

Agenda 2030

Beste Gesundheitsversorgung für Deutschland

Positionen für die Legislatur 2025-2029

Mit Beiträgen von Mark Dominik Alscher, Thomas Brink, Irina Cichon, Johannes Danckert, Christian Dreißigacker, Ulrike Elsner, Holger Friedrich, Anne Sophie Geier, Thomas Götz, Christian Gräff, Lutz Hager, Klaus Holetschek, Ilona Kickbusch, Grischa Kraus, Heyo K. Kroemer, Adelheid Kuhlmei, Andreas Kumbroch, Christian Lenz, Ulrike Marczak, Amelie Montigel, Johannes Nießen, Carola Reimann, Klaus Reinhardt, Leif Erik Sander, Nicolai Savaskan, Antonia M. Schmidt, Heidrun Thaiss, Sylvia Thun, Christine Vogler, Katja Vonhoff und Marcel Weigand



Agenda 2030

Beste Gesundheitsversorgung für Deutschland

Positionen für die Legislatur 2025-2029

Mit Beiträgen von

Mark Dominik Alscher, Thomas Brink, Irina Cichon,
Johannes Danckert, Christian Dreißigacker, Ulrike Elsner,
Holger Friedrich, Anne Sophie Geier, Thomas Götz, Christian Gräff,
Lutz Hager, Klaus Holetschek, Ilona Kickbusch, Grischa Kraus,
Heyo K. Kroemer, Adelheid Kuhlmeier, Andreas Kumbroch,
Christian Lenz, Ulrike Marczak, Amelie Montigel,
Johannes Nießen, Carola Reimann, Klaus Reinhardt,
Leif Erik Sander, Nicolai Savaskan, Antonia M. Schmidt,
Heidrun Thaiss, Sylvia Thun, Christine Vogler,
Katja Vonhoff und Marcel Weigand

Impressum

Gesundheitsstadt Berlin e.V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Redaktionsleitung:
Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer

Gestaltung
Peter Mühlfriedel, skop

März 2025

Mit freundlicher Unterstützung durch die

 **PVS** berlin-brandenburg-hamburg
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

gesundheitsstadt
berlin
das netzwerk
für berlin-brandenburg

Inhaltsverzeichnis

	Beteiligte Autorinnen und Autoren	6
	Vorwort: Eine hochwertige Versorgung ist die große soziale Frage des 21. Jahrhunderts Klaus Holetschek	9
	Einleitung: Agenda 2030: Beste Gesundheitsversorgung für Deutschland! Iris Hauth und Daniel Dettling	13
1	Standort Deutschland	
	Chancen und Herausforderungen aus Sicht eines pharmazeutischen Unternehmens Christian Lenz	17
	Finanzierung, Primärversorgung, Gesundheitsberufe und Telemedizin: Vier Schlüsselbereiche für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem Mark Dominik Alscher, Irina Cichon, Amelie Montigel und Katja Vonhoff	19
2	Gesundheitsregionen	
	Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Regionale Gesundheitszentren als zukunftsweisendes Modell Ulrike Elsner	22
	Weniger Mikromanagement, mehr Freiräume für die Versorgung vor Ort Carola Reimann	24
	Für mehr Gesundheit und eine zukunftsgerichtete Versorgung Lutz Hager	27
3	Public Health	
	Geopolitik und Gesundheitswirtschaft: eine Chance für Deutschland Ilona Kickbusch	30
	Mehr Koordination und Orientierung in der Versorgung Klaus Reinhardt	32
4	Öffentlicher Gesundheitsdienst	
	Bevölkerungsmedizin 2030 für Deutschland Nicolai Savaskan	35
5	Prävention	
	Ein Paradigmenwechsel für Prävention Johannes Nießen	38
	Gesundheit und Resilienz: Die Bedeutung von Prävention Heyo K. Kroemer und Antonia M. Schmidt	40
	Prävention wirkt und rechnet sich! Heidrun Thaiss	43

Inhaltsverzeichnis

6	Pflege	
	Prävention vor Pflege: Mehr Selbständigkeit im hohen Alter Adelheid Kuhlmei	46
	Pflegepolitik der Zukunft: Prävention, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit Christine Vogler	49
7	Psychische Gesundheit	
	Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit Thomas Götz	53
8	Wohnen im Alter	
	Selbstbestimmt leben in den eigenen vier Wänden im Jahr 2030 Christian Gräff	56
9	Digitalisierung und Künstliche Intelligenz	
	Digitale Wege zu einer besseren und gerechteren Versorgung Anne Sophie Geier	59
	Künstliche Intelligenz für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem: Interoperabilität und qualitativ hochwertige Daten als Erfolgsmodell Prof. Dr. Sylvia Thun	61
	Mit mutiger Transformation Mehrwerte schaffen Marcel Weigand	63
10	Gesundheitssicherheit und Resilienz	
	Gesundheitsversorgung krisenfest machen – Gesundheitssicherheit stärken Leif Erik Sander	67
11	Klimaschutz und Nachhaltigkeit	
	Kliniken und Staat – in doppelter Verantwortung für Daseinsvorsorge und Klimaschutz Johannes Danckert / Christian Dreißigacker	71
	Smart Green Health – für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung Thomas Brink, Dr. Holger Friedrich, Grischa Kraus, Andreas Kumbroch und Ulrike Marczak	73

Beteiligte Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med Mark Dominik Alscher,
Irina Cichon,
Amelie Montigel,
Dr. Katja Vonhoff
Bosch Health Campus

Thomas Brink, Leitung Einkauf Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH

Irina Cichon, Senior Expertin am Robert Bosch Center für Innovationen im Gesundheitswesen

Dr. Johannes Danckert, Vorsitzender der Geschäftsführung & Geschäftsführer
Klinikmanagement Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH

Christian Dreißigacker, Vorsitzender der Geschäftsführung BG Klinikum
Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

Anne Sophie Geier, Geschäftsführerin Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.

Prof. Dr. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender Bundesverband Managed Care e.V.
und Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule –
The Mobile University

Dr. Holger Friedrich, Managing Partner Pathways Public Health GmbH

Dr. Thomas Götz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie & Facharzt
für Öffentliches Gesundheitswesen, Staatssekretär a.D. in Berlin und Brandenburg.

Christian Gräff, Geschäftsführer des Smart Living & Health Center e.V.

Professorin Dr. Ilona Kickbusch, Expertin für globale Gesundheit und Beraterin des
Generaldirektors der WHO, Council Chair des World Health Summit in Berlin und
Vizepräsidentin des European Health Forum Gastein, Honorarprofessorin an der
Charité und Trägerin des Bundesverdienstkreuzes

Grischa Kraus, Geschäftsführer MEDIIO GmbH

Professor Dr. Heyo K. Kroemer, Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin
Berlin und seit 2024 Vorsitzender des Expert:innenrats der Bundesregierung „Gesundheit
und Resilienz“

Beteiligte Autorinnen und Autoren

Univ.-Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Gerontologin, Medizinsoziologin,
Vorstand Medizinische Universität Lausitz

Andreas Kumbroch, Vorstand März Internetwork Services AG

Dr. med. Christian Lenz, Country Medical Director Pfizer Deutschland

Ulrike Marczak, Vorstandin Vanguard AG

Dr. med. Johannes Nießen, Facharzt für Allgemeinmedizin, öffentliches Gesundheitswesen
und Sozialmedizin, seit 2023 kommissarischer Leiter der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Errichtungsbeauftragter für ein Bundesinstitut
für Öffentliche Gesundheit

Dr. Carola Reimann, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes

Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, Vizepräsident der Landesärzte-
kammer Westfalen-Lippe und seit 1993 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin

Professor Dr. Leif Erik Sander, Klinikdirektor, Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin
Charité

PD Dr. Nicolai Savaskan, Gesundheitsamt Berlin-Neukölln & Ausschusssprecher
Planetare Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungsmedizin &
Öffentliche Gesundheit (DGÖGB)

Antonia M. Schmidt, Referentin des Vorstandsvorsitzenden der Charité – Universitätsmedizin
Berlin, koordiniert die Steuerungsgruppe und den Strategiebaustein Prävention der Charité

Professorin Dr. med. Heidrun M. Thaiss, Professur für Health Promotion TU München,
Vorstandsvorsitzende Nationales Aktionsbündnis Impfen, Präsidentin Dt. Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

Professorin Dr. Sylvia Thun, Direktorin, Core-Unit eHealth und Interoperabilität (CEI)

Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats

Marcel Weigand, freiberuflicher Moderator, Berater und Podcast-Host des Podcasts
„Mit Daten heilen“ sowie Leiter politische Kommunikation bei TMF e.V



Eine hochwertige Versorgung ist die große soziale Frage des 21. Jahrhunderts

Klaus Holetschek

„Durch Deutschland muss ein Ruck gehen“, forderte Bundespräsident Roman Herzog bereits 1997, auch mit Blick auf das Gesundheitssystem. Doch der Ruckrede ist kein Ruck gefolgt; wichtige Reformen für zukunftsfähige Gesundheit und Pflege sind auf der Strecke geblieben. 2024 scheiterte auch die selbsternannte „Aufbruchskoalition“. Von Fortschritt wagen konnte keine Rede mehr sein, vielmehr vom manifesten Reformstau im Gesundheits- und Pflegebereich: ob bei der Krankenhaus- oder Notfallversorgung, den Apotheken, der Finanzierung der Gesetzlichen Kranken- oder der sozialen Pflegeversicherung – und nicht zuletzt der Approbations- oder der Gebührenordnung der Medizinerinnen und Mediziner.

Ich möchte nicht vom Staatsversagen sprechen. Die erlebte Realität der Menschen ist aber: Die Qualität und der flächendeckende Zugang zu Gesundheits- und Pflegeangeboten sind seit Jahren unzureichend. Zu lange muss auf Arzttermine gewartet werden, Notfallambulanzen sind überfrequentiert, Pflege ist schwer zu organisieren. Kassen sind chronisch klamm. Und nicht zuletzt ist medizinisches Personal vielerorts überlastet. Unser Gesundheits- und Pflegesystem produziert Unzufriedenheit bei allen Beteiligten.

Wir brauchen an vielen Stellen gerade im Gesundheitssystem eine Revolution – eine starke Vereinfachung und Regionalisierung von Strukturen, eine Umwidmung vorhandener Ressourcen und vor allem eine breit angelegte Entbürokratisierungs-, Digitalisierungs- und Transparenzoffensive. Die gescheiterte Ampelkoalition hat es nicht geschafft, die Finanzen von Kranken- und Pflegeversicherung nachhaltig zu stabilisieren, geschweige denn zu reformieren. Das sogenannte GKV-Stabilisierungsgesetz ist in Wahrheit ein Destabilisierungsgesetz. Es droht eine nie dagewesene Beitragsbelastung. Gefragt sind jetzt keine kurzfristigen und ideologisch getriebenen Maßnahmen, sondern umfassende und durchdachte Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung wie auch in der Sozialen Pflegeversicherung.

Ehrliche Debatte über versicherungsfremde Leistungen

Ich bin fest überzeugt: Wir müssen endlich darüber diskutieren, wie das heutige System aus 95 gesetzlichen Krankenkassen mit jeweils eigenen Verwaltungsstrukturen weiter verschlankt und durch zeitgemäße Digitalisierung verbessert werden kann – um Kosten zu senken, aber ohne Leistungseinschnitte und unter Beibehaltung eines anspornenden Wettbewerbs. Auch brauchen wir eine ehrliche Debatte über die versicherungsfremden Leistungen mit dem Ziel, den Bundeszuschuss zu dynamisieren und einen angemessenen Krankenkassenbeitrag für Bürgergeldbezieher einzuführen. Es ist nicht vermittelbar, die Gesundheitskosten der Bürgergeldempfänger weiterhin zu einem Großteil auf die Solidargemeinschaft abzuwälzen. Hier muss der Bund mit Steuermitteln einspringen. Die Beitragszahler sind schon jetzt genug belastet!

»Wir brauchen an vielen Stellen gerade im Gesundheitssystem eine Revolution – eine starke Vereinfachung und Regionalisierung von Strukturen, eine Umwidmung vorhandener Ressourcen und vor allem eine breit angelegte Entbürokratisierungs-, Digitalisierungs- und Transparenzoffensive.«

Beitragsstabilität brauchen wir auch in der Pflege. In einer Zeit, in der Pflege leider immer häufiger ein Fall für die Sozialhilfe ist, ist für mich unumstößlich: Die 40%-Obergrenze für die Sozialversicherungsbeiträge muss eingehalten und es muss hier ebenfalls aus Steuermitteln bezuschusst werden. Ziel muss sein, unser qualitativ hochwertiges System weiter zu verbessern, die Last dafür aber auf breitere Schultern verteilen und stark zu vereinfachen.

