweise durch Industrie und Mäzenatentum – weiter aufgestockt werden könnte.

Zusammenfassend: Es ist an der Zeit, die stehende Rede von „einem der besten Gesundheitssysteme der Welt“ zu relativieren. Nicht, dass es grundsätzlich nicht mehr so wäre, aber der beständige Fokus auf die Erfolge unseres Systems verstellt mehr und mehr den Blick dafür, was in wachsendem Maße eben auch nicht gut läuft und wo tatsächlich fundamental umgesteuert werden müsste. Der Bereich Prävention gehört – trotz vielfacher Bemühungen in entsprechenden Räten und Arbeitskreisen – seit Jahren zentral zu diesen nur unzureichend beachteten Feldern. Eine hier skizzierte Bundesstiftung Prävention und Gesundheit könnte für eine solche Umsteuerung ein zentraler Baustein sein.

Fokus auf die ambulante Medizin



Martin Degenhardt
Geschäftsführer Freie Allianz
der Länder-KVen (FALK)

Warum die nächste Legislaturperiode entscheidend für eine flächendeckende wohnortnahe ambulante Versorgung ist – Erwartungen an die Politik der 21. Legislaturperiode

Entscheidung in der Nachspielzeit wäre wohl die Überschrift, wenn man die Entbudgetierung der Hausärzte mit einer Sportmetapher beschreiben würde. Kaum ein Beobachter der Bundespolitik hätte wohl noch damit gerechnet – der Autor dieser Zeilen miteingeschlossen – dass sich die zerbrochene Ampelkoalition im buchstäblich letzten Moment noch dazu durchringen konnte, mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und den Vorhalte- und Versorgungspauschalen wesentliche Weichenstellungen für die hausärztliche Versorgung zu beschließen. Wir lernen daraus, dass man in der Politik selten etwas kategorisch ausschließen sollte. Mit diesem aus ambulanter Sicht tröstlichen Schlussakt endet eine in wesentlichen Teilen ernüchternde Legislaturperiode. Erlauben Sie mir einen kurzen Blick zurück, wie ich als Interessenvertreter die Legislatur erlebt habe, bevor ich skizziere, welche Aufgaben jetzt vor der Politik liegen.

Wir erinnern uns, die Koalition startete als Aufbruchkoalition und bereits im Koalitionsvertrag fand sich – durchaus vielversprechend – die Festlegung, die hausärztlichen Leistungen entbudgetieren zu wollen – 30 Jahre nach Einführung der „vorrübergehenden“ Budgetierung durch Horst Seehofer. Wer jedoch auf eine schnelle Umsetzung dieser Regelung hoffte, wurde enttäuscht, verstand sich der etwas überraschend zum Minister beförderte Karl Lauterbach doch zunächst hauptsächlich als Coronaminister. Mit dieser Kontinuität in der Sache übernahm der Minister leider auch einen guten Teil des Politikstils der Pandemie – bis zum Ende gab es kaum ein reguläres Gesetzverfahren ohne verkürzte Fristen oder umfangreichste Änderungen über Änderungsanträge. Und wie zu Zeiten der Pandemie fanden berechnete Hinweise aus der Interessenvertretung nur selten den Weg in die Gesetzgebung. Zwar widmete der Minister seine Aktivitäten doch irgendwann anderen Dingen als der Pandemiebekämpfung. Außer leeren Ankündigungen blieb die Koalition aber die längste Zeit nahezu alles schuldig, was in Aussicht gestellt wurde. Der plakative Weihnachtswunsch des Ministers, der Investoren im Gesundheitswesen ein letz-

tes schönes Weihnachten 2022 wünschte, ist dabei zum Running Gag geworden, über den angesichts der auftürmenden Probleme im ambulanten Bereich aber allenfalls die geschmähten Investoren noch lachen dürften. Das ist symptomatisch, denn die Ampelregierung konnte sich zu keinerlei Impulsen für die ambulante Medizin durchringen. Auch die späte Aufholjagd des Ministers mit einer irren Gesetzesflut hätte das kaum geändert. So bleibt von dieser frustrierenden Legislaturperiode für die Niedergelassenen nur eine positive Entwicklung: Nach einem katastrophalen RSV-Winter konnte sich die Koalition zu einer Entbudgetierung der kinderärztlichen (und kinder- und jugendpsychiatrischen) Leistungen durchringen. Dieser Einstieg in die Entbudgetierung weist tatsächlich in die Zukunft.

Nach diesem Rückblick sind es vor allem zwei Dinge, die ich mir von der neuen Bundesregierung wünsche – verlässliche und ein stückweit planbare Gesetzgebung mit einer sachgerechten Einbindung der relevanten Interessensgruppen und ein klarer Fokus auf die Sicherung der ambulanten Versorgung als Rückgrat unseres Gesundheitssystems.

Nun konkret:

Um es gleich in aller Deutlichkeit zu sagen. Die ambulante Versorgung steckt nach Jahren oder Jahrzehnten von Sparbemühungen und Stillstand in einer tiefen Krise, die nur durch das Engagement, die Leistungs- und Leistungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte und der Praxismitarbeiter noch nicht existenziell ist. Die Politik darf nicht weiter dabei zusehen, wie das Fundament des deutschen Gesundheitssystems an die Wand gefahren wird. Im Zuge von Ärztemangel und demografischem Wandel können die Probleme der niedergelassenen Ärzte nicht länger ignoriert werden. Dazu braucht es – eine letzte Reminiszenz auf den scheidenden Minister – tatsächlich weniger Homöopathie... Statt homöopathischer Eingriffe braucht es jetzt echte Weichenstellungen für einen attraktiven ambulanten Sektor.

Entbudgetierung und auskömmliche Finanzierung – Grundvoraussetzung für den Erhalt der Versorgung

Die Budgetierung und die finanziellen Restriktionen der letzten Jahrzehnte haben ihre Spuren im ambulanten Sektor hinterlassen. Der Politik ist es in vergleichsweise fetten Jahren nicht gelungen, die ambulante Versorgung auskömmlich zu finanzieren. Das muss ein Ende haben. Nicht der ambulante Bereich sorgt für leere (Kranken-)kassen, sondern galoppierende Arzneimittelausgaben und eine völlig aus dem Ruder gelaufene Situation in den Kliniken, die jetzt mit neuen Milliardengeldern transformiert werden sollen. Wir haben starke Zweifel, ob die Krankenhausreform verfassungsrechtlichen und beihilferechtlichen Bestimmungen entspricht, aber so oder so ist das nur die Spitze einer wahren Geldflut, die die Politik in nicht tragfähige Klinikstrukturen über die Jahre versenkt hat. Immer neue Töpfe standen zur Verfügung, um Kliniken zu transformieren, ohne dass wir jetzt eine funktionierende Krankenhauslandschaft hätten. Im ambulanten Bereich hingegen hieß es immer, dass keine Mittel zur Verfügung stünden. Dabei stehen auch die Praxen der niedergelassenen Ärzte vor einem Strukturwandel, nötigen Investitionen in eine moderne Praxis (Stichwort Digitalisierung) und die Kostensteigerungen durch die Inflation die Inhaber zu immer neuen Ausgaben nötigen. Investitionen des Staates im ambulanten Bereich sind gut angelegtes Geld. Ambulante Medizin spart Kosten, das muss die Politik endlich verstehen. Aber nur eine ausreichend finanzierte ambulante Versorgung kann die Aufgaben gut bewältigen. Die Mängel der Vergangenheit führen heute zu Wartezeiten, zu Nachwuchsmangel und Versorgungslücken und auch dazu, dass sich einige Ärzte genötigt sehen, ihr Wohl im Fokus auf Privatleistungen zu suchen. Das kann die Politik beenden, wenn sie nur will und sich endlich zu echter Ambulantisierung mit allen Konsequenzen bekennt. Wir fordern daher ganz klar eine vollständige Entbudgetierung auch der fachärztlichen Leistungen, eine faire Honorierung und eine Finanzierung des Strukturwandels auch im ambulanten Bereich.

Bürokratieabbau – Mehr Zeit für Patienten, weniger Frustration für Ärzte

Unterstützt werden sollte diese Finanzierungsoffensive mit einem ambitionierten Bürokratieabbau, denn alles Geld der Welt wird kurzfristig nicht ausreichend Arztzeit für die Patienten schaffen, solange hervorragend ausgebildete Mediziner ihre Zeit oft mehr mit Formularen als mit Patienten verbringen müssen. Die neue Bundesregierung kann dabei auf den zaghafte Bemühungen aufbauen, die dem Bruch der Ampel zum Opfer gefallen sind. Insbesondere die Bagatellgrenze von 300 € bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte aufgegriffen und durch eine ähnliche Regelung bei der Abrechnungsprüfung ergänzt werden. Auch die Regelungen zu Vereinfachungen bei der Beantragung von Psychotherapie verdienen es, hinübergerettet zu werden. Die Politik sollte aber darüber hinaus gehen und die Misstrauenskultur beenden, die überbürokratische Regelungen oft atmen. Damit ließen sich gleich zwei wichtige Ziele erreichen: zügig mehr verfügbare Arztzeit für die Patienten und ein weniger frustrierender Berufsalltag, der Ärzte länger im Beruf hält und für den Nachwuchs attraktiver ist.

Digitalisierung im Dienst der Versorgung

Beide Ziele brauchen auch ein Umdenken bei der Art, wie wir das Gesundheitswesen digitalisieren. Oft werden immer noch unausgereifte technische Vorgänge mit gehörigen Sicherheits- und Performancelücken den Praxen mit Strafandrohungen aufgezwungen. Stattdessen ist es nötig, gut durchdachte, ausgereifte und geprüfte Verfahren anzubieten, die den Praxen und Patienten einen echten Mehrwert bringen. Dann wird Digitalisierung zur Entlastung der Ärzte und Verbesserung unserer Medizin führen. Ich befürchte allerdings, dass die neue Regierung sich sehr schnell mit der ePA befassen müssen, um die Frustrationen in dem Bereich gering zu halten.

Stärkerer Fokus auf Praxisteams und Teampraxen

Die letzten Jahre hinterließ die Politik gerade auch beim Praxispersonal keinen guten Eindruck. Medizinische Fachangestellte, ohne die der Praxisbetrieb nicht aufrecht erhalten werden kann, wurden von der Politik regelmäßig vergessen und selbst die Refinanzierung der gestiegenen Personalkosten ist ein immerwährender Kampf für die Praxen. Stattdessen kamen immer wieder Diskussionen über Parallelstrukturen auf, seien es Gesundheitskioske oder Gemeindeschwestern. Unsere Position ist klar: Die Praxen und ihre Mitarbeiter müssen gestärkt werden, auch um Versorgung aus einem Guss zu garantieren und weitere Informationsbrüche zu verhindern. Zwar gehen Jahres- und Vorhaltepauschale in die richtige Richtung. Die Politik braucht aber auch den Mut, um den Weg zur echten Teampraxis zu bahnen. Die Einführung des Praxis-Patientenkontakts wurde dabei leider bisher versäumt.

Zukunft sichern – Attraktivität steigern

Das bringt uns zu meiner letzten Forderung. Am Schluss wird es uns nur gelingen, die ambulante Medizin flächendeckend und wohnortnah zu erhalten, wenn es uns gelingt, den ärztlichen Nachwuchs für die Niederlassung zu gewinnen. Alles vorher Genannte zahlt auf dieses Ziel ein, indem es die Attraktivität und Wirtschaftlichkeit der Praxen steigert. Wir brauchen aber auch konkrete Maßnahmen, die direkt die Aus- und Weiterbildung stärken. Der überfällige Masterplan 2020 gehört endlich umgesetzt und ambulante Inhalte in der Ausbildung erheblich stärkt. In der Weiterbildung brauchen wir auch im fachärztlichen Bereich eine unbegrenzte Förderung aller Stellen. Vor allem aber muss die Politik die Finanzierung der Weiterbildung auf neue Füße stellen.

Es ist Zeit zu handeln!