Prävention stärken

Die Salutogenese Antonovskys – eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit – fragt, wie Gesundheit anstelle von Krankheit entsteht. Anders gewendet: Wir müssen die Prävention weiter stärken. Laut dem bayerischen Nobelpreisträger Professor Ferenc Krausz könnte mit zuverlässigen Frühdiagnosen eine Vielzahl von Todesfällen durch Krebs, Herzgefäß-, Atemwegs- und Stoffwechselerkrankungen vermieden werden. Krausz hat mit einer Forschungsgruppe nachgewiesen, dass die Laseranalyse kleinzelligen Lungenkrebs früh erkennen kann. Dazu haben sie tausende Infrarotfingerabdrücke von erkrankten und gesunden Personen erstellt, um einen Algorithmus zu trainieren, der dank Künstlicher Intelligenz lernt, die Fingerabdrücke von erkrankten Personen zu erkennen. Noch ist die Erfolgsquote nicht hoch genug für einen klinischen Einsatz, aber die Forschung arbeitet daran, die Ergebnisse zu verbessern und auch auf weitere Bereiche auszudehnen. Das gibt Hoffnung! Klar ist: Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit müssen wir das Präventionsgesetz nachbessern und wir brauchen insgesamt mehr Fachpersonal.

Die Haus- und Fachärzte sind das Rückgrat unserer medizinischen Versorgung. Arzttermine dürfen deshalb kein Glückspiel sein, vor allem kein Spiel auf Zeit. Alle Menschen müssen Facharzttermine in zumutbarer Zeit erhalten. Die Terminservicestelle war hierfür ein erster richtiger Schritt. Mittelfristiges Ziel muss aber sein, dass alle versicherten Patientinnen und Patienten bei der Vergabe von Behandlungsterminen unabhängig von ihrem Versichertenstatus gleichbehandelt werden. Zudem muss endlich die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen kommen, eine Neupatientenregelung wieder eingeführt und sogenannte offene Sprechstunden müssen besser honoriert werden.

Krankenhausreform nachbessern

Nicht zuletzt muss die Krankenhausreform dringend nachgebessert werden. Es bedarf endlich und sofort zusätzlicher finanzieller Mittel für die Krankenhäuser, um den unkoordinierten Strukturwandel, das unkontrollierte Krankenhaussterben zu stoppen und ein Ausbluten der ländlichen Räume zu verhindern. Das ungebremste Wegbrechen wohnortnaher Notfall-

strukturen gefährdet Menschenleben. Auch muss das Behandlungsspektrum der Altersmedizin und geriatrischen Reha im Rahmen der Krankenhausreform über alle Level hinweg sachgerecht und umfassend erfasst werden. Für mich ist auch klar: Eine Versorgungsplanung, die verbindend ambulant, stationär, Pflege und Rettungsdienst regional beplant, wird an Bedeutung gewinnen.

Gesundheitsberatung: Apotheken als zentrale Akteure

Wichtig ist auch eine umfassende und niedrigschwellige Gesundheitsberatung. Hier nehmen unsere Apotheken eine zentrale Rolle ein. Ein generelles Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel bleibt der beste Weg, damit auch künftig die qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung durch Vor-Ort-Apotheken gesichert ist. Hierzu bedarf es auch einer umfassenden Apothekenreform. Ziel sind hierbei keine Apotheken light, sondern inhabergeführte Apotheken vor Ort mit Zukunft, deren Auskömmlichkeit und Wirtschaftlichkeit durch ein angemessenes Honorar gesichert sind. Gleichzeitig muss es gelingen, die Produktion lebenswichtiger Arzneimittel ins europäische Inland zurück zu verlagern.
Reform der Pflege

Wir müssen auch die häusliche Pflege stärken. Von rund 5,6 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden 84 Prozent ambulant versorgt. Es ist gesellschaftlich nicht vermittelbar, wenn zum einen die Beiträge und die Eigenanteile für dieses System immer weiter steigen, zum anderen aber die Leistungen der Pflegeversicherung gemessen an den pflegebedingten Kosten kontinuierlich abnehmen. Alleine zwischen 2020 und 2024 hat sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil – also die pflegebedingten Kosten, die den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden – im Bundesdurchschnitt fast verdoppelt. Auch deshalb brauchen wir eine umfassende Reform der Pflegeversicherung, die das System für die Menschen einfacher macht und bei der die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt stehen.

Klar ist auch: Wir brauchen wieder mehr Menschen, die ihre berufliche Zukunft im Gesundheitssystem sehen. Auf den Schultern der pflegenden Angehörigen lastet schon jetzt sehr viel Verantwortung. Das bedeutet zuallererst: Gerade in Notsituationen brauchen wir ein Netzwerk, das im Fall des Falles für die pflegenden Angehörigen einspringen und die Pflege übernehmen kann. Auch gilt es, die 24-Stunden-Pflege und die 24-Stunden-Betreuung in ihren verschiedenen Ausprägungen gesetzlich zu normieren und klar voneinander abzugrenzen.

»Wir schulden unseren Pflegekräften mehr Vertrauen und weniger bürokratische Belastungen, denn sie leisten täglich Großartiges, ambulant wie stationär, in den Pflegeheimen oder Kliniken.«

Zusammengefasst: Wir brauchen mehr „stambulante“ Strukturen, kein weiter ausdifferenziertes Leistungsrecht, sondern mehr Vereinfachung, Flexibilität und vor allem weniger Bürokratie: ein Pflegebudget, das flexibel für pflegerische Leistungen eingesetzt werden kann, ein Entlastungsbudget, das es insbesondere Angehörigen erlaubt, Pflege im Einklang mit familiären und beruflichen Bedürfnissen sicherzustellen. Auch die verschiedenen Töpfe –

»Mutige und weitsichtige Reformen sind das Ventil – für ein deutsches Gesundheitssystem, das weiterhin eines der Besten bleiben soll – im Sinne der Menschen in unserem Land.«

Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege – müssen mindestens vereinfacht, um nicht zu sagen vereint werden, damit pflegende Angehörige im Idealfall einen Ansprechpartner haben.

Das heißt, nicht nur im Bund, sondern auch auf Landesebene gibt es Handlungsbedarf. Wir müssen die Heimkontrollen deutlich entschlacken, Doppelstrukturen zwischen Medizinischem Dienst und Fachstellen für Qualität in der Altenpflege (FQA – Heimaufsicht) abbauen. Hierzu testen wir in Modellprojekten, u.a. im schwäbischen Buxheim, mit einem Minimum an Bürokratie, wie die Kontrollen am besten aufeinander abgestimmt werden können. Ziel ist mehr Zeit für eine Pflege, denn Pflegende sollen sich um die Bedürftigen kümmern, nicht um Statistiken. Wir schulden unseren Pflegekräften mehr Vertrauen und weniger bürokratische Belastungen, denn sie leisten täglich Großartiges, ambulant wie stationär, in den Pflegeheimen oder Kliniken.

Eine hochwertige Versorgung ist die große soziale Frage des 21. Jahrhunderts. Gerade im Gesundheits- und Pflegebereich lässt der demografische Wandel die Kerze von zwei Seiten brennen: Medizinisches und pflegerisches Fachpersonal, das in den wohlverdienten Ruhestand geht, und die Babyboomer, die in den kommenden Jahren selbst mehr medizinischer Versorgung bedürfen oder gar pflegebedürftig werden. „Durch Deutschland muss ein Ruck gehen“ – das gilt jetzt umso mehr! Der Handlungsdruck in unserem Gesundheitssystem ist immens. Mutige und weitsichtige Reformen sind das Ventil – für ein deutsches Gesundheitssystem, das weiterhin eines der Besten bleiben soll – im Sinne der Menschen in unserem Land.



Klaus Holetschek, MdL ist Vorsitzender der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag und Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege a.D.

Einleitung

Agenda 2030: Beste Gesundheitsversorgung für Deutschland!

Iris Hauth und Daniel Dettling

»Die Gesundheitsbranche kann einen erheblichen Beitrag leisten, um der Stagnation der deutschen Wirtschaft entgegenzuwirken. Noch hat Deutschland gute Voraussetzungen, zu einem führenden Standort für digitale Gesundheit, Forschung und Entwicklung zu werden.«

Gesundheit und Pflege ist für die Deutschen mit das wichtigste Handlungsfeld für die neue Regierung, so das Ergebnis einer Forsa-Umfrage zur Bundestagswahl 2025. In den Wahlprogrammen der Parteien dominierte das große Schweigen angesichts der Herausforderungen, vor denen das deutsche Gesundheitswesen in den kommenden Jahren steht. Über allen steht der demografische Wandel mit einer älter werdenden Bevölkerung und einem steigenden Bedarf an medizinischer Versorgung. Gleichzeitig fehlen Ärzt:innen und Pflegekräfte, um diesen Bedarf zu decken. Kontinuierlich steigende Gesundheitskosten führen zu einer Erhöhung der Lohnkosten mit negativen Effekten auf die wirtschaftliche Entwicklung. Ohne mutige und unkonventionelle Reformen steigen die Sozialabgaben einer IGES-Projektion zufolge bis 2035 auf 49 Prozent oder höher. Die Weichen für eine Gesellschaft des längeren Lebens müssen jetzt gestellt werden.

Gesundheit ist ein Wirtschaft- und Integrationsmotor

Gesundheit ist nicht nur eine Frage der Versorgung, sondern auch eine Frage von Zusammenhalt, Wohlstand und Sicherheit. Gesundheit wird immer mehr zur sozialen Frage. Menschen in infrastrukturell benachteiligten Regionen haben geringere Einkommen, erkranken häufiger an vermeidbaren chronischen Leiden und versterben bis zu 10 Jahre früher als Menschen mit höheren Einkommen. Ein Investment in mehr gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zahlt sich langfristig aus.

Für Deutschland ist die Gesundheitswirtschaft ein zentraler Wirtschaftsmotor und hat weitreichende Auswirkungen auf Wachstum, Innovation und die Lebensqualität der Bevölkerung. Die Bruttowertschöpfung lag 2023 bei knapp 435,5 Milliarden Euro, das entspricht rund 11,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Fast jeder Fünfte, mehr als acht Millionen Menschen arbeiten in der Gesundheitswirtschaft (direkt und indirekt). Der Gesundheitssektor ist auch ein bedeutender Integrationsfaktor. Jede/r sechste Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen ist im Ausland geboren, mehr als ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte ist selbst zugewandert oder hat zugewanderte Eltern, rund 14 Prozent sind Ausländerinnen und Ausländer. Viele Gesundheitsunternehmen gehören zu den Weltmarktführern in ihrer Branche. Deutsche Ärzt:innen und Wissenschaftler:innen zählen in ihrem Fach zur absoluten Weltspitze.

Nach der Wahl: Start einer umfassenden Gesundheitsreform

Fast 80 Prozent der Kliniken weisen 2024 ein negatives Jahresergebnis aus, immer mehr Kliniken stehen aufgrund der strukturellen Unterfinanzierung des Systems vor der Insolvenz. Die Krankenhausreform schafft dafür keine richtige Lösung und kommt nur schleppend voran, ihre Folgen sind für die Kliniklandschaft nicht absehbar. In der kommenden Legislatur müssen die politisch Verantwortlichen ein Update der Krankenhausreform und den Start einer umfassenden Gesundheitsreform einleiten und alle Akteure des Gesundheitswesens und damit auch die Pflege einbinden. Eine zukunftsfähige Versorgung braucht den gesellschaftlichen und politischen Konsens. Das gilt auch für die Vorbereitung auf neue Krisen wie Klima, Katastrophen und (hybride) Kriege. Deutschland braucht einen modernen, digitalisierten und resilienten Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Nichthandeln und Unterlassen würde schon bald zu einem akuten Versorgungsnotstand führen mit gravierenden Folgen für fast alle Bereiche unserer Gesellschaft. Die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben für Gesundheit und Pflege betragen zuletzt über 500 Milliarden Euro und waren damit höher als der Bundeshaushalt.

Präventiv vor digital, vor ambulant, vor stationär

Die Gesundheitsbranche kann einen erheblichen Beitrag leisten, um der Stagnation der deutschen Wirtschaft entgegenzuwirken. Noch hat Deutschland gute Voraussetzungen zu einem führenden Standort für digitale Gesundheit, Forschung und Entwicklung zu werden. Voraussetzung sind Interoperabilität, standardisierte, hochwertige Daten und KI. Gesundheitsdaten müssen sicher, transparent und nutzbringend eingesetzt werden.

Bei der Bewältigung aktueller und zukünftiger Herausforderungen spielt Prävention eine Schlüsselrolle. Das Motto lautet: „Präventiv vor digital, vor ambulant, vor stationär.“ Es geht um einen Paradigmenwechsel: Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen alter Menschen. Prävention, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit müssen Hand in Hand gehen.

Der Verein Gesundheitsstadt Berlin, das Netzwerk für Berlin und Brandenburg hat im Vorfeld der Bundestagswahl renommierte Expert:innen eingeladen, ihre Vorstellungen und Positionen einer „besten Gesundheit“ für Deutschland aufzuschreiben. Allen gilt unser großer Dank. Und alle eint diese Vision: „Bis 2030 soll Jeder und Jede in Deutschland Zugang zu einer besseren, gerechteren Gesundheitsversorgung haben – unabhängig von Wohnort, Ressourcen oder Fachkräftemangel.“



Dr. Iris Hauth ist Vorsitzende von Gesundheitsstadt Berlin e. V.



Dr. Daniel Dettling ist Geschäftsführer von Gesundheitsstadt Berlin e. V.

Die zentralen Positionen:

- 1 Prävention und psychische Gesundheit stärken:** präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen verringern die individuelle Krankheitslast und tragen zur gesamtgesellschaftlichen Bewältigung der ökonomischen Folgen bei. Langfristig liegen die Einsparpotenziale bis zu 30 Prozent. Voraussetzung sind Anreizsysteme und Vergütungen für präventive Maßnahmen. Ein bundesweites Rahmenwerk ermöglicht differenzierte evidenz-basierte Angebote in den unterschiedlichen Lebenswelten. Gesundheitskompetenz müssen bereits in Kitas und Schulen gefördert werden.
- 2 Erhalt von Selbstständigkeit bis ins hohe Lebensalter:** Maßnahmen wie Screenings, Impfungen und aufsuchende Hausbesuche müssen zielgruppenspezifisch und über alle Lebensphasen hinweg angeboten werden. Förderung für den Wohnungsneubau für ältere Generationen, Verankerung von Community Health Nurses im SGB V.
- 3 Forschungs- und Innovationsstandort stärken:** weniger Bürokratie, mehr Vernetzung und Anreize, schneller Zugang zu klinischen Studien. Innovationsprogramme unterstützen Start-ups, Forschungsinstitute und Krankenhäuser.
- 4 Digitalisierung vorantreiben, Innovation und Forschung fördern:** Die E-Health-Branche in Deutschland braucht bessere finanzielle Rahmenbedingungen. Mehr digitale Kompetenz entlasten Patient:innen wie Personal. Ein staatlicher Investitionsfonds und gezielte Forschungsförderung können innovative Ideen schneller in die Praxis bringen.
- 5 Regionale Versorgung stärken:** Vernetzung und Kooperation bereits existierender Strukturen durch sektorenunabhängige Versorgungsstrukturen und -zentren ausbauen.
- 6 Versorgungssteuerung:** Das deutsche Gesundheitswesen braucht wirksame Formen der Patientensteuerung und Koordination.
- 7 Öffentlichen Gesundheitsdienst ausbauen** durch Vernetzung der verschiedenen Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen mit den lokalen Akteuren.
- 8 Smart Green Health fördern:** Der Gesundheitssektor und insbesondere die Krankenhäuser sind ein entscheidender Hebel, um die nationalen Klimaziele zu erreichen.
- 9 Bessere Krisenvorbereitung durch Gesundheitssicherheit:** Auch Deutschland braucht ein spezialisiertes Zentrum zur Koordination der Gesundheitssicherheitsaufgaben, angesiedelt an einer zivilen Gesundheitseinrichtung, eine Bevorratung von Material und Medikamenten durch eine Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) und regelmäßige Krisenübungen und strategische Patientenverlegung.
- 10 Global Health als Chance für Deutschland:** Gesundheitspolitik ist auch Außenwirtschaftspolitik. Mit dem World Health Summit verfügt Deutschland über eine der führenden Plattformen und kann neue Partnerschaften und Lösungen fördern.

1 Standort Deutschland

Chancen und Herausforderungen aus Sicht eines pharmazeutischen Unternehmens

Christian Lenz

Ausgangslage

Deutschland hat eine lange Tradition als starker Forschungsstandort, insbesondere in den Life Sciences. Mit Investitionen von 9,4 Milliarden Euro ist die Pharmaindustrie in Deutschland ein Schlüsselakteur in der Forschung und Entwicklung. Wir bei Pfizer Deutschland führen aktuell mehr als 70 interventionelle Studien durch, die sich auf ca. 360 Studienstandorte in Deutschland verteilen. Dabei liegt unser Schwerpunkt auf der Krebsforschung.

Allerdings hat der Forschungs- und Innovationsstandort Deutschland im internationalen Wettbewerb in den letzten Jahren kontinuierlich an Boden verloren, insbesondere bei der Durchführung klinischer Studien. Im Vergleich zu europäischen Spitzenreitern wie Dänemark oder Belgien finden in Deutschland deutlich weniger klinische Studien pro Einwohner:in statt (vfa/Kearney: Pharma Innovationsstandort Deutschland, 2023). Die Folge sind Wettbewerbsnachteile in der Translation. Zudem haben Patient:innen in Deutschland geringere Chancen an Studien teilzunehmen und damit einen schlechteren Zugang zu neuen, vielversprechenden Therapieansätzen, die für manche eine letzte Behandlungsoption darstellen können.

Es braucht dreierlei: Eine bessere Translation, einen optimierten Zugang zu Studien und mehr Anreize für ärztliches Personal. Hierfür sind starke, übergreifende Partnerschaften unerlässlich! Das vom Bundestag kürzlich auf Grundlage der sog. Pharmastrategie beschlossene Medizinforschungsgesetz (MFG) enthält für alle vorgenannten Punkte gute Ansätze, reicht aber nicht weit genug. Eine neue Bundesregierung muss hier deutlich nachschärfen.

»Es braucht dreierlei: Eine bessere Translation, einen optimierten Zugang zu Studien und mehr Anreize für ärztliches Personal.«

Translation von Wissenschaft in die Versorgung: Schlüssel für mehr Innovationen

Ein Schlüssel liegt darin, die Lücke zwischen Grundlagenforschung und klinischer Erprobung zu schließen – die sogenannte „Translationslücke“. Hier gibt es erheblichen Nachholbedarf in Deutschland. Das Kernproblem sind langwierige und komplexe Genehmigungsverfahren sowie zu lange Vertragsverhandlungen zwischen Sponsor und Prüfzentrum. Während letztere in Frankreich 24 bis 76 Tage betragen, sind es in Deutschland 128-298 Tage (vfa/Fraunhofer: Pharma F&E 2035 – Deutschlands Investitionsrahmen für die Zukunft, 2024). Unterschiedliche Vorgaben und Standards auf Ebene der Bundesländer erschweren den Prozess.

Standardisierung und Vereinheitlichung sind also wichtige Stellschrauben. Insbesondere die im MFG angelegten Standardvertragsklauseln für die Verträge zwischen Sponsor und Prüfzentrum sind ein wichtiger Baustein für mehr Geschwindigkeit. Die hierfür notwendige Rechtsverordnung sollte die neue Bundesregierung schnell auf den Weg bringen.

»Nur wenn es gelingt, die bürokratischen Hürden weiter zu reduzieren, die Standards zu vereinheitlichen, die relevanten Akteure noch enger zu vernetzen und die Anreize zu erhöhen, werden wir den Forschungs- und Innovationsstandort Deutschland dauerhaft stärken können.«

Sowohl für die Vermittlung von Patient:innen als auch für die Erbringung von Leistungen im Rahmen von klinischen Studien müssen bessere Anreize für Ärzt:innen geschaffen werden. Steuervorteile und die Gründung einer Translationsallianz können die Zusammenarbeit zwischen Hochschulen, außeruniversitären Forschungseinrichtungen und der Industrie weiter beschleunigen. Das kann die Überführung von Grundlagenforschung in die klinische Erprobung substantiell stärken.

Zudem muss das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine zentrale Anlaufstelle für klinische Prüfungen werden, so wie im MFG vorgesehen. Die neue Bundesregierung sollte dieses Vorhaben schnellstmöglich umsetzen. Wir versprechen uns von einem sogenannten „One-Stop-Shop“, also einer behördlichen Anlaufstelle, einen Bürokratieabbau bei neuen Forschungsvorhaben.

Zugang zu Studien erleichtern

Umfragen zeigen, dass in der deutschen Bevölkerung eine grundsätzliche Teilnahmebereitschaft an klinischen Studien besteht (vfa/Fraunhofer: Pharma F&E 2035 – Deutschlands Investitionsrahmen für die Zukunft, 2024). Gleichwohl ist Deutschland in Europa eines der Schlusslichter, wenn es um die Rekrutierung von Patient:innen geht. Auch hier lautet das Stichwort „Kooperation“: Der Ausbau von Studiennetzwerken unter Einbeziehung nicht-universitärer Einrichtungen und Facharztpraxen könnte Abläufe und Vertragsverhandlungen mit Sponsoren weiter vereinfachen. Ein übergreifendes, laienverständliches und leicht zugängliches Informationsportal würde den Zugang zu klinischen Studien deutlich erleichtern.

Fazit

Nur wenn es gelingt, die bürokratischen Hürden weiter zu reduzieren, die Standards zu vereinheitlichen, die relevanten Akteure noch enger zu vernetzen und die Anreize zu erhöhen, werden wir den Forschungs- und Innovationsstandort Deutschland dauerhaft stärken können. Dafür müssen die im MFG angelegten Maßnahmen zügig umgesetzt und, wie aufgezeigt, deutlich nachgeschärft werden. Denn Forschung ist Fortschritt, und in unserem medizinischen Bereich bedeutet Fortschritt nicht selten Überleben.



Dr. med. Christian Lenz, MSc (Pharm Med) ist Medizinischer Direktor von Pfizer Deutschland.

Finanzierung, Primärversorgung, Gesundheitsberufe und Telemedizin: Vier Schlüsselbereiche für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Dominik Alscher, Irina Cichon, Amelie Montigel und Katja Vonhoff

Vier Schlüsselbereiche für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem:

Sektorenübergreifende Finanzierung:

Eine Harmonisierung der Finanzierungsmechanismen ist dringend notwendig. Ziel muss es sein, eine nahtlose Patientenversorgung durch die bedarfsgeleitete Verknüpfung von Budgets für ambulante und stationäre Leistungen sowie SGB-übergreifende Finanzierungen zu ermöglichen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten einen flexiblen Mitteleinsatz ermöglichen und innovative Modelle fördern, die integrierte Versorgung und Kooperation honorieren. So werden finanzielle Fehlanreize abgebaut und eine patientenzentrierte Versorgung in den Mittelpunkt gestellt. Praxisnahe Ansätze können durch Pilotprojekte an der Schnittstelle von SGB V und SGB XI evidenzbasierte Nachweise für eine nachhaltige Umsetzung liefern.

Stärkung der Primärversorgung/PORT-Gesundheitszentren:

Eine effektive Primärversorgung orientiert sich an den Bedürfnissen der Bürger:innen, indem sie wohnortnah, umfassend und präventiv ausgerichtet ist. Nur durch Stärkung des Segments Prävention können die ansteigenden Gesundheitskosten wirksam gebremst werden. Dazu ist die Schaffung von Primärversorgungszentren entscheidend. Diese interprofessionellen Einrichtungen ermöglichen eine ganzheitliche und sektorenübergreifende Versorgung, insbesondere in strukturschwachen und sozial benachteiligten Regionen. Digitale Unterstützung trägt dazu bei, Versorgungslücken zu schließen und eine umfassende Versorgung „aus einer Hand“ zu gewährleisten.

Gesundheitsförderung und Prävention sind essenzielle Bestandteile dieser Zentren, um langfristig die Belastung des Gesundheitssystems zu reduzieren. Die bundesweite Förderung von PORT-Gesundheitszentren durch den Bosch Health Campus zeigt deren Potential. Zur Förderung solcher Zentren bedarf es rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen, einschließlich angepasster Vergütungsmodelle und einer offenen Trägervielfalt, um die Primärversorgung in Deutschland nachhaltig zu stärken.

Stärkung der Gesundheitsberufe/Community Health Nursing (CHN):

Angesichts des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels und der steigenden Komplexität der Versorgungsbedarfe ist eine Neuausrichtung und Stärkung der Gesundheitsberufe, insbesondere durch die Einführung von Community Health Nursing (CHN), ein zentraler Ansatz. CHNs übernehmen als qualifizierte Ansprechpartner:innen Aufgaben wie Ersteinschätzungen, Gesundheitsberatungen, die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Behandlung von Bagatellerkrankungen. Dadurch entlasten sie Ärzt:innen und anderen Gesundheitsberufe erheblich. Für die Etablierung von CHNs sind gesetzliche Regelungen erforderlich, darunter die Verankerung im SGB V, die Ausübung selbstständiger Heilkundentätigkeiten und die Finanzierung von CHN-Stellen.

Darüber hinaus ist ein modernes, heilberufliches Ausbildungsgesetz notwendig, das eine Teil-Akademisierung der Pflegeberufe und die Qualifikation von CHNs auf Masterniveau sicherstellt.