Die Politik hat jetzt die Verantwortung, die Weichen für die Zukunft der ambulanten Versorgung zu stellen. Wir können uns keine weitere Vertröstung mehr leisten. Jetzt ist die letzte Chance, auf den bestehenden Strukturen aufzubauen und die ambulante Versorgung in gewohnter Qualität in die Zukunft zu führen. Gelingt es der Politik nicht, endlich die ambulante Medizin zu stärken, werden wir in vier Jahren eine andere medizinische Landschaft haben. Auf Kosten der Patientenversorgung und der Beitragszahler.



Ambulantisierung konsequent gedacht und umgesetzt



Sibylle Stauch-Eckmann

Vorsitzende BMV e.V. &
CEO der Ortheum-Gruppe

Alexandra Gutwein

Geschäftsführerin BMV e.V.

Die Ambulantisierung des Gesundheitswesens ist nicht nur ein unvermeidlicher Schritt, sondern auch eine Chance, die Gesundheitsversorgung in Deutschland effizienter und patientenorientierter zu gestalten.

Technische Innovationen wie minimalinvasive Operationstechniken, fortschrittliche Medizintechnik und digitale Kommunikationssysteme haben es möglich gemacht, viele Behandlungen sicher und effektiv im ambulanten Setting durchzuführen. Gleichzeitig stellen der demografische Wandel und der Druck auf die stationären Kapazitäten den ambulanten Bereich vor neue Aufgaben. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, sind umfassende strukturelle und gesetzgeberische Anpassungen notwendig, die die Rolle des ambulanten Bereichs stärken.

Die zunehmende Verlagerung medizinischer Leistungen aus dem stationären Bereich hin zu ambulanten Strukturen ist eine zentrale gesundheitspolitische Entwicklung der letzten Jahre. Dies zeigt sich insbesondere im Bereich der ambulanten Operationen und Interventionen, die durch Fortschritte in der Medizintechnik und verbesserte Versorgungsprozesse möglich geworden sind.

In manchen Fachbereichen ist die Ambulantisierung bereits weit fortgeschritten wie beispielsweise in der Rheumatologie, in der sich durch den Einsatz moderner Biologika in den letzten Jahren ein deutlicher Wandel vollzogen hat, so dass sie inzwischen ein fast ausschließlich ambulantes Fach geworden ist. Diese Entwicklung führt nicht nur zu einer effizienteren Versorgung, sondern verbessert auch die Lebensqualität der Betroffenen.

Dennoch werden in Deutschland immer noch viele Leistungen unnötigerweise stationär erbracht, während der Umfang des ambulanten Leistungsspektrums im Ausland deutlich breiter gefasst ist.

Fachbereiche wie die Orthopädie sind davon stark betroffen: In den Niederlanden werden beispielsweise Knie- und Hüftarthroskopien sowie bestimmte Gelenkersatzoperationen häufig ambulant durchgeführt. Möglich wird dies durch standardisierte Nachsorgeprotokolle, hochentwickelte Anästhesieverfahren und eine enge Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess.

Im Vergleich dazu erfolgt in Deutschland eine stationäre Aufnahme oft noch aus rein regulatorischen Gründen, obwohl die medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung gegeben wären. Eine Anpassung der deutschen Abrechnungsvorgaben und Regularien könnte hier dazu beitragen, den internationalen Standards zu folgen und die Patientenversorgung zu verbessern.

Ein zentrales Hemmnis der Ambulantisierung ist die Unsicherheit der Abrechnung im ambulanten Bereich. Insbesondere bei Hybrid-DRGs, die sowohl stationär als auch ambulant abgerechnet werden können, fehlt derzeit noch eine klare Berücksichtigung der tatsächlichen Kosten. So werden beispielsweise Materialkosten in vielen Fällen nicht adäquat einkalkuliert. Dies stellt eine Ungleichbehandlung und finanzielle Belastung für ambulante Leistungserbringer dar und führt dazu, dass diese Leistungen nicht wirtschaftlich erbracht werden können.

Hier muss eine faire und transparente Kalkulationsgrundlage geschaffen werden, die den spezifischen Anforderungen des ambulanten Sektors und einzelnen medizinischen Fachbereichen gerecht wird. Diese Anpassungen sollten idealerweise in enger Abstimmung mit Vertreterinnen und Vertretern der ambulanten Leistungserbringer erfolgen, um praxisnahe Lösungen zu finden und das Nebeneinander verschiedenster Vergütungsmodelle wie DRG, Beleg-DRG, Hybrid-DRG, Qualitäts-, Selektiv- oder IV-Verträgen, AOP-Katalog und EBM bzw. GOÄ zu vereinfachen oder gar zu harmonisieren.

Ein weiteres Problemfeld ist die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern. Derzeit sind die regulatorischen Rahmenbedingungen komplex und stellen erhebliche Hindernisse dar. Dies betrifft insbesondere:

- **Belegarztstatus:** Der Gesetzgeber hat zwar diese Art der Zusammenarbeit bei der Krankenhausreform in letzter Minute auf dem aktuellen Niveau belassen und nicht erheblich eingeschränkt, unklar ist aber wie diese bewährte Form der Zusammenarbeit zukunftsfähig und attraktiv

für niedergelassene Leistungserbringer oder gar Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als Institution ausgestaltet werden kann.

- **Kooperationsverträge:** Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Kooperationsverträge zwischen ambulanten Einrichtungen und Krankenhäusern sind sehr eng und mit rechtlichen Fallstricken und großen Einschränkungen behaftet. Dies hemmt die gemeinsame Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle, die man vor allem in der Zusammenarbeit von leistungsstarken MVZ und Kliniken bräuchte. Wahlleistungen sollten deshalb (auch) von kooperierenden MVZ für stationäre Leistungen und im ambulanten GKV-Bereich über die ausreichende Versorgung hinaus ermöglicht werden. Wünschenswert wäre ferner ein rechtssicherer Rahmen für die Aufteilung der Vergütung, soweit Leistungen aus Kliniken zu MVZ ausgelagert werden. Auch die Ableitung der Arbeitnehmerüberlassung, die sich aus solch engen Kooperationsformen ergibt, stellt in der Praxis einen unüberbrückbaren Hinderungsgrund dar.
- **Vergütungsfragen:** Unterschiede in der Vergütungssystematik zwischen stationären und ambulanten Leistungen erschweren weiterhin eine sinnvolle Aufgabenteilung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine offene, klare und rechtssichere Grundlage zwingend erforderlich ist, um sektorenübergreifende Kooperationen zu erleichtern und zu fördern.

MVZ spielen eine zentrale Rolle bei der Ambulantisierung, da sie die Struktur und Organisation bieten, um komplexe Leistungen im ambulanten Bereich zu bündeln. MVZ ermöglichen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachärztinnen und Fachärzte und sind in der Lage, durch abgestimmte Prozesse sowohl diagnostische als auch therapeutische Maßnahmen effizient umzusetzen. Darüber hinaus bieten sie eine Plattform, um sektorenübergreifende Modelle mit Krankenhäusern zu entwickeln, beispielsweise durch Kooperationsverträge oder geteilte Ressourcen.

Durch die Etablierung von MVZ im Jahr 2004 wurde nicht nur die Interdisziplinarität, sondern auch die fachliche Spezialisierung gefördert und die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten durchgängiger zu betreuen. In Zukunft könnten MVZ als zentrale Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung fungieren und damit entscheidend zur Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle beitragen. Der gängige Begriff der Intersektoralen Facharztzentren (IFZ) könnte so mit Leben gefüllt werden. Gerade in den Bereichen Augenheilkunde, Chirurgie, Orthopädie und Innere Medizin würden so sektorübergreifend Versorgungslücken geschlossen sowie die Patientenversorgung und Behandlungssicherheit erhöht werden.

Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich

Ein wesentliches Element, um die Ambulantisierung erfolgreich zu gestalten, ist ferner die Einführung eines verpflichtenden und standardisierten externen Qualitätsmanagements (QM) im ambulanten Bereich. Anders als im stationären Bereich ist das QM im ambulanten Sektor bislang nur dahingehend gesetzlich verpflichtend, als dass ein internes QM einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln ist – für Patientinnen und Patienten verwertbare Informationen sind daraus aber kaum ableitbar. Dies führt zu variierenden Qualitätsstandards und erschwert die Vergleichbarkeit medizinischer Qualität, seien es Struktur-, Prozess- oder Ergebnisfaktoren.

Ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem könnte dazu beitragen, einheitliche Standards zu schaffen, die Qualität der Versorgung transparent zu machen und zu sichern und somit das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in ambulante Leistungen zu stärken. Ein solches System sollte praxisnah und bürokratiearm gestaltet sein und gleichzeitig die Flexibilität des ambulanten Bereichs berücksichtigen. Dies würde auch die Integration in sektorenübergreifende Versorgungsmodelle erleichtern.

Um die Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung erfolgreich zu gestalten, muss die Politik die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen:

- 1. Erweiterung des ambulanten Fallkanons:** Eine Anpassung der bestehenden Regelungen, um mehr Leistungen ambulant erbringen zu können, orientiert an internationalen Standards.
- 2. Faire Abrechnungsgrundlagen:** Transparente und realistische Kalkulationen, die auch Materialkosten und spezifische Anforderungen des ambulanten Sektors berücksichtigen.
- 3. Reform der regulatorischen Rahmenbedingungen:** Klare und rechtssichere Regelungen für die Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen, insbesondere hinsichtlich des Belegarztstatus, jeglichen Formen von Kooperationsverträgen sowie der Begrifflichkeit der Intersektoralen Facharztzentren.
- 4. Verpflichtende Qualitätssicherung:** Die Einführung eines verpflichtenden QS-Systems für den ambulanten Bereich zur Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards.
- 5. Förderung von Innovationen:** Die Schaffung von Anreizsystemen, um innovative sektorenübergreifende Versorgungsmodelle zu entwickeln und umzusetzen.

Fazit

Die Ambulantisierung und die sektorenübergreifende Versorgung bieten enorme Potenziale für eine effiziente und patientenorientierte Gesundheitsversorgung. Der ambulante Bereich spielt dabei eine zentrale Rolle und ist bereit, diese Herausforderung aktiv mitzugestalten. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die bestehenden Hindernisse konsequent abgebaut und die Rahmenbedingungen angepasst werden. Mit klaren Reformen und einem stärkeren Fokus auf die Bedürfnisse des ambulanten Bereichs kann ein wichtiger Schritt in Richtung einer zukunftsfähigen Versorgung getan werden.

Ein nachhaltig erfolgreiches Gesundheitssystem braucht parteiübergreifenden Konsens.



Prof. Dr. Jens Scholz

1. Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Parteipolitik darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden.

Dr. Albrecht Kloepfer: Herr Professor Scholz, wie bewerten Sie die vergangene Legislaturperiode? Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) war ja, aus Sicht der Universitätsklinka, zum Glück noch erfolgreich.

Prof. Dr. Jens Scholz: Wir sind sehr froh, dass sich für das KHVVG noch eine Mehrheit gefunden hat. Die vorgesehenen Strukturvorgaben ermöglichen ein insgesamt effizienteres Krankenhaussystem und letztendlich eine bessere Patientenversorgung. Auch wenn der Gesetzesprozess ein sehr langer Weg war und die Umstellung des Finanzierungssystems erst 2029 vollständig abgeschlossen sein wird, ist der erste Schritt getan ist.

Dr. Albrecht Kloepfer: Die negative Interpretation des Gesetzes ist, dass den Universitätsklinikum massenweise Patienten zugeschaufelt werden und die kleinen Krankenhäuser sterben. Wie stellen Sie sich das Verhältnis zwischen Universitätsklinikum und den kleineren, teils ländlichen Einheiten vor? Wie schützen wir uns vor einem Sogeffekt, der in die Metropolen und in die Universitätsklinikum führt?