»Die Förderung digitaler Kompetenzen bei Gesundheitsfachkräften und in der Bevölkerung ist unerlässlich, um Akzeptanz und effektive Nutzung digitaler Lösungen sicherzustellen.«

Community Health Nurses stärken insbesondere die Gesundheitsförderung, Prävention und nicht-klinische Versorgung und tragen damit entscheidend zu einer patientennahen und entlastenden Primärversorgung bei.

Digitale Transformation/Telemedizin:

Die Digitalisierung bietet enorme Potenziale für eine effizientere, patientenorientierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Um dieses Potenzial zu nutzen, bedarf es gezielter Maßnahmen zur Implementierung, Standardisierung und Sicherstellung des Datenschutzes. Die Interoperabilität digitaler Systeme ist entscheidend, um Datennutzung, Forschung und hybride Versorgungsmodelle in Krankenhäusern und der Primärversorgung zu fördern. Die Integration digitaler Technologien und Telemedizin in die Regelversorgung erfordert den Ausbau der digitalen Infrastruktur sowie klare rechtliche Rahmenbedingungen, etwa zur Vergütung digitaler Leistungen und Unterstützung von Leistungserbringern bei deren Implementierung.

Hybride Versorgungsmodelle, die Präsenzversorgung und Telemedizin kombinieren, sowie telemedizinische Netzwerkstrukturen sollten gezielt ausgebaut werden, um Versorgungslücken zu schließen. Investitionen in Schlüsseltechnologien wie KI, Robotik und IT-Infrastruktur sind essenziell. Die Förderung digitaler Kompetenzen bei Gesundheitsfachkräften und in der Bevölkerung ist unerlässlich, um Akzeptanz und effektive Nutzung digitaler Lösungen sicherzustellen.

Fazit:

Diese genannten Schlüsselbereiche sind Beispiele für innovative Lösungsansätze und notwendige politische Weichenstellungen, um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfähig zu gestalten. Unter dem Leitprinzip „präventiv vor digital, vor ambulant, vor stationär“ können diese Maßnahmen dazu beitragen, auch unter wirtschaftlichem Druck eine qualitativ hochwertige, bezahlbare und patientenorientierte Versorgung sicherzustellen.



Prof. Dr. med Mark Dominik Alscher,
Irina Cichon, Amelie Montigel,
Dr. Katja Vonhoff – Bosch Health Campus

Über Bosch Health Campus

Der Bosch Health Campus (BHC) der Robert Bosch Stiftung setzt sich für ein modernes, patientenorientiertes und bezahlbares Gesundheitssystem in Deutschland ein. Wir erarbeiten konkrete Ideen und Impulse, die politische Akteur:innen für die Politikgestaltung und Gesetzgebungsprozesse aufgreifen können. Unser Ziel ist es, Gesundheitsversorgung zu verbessern und zukunftsfähig zu gestalten. Es bedarf neuer Ansätze und digitaler Innovationen, um die genannten Herausforderungen zu bewältigen. Ein zentraler Leitgedanke sollte der „Health in all policies“-Ansatz sein, der Gesundheitsaspekte in alle Politikfelder integriert.

2

Gesundheitsregionen

Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Regionale Gesundheitszentren als zukunftsweisendes Modell

Ulrike Elsner

Die demografische Entwicklung, der zunehmende Fachkräftemangel und Unterschiede im Versorgungsangebot zwischen Stadt und Land sind einige der zentralen Herausforderungen für das Gesundheitssystem von morgen. Während Großstädte meist überversorgt sind, kämpfen einige ländliche Regionen mit Versorgungsproblemen. Dieser Befund ist nicht neu. Herkömmliche Methoden wie finanzielle Anreize boten bisher keine nachhaltige Lösung. Um die Gesundheitsversorgung auf dem Land für die Zukunft fit zu machen, müssen Lösungen für den Mangel an Gesundheitsfachkräften und den sich verändernden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft gefunden werden. Die Ersatzkassen haben sich deshalb auf die Fahnen geschrieben, die ambulante Versorgung vor Ort pragmatisch und technologiegestützt weiterzuentwickeln. Unser Ansatz ist, die Vernetzung und Kooperation bereits existierender Strukturen auszubauen, vorhandene personelle Ressourcen auch mit telemedizinischen Tools effizient zu nutzen und gezielt mehr Behandlungsangebote aus einer Hand zentral an einem Ort zu schaffen. Mit den „Regionalen Gesundheitszentren“ (RGZ) verfolgt der vdek ein Organisationsmodell, das einen vollumfänglichen Versorgungsansatz über verschiedene Leistungsbereiche hinweg unter einem Dach ermöglicht und Effizienzreserven nutzt.

»Mit den >Regionalen Gesundheitszentren< (RGZ) verfolgt der vdek ein Organisationsmodell, das einen vollumfänglichen Versorgungsansatz über verschiedene Leistungsbereiche hinweg unter einem Dach ermöglicht und Effizienzreserven nutzt.«

Vernetzung und Kooperation für die ländliche Versorgung

In RGZ kann die Mehrheit aller Behandlungsanlässe ambulant versorgt werden. Grundpfeiler ist die hausärztliche Primärversorgung. Um als primäre Ansprechpartner:innen der Patient:innen zu fungieren, müssen in jedem RGZ mindestens vier Hausärzt:innen vertreten sein. Dies gewährleistet, dass RGZ über die heute üblichen Sprechstundenzeiten hinaus erreichbar sind, wodurch auch die bestehenden Strukturen der Notfallversorgung entlastet werden. Die personelle Ausstattung erlaubt zudem flexible und moderne Arbeitsmodelle für das ärztliche Personal und schafft somit Arbeitsbedingungen, die für junge Ärzt:innen attraktiv sind. Verknüpft wird die hausärztliche Versorgung mit einer fachärztlichen Grundversorgung (im Regelfall Internist:innen, Orthopäd:innen und (konservativ tätige) Augenärzt:innen oder Psychotherapeut:innen), sodass fachübergreifende Behandlungskonzepte direkt am RGZ umgesetzt werden können. Ergänzt werden können sie durch spezialisierte Fachärzt:innen oder auch ambulante OP-Zentren. Oft ist die ärztliche Therapie jedoch nur ein Baustein der Behandlung. Daher sind mindestens zwei Angehörige weiterer medizini-

»Auch hinsichtlich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten können in RGZ neue Standards gesetzt und Effizienzpotentiale gehoben werden.«

scher Fachberufe wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Hebammen und Pflegekräfte in jedem RGZ beschäftigt. Auf diese Weise werden der fachliche Austausch zwischen Ärzt:innen und anderen medizinischen Berufen gestärkt und Behandlungsabläufe vereinfacht.

Auch hinsichtlich der Delegation ärztlicher Tätigkeiten können in RGZ neue Standards gesetzt und Effizienzpotentiale gehoben werden – medizinische Fachangestellte werden viel stärker entsprechend ihrer Kompetenzen eingesetzt und Ärzt:innen von Verwaltungstätigkeiten entlastet. Über einen Telerucksack telemedizinisch mit den behandelnden Ärzt:innen verbunden, können MFA bspw. Hausbesuche übernehmen. Dabei führen sie einfache Untersuchungen durch oder erheben Gesundheitsparameter, wie z. B. Blutdruckwerte. Diese Entwicklung erlaubt nicht nur effizienteres Arbeiten, sie wertet auch den Beruf der MFA auf und sorgt so für mehr Motivation und Freude an der Arbeit. Auf jeden vollen Hausarztsitz im RGZ kommt somit mindestens ein:e besonders qualifizierte:r Praxisassistent:in. Zukünftig könnten dort auch neu ausgebildete Physician Assistants selbstständig Anamnesen vornehmen und Behandlungen durchführen.

In vielen Fällen können auch Eingriffe in RGZ und somit ambulant stattfinden. Die regelmäßig vorzuhaltenden Bettenkapazitäten können durch eine Kooperation mit Krankenhäusern im nahen räumlichen Umfeld realisiert werden. Darüber hinaus ist auch eine vollständige oder teilweise Umwandlung von kleinen, derzeit nicht wirtschaftlichen Krankenhäusern zu RGZ denkbar, sofern diese in ländlich unterversorgten Regionen liegen.

Ländliche Regionen auch in Zukunft gut versorgen

Die Ersatzkassen setzen das Modell bereits mit einigem Erfolg als Vertragspartner um. Bis 2024 konnten mit engagierten Partnern RGZ modellhaft in Nordrhein-Westfalen, Brandenburg und Niedersachsen etabliert werden. Weitere Standorte, die von den Erfahrungen der ersten Regionen profitieren, sind in Planung. Da die Bündelung und Vernetzung der Gesundheitsversorgung gerade im ländlichen Raum effiziente und zukunftsgerichtete Versorgungsstrukturen für alle Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung schafft, sollte in der nun kommenden Legislaturperiode für solcherart Versorgungszentren gesetzlich ein kollektivvertraglicher Rahmen geschaffen werden.



Ulrike Elsner ist Vorstandsvorsitzende des vdek.

Weniger Mikromanagement, mehr Freiräume für die Versorgung vor Ort

Carola Reimann

Unser Gesundheitswesen steht vor besonderen Herausforderungen. Wir erleben einen demografischen Wandel mit deutlich spürbaren Auswirkungen auf den Arbeits- und Fachkräftemarkt. Dieser führt zudem zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, so dass sich auch die Anforderungen an die medizinische Versorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter und sektorenübergreifender Gestaltungsansatz. Allerdings hemmen starre und zum Teil nicht mehr zeitgemäße sektorale Rahmenbedingungen die dringend notwendigen Transformationsprozesse. In der Folge werden die finanziellen und personellen Ressourcen in unserem Gesundheitssystem immer weniger wirksam und nicht nachhaltig eingesetzt. Wir finanzieren zudem zu häufig reformbedürftige Strukturen, deren Ergebnisse den erheblichen Mitteleinsatz weder für die Patientinnen und Patienten noch für die Beitragszahlenden rechtfertigen.

Regionale Akteure zur Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort befähigen

Zukunftsweisende Perspektiven liegen daher auch in Lösungsansätzen, die den regionalen Akteuren Handlungsfreiraum geben. Sie, die vor Ort die notwendigen Kenntnisse, Kontakte und den Überblick haben, sollten auf Grund der regionalen Bedarfe und Gegebenheiten die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln. Konkret in Gesetze geschriebene und detailreich formulierte bundesweite „Blaupausen“ für neue Versorgungsformen helfen regional nicht weiter und können daher vielfach nicht zielführend umgesetzt werden.

Ein Beispiel sind die bestehenden Regelungen für Selektivverträge. Sie konnten nur in wenigen Ausnahmefällen ausreichend Relevanz für eine strukturelle Weiterentwicklung der Versorgung entfalten – nämlich nur dann, wenn besonders engagierte Vertragspartner mit sehr viel Aufwand überaus aktiv waren. Andernorts stoßen die Akteure vor Ort bei der Umsetzung regionaler Versorgungsprojekte immer wieder auf rechtliche Limitationen. Bereits einzelne Vertragsärzte können eine Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlungen blockieren, auch wenn sie seit Jahren den regionalen Behandlungsbedarf nicht abdecken können.

Neue Rechtsgrundlage für regional ausgerichtete sektorenunabhängige Versorgung schaffen

Damit die Krankenkassen ihrer Versorgungsaufgabe gerecht werden können, schlägt die AOK-Gemeinschaft eine neue Rechtsgrundlage für eine regional ausgerichtete sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV) vor. Die Kranken- und Pflegekassen sollen mit Leistungserbringenden eine neue Form von Verträgen zur Etablierung und Ausgestaltung von Gesundheitsregionen schließen können. So entsteht für alle Beteiligten die nötige Gestaltungsfreiheit, so können die Zweiteilung zwischen Regelversorgung und selektiven Ergänzungen aufgelöst und regionale Versorgungsinitiativen nachhaltig wirksam implementiert werden.

»Damit die Krankenkassen ihrer Versorgungsaufgabe gerecht werden können, schlägt die AOK-Gemeinschaft eine neue Rechtsgrundlage für eine regional ausgerichtete sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV) vor.«

Um alle wesentlichen Akteure auf der regionalen Ebene einbinden zu können – also auch Einrichtungen der Langzeitpflege (nach SGB XI) und Kommunen – sollten den Beteiligten zum Abschluss dieser Verträge mehr Freiräume eröffnet werden, als es bei den Verträgen zur Besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) der Fall ist. Kernelemente des von uns vorgeschlagenen neuen Versorgungsvertragstypus sind:

- ein offen formulierter Versorgungsgegenstand ohne Einschränkung durch Rahmenverträge auf Bundesebene, der einen weiten Kreis möglicher Vertragspartner anspricht, also auch Kommunen und Einrichtungen der Langzeitpflege,
- die Möglichkeit zum Abweichen von bestimmten Regelungen der sektoralen Versorgung, die inhaltliche Anschlussfähigkeit an vorhandene Versorgungsstrukturen und neue Versorgungselemente wie sektorenübergreifende Versorger oder Ansätze aus erfolgreichen Projekten des Innovationsfonds,
- ein offener Zugang für alle Krankenkassen (Beitrittsrecht),
- die Möglichkeit zur Überführung in die Regelversorgung durch Option auf „Allgemeinverbindlichkeit“ des Versorgungsvertrags (Erstreckungsbefugnis auf alle Kassen ab einer Versichertenabdeckung von 70 Prozent),
- die Beseitigung von Hürden bei der KV-Zulassung und Bedarfsplanung,
- ein Bereinigungsgebot zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung,
- keine Verpflichtung der Versicherten zur Einschreibung.

Sektorengrenzen überwinden

Dieser skizzierte Rechtsrahmen ermöglicht es innovativen Akteuren, mit entsprechenden Vertragsabschlüssen voranzugehen. Kollektive Blockademöglichkeiten oder Vetorechte werden so vermieden. Die regionalen Akteure sind damit in der Lage, die Versorgung vor Ort sektorenunabhängig auf die spezifischen Problemlagen auszurichten und dauerhaft zu gewährleisten.

Sektorenübergreifende Versorger (SüV), die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführt worden sind – konkret mit den Regelungen des § 115g SGB V – passen inhaltlich zu dieser Strategie. Sowohl in ländlichen Regionen als auch in Ballungsgebieten können sie eine zentrale Rolle übernehmen, um die regionale und interprofessionelle Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Regelungen im KHVVG bedür-

fen dabei allerdings noch einer weiteren Konkretisierung: So sollte die Verpflichtung des Angebots vollstationärer Behandlungen entfallen und die Vergütung auf der Basis bestehender Entgeltsysteme erfolgen.

»Die regionalen Akteure sind damit in der Lage, die Versorgung vor Ort sektorenunabhängig auf die spezifischen Problemlagen auszurichten und dauerhaft zu gewährleisten.«

SüV können auch zur Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte einen wesentlichen Beitrag leisten und somit die Effizienz im Gesundheitssystem steigern. Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass viele stationäre Behandlungen auch ambulant durchgeführt werden können. So sanken die Krankenhausaufnahmen wegen geringgradiger Herzinsuffizienz, mäßiger Hypertonie und anderen sogenannten ambulant sensitiven Fällen um bis zu 50 Prozent. Solche Fälle können in SüV ohne Qualitätsverlust behandelt werden. Dies vor allem deshalb, weil diese Patientinnen und Patienten vor allem pflegerische und keine ärztliche Versorgung rund um die Uhr benötigen. Sie können durch SüV eine gut erreichbare ambulante Akutversorgung erhalten und so besser betreut werden. Auch die Anschlussbehandlung kann durch interprofessionelle Versorgung optimal organisiert werden. Dies kann die Belastung von Ärzten und Pflegefachpersonen in Krankenhäusern verringern und wäre ein wichtiger Schritt, um die knappen personellen Ressourcen nachhaltiger einzusetzen.



Dr. Carola Reimann ist Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes.

Für mehr Gesundheit und eine zukunftsgerichtete Versorgung

Luth Hager

Unser Kompass für die Neuausrichtung

Die Gesundheitsversorgung wird mit einem „Weiter-so“ nicht funktionieren. In zentralen Bereichen hat unser Gesundheitssystem bereits den kritischen Punkt überschritten: Finanzierungsdruck, Fachkräftemangel, Regelungsdichte und regionale Versorgungsunterschiede. Diese Überlastung und Übernutzung des Systems und schadet im Endeffekt allen, insbesondere den Patient:innen. Ein solidarisches, leistungsfähiges und nachhaltig finanziertes Gesundheitssystem ist jedoch ein zentraler Bestandteil unseres Gesellschafts- und Generationenvertrags, für den die Politik sowie alle Akteure im Gesundheitswesen gemeinsam Verantwortung tragen. Ein solches System muss nicht nur den Patient:innen dienen, sondern auch ein attraktives Arbeitsumfeld und einen verlässlichen Wirtschaftsrahmen bieten.

Kleinteilige Anpassungen genügen nicht – es bedarf einer Neuausrichtung, die gleichzeitig im laufenden Betrieb umsetzbar ist. Ein Schlüssel ist dabei das Aufbrechen überbordender Regulierungen und eine Abkehr von kontrollwirtschaftlichem Denken und schablonenhaften Regelungen. Ein zweiter Schlüssel sind klare Rahmenbedingungen und Instrumente, die die Richtung vorgeben und Kooperation, Koordination und Patientenzentrierung als Gestaltungsprinzipien etablieren. Die kommende Legislaturperiode bietet die Chance, Lösungen umzusetzen, die darüberhinaus hinaus Bestand haben.

Digitale Transformation nutzen und beschleunigen

Die Digitalisierung bietet große Chancen, Prozesse zu optimieren, die Patientenerfahrung zu verbessern und Ressourcen zu schonen. Eine moderne Telematikinfrastruktur (TI) bildet die Grundlage für ein digitales Ökosystem, das alle Akteure vernetzt, Therapien personalisiert und Patient:innen aktiv einbindet. Um dies zu erreichen, braucht es klare Standards, Interoperabilität und europäische Anbindung. Gesundheitsdaten sind wertvolle Ressourcen. Sie müssen sicher, transparent und nutzbringend eingesetzt werden – mit Fokus auf Datennutzung statt reiner Datenschutzregulierung. Patient:innen sollten jederzeit Zugriff auf ihre Daten haben und nachvollziehen können, wie diese genutzt werden. Gleichzeitig muss die digitale Versorgung rechtlich gleichgestellt werden, um innovative Modelle flächendeckend zu etablieren.

Digitale Lösungen wie patientenzentrierte Navigation und symptomgestützte Triage verbessern den Zugang und entlasten das System. Digitale Gesundheitskompetenz für Bevölkerung und Fachkräfte ist ebenso wichtig wie politisches Leadership, um erfolgreiche Ansätze anderer Länder zu übernehmen.

»Gesundheitsdaten sind wertvolle Ressourcen. Sie müssen sicher, transparent und nutzbringend eingesetzt werden – mit Fokus auf Datennutzung statt reiner Datenschutzregulierung.«

Schwerpunkt Gesunderhaltung setzen

Gesundheitsförderung und Prävention müssen systematisch gestärkt werden, um das System zu entlasten. Maßnahmen wie Screenings, Impfungen und aufsuchende Hausbesuche sollten zielgruppenspezifisch und über alle Lebensphasen hinweg angeboten werden. Besonders vulnerable Gruppen müssen dabei stärker berücksichtigt werden.

Eine nationale Initiative zur Gesundheitskompetenz kann Eigenverantwortung fördern und Prävention in Schulen, Betrieben und Kommunen verankern. Public Health-Maßnahmen, etwa Zuckersteuer, strengere Alkoholwerbung oder Tabakkontrolle, müssen werden.

Bedarfs- und nutzenorientierte Versorgung

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem richtet sich konsequent an den Bedarfen der Bevölkerung und dem erzielbaren Nutzen aus. Value-Based Care muss die Mengenorientierung ablösen und qualitative, erfolgsabhängige Vergütungssysteme etablieren. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) sollten als Standards in der Versorgung etabliert werden.

Eine vernetzte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg schließt Versorgungslücken und verbessert die Effizienz. Komplexe Eingriffe sollten regional konzentriert und bedarfsgerecht geplant werden. Ein ausgebautes Innovationssystem muss neue Versorgungsmodelle schnell in die Regelversorgung überführen. Vorausschauende Bedarfsplanung durch regionale Analysen sorgt für gezielte Investitionen.

Neue Instrumente der Versorgungssteuerung und -koordination

Primär- und Grundversorgung müssen als System organisiert werden, mit einer „digitalen Eintrittstür“ als 24/7-Anlaufstelle. Primärversorgungszentren bieten koordinierte, multiprofessionelle Versorgung und fungieren als zentrale Anlaufstellen für Akut-, Präventions- und Rehabilitationsleistungen.

Regionale Versorgungsnetze brauchen gesetzliche Freiräume und alternative Vergütungsmodelle, um sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Care- und Case-Management sowie Patientenlotsen müssen als Regelversorgung etabliert werden. Disease Management Programme (DMPs) sollten ausgebaut, digital unterstützt und verbindlich integriert werden.

Neue Formen der Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist der Schlüssel zu einer effektiveren Versorgung. Pflegekräfte, Therapeut:innen und andere Gesundheitsfachberufe benötigen erweiterte Kompetenzen, um eigenständige Aufgaben übernehmen zu können. Ein „Continuum of Care“ verbindet präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen und verbessert so die Versorgungsqualität, besonders bei chronischen Erkrankungen. Die Anerkennung der Pflege als selbstverwaltete Berufsgruppe steigert die Attraktivität des Pflegeberufs und fördert innovative Versorgungsmodelle. Interprofessionelles Lernen, verpflichtend in der Ausbildung, bereitet Gesundheitsfachberufe auf die moderne, patientenzentrierte Versorgung vor.



Prof. Dr. Lutz Hager ist ist Vorstandsvorsitzender Bundesverband Managed Care e.V. und Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule – The Mobile University.

Das Impulspapier zur Bundestagswahl 2025 des Bundesverbands Managed Care finden Sie in voller Länge auf der BMC-Website unter → <https://www.bmcev.de/publikationen/positionen/>



Public Health

Geopolitik und Gesundheitswirtschaft: eine Chance für Deutschland

Ilona Kickbusch

Die globale Gesundheitswirtschaft ist ein wichtiger Motor für Entwicklung, Innovation und Arbeitsplätze. Gesundheitskosten sind aber auch eine enorme Belastung für alle, die von Armut betroffen oder bedroht sind. So wurden nach Kalkulationen der Weltbank mehr als eine halbe Milliarde Menschen in die Armut gedrängt, weil sie während der COVID-19 Pandemie Gesundheitsleistungen aus eigener Tasche bezahlen müssen. Wir müssen daher verstärkt in Richtung einer universellen Gesundheitsversorgung investieren, wie es die Ziele für Nachhaltige Entwicklung vorgeben und die Mitgliedsländer der Vereinten Nationen im September 2024 nochmals bestätigt haben.

Ein 10 Trillionen Dollar-Markt

Die WHO-Prognose für das weltweite Wachstum des Gesundheitssektors bis 2030 liegt bei 5,9 % p.a., im Digital-Health-Sektor wird noch grösseres Wachstum erwartet. Die globale Gesundheitswirtschaft ist unverzichtbar, um die wirtschaftliche und soziale Stabilität weltweit zu sichern – das sehen die Schwellen- und Entwicklungsländer sehr klar. Deutschland und die Europäische Union müssten diesem Interesse folgen und entsprechende Partnerschaften priorisieren.

Es steht in den kommenden Jahren eine signifikante auch geographische Ausweitung des derzeit ca. zehn Trillionen US-Dollar (ca. zehn Billiarden Euro) großen globalen Gesundheitsmarktes bevor. Und der Markt wird zunehmend auch von geopolitischen Dimensionen mitbestimmt – gerade Gesundheitslieferketten werden von Strategien wie „ally and friendshoring“ bestimmt sowie einem verschärften Konkurrenzdruck mit geopolitischen Vorzeichen. Wer also wird in diesen „neuen“ Gesundheitsmärkten reüssieren? Deutschland kann eine wichtige politische und ökonomische Rolle einnehmen, besonders in Hinblick auf soziale Dimensionen des Gesundheitsmarktes. Voraussetzung ist eine Strategie, die auch den Privatsektor (auch die vielen Mittelstandsunternehmen) sowie die vielen lokalen und regionalen Innovationshubs in Deutschland mit einbezieht.

Deutschland spielt eine Schlüsselrolle

Deutschland spielt auf internationaler Ebene eine Schlüsselrolle – sowohl als wirtschaftliche Drehscheibe als auch als Innovationsmotor. Dies sollte ein wichtiger Bestandteil einer neuen deutschen globalen Gesundheitsstrategie sein. Deutschland ist ein weltweit führender Exporteur von Medizintechnik, Pharmazeutika und Gesundheitsdienstleistungen. Auch wenn Deutschland stark zur Selbstkritik neigt: deutsche Unternehmen und Forschungseinrichtungen sind Vorreiter in der Entwicklung von Technologien wie Robotik in der Chirurgie, digitaler Gesundheit (z. B. E-Health) und Impfstoffen. Dies zeigte sich besonders in der COVID-19-Pandemie, in der deutsche Unternehmen wie BioNTech eine Schlüsselrolle spielten und der ersten Corona-PCR-Test in Rekordzeit an der Berliner Charité entwickelt wurde.