Prof. Dr. Jens Scholz: Einen indirekten Sogeffekt haben wir bereits heute, da fast 80 Prozent der Bevölkerung in Städten wohnt und es somit hier auch die meiste Gesundheitsversorgung gibt. Die Universitätsklinikum setzen sich dafür ein, dass schwere und komplizierte Erkrankungen auch hochspezialisierte Fachkräfte braucht und dort behandelt werden sollten, wo die Behandlung keine Seltenheit ist. Es braucht eine entsprechende Koordination des Systems, sodass die Patienten dahin kommen, wo sie am besten versorgt werden. Nehmen wir ein Beispiel wie den Schlaganfall: Unserer Vorstellung nach kommt jede Patientin und jeder Patient, wenn möglich zunächst in eine Schlaganfalleinheit, die eine Neuroradiologie und eine

Neurochirurgie umfasst, also hochspezialisiert für den Schwerstfall ist. Wenn dann diagnostiziert wurde, dass keine der beiden Interventionen für die weitere Behandlung des Patienten notwendig ist, kann die Patientin oder der Patient auf eine Stroke-Unit, die diese Entitäten nicht (mehr) vorhält, verlegt werden. Wir wollen als Universitätsklinik die Fälle versorgen, von denen wir glauben, die für den Patienten beste Struktur, die besten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die beste Expertise und die besten Mindestvorhaltezahlen zu haben. Aber das Gesetz funktioniert nur, wenn jeder akzeptiert, dass Patienten, wie in anderen europäischen Ländern auch, koordiniert in die richtige Versorgungsstufe kommen und da dann gut versorgt werden. Damit ist auch sichergestellt, dass in der Peripherie gute Medizin gemacht wird.

Dr. Albrecht Kloepper: Hätten wir die langwierige Kommissionarbeit und die anschließende, teils konfliktreiche Diskussion verhindern können, wenn der G-BA hier früher und mehr gemacht hätte?

Prof. Dr. Jens Scholz: Das glaube ich nicht. Seit Jahrzehnten wissen wir, dass wir in Deutschland zu viele Krankenhäuser, die bestimmte Eingriffe teils zu selten durchführen, aufrechterhalten. Im Rahmen der Notfallreform haben wir gelernt, dass ca. 1.000 Krankenhäuser ausreichen, um die drei Notfallstufen zu bedienen und in 30 Minuten für Patienten zu erreichen sind. Aber es gab keine Gesundheitsministerin oder keinen Gesundheitsminister, der die Kraft hatte, das Problem anzugehen, zwischen den verschiedenen Lobbyverbänden zu vermitteln und eine Entscheidung zu treffen. Auch wenn viele Akteure im Gesundheitssystem sich insgesamt mehr von Bundesgesundheitsminister Lauterbach erhofft hatten, stellt er die Patienten in den Mittelpunkt und fragt nach der besten Qualität der Versorgung für diese und nicht, was das Beste für den Geschäftsführer oder Träger eines Krankenhauses ist.

Dr. Albrecht Kloepper: Ein Aspekt der Reform ist die Kooperation der Hochleistungsmedizin und der Grundversorgung. Wie wird diese Kooperation aussehen? Bedarf es hierfür Strukturverträge oder Abkommen mit umliegenden Kooperationspartnern?

Prof. Dr. Jens Scholz: Das Gesetz sieht vor, dass die Universitätsklinik und einige Maximalversorger eine Koordinationsfunktion bekommen. Regionale und überregionale Netzwerke und zielgerichtete Patientensteuerung werden uns einer sektorübergreifenden Versorgung näherbringen. Wie das alles konkret aussehen wird, ist noch nicht endgültig geklärt. Ich könnte mir gut vorstellen, dass wir ein System aufbauen, dass sich Anleihen z. B. in den Niederlanden holt. Dort haben sie ein digitales System, dass in Echtzeit freie Betten und Personalkapazitäten anzeigt, sodass sie genau erfassen können, wo welche Patientin bzw. welcher Patient an der richtigen Stelle ist, um die für ihn passende Behandlung zu bekommen. Mit angebunden sind die Rettungssysteme, sodass auch hier genau eingeschätzt werden kann, wohin mit den Patienten. Deswegen ist es so schade, dass die Notfallreform nicht verabschiedet wurde. Neben dem KHVVG hätte sie maßgeblich für eine effizientere Patientensteuerung gesorgt.

Dr. Albrecht Kloepper: In der Vergangenheit war die Argumentation der Universitätsklinik immer, dass bei ihnen die schwierigen, komplexen Fälle landen, die häufig nicht kostendeckend sind und das „Brot- und Buttergeschäft“ bei den kleinen Krankenhäusern landet. Könnte sich diese Situation durch das KHVVG verschärfen?

Prof. Dr. Jens Scholz: Das mag früher so gewesen sein. Heute ist es so, dass sich viele der kleineren Häuser aufgrund von Personalmangel abmelden müssen. Als Universitätsklinik können wir das nicht. Die Patienten, die drei bis vier Monate auf einen Termin im niedergelassenen Bereich warten müssen, wissen, dass wir 24/7 erreichbar sind, auch wenn wir eigentlich nicht die primäre

Anlaufstelle für diese Fälle sind. Deswegen war der in der Notfallreform vorgesehene Tresen, der die stationären und ambulanten Fälle steuert, so wichtig.

Dr. Albrecht Kloepper: Gäbe es darüber hinaus noch weitere Mechanismen, um die Patientensteuerung effizienter für Patienten aber auch für Leistungserbringer zu gestalten?

Prof. Dr. Jens Scholz: Auch hier könnten wir uns an den Niederlanden orientieren. Fakt ist, die Deutschen sind an sich nicht kränker als ihre europäischen Nachbarn, gehen aber häufiger zum Arzt – ob im stationären oder niedergelassenen Bereich. Und dadurch verbrauchen wir unheimlich viele Ressourcen. Um diese Ressourcenallokation wieder ins Gleichgewicht zu bringen, wurde in den Niederlanden z. B. ein Selbstbehalt eingeführt.

Koordination kann außerdem über Intensivmedizin oder Notfallversorgung hinaus gehen, z. B. bei der Abstimmung zwischen Häusern oder Übergabe von Fällen. Es sollte längerfristig nicht nur um ohnehin ausgeführte Tätigkeiten im bisherigen Rahmen der Krankenhausversorgung gehen. Fragen wie Patientenpfade, Versorgungskaskaden z. B. in der Onkologie, Pädiatrie, Kardiologie oder auch Mehrwerte für Versorgungsforschung, Ausbildungskapazitäten oder klinische Studien könnten bei der Gestaltung ebenfalls in Betracht gezogen werden.

Dr. Albrecht Kloepper: Werden wir mit diesen Effizienzsteigerungen und der besseren Verteilung den Fachkräftemangel in den Griff bekommen?

Prof. Dr. Jens Scholz: Bei der Betrachtung des gesamten Versorgungssystems aus der Vogelperspektive erkennt man schnell, dass wir ein Allokationsproblem haben. Zum Beispiel die doppelte Facharztschiene im niedergelassenen und stationären Bereich. Diese strikte Trennung zwischen ambulante und stationäre Bereich gibt es nur in Deutschland. Das kostet uns einfach Personal, Untersu-

chungen und Geld, ohne dass die Qualität verbessert wird. Oder wir haben Fehlallokationen. Mein liebstes Beispiel ist der Kreißsaal: Ein Kreißsaal, der nur 250 Geburten im Jahr durchführt, braucht trotzdem ein Dreischichtsystem. Es werden jederzeit drei Hebammen vorgehalten, obwohl es dafür keinen Bedarf gibt. Das spricht für die Konzentration der Leistungen, um Personal und Ressourcen effizienter einzusetzen. Und natürlich ist es so: Wenn Sie das vorhandene Personal nicht auf 1.700 Krankenhäuser, sondern auf weniger verteilen, stehen dem einzelnen Krankenhaus mehr Personal zur Verfügung. Genauso verhält es sich mit den Investitionsmitteln, die auf weniger Häuser verteilt werden müssen. Die Konzentration der Leistungen ist eine unumgängliche Maßnahme für ein effizientes Gesundheitssystem.

Dr. Albrecht Kloepper: Was ist in der nächsten Legislaturperiode zu tun, außer das zu finalisieren, was jetzt nicht finalisiert werden konnte? Wo sehen Sie bei sich selbst und in der Politik Aufgaben für die nächste Legislaturperiode, die jetzt angegangen werden müssen?

Prof. Dr. Jens Scholz: Neben der Finalisierung der Notfallreform brauchen wir dringend die sektorenübergreifende Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. Mit dem eRezept, der eAU und jetzt der ePA haben wir erste, notwendige Schritte gemacht. Die strukturierten Daten, die durch die Digitalisierung erfasst werden, müssen dann auch über die Sektorengrenzen hinweg allen Leistungserbringern zur Verfügung stehen, sofern die Patientin oder der Patient das will. Damit schaffen wir Doppeluntersuchungen ab, Befunde stehen schneller zur Verfügung, neue Behandlungswege werden eröffnet etc.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist Nachhaltigkeit und Klimaschutz im Krankenhaus. Als Krankenhäuser müssen wir selbst und die Politik Lösungen finden, nachhaltiger zu werden und zu wirtschaften und das Klima zu schützen. Hitzewellen oder Extremwetter wie Überschwemmungen

werden zu Großschadenslagen führen. Das wird die Infrastruktur beschädigen und die medizinische Versorgung beeinträchtigen. Gleichzeitig begünstigen klimatische Veränderungen die Ausbreitung von Krankheiten. Wir müssen uns um hitzebeständige Infrastruktur und Ressourcen für klimabedingte Gesundheitskrisen kümmern. Kliniken müssen umfassend „klimafest“ werden.

Und der letzte Punkt ist, Deutschland als Forschungsstandort wiederzubeleben und damit insbesondere die Gesundheitswirtschaft zu beleben. Hier ist das Medizinforschungsgesetz ein entscheidender Schritt. Als Leistungserbringer, sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich, haben wir einen totalen Querschnitt der Bevölkerung als Patienten und damit auch die perfekte Grundlage für Studien, die die Realität abbilden können. Dieses Potenzial müssen wir nutzen.

Ich wünsche mir, dass Gesundheitspolitik parteiübergreifend gemacht wird. Die Krankenhausreform wird erst im Jahr 2029 richtig zum Greifen kommen, wenn wir schon wieder den nächsten Bundestag wählen. Die für die Krankenhausreform und weitere Reformen benötigte Kontinuität braucht Konsens zwischen den Parteien. Parteipolitik darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Das würde auch auf mehr Konsens und Verständnis in der Bevölkerung stoßen.

Dr. Albrecht Kloepper: Vielen Dank für das Gespräch.



Der Strukturwandel kommt – wir wollen, dass er gut gelingt.



Priv.-Doz. Dr. Thomas Menzel
Vorstandsvorsitzender
Allianz Kommunaler
Großkrankenhäuser e.V.

—
Deutschland steht vor fundamentalen Herausforderungen, die unsere Zukunft prägen werden – im Großen wie im vermeintlich Kleinen: eine Zeitenwende – auch in der Gesundheitsversorgung.
—

Die Krankenhaus-Reform ist umsetzbar

Die aktuelle Krankenhausreform ist die seit Dekaden größte und grundlegendste Veränderung im deutschen Gesundheitswesen als Ganzes. Ihr Erfolg ist die Voraussetzung für die Anpassung der gesamten Gesundheitsversorgung an die Erfordernisse des 21. Jahrhunderts. Denn der demografische Wandel führt zu einer Steigerung des Versorgungsbedarfs bei gleichzeitiger Verknappung der personellen und finanziellen Ressourcen: Mit weniger muss uns viel mehr, noch besser gelingen.

Die Reform schafft dafür die Voraussetzungen, wird aber zunächst überall im Land Fragen, Widerstand und sogar Schmerz auslösen, bevor schließlich eine Besserung spürbar wird. Denn wir werden die wachsenden Erwartungen an das Gesundheitssystem nur mit weniger, aber dafür leistungsstärkeren Krankenhäusern sowie mit einer besser koordinierten ambulant-stationären Versorgung erfüllen können. Krankenhäuser werden schließen müssen, damit die Verbleibenden noch besser werden können. Aufgaben werden neu und anders verteilt. Die Menschen werden diese notwendigen Veränderungen zunächst als Verlust empfinden, bevor sie deren Chancen und Potenziale erkennen können. Die Umsetzung dieser Reform ist eine große Herausforderung auf allen politischen Ebenen – lokal, regional und national. Sie erfordert vor allem eine kluge, faktenbasierte, vorausschauende und verständliche Kommunikation, die den Wandel aktiv begleitet.

Die Reform von Beginn an absichern: Versorgungsengpässen vorbeugen

Die Umsetzung der Gesundheitsreform ist mit der Sanierung der Verkehrsinfrastruktur vergleichbar. Zu Beginn, wenn die Baustellen eingerichtet und Ersatzverkehre organisiert werden, kann es zu Friktionen kommen. Bis bestimmte Leistungen künftig in weniger Krankenhäusern stationär erbracht werden, die dafür jedoch bestens spe-

zialisiert sein werden, kann das zunächst zu längeren Wartezeiten führen. Auch weil in der Übergangsphase manche Leistungen nicht mehr stationär, sondern von einem Krankenhaus oder Vertragsarzt ambulant erbracht werden. Damit das gut funktioniert, müssen die stationären und ambulanten Strukturen neu aufeinander ausgerichtet werden. Dieser Prozess könnte asynchron verlaufen: Die unterfinanzierten Krankenhäuser dürften dem politischen Willen rasch folgen und die Menge ihrer stationär - und vielfach nicht kostendeckend - erbrachten Leistungen reduzieren, was den Trend zur Ambulantisierung der (Krankenhaus-)Medizin verstärkt. Die ambulanten Strukturen müssen jedoch parallel zum schnell wachsenden Bedarf ebenso rasch erweitert werden. In dieser Anpassungsphase kann es zu Engpässen kommen, auch in der Notfallversorgung. Wichtig ist jedoch: Kurzfristige lokale Versorgungsengpässe dürfen nicht dazu führen, den eingeschlagenen Weg der qualitätsorientierten Konzentration in der stationären Versorgung zu verlassen.

Vertrauen im Wandel stärken: Die Notfallversorgung sofort sichern

Eine verlässliche Notfallversorgung in allen Teilen des Landes ist notwendige Voraussetzung für das Vertrauen der Bevölkerung in eine qualitätsorientierte Konzentration von Krankenhausleistungen. Daher fordern die Kliniken der Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V. (AKG) die schnellstmögliche Umsetzung der zentralen Elemente aus dem vorliegenden Entwurf zur Reform der Notfallversorgung unter Einbindung der Neuregelungen zum Rettungsdienst sowie die koordinierte Nutzung aller telemedizinischen Möglichkeiten. Dazu braucht es eine eindeutige Definition der Sicherstellungsverantwortung für die Notfallversorgung und die rasche Etablierung von integrierten Notfallzentren (INZ). Ein standardisiertes – vorzugsweise KI-gestütztes – Ersteinschätzungsverfahren, um die Dringlichkeit und die beste Versorgungsform der Behandlung festzulegen und neue Formen der ambulanten Akutintervention – beispielsweise erweiterte Aufgaben der Rettungsdienste, die mit telemedizinischer Unterstützung die Akutversorgung unmittelbar leisten, ohne

Patienten in ein Krankenhaus transportieren zu müssen – sind weitere Optimierungspotenziale.

Die INZ sollen bevorzugt in jenen Krankenhäusern etabliert werden, die im bestehenden dreistufigen System der Notfallversorgung (Basis/erweitert/umfassend) und der Versorgungslevel (Level 1, 2 oder 3) über die höchste Stufe verfügen.

Die Neuordnung der Notfallversorgung darf nicht ohne die Fachkräfte gedacht werden. Die konsequente Berücksichtigung von telemedizinischen Lösungen bei der Triage, beim Einsatz von Notärzten sowie bei der Etablierung von INZ-Standorten kann eine rechtssichere und fallabschließende Behandlung von Notfällen auch ohne die unmittelbare Anwesenheit der knappen ärztlichen Ressourcen ermöglichen. In der Übergangszeit der Reform muss die Notfallversorgung durch die Erhöhung der etablierten Notfallstufenzuschläge gestärkt werden. Langfristig ist aus Sicht der AKG-Kliniken eine fallunabhängige Finanzierung der Notfallinfrastruktur in allen Leistungsbereichen die systemgerechte Lösung.

Eine besser aufgestellte Notfallversorgung darf jedoch nicht dazu führen, dass die Versorgungspfade der Regelversorgung konterkariert werden, weil sich die Menschen von einem Besuch in der Notaufnahme eine rasche und kompetente Versorgung „auf der Überholspur“ versprechen. Abhilfe schaffen könnte hier die Vereinbarung neuer „Auftragsleistungen“ zwischen dem ambulanten Bereich als Auftraggeber und den Krankenhäusern als „Auftragnehmer“ für die Nutzung der diagnostischen Infrastruktur zur kurzfristigen Abklärung von Notfallindikationen – ohne die Verantwortung für die Weiterversorgung an die Krankenhäuser abzugeben. Diese Leistungsbeziehung sollte insbesondere zwischen den INZ und den sogenannten Kooperationspraxen etabliert werden.

Darüber hinaus sollte die Politik die Ausschreibung regionaler Versorgungsaufträge als neues Instrument zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung prüfen. Dazu schlagen die AKG-Kliniken vor, dass die kassenärztlichen

Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen gemeinsam konkrete medizinische Leistungen im Falle einer nachweislichen Unterversorgung für einen fest definierten Einzugsbereich und Zeitraum „ausschreiben“. Bewerber können sich alle zugelassenen Leistungserbringer, sofern und soweit diese die vorgegebenen Qualitätsanforderungen erfüllen. Die Vergütungsvereinbarung erfolgt auf Basis eines Bieterverfahrens, das sich an dem kalkulierten Versorgungsumfang orientiert. Zur Vermeidung von Fehlanreizen sind Mindesterloße und Maximalerloße über die gesamte Vertragslaufzeit zu definieren. Zur Qualitäts- und Abrechnungsprüfung können eigene Regelungen zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden. Mit einem solchen Modell können regionale Engpässe bedarfsgerecht aufgelöst und weitere Impulse für sektorübergreifende und regionale Versorgungskonzepte geschaffen werden.

Bessere Strukturen gestalten: Koordination nutzt allen

Handeln ist kein Selbstzweck. Nur wenn es sinnvoll, zielorientiert und koordiniert ist, führt es zum Erfolg. Darum ist es gut, wenn die neuen „Koordinierenden Krankenhäuser“ künftig die ihnen zugewiesene zentrale Rolle in der Abstimmung regionaler Versorgungsstrukturen übernehmen – zum Beispiel im Aufbau der telemedizinischen Vernetzung.

Die neu eingeführte Koordinierungsfunktion kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, lokale Versorgungsengpässe zu minimieren und einen effizienten Ressourceneinsatz zu ermöglichen. Dafür empfehlen die AKG-Kliniken eine bundesweite Festlegung des Koordinierungsbedarfes anhand von Bevölkerungskennzahlen. Dies erscheint erforderlich, um eine regionale Verankerung und langfristige Netzworfbildung sicherzustellen. Voraussetzung dafür ist jedoch eine regionale Ausgestaltung der Koordinierungsfunktion und eine Erweiterung der Aufgaben für die koordinierenden Häuser.

Eine faire, an die Kostenentwicklung gekoppelte Finanzierung der Koordinierungsfunktion ist entsprechend der

**Bessere Strukturen gestalten:
Koordination nutzt allen**



Aufgabenentwicklung zu gestalten und auf Basis von Bevölkerungskennzahlen auf die Bundesländer zu verteilen.

Politik muss verlässlich sein: Eine kalkulierbare Vorhaltefinanzierung

Wirtschaft braucht einen verlässlichen Rahmen – und erst recht die lokal verankerte Gesundheitswirtschaft mit ihrem Sicherstellungsauftrag für die Bevölkerung in der Region. Insofern begrüßen die AKG-Kliniken, dass die Krankenhäuser künftig nicht allein auf Fallbasis (Diagnosis Related Groups, DRG) bezahlt werden, sondern einen Teil ihrer Einnahmen als „Vorhaltefinanzierung“ für das Bereitstellen bestimmter personeller und technischer Versorgungsstrukturen – etwa für Notfälle – erhalten sollen.

Doch auf diesen Teil der Finanzierung muss Verlass sein. Die vom Gesetzgeber beschlossene regelhafte Neukalkulation des Vorhaltebudgets je Land und je Leistungsgruppe – beispielsweise für die „Interventionelle Kardiologie“ – auf Basis der tatsächlichen Fallzahlentwicklung schwächt diese Finanzierungssäule. Denn die Bundesländer erhalten damit einen Anreiz, das eigene Versorgungsaufkommen zu Lasten der anderen Bundesländer hochzufahren. Diesem Effekt kann durch eine Fortschreibungslogik, die allein auf Bevölkerungs- und Morbiditätsparameter abzielt, unmittelbar entgegengewirkt werden. Hierfür ist eine entsprechende Fortschreibungslogik auf Bundesebene zu entwickeln.

**Politik muss verlässlich sein:
Eine kalkulierbare Vorhaltefinanzierung**



Heute an die Zukunft denken: Wie Aus- und Weiterbildung gelingt

Die ärztliche Weiterbildung, aber auch die Ausbildung in den medizinischen Fachberufen zählen zu den vornehmsten Aufgaben der Krankenhäuser, die aber einer breiteren Öffentlichkeit kaum bekannt sind. Die Krankenhausreform erfordert die Absicherung der ärztlichen Weiterbildung durch regionale Verbünde und Netzwerke, indes die neue Rolle der koordinierenden Krankenhäuser die Chance zur regionalen Verankerung des nicht-akademischen Fachpersonals eröffnet.

Ihre ärztliche Weiterbildung, die sich dem Studium anschließt, absolvieren die Ärztinnen und Ärzte in unterschiedlichen Fachgebieten. Das neue Leistungsgruppensystem zwingt die Krankenhäuser zur Konzentration auf bestimmte Leistungen und mittelbar zur Aufgabe anderer. Kaum ein Krankenhaus wird daher künftig sämtliche Weiterbildungsinhalte der bestehenden Weiterbildungsordnungen anbieten können. Regionale Weiterbildungsver-

bünde und -netzwerke, aber auch eine Strukturreform für bessere rechtliche Rahmenbedingungen der Weiterbildung werden notwendiger denn je.

Insbesondere in den nicht-akademischen Berufen ist eine regionale Verankerung der Aus- und Weiterbildung für die Sicherung der Patientenversorgung von existenzieller Bedeutung sowie für die Regionen ein Wirtschafts- und Standortfaktor. Auch hier können die koordinierenden Krankenhäuser eine maßgebliche Rolle einnehmen und neben einer koordinierenden Funktion die Sicherstellung der Nachwuchsförderung übernehmen.

Voraussetzung für eine Stärkung der regionalen Verantwortung und Netzwerke ist jedoch, dass eine langfristig planbare Finanzierung unabhängig von jeder fallzahlbasierten Abrechnungslogik sichergestellt wird.

Die Reform ist umsetzbar. Die AKG-Kliniken wollen, dass sie gut gelingt.

AKG-Kliniken: Wir tragen Verantwortung

Wir sind die AKG-Kliniken, die Allianz der Kommunalen Großkrankenhäuser. Wir repräsentieren 30 große, kommunale Kliniken in Deutschland und versorgen mit unseren über 147.000 Mitarbeitenden in jedem Jahr ca. 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär.

Wir wollen, dass die Reform gut gelingt. Wir sehen die Chancen und sind intrinsisch motiviert. Denn wir, die großen kommunalen Maximalversorger, gehören den Bürgerinnen und Bürgern, für die wir da sind.

Wir tragen Verantwortung für uns alle. Und wir sind heute und auch künftig unverzichtbar.

Wir wissen aber auch: Allein geht es nicht.

Die Qualität der Versorgung in unseren vielfältigen Regionen basiert auf der Leistungsfähigkeit aller ambulanten und stationären Versorger sowie auf ihrem reibungslosen Zusammenspiel. Nur gemeinsam können wir noch besser werden!



Darum sehen wir uns als Partner aller, die den Weg in die Zukunft konstruktiv und erfolgreich gestalten wollen. Wir wollen nicht nur die Allianz der maximal besten Gesundheitsversorger sein, sondern auch ein verantwortungsbewusster Partner der Politik, der anderen Gesundheitsversorger und der Öffentlichkeit auf allen politischen Ebenen. Wir wollen sachlich informieren und konstruktive Vorschläge einbringen, damit uns die Herkulesaufgabe gelingt, die Gesundheitsversorgung neu zu denken und besser zu gestalten. Wir sind ansprechbar und immer für Sie da.