Eine neue Strategie sollte aufzeigen, wie etablierte (wie die Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation) sowie neuartige Investitionen in die internationale Zusammenarbeit Hand in Hand gehen mit nationalen und europäischen Gesundheitsinvestitionen. Auf europäischer Ebene müsste eine Verbindung mit den Draghi-Zielen und dem Ansatz zu einer European Health Union gewährleistet sein. Auf nationaler Ebene gilt besonderes Augenmerk den Investitionen in digitalen Gesundheitslösungen; der verbesserten Finanzierung von Forschung und Entwicklung sowie der schnelleren Überführung von Forschungsergebnissen in marktfähige Produkte und Technologien. Inhaltlicher Schwerpunkte könnten in der Diagnostik und der Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen liegen.

Vorbild Dänemark

Eine solche Strategie bedarf der Zusammenarbeit vieler Partner. Hilfreich kann ein Blick nach Dänemark sein. Dort fördert die dänische Regierung eine Organisation *Healthcare Denmark*, eine gemeinnützige, öffentlich-private Partnerschaft, die starke Gesundheitsinstitutionen (sogenannte *strongholds*), Fachwissen und Innovationen im dänischen Gesundheitswesen und in den Biowissenschaften fördert. Sie macht dänische Lösungen weltweit bekannt und es gibt an einigen dänischen Botschaften sogenannte Gesundheitsbotschafter, die mit internationalen Partnern das Gespräch suchen. Eingebunden sind verschiedene dänische Ministerien, die dänischen Regionen, die Wirtschaftsverbände sowie einige Firmen.

→ <https://healthcaredenmark.dk>

»Mit dem World Health Summit hat Deutschland eine der führenden Plattformen für globale Gesundheit und ist auch deshalb in einer guten Position, um neue Partnerschaften und Lösungen zu fördern.«

Für eine neue globale Gesundheitsstrategie bedarf es also von Seiten der Bundesregierung eine Vielzahl von Ministerien, Nicht-Regierungsorganisationen und eine breite Gruppe von Partnern aus dem privaten Sektor. Das ist auch der Ansatz der nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. Die *German Health Alliance* oder auch lokale Vernetzungen wie *Berlin Partners* und *Gesundheitsstadt Berlin* können als *strongholds* beitragen. Mit dem World Health Summit hat Deutschland eine der führenden Plattformen für globale Gesundheit und ist auch deshalb in einer guten Position ist, neue Partnerschaften und Lösungen zu fördern. Mit klaren Strategien für die Förderung technologischer Innovationen, Digitalisierung, Fachkräftesicherung und globaler Zusammenarbeit könnte Deutschland nicht nur den heimischen Gesundheitsmarkt stärken, sondern auch weltweit als Vorbild und Partner agieren. Und als wichtige Stimme für ein universell zugängliches Gesundheitssystem.



Professor Ilona Kickbusch ist eine der führenden Expertinnen für globale Gesundheit und Beraterin des Generaldirektors der WHO, Council Chair des World Health Summit in Berlin und Vizepräsidentin des European Health Forum Gastein, Honorarprofessorin an der Charité und Trägerin des Bundesverdienstkreuzes.

Mehr Koordination und Orientierung in der Versorgung

Klaus Reinhardt

Das deutsche Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen, die sich vor allen Dingen aus der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und damit auch des medizinischen Personals ergeben. Die sogenannte doppelte demografische Krise wird dazu führen, dass dem Gesundheitswesen schon in wenigen Jahren eine deutlich geringere Zahl von Fachkräften zur Verfügung stehen wird, um eine deutlich größere Zahl von älteren, oftmals komplex und multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten zu versorgen.

Unser Gesundheitssystem muss auf diese Herausforderung reagieren. Bleiben wir untätig, steuert das Land auf einen akuten Versorgungsnotstand hin mit gravierenden Auswirkungen auf fast alle Gesellschaftsbereiche. Dies ist gerade auch im Hinblick auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden in unserem Land besorgniserregend. Es ist eine vordringliche Aufgabe aller Akteure im Gesundheitswesen, die Gesundheitsversorgung unvoreingenommen und mit Bereitschaft für Veränderungen neu zu denken.

Kaum gesteuerter Zugang zur Regel- und Notfallversorgung

Wie können wir also bei begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen eine qualitativ hochwertige Versorgung dauerhaft und flächendeckend sicherstellen? Ein wichtiger Ansatz ist es, die vorhandenen Ressourcen durch eine bessere Patientensteuerung zielgerichteter einzusetzen. Das deutsche Gesundheitswesen ist wie wenige andere von einem kaum gesteuerten Zugang und einer unstrukturierten Inanspruchnahme gekennzeichnet. Vor dem Hintergrund immer komplexerer Krankheitsbilder, Krankheitsverläufe und Behandlungsmöglichkeiten stellt dieser weitgehende Steuerungsverzicht für viele Menschen eine Überforderung dar. Das gilt insbesondere für besonders vulnerable Patientengruppen.

»Das deutsche Gesundheitswesen braucht wirksame Formen der Patientensteuerung und Koordination.«

Ärztetag berät Versorgungssteuerung

Vor diesem Hintergrund hat der 128. Deutsche Ärztetag in diesem Jahr das Thema „Versorgungssteuerung“ als Schwerpunktthema eingehend beraten. Nahezu einhellig haben die Abgeordneten konstatiert, dass das deutsche Gesundheitswesen wirksame Formen der Patientensteuerung und Koordination braucht. Sie sprechen sich mit großer Mehrheit für eine patientengerechtere und effektivere Steuerung der Gesundheitsversorgung ausgesprochen. Patientinnen und Patienten sollten eine bestimmte Arztpraxis – in der Regel eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt – als verbindliche erste Anlaufstelle wählen. Diese übernimmt die medizinische Grundversorgung und Erstberatung und koordiniert weitere Behandlungsschritte.

In bestimmten Bereichen, z. B. in der gynäkologischen und augenärztlichen Versorgung, soll der unmittelbare Zugang zur fachärztlichen Versorgung erhalten bleiben. Auch kann bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Erkrankung die Behandlungscoordination durch die behandelnde Fachärztin bzw. den behandelnden Facharzt erfolgen. Die freie Arztwahl bleibt erhalten, weil die Teilnahme an diesem System freiwillig ist.

»Patientinnen und Patienten sollten eine bestimmte Arztpraxis – in der Regel eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt – als verbindliche erste Anlaufstelle wählen.«

Digitalisierung ausbauen, Gesundheitssystemkompetenz fördern

Unstrittig ist, dass eine gelingende Versorgungssteuerung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist. Wesentlich ist zum einen eine umfassende Digitalisierung, die Datenaustausch und Kommunikation zwischen den Akteuren ermöglicht und Systemkompatibilität gewährleistet. Dazu gehören auch Technologien wie telemedizinische Anwendungen und (potenziell) künstliche Intelligenz, die Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Tätigkeit unterstützen.

Jenseits aller Fragen der konkreten Ausgestaltung im Detail muss das Steuerungssystem von den Bürgerinnen und Bürgern gekannt, akzeptiert und genutzt werden. Dies erfordert, dass Informationen über die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen zielgruppengerecht in alle Bevölkerungsschichten und Altersgruppen vermittelt werden müssen.

Wichtig sind zudem Anreize, wie eine attraktive Ausgestaltung der Versorgungsangebote, kurze Wartezeiten, gegebenenfalls aber auch monetäre Incentivs, wie zum Beispiel attraktive Krankenkassenwahltarife.

Die Bundesärztekammer hat im Anschluss an den 128. Deutschen Ärztetag 2024 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die ein Konzept für eine sinnvolle Versorgungssteuerung auf Basis der Beschlüsse des Ärztetags erörtern und weiterentwickeln soll. Ziel ist ein Konzeptpapier, das sowohl die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch die Expertise derjenigen zusammenführt, die tagtäglich in der Patientenversorgung tätig sind.

Die Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens ist eine Gemeinschaftsaufgabe, der wir uns alle stellen müssen.



Dr. Klaus Reinhardt ist Präsident der Bundesärztekammer, Vizepräsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe und seit 1993 niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin.

4 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Bevölkerungsmedizin 2030 für Deutschland

Nicolai Savaskan

»Public health is a powerful tool to level that playing field, to bend the arc of our country away from distrust and disparities and back towards equity and justice.«

Leana S. Wen, former health commissioner for Baltimore City

Deutschland steht vor gewaltigen Herausforderungen in allen Lebensbereichen. Neben den Mega-Challenges Klimawandel und ökonomischer Transformation fordert besonders der demographische Druck die Handlungsfähigkeit unseres Gesundheitssystem und öffentlichen Verwaltung heraus. Deutschland hat nach den USA den teuersten Gesundheitssektor, ist gekennzeichnet von gesundheitlicher Ungleichheit und hat, im Vergleich zu westlichen Nachbarstaaten, eine niedrigere Lebenserwartung. So erfahren Menschen in infrastrukturell benachteiligten Regionen geringere Einkommen, erkranken häufiger an vermeidbaren chronischen Leiden und sterben bis zu 10 Jahren früher als Menschen mit höheren Einkommen. Die COVID-19-Pandemie hat diese Gesundheitskluft weiter katalysiert und zwischen ärmeren und reicheren Bevölkerungsgruppen noch vergrößert. Zudem hat sich eine wenig bekannte Determinante herauskristallisiert: Der Einfluss der politischen Polarisierung auf Gesundheit. Damit liegen wichtige Determinanten außerhalb der primären Krankenversorgung im Bereich der Bevölkerungsmedizin und dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Gelingensbedingungen für öffentliche Gesundheit

All diese Entwicklungen drängen zur Operationalisierung einer neuen Bevölkerungsmedizin, die im Prinzip schon vom Sachverständigenrat Gesundheit 2009 und nochmals 2023, unter der Prämisse des demographischen Wandels, formuliert wurden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009). Gelingensbedingungen für eine Bevölkerungsmedizin 2030 liegen in der barrierefreien Zusammenarbeit von ambulanter, stationärer, rehabilitativer Versorgung und öffentlicher Gesundheit. Und es gibt hierfür historische Anknüpfungspunkte. Leuchttürme der Kooperation vom Primärversorgungssektor und öffentlicher Gesundheit sind u.a. die Tuberkulosebekämpfung, Trinkwasserhygiene, Senkung der Kindersterblichkeit sowie verhältnispräventive Jugendschutzmaßnahmen bei Tabak- und Alkoholkonsum. Was muss also vonseiten des Öffentlichen Gesundheitsdienst getan werden?

In a nutshell: Zentralisierung und Dezentralisierung

Nötig ist eine Rückbesinnung auf unsere bundesrepublikanische DNA: Zentrale Leitplanken auf Bundesebene und Rückverlagerung von Kompetenzen auf kommunaler Ebene,.

Nachhaltige Verbesserungen der Gesundheit bedürfen das Zusammenspiel verschiedener Politikbereiche. Damit allerdings *health-in-all policies* kein *buzz word* bleibt, sind ressortübergreifende Strukturen unverzichtbar. Warum sollte das neu geplante Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit nicht unter einem Dach mit anderen Bundesinstituten wie dem Robert Koch-Institut (RKI), Paul Ehrlich Institut (PEI), Umweltbundesamts, Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB), Deutsche Zentrum für Altersfragen, Bundeszentrum für

Ernährung (BZfE) und weiteren föderalen Einrichtungen organisiert sein? Der Bund selbst hat es in der Hand, sich vom Vorwurf ministerieller Kleinteiligkeit zu lösen und ressortübergreifend problemlösende Politik kohärent zu organisieren. Zur Bündelung bundesinstitutioneller Kenntnisse und Regierungsberatung wäre die Schaffung einer unabhängigen Position für Bevölkerungsmedizin nach angelsächsischem Vorbild als „Surgeon General“ bzw. „Chief Medical Officer“ sinnvoll. Hier bekäme *health-in-all-policies* tatsächlich Leben eingehaucht. Das gleiche gilt für die digitale Souveränität. Es ist eine sicherheitspolitische und föderale Aufgabe, unsere administrative Daseinsvorsorge bürgernah zu halten und vor einem Lock-in, also geschlossenen IT-Systemen und Herstellerabhängigkeiten, zu schützen (Yavuz M. & Savaskan N. Lektionen aus der Pandemie: Nach dem Corona-Lockdown in den Lock-in? Ärztezeitung 2024). Hier kann der Bund Sicherheit und Offenheit durch Standards in Schnittstellen, Open Source, Interoperabilität und Barrierefreiheit schaffen, die Voraussetzung für eine leistungsfähige Dateninfrastrukturen ist.