Ist moderne humangenetische Diagnostik in Deutschland gewollt?



Prof. Dr. Elke Holinski-Feder

Präsidentin, Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.

Prof. Dr. Evelin Schröck

Präsidentin, Deutsche Gesellschaft für Humangenetik e.V.

In Deutschland leben ca. 4 Mio. Menschen mit einer seltenen Erkrankung, wovon ein Großteil genetisch bedingt ist. Bis vor wenigen Jahren war es nur in einer kleinen Zahl von Fällen möglich, die Diagnose einer seltenen Erkrankung molekulargenetisch zu sichern. Heute gelingt das bei mehr als der Hälfte der Patienten.

Frühe Diagnosesicherung und individuelle Therapieansätze

Die frühe Diagnosesicherung erspart den Patienten diagnostische Odysseen. Sie ermöglicht individualisierte Therapien und Früherkennungsmaßnahmen, verbessert Krankheitsverläufe durch ein spezifisches Krankheitsmanagement und erhöht die Patientensicherheit durch Vermeidung falscher oder unwirksamer Therapien. Zudem ermöglicht sie Präventionsmaßnahmen und trägt damit zu einer effizienten Nutzung der Gesundheitsressourcen bei. In diesem Sinne wurde z.B. in der S2k Praxisleitlinie „Intelligenzminderung“ eine genetische Diagnostik zum frühestmöglichen Zeitpunkt empfohlen.

Herausforderungen im Vergütungssystem der Humangenetik

Humangenetische Leistungen werden in der vertragsärztlichen Versorgung aus dem Honorartopf „Grundbetrag Genetik“ vergütet, der mit den üblichen jährlichen Wachstumsraten von 0-3 Prozent wächst. Dem gegenüber steht eine deutliche Zunahme der möglichen Diagnosen und folglich Analysen, bedingt durch den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu genetischen Ursachen seltener Erkrankungen und der Entwicklung neuer Analysetechnologien wie NGS (next generation sequencing). Dies führt zu einer dynamischen Entwicklung des Faches, dessen Vergütung mit einer Honorarsteigerung von 0–3 Prozent pro Jahr nicht annähernd adäquat abgebildet werden kann. Die Humangenetik ist daher seit einigen Jahren in einzelnen Bundesländern sehr niedrigen - und dazu noch sehr unterschiedlichen – Auszahlungsquoten ausgesetzt. Je nachdem, ob in einem Bundesland größere humangenetische Einheiten entstanden sind, Ermächtigungen anderer Fachgruppen zur Erbringung humangenetischer Leistungen vorliegen, humangenetische Gesprächsleistungen aus dem Grundbetrag abgerechnet werden, der Fremdkassenausgleich für humangenetische Leistungen aus dem Grundbetrag beglichen wird, der Rücklauf aber in der MGV (Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) landet, ... kommt es in einem völlig intransparenten Vergütungssystem zu immer höheren Quotierungen. Dazu kommt seit Q3/2023 eine Einbudgetierung der molekularpathologischen Leistungen in den Grundbetrag Genetik.

Dynamik in der Molekularpathologie und personalisierten Tumorthherapie

Auch in der Molekularpathologie gab es einen erheblichen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf personalisierte Tumorthherapie, so dass auch hier eine deutliche Dynamik vorliegt. Dies führt zu immer höheren Honoraranforderungen und folglich niedrigeren Auszahlungsquoten im Grundbetrag Genetik. In einigen Bundesländern wird nur noch 30 Prozent des in den Gebührenkatalogen vereinbarten Honorars ausbezahlt. Im Mittel liegt die Quotierung in Deutschland bei ca. 60–70 Prozent. Das führt zu sehr unterschiedlicher Vergütung ein und derselben technischen Leistung in den einzelnen Bundesländern, keiner Möglichkeit einer Budgetplanung für die Labore, ausbleibenden, angesichts der rasanten technologischen Entwicklung dringend notwendigen Investitionen zur Modernisierung der Labore, u.v.a.m.

Zentralisierung der Laborleistungen und Investitionsbedarf

Von Seiten der Normgeber wird im Sinne der Effizienz eine Zentralisierung der humangenetischen Laborleistungen in größeren Einheiten angestrebt. Das ist sinnvoll und anders auch nicht mehr machbar. Aber insbesondere in diesen größeren Einrichtungen laufen hohe Personal- und Materialkosten auf, für die man finanzielle Planungssicherheit benötigt. Konkret muss man wissen, was man für seine heutige Arbeit in 3-6 Monaten ausgezahlt bekommt und ob die Vergütung zur Deckung von laufenden Kosten und von Krediten für technische Investitionen ausreicht. Ein Spielraum in der Vergütung zwischen 30-100 Prozent ist nicht hinnehmbar, weder für in Personengesellschaften geführten Einrichtungen mit persönlicher Haftung noch in übergeordneten Organisationsstrukturen.

Alternative Versorgungsmodelle und projektbezogene Förderungen

Von Seiten der Krankenkassen wird angemerkt, dass es jetzt außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung neue, von den Krankenkassen finanzierte Versorgungsmodelle gibt. Der Versorgungsauftrag in den vertragsärztlich täti-

gen humangenetischen Laboren der NASGE (Nationale Allianz für seltene genetische Erkrankungen, www.NASGE.de) umfasst für das Jahr 2023 ca. 40.000 Genpanels, ca. 30.000 Exome, ca. 500 Genome und 27.000 genetische Beratungen. Dieser Versorgungsauftrag ist limitiert, er kann durch SGB V § 140a finanzierte Projekte wie NAMSE (Nationale Allianz für Menschen mit seltenen Erkrankungen), ausgelaufen zum 31.12.2024 (AOK) und zum 31.03.2025 (VDEK), oder das Modellvorhaben Genomsequenzierung nach SGB V § 64e (Laufzeit 2024-2029) nicht aufgefangen werden. Diese Projekte sind wichtig und zusätzlich, sie sollen die humangenetische Diagnostik weiterentwickeln und nach der Primärdiagnostik den bislang ungeklärten Patienten zur Verfügung stehen. Sie haben somit auch einen wissenschaftlichen Charakter, was die Ansiedlung dieser Projekte an den Universitätsklinika widerspiegelt (wissensgenerierende Versorgung).

Regionale Patientenversorgung und die Rolle der fachärztlichen Sprechstunde

Die flächendeckende Versorgung von Patienten mit humangenetischen Fragestellungen findet in der vertragsärztlichen Versorgung in inhabergeführten Einrichtungen und in MVZs in übergeordneten oder universitären Strukturen statt. Hier bekommt die Schwangere mit einem auffälligen Ultraschall bei ihrem Kind kurzfristig einen Termin, ebenso der Patient mit einer neu aufgetretenen Tumorerkrankung, der vor seiner Chemotherapie eine genetische Analyse benötigt. Auch Familien mit genetischen Erkrankungen werden hier betreut. Die komplizierten Befunde werden ihnen erklärt und andere Familienmitglieder werden auf ihr mögliches Risiko hingewiesen.

All dies benötigt eine Versorgung vor Ort in der Fläche. Diese Strukturen sind über die Jahre aufgebaut worden und sind mit der aktuellen Vergütungssituation gefährdet.

Zukunftsperspektiven in der Humangenetik

Neben den Laborleistungen ist die fachärztliche humangenetische Sprechstunde ein wichtiges Instrument, die

Erkenntnisse aus der Diagnostik den Patienten zu vermitteln. Menschen mit Behinderung gibt es und wird es immer geben, das ist Teil unserer Gesellschaft. Wenn aber Diagnostik angefragt wird und wir in der Lage sind Risiken abzuschätzen, dann sollte es die Möglichkeit geben, das den betroffenen Familien zu vermitteln. Dazu benötigen wir Fachärzte für Humangenetik. Aktuell arbeiten wir mit einer Bedarfsplanung aus dem Jahre 1992, als es den Facharzt für Humangenetik noch nicht gab. Beim aktuellen Bedarf allerdings soll ein Facharzt 606.384 Einwohner versorgen. Von der EUMS (European Union Medical Specialists) werden 1–2 Fachärzte für Humangenetik für 100.000 Einwohner empfohlen.

Wenn für unsere Patienten in Deutschland eine moderne personalisierte Medizin zur Verfügung stehen soll und wir den Auftrag der Regierung annehmen und Menschen mit seltenen Erkrankungen zu einer Diagnose und zu einer Verbesserung ihrer Versorgung verhelfen sollen, dann benötigt die Humangenetik eine adäquate Bedarfsplanung und verlässliche Vergütung. Vor dem Hintergrund der generellen Kostensteigerungen der letzten Jahre und der Zusatzkosten für neue gesetzliche Regelungen wie. z.B. der IVDR (in vitro Diagnostik Richtlinie) können keine Honorarminderungen hingenommen werden. Eine verlässliche und angemessene sowie in der Fläche angepasste Vergütung muss sichergestellt werden. Um das Fach inhaltlich adäquat zu vertreten, muss die Bedarfsplanung für die Zahl der Fachärzte aktuell und weiter dynamisch angepasst werden.

Fazit

Die Humangenetik stellt einen wesentlichen Fortschritt in der modernen Medizin dar und muss als integraler Bestandteil eines zeitgemäßen Gesundheitssystems anerkannt werden. Die Weiterentwicklung in der Diagnostik – von der frühen, molekulargenetischen Sicherung seltener Erkrankungen bis hin zu personalisierten Therapieansätzen – eröffnet neue Perspektiven für eine verbesserte Patientenversorgung.

Gleichzeitig wirft sie erhebliche Herausforderungen im Hinblick auf ein transparentes, faires und nachhaltiges Vergütungssystem auf.

Um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, müssen folgende Weichen gestellt werden:

- **Integration und Standardisierung:** Die Humangenetik sollte fest in den medizinischen Versorgungsalltag eingebunden werden, um frühzeitige Diagnosen und individuell angepasste Therapiekonzepte zu ermöglichen.
- **Transparenz und Anpassung der Vergütungssysteme:** Die derzeitigen Vergütungsmodelle müssen überdacht und an die dynamischen Entwicklungen angepasst werden, um Innovationen zu fördern und Investitionen in modernste Technologien und Labore zu sichern.
- **Solidarische und nachhaltige Finanzierung:** Es bedarf eines Finanzierungsmodells, das den steigenden Anforderungen gerecht wird und zugleich den Grundsatz der Solidarität im Gesundheitssystem wahrt.
- **Regionale Versorgung und Kapazitätsplanung:** Der Aufbau leistungsfähiger, regional verteilter Strukturen sowie eine realitätsnahe Bedarfsplanung, insbesondere bei der Ausbildung und dem Einsatz von Fachärzten, sind essentiell.
- **Förderung von Forschung und innovativen Versorgungsmodellen:** Projekte, die den wissenschaftlichen Fortschritt in der Humangenetik vorantreiben, müssen unterstützt werden, um zukünftig eine state-of-the-art Diagnostik und Therapie anbieten zu können.

Zusammengefasst gilt: Nur wenn die Weichen heute richtig gestellt werden, kann sichergestellt werden, dass die Humangenetik ihren Platz als Schlüsseldisziplin in einem modernen, solidarisch finanzierten Gesundheitssystem einnimmt und den Patienten eine zukunftssichere, individuelle und effektive Versorgung bietet.

Gesundheit muss uns etwas wert sein



© BPI/Kruppa

Dr. Kai Joachimsen
Hauptgeschäftsführer BPI e.V.

2024 war politisch und damit auch gesundheitspolitisch ein besonderes Jahr in einer Zeit, die immer mehr von Krisen geprägt ist. Und was aufgrund großer geopolitischer Veränderungen für die Verteidigungspolitik gilt, hat meines Erachtens auch mit Blick auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitsversorgung oberste Priorität:

Wir brauchen einen mutigen Paradigmenwechsel, um unsere Sicherheit, unseren Wohlstand und eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle zu erhalten. Ein Umdenken hin zu einem System, das auf die Herausforderungen der Zukunft ausgerichtet ist und flexibel genug bleibt, um unerwartete Entwicklungen zu meistern.

Unser Gesundheitssystem ist im Vergleich mit vielen anderen Ländern noch Weltspitze, aber es ist zu kostspielig und könnte viel effizienter sein. Wir haben uns viel zu lange auf dem Vorhandenen ausgeruht, haben hier und da Reformen gemacht, aber im Grunde immer nur angebaut anstatt umzubauen und zu renovieren. In der Folge ist unser Gesundheitssystem hochkomplex, von Doppelstrukturen geprägt, schwerfällig, gerade wenn es um die Umsetzung digitaler Infrastruktur geht und sowohl finanziell als auch personell überlastet.

Um das festzustellen, muss man sich nur einmal mit Pflegekräften und Assistenzärzten auf den Stationen unterhalten. Oder versuchen, kurzfristig einen Facharzttermin zu bekommen. Organisationsprobleme und Fachkräftemangel sind das eine. Hinzu kommt ein nunmehr erhebliches Defizit in der GKV. Auch weil Leistungen hineingerechnet werden, die dort systematisch nichts verloren haben, etwa die Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger, die eigentlich einem anderen Haushalt zugerechnet werden müssten. Zudem ist seit Jahren, auch in der Politik, die Problematik eines Krankenhaussystems mit Fehlanreizen und erheblichem Effizienzsteigerungspotenzial bekannt. Getan wurde aber unabhängig von der Parteifarbe des BMG in den letzten Jahren zu wenig. Jetzt ist kluge Industrie- und Arbeitsmarktpolitik gefragt. Und das beinhaltet auch, die Pharmaindustrie als eine der letzten starken Leitindustrien zu fördern.

Genug geredet, jetzt müssen Taten folgen!

Die neue Bundesregierung muss der Wirtschaft und der Stärkung des Pharmastandorts endlich oberste Priorität einräumen. Dabei sind mir langfristige Planungssicherheit und Verlässlichkeit genauso wichtig, wie faire und investitionsfreudige Rahmenbedingungen für Forschung, Entwicklung, Produktion und auch Erstattung. Dafür müssen wir als Erstes die hinderliche Überregulierung zurückdrehen und bürokratische Hürden für die Unternehmen abbauen. Dann wird der Standort auch wieder attraktiv. Um das zu erreichen, brauchen wir dringend Sofortmaßnahmen im Pharmasektor. Mit unserem „Masterplan.Pharma“ haben wir konkrete Vorschläge gemacht, die die Verantwortlichen nach der Wahl schnell umsetzen sollten. Die Pharmabranche leidet aktuell wie die restliche Wirtschaft unter den strukturellen Problemen. Wir haben ein schlech-

**Masterplan Pharma!
Gesundheitsversorgung
zukunftsicher gestalten**



tes Quartett aus überbordender Bürokratie, Fachkräftemangel, zu hohen Energiekosten und bröckelnder Infrastruktur. Zudem muss die Arzneimittelpolitik wieder deutlich innovationsfreundlicher werden. Auch muss sich Generika-Produktion in Deutschland wieder lohnen.

Richtige, aber zu zaghafte gesundheitspolitische Ansätze. Zuletzt gab es etwa beim ALBVVG und dem Medizinforschungsgesetz durchaus richtige Ansätze in der Gesundheitspolitik. Es war richtig, zur Verbesserung der Versorgungslage bei der Preisbildung anzusetzen, was der BPI

schon lange gefordert hat. Es wurde anerkannt, dass Erstattungspreise unterhalb der Produktionskosten und Rabattverträge zu einer Marktverdichtung führen. Allerdings hätten die Entlastungen nicht nur die medial prominenten Kinderarzneimittel und Antibiotika, sondern alle Arzneimittel der Grundversorgung in den Fokus nehmen müssen. Das hätte einen wirksamen Beitrag zur Bekämpfung der Lieferengpässe geleistet. Die davon vor allem betroffenen patentfreien Arzneimittel machen 80 Prozent unserer Versorgung aus und werden aufgrund einer Vielzahl von Preisregulierungsmechanismen und insbesondere Rabattverträgen zu einem durchschnittlichen Tagestherapiepreis von 6 Cent abgegeben. Hierzu gab es mehrere Fachgespräche und Anhörungen im Deutschen Bundestag, das Problem besteht seit Jahren und wird jährlich größer. Ein beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bereits vor rund 10 Jahren eingerichtetes Jour Fixe unter Beteiligung des BGM, der Pharmaverbände, der Ärzteschaft, Apothekerschaft, Fachgesellschaften und anderen wurde mittlerweile zu einem gesetzlich normierten Beirat weiterentwickelt. Hier versuchen alle Beteiligten, einschließlich neuerdings auch Vertretern der GKV, Lösungen zu finden, um in den konkreten Fällen Versorgungsengpässe für die Patienten zu vermeiden. Am Ende wird jedoch häufig ein Mangel verwaltet, ohne die Ursachen der Lieferengpässe an der Wurzel zu bekämpfen.

Innovationskiller im Arzneimittelbereich

Auch beim Medizinforschungsgesetz hat der Bundesgesundheitsminister grundsätzlich die richtige Richtung eingeschlagen und Anreize gesetzt, indem etwa die von uns als BPI immer wieder geforderten beschleunigten und vereinfachten Genehmigungs- und Anzeigeverfahren für sichere klinische Prüfungen umgesetzt wurden.

Standortstärkung muss aber insgesamt viel konsequenter und nachhaltiger betrieben werden. Weitsicht bedarf es insbesondere auch in der Arzneimittelversorgung mit Innovationen. Die im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz Hals über Kopf eingeführten „Leitplanken“ haben gezeigt, welche negativen Auswirkungen unüberlegt eingeführte gesetzliche Änderungen haben können. Entgegen der Meinung von Expertinnen und Experten wurde das Nutzenbewertungsverfahren von innovativen Arzneimitteln dahingehend verändert, dass bei nachgewiesener Wirkung und gleichem Zusatznutzen nur ein niedrigerer Preis erstattet werden darf als bei den bestehenden Therapien und selbst wenn ein Zusatznutzen festgestellt wurde (der aber gering oder nicht quantifizierbar ist nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses) gilt maximal der Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Das ist nachweislich ein Innovationskiller, der Nachteile für die betroffenen Patientinnen und Patienten bringt und noch nicht einmal nennenswerte Einspareffekte erzielen konnte. Besonders ärgerlich war, dass dieser Fehler zwar von den Parlamentariern teils frühzeitig erkannt wurde, eine Änderung, oder besser Rücknahme, des Gesetzes jedoch nicht erfolgte. Der Pharmastrategie des Bundeskanzlers lief also eine neue Gesetzgebung entgegen, die die Ziele der Pharmastrategie nachhaltig konterkarierte und den Standort Deutschland für die Pharmaindustrie eben nicht als Innovationsstandort stärkte. Hier ist eine neue Regierung dringend gefordert die „Leitplanken“ komplett zurückzunehmen. Dies hätte bereits 2024 passieren müssen, aber man entschied sich lieber, die Regelung durch das Medizinforschungsgesetz komplizierter und im Ergebnis nicht nennenswert besser zu machen.

Überregulierung und Bürokratie schaden dem Gesundheitsstandort

Und da sind wir bei einem Grundproblem der aktuellen Politik: Bürokratieabbau ist bislang ein Fremdwort, komplizierte und umständliche Regelungen werden auch dann den simplen vorgezogen, wenn letztere funktionieren würden. Die Lage ist ernst, auch mit Blick auf die pharmazeu-

tische Industrie. Hier hat sich die Überregulierung immer mehr zu einem Schraubstock entwickelt, der den Unternehmen die Luft für Innovation und Forschung und damit die Zukunftsorientierung abschnürt. Allein die Preisregulungen erfahren insbesondere durch Festbeträge, AM-NOG-Rabatte, Rabattverträge, Importklauseln, Herstellerabschläge, Kombiabschläge, die dezentralen Regulierungen durch 17 Kassenärztliche Vereinigungen mit Quoten, Leitsubstanzen und Ampelsystemen eine fast unübersehbare Kaskade von Einschränkungen. Dies führt zu einer jährlichen Belastung von mehr als 20 Milliarden Euro. 20 Milliarden Euro, die für Innovationen, Forschung, Entwicklung und zukunftsorientierte Industriepolitik fehlen. Die pharmazeutische Industrie hat in der Pandemie sehr deutlich gezeigt, dass es ihr in erster Linie darauf ankommt, Innovationen für die Bevölkerung zu entwickeln und die Versorgung sicherzustellen.

Gesundheit muss uns etwas wert sein

Und an diesem Beispiel zeigt sich, wie wichtig es ist, kritische Infrastrukturen zu sichern und zu erhalten. Manche Sicherheitsfaktoren kosten nun einmal Geld, es geht nicht nur um die konkrete Versorgung, sondern auch um Unabhängigkeit von anderen. Das wird am Beispiel der Antibiotika, die nach wie vor zu über 90 Prozent außerhalb von Europa produziert werden, überdeutlich. Bei allem Verständnis für die Finanzlage der GKV muss uns die Investition in unsere Gesundheitsversorgung als Grundlage von Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitskraft etwas wert sein. Bereits heute sehen wir die negativen Auswirkungen der zahlreichen Krankschreibungen auf unsere Wirtschaftsentwicklung. Und hieran wird auch deutlich, dass unser Gesundheitssystem den falschen Fokus setzt. Der Patient steht zwar im Mittelpunkt, statt aber Krankheiten vorzubeugen, setzt man meistens erst an, wenn der Patient bereits krank ist. Durch frühzeitiges Erkennen, nicht nur durch präventive Vorsorgeuntersuchungen, sondern durch medizinische Forschung gerade im Bereich der Gentechnik, könnten bald Krankheiten ausgeschlossen werden bevor sie entstehen.

Der BPI setzt auf wirtschaftspolitischen Dialog

Wir haben aktuell viele Krisen zu bewältigen. Aber das kann gelingen, wenn Gesundheitspolitik mehr denn je auch zugleich Wirtschaftspolitik ist. Dazu brauchen wir einen mutigen Minister, der den direkten Schulterschluss mit anderen Ministerien sucht. Die Grundlage dazu ist gelegt. Man hat bereits erkannt – das habe ich in vielen politischen Gesprächen erlebt – wie wichtig die industrielle Gesundheitswirtschaft als Schlüsselindustrie und moderner Standortfaktor ist. Darin sehe ich auch ein Zeichen, dass die Bedeutung stabiler Rahmenbedingungen für die pharmazeutische Industrie parteiübergreifend anerkannt wurde. Wir haben zudem in zahlreichen wirtschaftspolitischen Gesprächen und dem regelmäßigen Round Table Gesundheitswirtschaft im BMWK darauf hingewiesen, dass zur Sicherung des Wirtschaftsstandorts Deutschland auch unbedingt dazugehört, Bürokratie abzubauen. Das Standortthema ist aufgrund zahlreicher bürokratischer Lasten für viele pharmazeutischen Unternehmen mit existenziellen Fragen verbunden. Unsere Unternehmen brauchen insofern nichts mehr als Entlastung und wirtschaftliche Stabilität – und das kann nur durch eine wirtschaftspolitisch handelnde Regierung sichergestellt werden.



Patientenbedarf und Umwelteffekte in Einklang bringen - Chancen und Herausforderungen im Bereich Arzneimittel



Dr. Sandra Kluge

Head of Communications & Health Policy Germany & Unternehmenssprecherin Chiesi GmbH

Um Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung ganzheitlich voranzutreiben, werden Initiativen allein nicht ausreichen. Bewusstseinsbildung, ein kritischer Blick auf bestehende Regularien und politische Unterstützung sind hierfür gefordert.