»Menschen in infrastrukturell benachteiligten Regionen haben geringere Einkommen, erkranken häufiger an vermeidbaren chronischen Leiden und sterben bis zu zehn Jahren früher als Menschen mit höheren Einkommen.«

Kommunen: Dezentrale Kompetenzstärkung

In den Kommunen finden die diversen Lebensrealitäten der Menschen statt. Hier muss also der öffentliche Gesundheitsdienst wirksam sein. Zielgruppenspezifische Bevölkerungsmedizin unter Berücksichtigung alters-, geschlechter-, religions- und kultursensible Lebensbereiche muss wissenschaftlich, transparent und empathisch zugleich sein. Angesichts wachsender politischer Polarisierungen bedarf es eines unabhängigen öffentlichen Gesundheitsdienstes, der institutionell gegen politische Einflussnahme abzusichern ist. Zum Schutz vor parteipolitischer Vereinnahmung sollten Gesundheitsämter vergleichbar zum ambulanten und stationären Sektor in Körperschaften des öffentlichen Rechts selbstverwaltet sein (Roth A. & Gottschalk R. Gesundheitsämter vor politischer Polarisierung schützen. Tagesspiegel Background, 2024) Zudem bedarf es einer engeren Anbindung an zivilgesellschaftliche Träger und Vertreter, um partizipative Entscheidungen und Prioritäten in den Kommunen zu fördern. So lässt sich verlorenes Vertrauen in staatliche Institutionen wiedergewinnen und Demokratie an der Basis, in den Kommunen, fördern.

Zentralisierung föderaler Organisationen und dezentrale Kompetenzstärkung der Kommunen am Ort der Lebenswelten sind die Gelingensbedingungen für eine Bevölkerungsmedizin 2030. Dem öffentlichen Gesundheitsdienst kommt hier eine herausragende Bedeutung zu: Eine dichte Einbindung in Zivilgesellschaft und primären Versorgungssektor unter gleichen Bedingungen der ärztlichen Selbstverwaltung.



PD Dr. Nicolai Savaskan, Gesundheitsamt Berlin-Neukölln & Ausschußsprecher Planetare Gesundheit der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungsmedizin & Öffentliche Gesundheit (DGÖGB).



Prävention

Ein Paradigmenwechsel für Prävention

Johannes Nießen

Deutschland liegt bei hohen Ausgaben im Gesundheitsbereich nur im Mittelfeld Europas, was die Lebenserwartung angeht. Unsere Gesundheitsversorgung leistet Hervorragendes, beim Vorbeugen von Erkrankungen haben wir dagegen hohen Nachholbedarf. Die beste Gesundheitsversorgung lässt sich nicht mit der Prävention von Erkrankungen aufwiegen. Sowohl für die Menschen, die durch Prävention und Gesundheitsförderung mehr gesunde Lebensjahre erleben, als auch für die gesamte Gesellschaft: eine gesunde Gesellschaft zeigt sich leistungsfähiger und kreativer. Was müssen wir ändern, wenn wir mehr gesunde Lebensjahre für die Menschen in Deutschland erreichen möchten und die Kosten im Gesundheitssystem senken wollen?

Wir brauchen einen Paradigmenwechsel: der Blick sollte neben der therapeutischen Medizin verstärkt auf die Prävention und Gesundheitsförderung gerichtet werden. Dies kann verhindern, viele Krankheiten überhaupt entstehen zu lassen. Mehrere Stellschrauben im bestehenden System sollten justiert werden, um mehr Gesundheit für die Menschen in Deutschland zu erreichen.

1. Ein zukunftsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst

Dies bedarf einer guten Vernetzung der verschiedenen Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen mit den lokalen Akteuren. Eine zentrale Stelle auf Bundesebene würde die Zusammenarbeit der einzelnen Akteurinnen und Akteure verbessern und Prävention koordiniert in die Lebenswelten der unterschiedlichen Zielgruppen bringen. So könnten Synergien besser genutzt und Doppelungen in den Programmen und der Aufklärungsarbeit vermieden werden. Auf der Ebene der Gesundheitsämter können dies besondere Impfangebote wie Impfsprechstunden, Impfberatung in Schulen und Kitas, Einführung von mobilen und niedrigschwelligen Impfangeboten, wie z. B. Impfbusse, sein.

2. Stärkung der drei wichtigsten Longevity Säulen: Ernährung, Bewegung und Stressreduktion

Stärken heißt in diesem Fall: sie sollten so angepasst sein, dass individuelle Bedarfe erkannt und berücksichtigt werden. Dies betrifft unter anderem die unterschiedlichen Lebensphasen. Der Grundstein für einen gesunden Lebensstil kann bereits im Kindesalter gelegt werden. In allen Lebensphasen sollte es Angebote zur individuellen Verbesserung der gesundheitlichen Situation oder zum Gesundheitserhalt geben. Der Demografische Wandel macht den Bedarf an Angebote für ältere Menschen deutlich. Das Gesundheitssystem profitiert enorm, wenn die große Anzahl älterer Menschen ihre Gesundheit aktiv erhält und gleichzeitig die folgenden Generationen Gesundheitskompetenz und ein gesundheitsbewusstes Verhalten schon früh positiv sehen. Langfristig erfolgreich bleibt, was zu einem gesunden Lebensstil motiviert. Sind die unmittelbaren und mittelbaren Vorteile für jede und jeden deutlich erkennbar, erhöht dies die Akzeptanz. Dabei sind niedrigschwellige Angebote wichtig, um alle Zielgruppen unabhängig von ihrem Bildungsstand und ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation zu erreichen.

3. Mehr Bedeutung von sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Faktoren

Viele bestehenden Präventionsmaßnahmen fokussieren ausschließlich auf den Bereich der Verhaltensprävention. Eine umfassende Prävention und Gesundheitsförderung verbindet aber Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander. Verhältnisprävention sollte als ein

»Gesundheit wird immer mehr zur sozialen Frage.
Ein Investment in mehr Gesundheitliche Chancengleichheit
in Deutschland zahlt sich langfristig aus.«

wichtiger Baustein wahrgenommen werden, um Gesundheit nachhaltig aufzubauen. Und Gesundheit stellt sich damit nicht allein als Aufgabe des Gesundheitssystems dar. Wirtschaftliche, soziale und umweltbezogene Bedingungen prägen sie stark. Gesundheit wird immer mehr zur sozialen Frage. Ein Investment in mehr Gesundheitliche Chancengleichheit in Deutschland zahlt sich langfristig aus.

Ressortübergreifende Maßnahmen und vernetztes Denken sind notwendig, um einen solchen „Health in All Policies“-Ansatz umzusetzen. Dieser würde allen Menschen in Deutschland die Möglichkeit geben, einen gesunden Lebensstil einfach umsetzen zu können („make the healthy choice the easy choice“). Wenn Gesundheit in den verschiedenen Sektoren mitgedacht wird, kann ein gesunder Lebensstil für jede und jeden möglich sein.

Ein umfassender Ansatz zur Verbesserung betrifft auch die Strukturen im Versorgungssystem. Die Optionen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention können für jede Krankheit priorisiert werden. Prävention sollte das Mittel der Wahl vor invasiven Maßnahmen darstellen. Eine bessere Vergütung von ärztlichen Präventionsgesprächen kann, ebenso wie die Incentivierung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens, dazu beitragen ein Umdenken zu bewirken. Anreize zu einem gesunden Lebensstil sollten dabei sowohl für Risikogruppen als auch für gesunde Menschen zu Verfügung stehen.

Ein moderner, digitalisierter und resilienter ÖGD

Die starke sektorale Trennung hindert die optimale Nutzung vorhandener Strukturen der medizinischen Versorgung. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten zu nutzen, trägt zur Entlastung der Krankenhäuser bei. Auch hier fungiert der ÖGD als wichtige Schnittstelle. Regionale und kommunale Versorgungsstrukturen sollten niedrigschwellig und vernetzt sein. Der Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewinnt hier zukünftig an Bedeutung. Eine gute Versorgungsstruktur mit ambulanten Optionen ist dazu erforderlich.

Den Herausforderungen durch verschiedene Krisen wie Klimaveränderung, Krieg, wirtschaftliche Instabilität und Pandemien muss ein moderner, digitalisierter und resilienter ÖGD gegenüberstehen.

Dazu braucht es Forschung und vor allem ein auf den verschiedenen Ebenen gut ineinandergreifendes System. So können Synergien genutzt und Doppelungen vermieden werden. Die Datenlage zur öffentlichen Gesundheit bedarf einer Verbesserung, mit ausgebauten Panel-Strukturen. Vorhandene Daten müssen denjenigen zur Verfügung stehen, die Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung erstellen, genauso wie den für die Verhältnisprävention zuständigen Akteurinnen und Akteuren.

Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche Strategie. Und eine Stelle, die diese Strategie, die Vernetzung und auch die wissenschaftlichen Grundlagen zur Umsetzung einer solchen Strategie zusammenbringt. Diese sollte als institutionelle Aufgabe im Geschäftsbereich des BMG durch ein Institut für die öffentliche Gesundheit umgesetzt werden.



Dr. med. Johannes Nießen ist Facharzt für Allgemeinmedizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. Seit 2023 ist er kommissarischer Leiter der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Errichtungsbeauftragter für ein Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit.

Gesundheit und Resilienz: Die Bedeutung von Prävention

Professor Dr. Heyo K. Kroemer und Antonia M. Schmidt

Die Krise des Gesundheitssystems

Deutschland investiert pro Kopf 50 Prozent mehr als der EU-Durchschnitt in das Gesundheitssystem und weist im internationalen Vergleich eine rund 60 Prozent höhere Krankenhausbettenkapazität auf. Trotzdem sind die Effizienz und Qualität lediglich durchschnittlich. Diese Diskrepanz kann unter anderem durch ökonomische Fehlanreize, sektorale Selbstverwaltung und die Priorisierung kurativer Maßnahmen erklärt werden.

Prävention: Ein unterschätzter Hebel

Angesichts dieser prekären Lage des deutschen Gesundheitssystems ist ein Umdenken erforderlich. Anstatt das System allein auf die kurative Behandlung von Krankheiten auszurichten, sollten präventive Maßnahmen gestärkt werden, um Krankheiten von vornherein zu vermeiden und so die Versorgungsbedarfe zu reduzieren. Eine Studie des McKinsey Global Institute von 2020 zeigt: Mit bereits existierenden Interventionen könnte die globale Krankheitslast in den nächsten 20 Jahren um bis zu 40 Prozent reduziert werden, wobei mehr als 70 Prozent dieses Potentials durch präventive Maßnahmen erzielt werden könnten.

Laut ExpertenInnenrat der Bundesregierung umfasst Präventionsmedizin „alle medizinischen Maßnahmen, die das Auftreten von Krankheit, Behinderung und vorzeitigem Tod verhindern oder deren Eintrittswahrscheinlichkeit reduzieren sollen.“ Dazu zählt ein breites Spektrum an individuellen verhaltenspräventiven Maßnahmen wie Ernährungsinterventionen. Da strukturelle Faktoren wie Armut einen gesunden Lebensstil erschweren, sind verhältnispräventive Maßnahmen ebenso relevant.

Prävention als Lösungsansatz für aktuelle Herausforderungen des Gesundheitssystems

1. Demografischer Wandel und Multimorbidität

Durch die steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten führt der demografische Wandel zu einer Zunahme des durchschnittlichen Lebensalters. Laut Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes ist im Jahr 2035 ein Viertel der deutschen Bevölkerung 67 Jahre oder älter. Der Anteil der Erwerbstätigen und somit auch die Anzahl an Gesundheitspersonal sinkt. Gleichzeitig steigt die Belastung durch Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität.

Präventionsmaßnahmen, die frühzeitig ansetzen, können gesundheitliche Risiken reduzieren und die Lebensqualität im Alter verbessern. Die Studie des McKinsey Global Institutes aus 2020 zeigt, dass beispielsweise Raucherentwöhnung das Risiko für Krebserkrankungen eines 50-55-jährigen europäischen Mannes um 28 Prozent senken kann. Für eine wirksame Umsetzung und Akzeptanz sollten die Maßnahmen im Sinne der personalisierten Prävention auf individuelle Risikofaktoren inkl. genetischer Varianten und Bedarfe abgestimmt werden. Hier ist der Einsatz von

»Mit bereits existierenden Interventionen könnte die globale Krankheitslast in den nächsten 20 Jahren um bis zu 40 Prozent reduziert werden, wobei mehr als 70 Prozent dieses Potentials durch präventive Maßnahmen erzielt werden könnte.«

Präzisionsdiagnostik relevant. Auch die Verwendung von digitalen Anwendungen wie tragbare Sensoren z.B. in Smartwatches hat eine hohe Bedeutung für die Entwicklung personalisierter Präventionsmaßnahmen und ermöglicht eine Integration von Prävention in den Alltag.

2. Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen

Auch in jungen Altersgruppen sind gesundheitliche Risiken alarmierend hoch. In der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KIGGS) von 2017 wird beispielsweise sichtbar, dass etwa 9,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind und 5,9 Prozent an Adipositas leiden. Übergewicht im Kindesalter bleibt häufig lebenslang bestehen und erhöht somit das Risiko für das Auftreten zahlreicher Erkrankungen wie Diabetes. Präventionsmaßnahmen wie die Förderung ausreichender Bewegung sollten frühzeitig ansetzen, um die Resilienz junger Menschen zu stärken.