Der Klimawandel fordert auch das Gesundheitswesen

Schon heute machen sich die Folgen der Klimaerwärmung für die Gesundheit bemerkbar: Klimaveränderungen führen dazu, dass sich Infektionskrankheiten leichter verbreiten. Nicht-übertragbare Krankheiten wie Allergien nehmen zu. Symptome bei Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen verstärken sich. Das Gesundheitswesen ist hier in einer Doppelrolle - einerseits gefordert, mit den durch den Klimawandel ausgelösten gesundheitlichen Folgen umzugehen (Resilienz) und andererseits einen Beitrag zur Senkung der Treibhausgasemissionen zu leisten. Denn schaut man auf die Treibhausgasemissionen, die in Deutschland durch den Gesundheitssektor verursacht werden, so liegt der Anteil an den nationalen Gesamtemissionen bei etwa 6 Prozent. Es braucht demnach eine gemeinsame Kraftanstrengung, um die Erderwärmung und ihre Folgen einzudämmen – eine Anstrengung, bei der auch der Gesundheitssektor gefordert ist.

Innovationen für Klima und Patienten: Das Beispiel Dosieraerosole

Ein Beispiel aus dem Arzneimittelbereich zeigt, wie durch nachhaltige Innovationen Patientenbedarf und Klimaschutz miteinander in Einklang gebracht werden können. Dosieraerosole, welche die Wirkstoffe mittels eines Treibmittels als inhalierbaren Nebel (Aerosol) freisetzen, sind eine wichtige Therapieoption für die Behandlung von Patienten mit Atemwegserkrankungen. Das benötigte Treibmittel muss dabei verschiedene Kriterien erfüllen, um eine sichere und zuverlässige Anwendung am Menschen zu gewährleisten. Aktuelle Treibmittel, die als Hilfsstoff im Arzneimittel gelten, gehören zur Gruppe der fluorierten Kohlenwasserstoffe (F-Gase) und weisen leider noch ein vielfach höheres Treibhauspotenzial als Kohlenstoffdioxid auf. Für bestimmte Patienten ist die Darreichungsform des Dosieraerosols jedoch aus medizinischen und individuellen Gründen die bevorzugte Behandlungsoption.

In Zukunft wird es Dosieraerosole geben, die Treibmittel mit einem deutlich geringeren Erderwärmungspotenzial enthalten. Diese befinden sich derzeit in der klinischen Entwicklung. Der Arzneimittelhersteller Chiesi beispielsweise investiert eine Summe von insgesamt 350 Millionen Euro in die Entwicklung von Dosieraerosolen mit einer deutlichen Verringerung des Erderwärmungspotenzials. Damit können bezogen auf die CO₂-Äquivalente die Treibhausgasemissionen zukünftig um ca. 90 Prozent gesenkt werden, ein großer Beitrag zur Verbesserung der Klimafreundlichkeit dieser wichtigen Therapieoption. Zusätzlich bleibt auch der Produktionsstandort weiterhin in Europa.

Dr. med. Justus de Zeeuw, Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt Pneumologie, Schlafmedizin und Rehabilitationswesen, ordnet die Bedeutung von Dosieraerosolen wie folgt ein: „Umweltbewusstes Verhalten spielt auch in der täglichen Praxis eine Rolle. Allerdings sind Dosieraerosole bei der Behandlung von Atemwegserkrankungen unverzichtbar. Die Entwicklung und Zulassung CO₂-neutralerer Inhalatoren ist mit erheblichem Aufwand verbunden. Dass pharmazeutische Unternehmen hier vorangehen, um eine klimaschonende Versorgung unserer Patienten zu ermöglichen, ist bemerkenswert“, so der niedergelassene Pneumologe.

Die Herausforderung dabei: Investiert ein Hersteller in die Nachhaltigkeit seiner Produkte, bedeutet dies nicht automatisch, dass diese umweltfreundlicheren Produkte bei den Patienten ankommen. Dies betrifft insbesondere Produkte im generischen Marktumfeld. Hier gibt es viele Regelungs- und Steuerungsmechanismen auf bundesweiter oder regionaler Ebene sowie in der Arzneimittelbewertung, die sich ausschließlich auf die Wirkstoff-Ebene beziehen. Wenn aus einem veränderten Hilfsstoff als Innovationsschritt ein verbessertes Umweltprofil resultiert, hat dies keinen Einfluss auf die Bewertung und bliebe in den derzeitigen Regelungen unberücksichtigt.

Es braucht in den kommenden Jahren eine differenzierte Betrachtung, damit nachhaltige Innovationen auch bei Patienten ankommen.

Anreize setzen, Engagement unterstützen

Hoffnungsvoll stimmt, dass das Bewusstsein für die Bedeutung von Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung auch ohne das Vorliegen rechtlicher Vorschriften steigt. Die AOK-Gemeinschaft hatte bereits als erste Krankenkasse im Jahr 2020 unter Federführung der AOK Baden-Württemberg in einer Antibiotika-Ausschreibung ein Umweltkriterium mit aufgenommen. Im vergangenen Jahr wurde erneut ein Umweltkriterium in eine Antibiotikaausschreibung als Bonusfaktor integriert. Konkret wurde im Rahmen dieser Ausschreibung ein Bonus gewährt, wenn an der Ausschreibung teilnehmende Unternehmen sich freiwillig verpflichteten, wirkstoffbasierte Maximalkonzentrationen im Produktionsabwasser der Produktionsstätten einzuhalten, welche die AOK in Zusammenarbeit mit dem Umweltbundesamt auf wissenschaftlicher Basis festlegte. „Das Nachhaltigkeitskriterium in den AOK-Ausschreibungen ist ein großer Erfolgsfaktor und bringt uns dem Ziel einer nachhaltigen Antibiotikaproduktion nachweislich näher. Wir müssen Nachhaltigkeit in der Arzneimittelversorgung ganzheitlich betrachten – nicht nur ökonomisch, sondern auch sozial und ökologisch“, betont Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und bundesweiter Verhandlungsführer der AOK-Ausschreibungen. Einen anderen Ansatz wählte im vergangenen Jahr die GWQ Service Plus AG in einer Ausschreibung für einen Verbund aus Betriebs- und Innungskrankenkassen. Im Unterschied zum Vorgehen in der AOK-Ausschreibung wurde hier ein eher allgemeines Eingangskriterium, ein Umwelt-Management-Zertifikat, als Voraussetzung für die Ausschreibungsteilnahme definiert. Dieses Vorgehen zielt nicht auf bestimmte umweltbezogene Eigenschaften von Arzneimitteln ab.

Diese Ansätze verdeutlichen die ersten Fortschritte in diesem Bereich. Zukünftig werden jedoch eine differenzierte Betrachtung und etwaige daraus resultierende Anpassungen der Regelungen erforderlich sein.

Mehr als Freiwilligkeit: Auch der Gesetzgeber ist gefragt

Denn, so positiv freiwillige Initiativen zu bewerten sind, werden sie alleine nicht ausreichen, um Nachhaltigkeit in der Gesundheitsversorgung ganzheitlich voranzutreiben. Es braucht zudem den benannten differenzierten Blick, welche Kriterien was umfassen (Produktion, Wirkstoff, Hilfsstoff oder Weiteres) und in welchem Fall diese sinnvoll sind bzw. in der Zukunft wären.

Entsprechende Regularien könnten auf verschiedene Art und Weise ausgestaltet werden. Anreizsysteme wie Bonuskriterien oder Nachhaltigkeitsverpflichtungen können Investitionen der Hersteller in eine nachhaltigere Produktion bzw. in Produkte mit verbesserten Umwelteigenschaften adressieren. Maßgeblich bleibt der medizinische Bedarf – hier darf es kein Gegeneinander von medizinischer Behandlungsnotwendigkeit versus Umwelt- bzw. Klimaschutz geben. Vielmehr lohnt sich die differenzierte Betrachtung in den Feldern, in denen Verbesserungen erreicht werden können. Eine rein Wirkstoff-basierte Betrachtung greift dann zu kurz. Wichtig wäre zudem eine Harmonisierung von Regelungen, Kriterien und Methodik im Einklang mit bzw. auf EU-Ebene.

„Es braucht einen breiten politischen Konsens darüber, dass Klimaschutz und Nachhaltigkeit kein Widerspruch zum Leitgebot der Wirtschaftlichkeit darstellen. Ein nachhaltig ausgerichtetes Gesundheitswesen wird langfristig auch das wirtschaftlichere sein. Daher braucht es eine stärkere Berücksichtigung von Nachhaltigkeit auch bei regulatorischen Rahmenbedingungen.“ so Dr. Matthias Suermond, Partner bei der Konzeptagentur Die Brückenköpfe.

Gemeinsam Handeln

Nur durch kollektives Handeln können wir die notwendigen Veränderungen herbeiführen, um eine nachhaltige Zukunft zu sichern. Chiesi hat sich dem Aktionsbündnis „Patient:innenfreundliche und klimabewusste Verordnung von Inhalativa bei chronisch obstruktiven Atemwegs- und Lungenerkrankungen“ angeschlossen. Ein wesentlicher Aspekt in der ‚Gemeinsamen Erklärung‘ dieses Bündnisses verschiedener Akteure im Gesundheitswesen zielt darauf ab, dass Klimaschutz und die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität Hand in Hand gehen sollten. Vier Bereiche sind dafür in den Blick zu nehmen: Eine optimierte individualisierte Therapie, die Förderung von Forschung und Entwicklung, eine ganzheitliche Umweltbetrachtung sowie der Bereich Prävention. „Gesundheitswesen und Nachhaltigkeit schließen sich nicht aus. Mit unserer Initiative wollen wir diesem ‚Entweder-Oder-Narrativ‘ ein Best-Practice-Beispiel entgegensetzen und aufzeigen, dass sich Gesundheitsschutz und Klimaschutz wunderbar ergänzen können“ argumentiert Anne-Kathrin Klemm, Vorstandin des BKK Dachverbandes, welcher die Initiative ins Leben gerufen hat.

Gemeinsam für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung

All diese Initiativen belegen eindrucksvoll das steigende Bewusstsein für die Umsetzung umweltbewussten Handelns im Gesundheitssektor sowie die Bereitwilligkeit verschiedenster Akteure, sich für eine nachhaltigere Gesundheitsversorgung zu engagieren. Wird dieses bereits vorhandene Engagement durch eine für die Umsetzung relevante Analyse und bedarfsorientierten Anpassung von Rahmenbedingungen, wenn notwendig auch auf gesetzlicher Ebene, begleitet und unterstützt, stehen die Chancen gut, dass die Herausforderungen auf dem Weg zu einem nachhaltigen und zukunftsfesten Gesundheitssystem gemeistert werden können.

Quellen können bei der Autorin angefragt werden.

Impfen in Apotheken – Die Win-Win-Chance im Gesundheitssystem



Prof. Dr. Uwe May

May und Bauer – Konzepte im
Gesundheitsmarkt

Impfen ist einer der wenigen Bereiche in der Gesundheitsversorgung, in denen man durch Investitionen nicht nur Menschen helfen kann und deren Lebensqualität erheblich verbessert, sondern auch finanziell davon profitiert.

Dr. Albrecht Kloepper: Herr Professor May, wie würden Sie die Impfquoten in Deutschland aktuell beschreiben?

Prof. Dr. Uwe May: Die Impfquoten sind in Deutschland sehr niedrig. Im europäischen Vergleich, je nachdem welche Gruppe Sie betrachten, sind wir hier auf den letzten Plätzen und weit abgeschlagen. Wir haben in Deutschland relativ wenige Menschen, die sich aus Prinzip nicht impfen lassen möchten. Das ist also nicht der Grund für niedrige Impfraten. Trotzdem ist der Anteil der tatsächlich Geimpften sehr gering.

Dr. Albrecht Kloepper: Dann würden Sie sagen, dass Impfungen im Prinzip nicht verweigert werden, sondern in der Regel verstopft?

Prof. Dr. Uwe May: Ja, so kann man das sagen. Als Gesundheitsökonom beschäftige ich mich mit den Fragen, wie Menschen sich verhalten und welche Gründe sie dafür haben und welche Anreize sie antreiben. Und eine ganz entscheidende Erkenntnis ist, dass wir die Menschen im Gesundheitswesen, aber auch in anderen Branchen, nicht ausreichend mitnehmen. Der Mensch ist grundsätzlich bequem, und wir lassen uns teilweise von den kleinsten Hürden abhalten, etwas zu tun. Ein Beispiel: Man sitzt gemütlich auf dem Sofa, schaut Fußball und will etwas trinken. Die Flasche Wasser oder die Flasche Bier ist aber in der Küche bzw. im Keller und nicht unmittelbar greifbar. Trotz dessen, dass es eine Sache von Sekunden wäre, kurz aufzustehen und mein Bedürfnis zu stillen, warte ich auf die Werbepause oder schiebe es nach hinten. Und diese Situation ist auf ganz viele andere Situationen übertragbar. Im konkreten Fall der Impfung in einer Arztpraxis ist die Hürde viel größer als die Flasche im Keller: Ich muss einen Termin ausmachen, dafür in den Kalender schauen und mich festlegen, wann ich zur Praxis gehen will, ich muss Wegzeit einberechnen und vielleicht auch noch im Wartezimmer warten. All das können Gründe sein, Impfungen immer weiter aufzuschieben.

Dr. Albrecht Kloepper: Gibt es Regionen und auch Indikationen, die Positiv-, aber vielleicht auch Negativbeispiele darstellen?

Prof. Dr. Uwe May: Ja zum Teil. Am Ende der Covid-19-Pandemie haben wir eine gute Impfrate erreicht, allerdings nur mit einem erheblichen Aufwand.

Allgemein betrachtet, gibt es leider weder Indikationen noch Regionen in Deutschland, die sich durch besonders gute Ergebnisse hervorheben.

Weder Tetanus noch HPV noch Influenza sind ausreichend verimpft. Und das, obwohl wir wie im Fall von HPV, die Impfung sogar erfunden haben. Die Folgen können schwerwiegend sein: Erkrankungen, die wir durch Impfungen längst ausgerottet haben wie z.B. Kinderlähmung können aufgrund der nicht ausreichenden Durchimpfung wieder auftreten.

Ich möchte keine Indikation hervorheben, da es überall Verbesserungsbedarf gibt.

Dr. Albrecht Kloepper: Haben die geringen Impfquoten auch ökonomische Auswirkungen?

Prof. Dr. Uwe May: Auf jeden Fall: Anhand der Grippeimpfung haben wir die ökonomischen Auswirkungen sehr detailliert untersucht. Aus der rein finanziellen Perspektive der gesetzlichen Krankenkassen lohnt sich die Grippeimpfung nicht. Sie müssen die Impfungen vieler Millionen Menschen zahlen, die womöglich keine Grippe bekommen hätten. Sollten sie ungeimpft eine Grippe bekommen, kann es in ein paar vergleichsweise wenigen Fällen zu schweren Verläufen kommen, die im Krankenhaus behandelt werden müssen, aber die direkten Kosten durch die Grippe sind für die Krankenkassen eher gering.

Betrachtet man jedoch die volkswirtschaftlichen, die gesellschaftlichen Kosten, die durch geringe Impfquoten entstehen, sieht es ganz anders aus. Da geht es um Milliarden an Produktivitätsausfällen, Invalidität und Mortalität – auch bei der Grippe. Neben dem Verlust dieser produktiven Tage geht, entstehen gigantische Kosten durch

den Verlust an Care-Arbeit, den Menschen für Angehörige und Kinder leisten.

Es gibt wenige Bereiche in der Gesundheitsversorgung, in denen man durch Investitionen nicht nur Menschen helfen kann und deren Lebensqualität erheblich verbessert, sondern auch finanziell davon profitiert.

Neben Impfungen und der Raucherentwöhnung fällt mir kein anderes Beispiel ein, dass diesen Effekt hat. Wir müssen hier also nicht, wie sonst, medizinische gegen ökonomische Argumente abwägen.

Dr. Albrecht Kloepper: Ich erinnere mich, in meiner Jugend wurden Impfungen auch in Schulen durchgeführt. Wäre das eine valide Möglichkeit, um Impfquoten zu steigern?

Prof. Dr. Uwe May: Genau, es wurden quasi Reihenimpfungen bzw. -untersuchungen in den Schulen durchgeführt. Den Erfolg dieses Konzeptes der „bürgernahen“ Impfung konnten wir auch während der Covid-19-Pandemie beobachten: Sie war unter anderem so erfolgreich, weil wir die Impfungen zu den Menschen getragen haben mit Bussen, die irgendwo auf dem Marktplatz standen, in Einkaufszentren, Impfungen im Drive-through. Genau das greift die Bequemlichkeit der Menschen, die ich anfangs erwähnt habe, auf. Obwohl wir Impfungen in einem ersten Schritt schon kostenfrei anbieten, also die erste Hürde entfernen, reicht das nicht aus. Wir müssen es den Menschen noch einfacher machen.

Wir haben zu diesem Thema im Bereich der Apotheken sehr viel geforscht. Apotheken bieten sich an, da sie täglich ca. 3 bis 4 Millionen Patientenkontakte haben, wir in Deutschland eine sehr hohe Apothekendichte haben und Apothekerinnen und Apotheker ein sehr, sehr hohes Vertrauen genießen. Der niedrigschwellige Zugang in der Mittagspause oder auf dem Weg nach Hause, die breite Verfügbarkeit und das hohe Ansehen sind die perfekte Basis für bürgernahe, niedrigschwellige Gesundheitsversorgung.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass Ärztinnen und Ärzten durch Impfungen in Apotheken keine ökonomischen Einbußen entstehen, obwohl das in der Ärzteschaft oftmals so aufgenommen wird. Wir haben Menschen, die in Apotheken gegen Influenza geimpft wurden, gefragt, ob sie sich ohne dieses niedrighschwellige Angebot überhaupt hätten impfen lassen. Der Großteil der Befragten hat dies verneint. Das zusätzliche Angebot erreicht mehr Patienten und schafft weitere Kapazitäten, die auch Arztpraxen entlasten, wenn z. B. im November geimpft werden soll, aber Arztpraxen mit z. B. Erkältungen und Grippepatientinnen und -patienten beschäftigt sind. Die Impfung in Apotheken und die damit verbundene Entlastung bei gleichzeitiger Versorgungsverbesserung sollte also auch im Sinne der Ärzteschaft sein.

Dr. Albrecht Kloepfer: Den Arztpraxen entgeht finanziell also gar nichts, weil die Menschen, die man mit so einem niedrighschwelligem Impfangebot erreicht, die Arztpraxis nicht aufsuchen würden?

Prof. Dr. Uwe May: Ganz genau. Zusammen mit Kollegen aus ganz Deutschland haben wir ein großes Modellprojekt zum Thema Impfen in Apotheken gestartet. Wir haben insgesamt über 10.000 Menschen zu ihren Beweggründen, sich in Apotheken impfen zu lassen, zu ihrer Zufriedenheit und zur Sicherheit befragt. Für Deutschland fehlte es bislang an einer breiten Evidenzgrundlage zu diesen Themen. Diese Forschungslücke konnten wir nun in einem gemeinsamen Projekt mit Kollegen von der Universität des Saarlandes sowie regionaler Apothekenorganisationen in einer wissenschaftlichen Publikation am Beispiel der Grippeimpfung schließen.

Bestätigt werden unsere Ergebnisse durch Beobachtungen aus dem Ausland. Das Thema wird durch die Präsenz einer so niedrighschwellig zugänglichen Stelle wie Apotheken, entsprechenden Plakaten oder wie in Schweden und Norwegen von außen gut sichtbare Impfecken in das Bewusstsein der Menschen getragen und stärker nachgefragt.

Dr. Albrecht Kloepfer: Gibt es Indikationen bzw. Impfstoffe, die von Impfungen in Apotheken kategorisch ausgeschlossen werden sollten?

Werthner et al (2025) Client satisfaction, safety, and insights from a three-season survey on influenza vaccinations delivered at community pharmacies in Germany



Prof. Dr. Uwe May: International und in unseren Nachbarländern geht der Trend dahin, alle Totimpfstoffe für Impfungen in Apotheken freizugeben. Einschränkungen gibt es trotzdem für z.B. chronisch kranke Personen. Allerdings muss man dazu sagen, dass diese Personen auch nicht die primäre Zielgruppe sind, da sie oftmals bereits in ärztlicher Behandlung sind und somit in den Arztpraxen geimpft werden können.

In Deutschland gab es hierzu bereits im Entwurf des Apothekenreformgesetzes den Vorschlag, alle Totimpfstoffe für die Impfung in Apotheken zuzulassen und somit die Impfung in der Apotheke als Regelversorgung anzubieten. Wie wir jedoch alle wissen, war das in dieser Legislaturperiode nicht erfolgreich.


Wichtig ist es, neben den gesetzlichen Voraussetzungen, die Apothekerinnen und Apotheker und Pharmazeutischen Angestellten einzubeziehen und eine adäquate Honorierung zu gewährleisten.

Dr. Albrecht Kloepfer: Bei der Diskussion um Impfungen in Apotheken geht es immer wieder um die Sicherheit solcher Angebote. Wäre es vielleicht ein Kompromiss, bestimmte Risikogruppen auszuschließen? Also so etwas wie Risikokorridore einzuführen?

Prof. Dr. Uwe May: Das ist ganz klar und sollte keiner Diskussion bedürfen. Bei unserem Modellprojekt haben wir z.B. Risikogruppen wie Schwangere und Kinder ausgeschlossen.

Ich bin der Meinung, dass wir in unserer allgemeinen Risikoeinschätzung progressiver werden müssen. In Deutschland verhindern wir oft Dinge, die einer Vielzahl an Menschen zugutekommen könnten, weil wir jedes Risiko eines unerwünschten Ereignisses zu 100 Prozent ausschließen wollen. Die vielen Menschen, die dadurch aber nicht geimpft werden, weil ich sie mit der ausschließlichen Impfung in der Arztpraxis gar nicht erreiche, werden bei diesem Argument gar nicht beachtet. Ich wünsche mir, dass, egal welchen Standpunkt man vertritt, diese Risikodiskussion in der nächsten Legislaturperiode auf beiden Seiten geführt wird. Im Falle von Impfungen in Apotheken ist der Nutzen gegenüber dem Risiko klar im Vorteil.

Dr. Albrecht Kloepfer: Vielen Dank für das Gespräch.



*Dieser Beitrag entstand in Kooperation
mit der Pfizer GmbH.*

Hinweise auf unsere Kooperationspartner



INSTITUT FÜR
GENDERGESUNDHEIT e.V.

SAVE THE DATE

5. Bundeskongress GenderGesundheit

*Herausforderungen und Potentiale
Geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung*

Am 5. Juni 2025
Berlin-Brandenburgische Akademie
der Wissenschaften

Schirmherrschaft

Judith Gerlach

Bayerische Staatsministerin
für Gesundheit, Pflege und Prävention



Zur Anmeldung:

<https://lets-meet.org/reg/9753c48eebac1d22ef>

Hinweise auf unsere Kooperationspartner

**Im Puls. Think Tank Herz-Kreislauf e.V. –
Plattform und Netzwerk für bessere Herz-Kreislauf Gesundheit**



Prävention neu denken
Ein Paradigmenwechsel hin zu mehr Gesundheitsförderung und präventiven Maßnahmen zur Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.



Herz-Kreislauf-Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe
Gesundheitspolitik, Wissenschaft, Wirtschaft und Zivilgesellschaft müssen gemeinsam innovative Lösungen entwickeln.



Nachhaltige Strukturen im Gesundheitssystem schaffen
Effiziente Versorgung, Digitalisierung und ein nachhaltiger Morbi-RSA als Fundament für eine zukunftssichere Gesundheitsversorgung.

Seien Sie dabei!



DGIV

Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im
Gesundheitswesen e.V

SAVE THE DATE

22. DGIV-Bundeskongress am 19. November 2025

DGIV – Interessenvertretung für intersektorale, interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgungskonzepte

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin

post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Sophia Wagner, Sofie Neumeyer
In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Sämtliche Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 31. Jahrgang 2025, Ausgabe 1 · 2025,
Erscheinungsdatum: 5. März 2025

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Versorgungspotentiale der Gesundheitsberufe**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Zukunft der Diagnostika-Industrie**
- **Zukunft der Versorgung: Genmedizin und Datenmanagement**
- **KI – Wer versorgt mich und wenn ja wie viele?**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