3. Krankheitsbedingte Arbeitsausfälle und ihre Folgen

Die Zahl der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle ist ein weiteres drängendes Problem. Nach Zahlen vom Statistischen Bundesamtes erreichte im Jahr 2023 die Anzahl an Krankheitstagen pro Arbeitnehmer mit durchschnittlich 15,1 Fehltagen einen Höchststand. Neben den Folgen für die Wirtschaft stellen sie eine zunehmende Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Durch präventive Ansätze wie betriebliche Gesundheitsförderung und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung könnten diese Ausfälle reduziert werden. Langfristig würde dies das Gesundheitssystem entlasten und die Wirtschaft fördern.

Singapur – ein Internationales Vorbild im Bereich Prävention

Als internationales Vorbild für die systematische Integration von Prävention in das Gesundheitssystem gilt der „Health District“ in Singapur. Ziel dieses Projekts ist, den Anteil der gesunden Zeit der dort lebenden Bevölkerung zu erhöhen. Zentraler Bestandteil ist ein Vergütungssystem, bei dem die Leistungserbringer pro Einwohner einen festen Betrag erhalten, anstatt für einzelne Behandlungen bezahlt zu werden. Dies führt zu einer gezielten Förderung von Prävention und Gesundheit der Bevölkerung sowie zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben.

Ein Paradigmenwechsel in Deutschland ist nötig

Auch in Deutschland gibt es erste Ansätze, die sich mit dem Thema Prävention beschäftigen. Ein Beispiel dafür ist das „Friede Springer – Cardiovascular Prevention Center @Charité“, das mit Hilfe von Präzisionsdiagnostik und evidenzbasierten Interventionen individuelle Strategien zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen entwickelt. Um Prävention umfassend in Deutschland zu etablieren, ist ein gesamtheitlicher Ansatz erforderlich. Für einen solchen Paradigmenwechsel sind aus unserer Sicht folgende Maßnahmen von zentraler Bedeutung:

1. Schaffung eines Problembewusstseins in der Öffentlichkeit

Trotz des bekannten demografischen Wandels erhält Prävention zu wenig Aufmerksamkeit. Gezielte Aufklärung ist nötig, um das Bewusstsein für die Bedeutung präventiver Maßnahmen zu stärken.

2. Studien zur Schaffung von Evidenz

Präventionsmaßnahmen sollten auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basieren. Dafür sind größere Kohortenstudien erforderlich.

3. Entwicklung personalisierter Präventionsmaßnahmen

Individuell angepasste Maßnahmen, die persönliche Risikofaktoren inkl. genetischer Varianten und Lebensumstände berücksichtigen, steigern Akzeptanz und Effektivität.

4. Einsatz von digitalen Anwendungen

Zur Erfassung persönlicher Gesundheitsdaten und Ableitung von Empfehlungen im Alltag sollten digitale Anwendungen eingesetzt werden.

5. Zusammenspiel von Verhaltens- und Verhältnisprävention

Eine Kombination individueller Maßnahmen und struktureller Veränderungen erhöht die Effektivität von Prävention. Für ein gutes Zusammenspiel ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus Medizin, Politik und Gesellschaft erforderlich.

6. Kommunikationsstrategien

Schlüssel für erfolgreiche Prävention ist eine zielgruppengerechte Kommunikationsstrategie.

7. Gesundheitsökonomische Anreize

Anreizsysteme und Vergütungen für präventive Maßnahmen sollten eingeführt werden, um Prävention umfassend zu etablieren und mit kurativen Maßnahmen gleichzustellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Prävention eine Schlüsselrolle bei der Bewältigung aktueller und zukünftiger Herausforderungen im deutschen Gesundheitssystem einnehmen sollte. Präventive Maßnahmen tragen dazu bei, den Bedarf an medizinischer Versorgung zu senken und entlasten dadurch sowohl die angespannte finanzielle Situation des Gesundheitssystems als auch das zunehmend überlastete Gesundheitspersonal. Zusätzlich befähigen sie die Bevölkerung, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und stärken somit die Resilienz jedes Einzelnen. Mit einer gesamtheitlichen Präventionsstrategie, einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Akteure und gezielten Investitionen in Präventionsmaßnahmen, kann zu einem zukunftsfähigeren und krisenresistenteren deutschen Gesundheitssystem beigetragen werden.



Professor Dr. Heyo K. Kroemer ist seit September 2019 Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin und seit 2024 Vorsitzender des Expert:innenrats der Bundesregierung „Gesundheit und Resilienz“.



Antonia M. Schmidt ist seit 2023 Referentin des Vorstandsvorsitzenden der Charité – Universitätsmedizin Berlin und koordiniert die Steuerungsgruppe und den Strategiebaustein Prävention der Charité.

Prävention wirkt und rechnet sich!

Heidrun M. Thaiss

Angesichts aktuell und stetig steigender Beitragssätze in der Kranken- und Pflegeversicherung, von jährlichen Gesundheitsausgaben sowie der rasanten demographischen Entwicklung braucht es dringend ein Umdenken weg von der primär kurativen Medizin hin zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Unser Kurations-, Rehabilitations- und Pflegebetrieb ist nicht mehr finanzierbar.

Daten zeigen: Prävention wirkt

Der lebensstilbedingte Diabetes mellitus ist zu 90%, Koronare Herzkrankheit zu 80% und Schlaganfall und Colocarzinom zu 70% prävenierbar. Die protektive Wirkung von regelmäßiger ausdauernder Bewegung auf unsere Chromosomen mit Schutz der Telomerenden (als Indikator für den Alterungsprozess) ist bis auf molekularer Ebene nachweisbar. Eine ausgewogene Ernährung mit naturbelassenen Lebensmitteln (wie etwa der Mittelmeerdiät) wirkt sich positiv auf die Zusammensetzung der Darmflora und damit über die Darm-Hirn-Achse auch auf unsere kognitiven Funktionen aus. Eine ausreichende Anzahl von erholsamen Schlafstunden macht nachgewiesenermaßen stressresilienter und kann demenziellen Erkrankungen vorbeugen. Erfüllende Sozialkontakte in der realen Welt wirken in ähnlich positiver Weise frühzeitigen Alterungsprozessen entgegen. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten der Gendiagnostik individuelle Risiken weit vor dem Eintritt erster Symptome einer Erkrankung erkennen und sich so Präventionsmaßnahmen personalisiert zuschneiden lassen. Die Liste wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verlängerung eines gesunden Lebens und zur Steigerung der Lebensqualität ließe sich beliebig fortsetzen.

Und Prävention wirkt nicht nur, sie rechnet sich auch. So können präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen angesichts zunehmender chronischer physischer und psychischer Erkrankungen wesentlich zur Verringerung der individuellen Krankheitslast und zur gesamtgesellschaftlichen Bewältigung der ökonomischen Folgen beitragen. Bereits im Jahr 2001 hat der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen auf die Einsparpotenziale von 25 bis 30% hingewiesen, auch wenn globale Aussagen angesichts selektiver Datenbasen begrenzt und die Kosteneffektivität nur für einzelne Maßnahmen wie etwa das Neugeborenen-Screening, die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften oder Impfungen als wirksamste und kosteneffektivste primärpräventive Maßnahme belegt sind. Trotz all dieser Erkenntnisse geben wir jährlich lediglich 4% der gesamten Gesundheitsausgaben für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz aus.

Präventive Maßnahmen zur Änderung des individuellen Verhaltens sind in jedem Alter wirksam. Allerdings wissen wir nur zu Genüge, dass im späteren Leben Verhaltensweisen nur sehr mühsam zu ändern sind, denn „was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr – oder nur sehr schwer“. Deshalb ist es umso bedeutsamer, so früh im Lebenszyklus wie möglich mit der Vermittlung und Einübung gesunder Lebensweisen, also von Sozial- und Gesundheitskompetenz, zu beginnen.

In Kitas und Schulen beginnen

Um alle Gesellschaftsschichten und insbesondere die sozial benachteiligten gleichermaßen zu erreichen, bieten sich hierfür die Zugangswege über die Einrichtungen der frühen Bildung an,

»Die Investition in die Gesundheit und die Bildung der heranwachsenden Generation dient letztlich auch zur Sicherung des sozialen Friedens und sollte uns gerade in Zeiten knapper Kassen jeden Euro wert sein!«

also Kindertagesstätten und Schulen. Hier gibt es bereits validierte und evidenzgesicherte Programme, die allerdings meist finanziell limitiert und daher auch nicht nachhaltig sind.

Deutlich effektiver und weltweit erprobt sind flächendeckend etablierte Schulgesundheitsfachkräfte (School Nurses), die nicht nur Gesundheitskompetenz vermitteln, Präventions- und Gesundheitsförderprogramme im Schulalltag implementieren, sondern auch steuernd und koordinierend für die interdisziplinären Teams aus SchulpsychologInnen und Schulsozialarbeitende wirken können. So wird der Gesundheitsgedanke systemisch und für alle in einer Guten Gesunden Schule implementiert und alle schulischen Entscheidungen auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen geprüft. Daneben könnten in engem Austausch mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (KJGD) auch Impfausweiskontrollen und Reihenimpfungen wieder etabliert und je nach schulischen Bedarfen auch externe Fachkräfte eines kommunalen Netzwerkes hinzugezogen werden.

Schulgesundheitsfachkräfte wirken allerdings nicht nur präventiv und gesundheitsfördernd, sondern versorgen kostensparend akute Unfallgeschehen und chronisch kranke Schülerinnen und Schüler (bis zu 25% im Schulalltag), z.B. mit Diabetes, Anfallsleiden, ADHS, Asthma und Allergien und vermeiden dadurch vermehrte Notarzteinsätze oder die Abwesenheit der Eltern am Arbeitsplatz. Das pädagogische Personal wird entlastet und kann sich wieder seinen originären Aufgaben widmen.

Die Schule kann auch in der Ausgestaltung verhältnispräventiver Maßnahmen Vorbildfunktion einnehmen. Mensen und Kantinen, in denen frisch mit regionalen Produkten gekocht wird und in denen die gesündere Wahl die leichtere ist, ausreichende Bewegungsräume auch jenseits von Sporthallen, hygienischen Standards entsprechende sanitäre Einrichtungen (nicht nur für SchülerInnen mit körperlichen Einschränkungen) und ein lernfreundliches Schulklima fördern nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden, sondern auch die Bildungsergebnisse. Die Investition in die Gesundheit und die Bildung der heranwachsenden Generation dient letztlich auch zur Sicherung des sozialen Friedens und sollte uns gerade in Zeiten knapper Kassen jeden Euro wert sein!

Unsere Forderungen: Prävention vor Kuration

- Präventionsbeauftragte/r der Bundesregierung zur Überprüfung politischer Entscheidungen auf gesundheitliche Auswirkungen
- Vermittlung von Gesundheitskompetenz durch die flächendeckende Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften
- Gesundheitsförderung programmatisch und systemisch etablieren, Abschaffung der „Projektitis“
- (Grundlagen-) Forschungsförderung zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und dem ökonomischen Nutzen von komplexen Interventionen in Lebenswelten.



Professorin Dr.med. Heidrun M. Thaiss, Professur für Health Promotion TU München, Vorstandsvorsitzende Nationales Aktionsbündnis Impfen, Präsidentin Dt. Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin

6 Pflege

Prävention vor Pflege: Mehr Selbständigkeit im hohen Alter

Adelheid Kuhlmeiy

Das Problem und der notwendige Paradigmenwechsel

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der mehrheitlich in den hohen Lebensjahren auftritt. Es gilt im Allgemeinen, dass die absolute Anzahl der Jahre ohne Pflegebedürftigkeit und damit bei selbstständiger Lebensführung stetig angestiegen ist, jedoch im geringeren Maß als die Lebenserwartung. Das führte dazu, dass heute eine Expansion im Anteil der Jahre mit Pflegebedürftigkeit bewältigt werden muss. Eine weitere Tatsache determiniert die Spezifik der Pflege in Deutschland für die kommenden 25 Jahre: das Altern der sog. Babyboomer-Generation. Sie sind zurzeit mehrheitlich zwischen 60 und 70 Jahre alt und überlebende Babyboomer werden 2055 zwischen 90 und 100 Jahre alt sein. Die stärkste Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung werden Menschen dieser Generation in den Jahren zwischen 2035 und 2045 hervorrufen. Dies geschieht vor dem Hintergrund eines heute schon bestehenden und bis 2035 weiterwachsenden Mangels an Mitarbeitenden in den Pflege- und Gesundheitsberufen.

Es scheint darum wenig zeitgemäß unser Gesundheitssystem ausschließlich da zu perfektionieren, wo es um die medizinische und pflegerische Versorgung im Krankheits- oder Pflegefall geht. Ein Paradigmenwechsel im Versorgungskonzept muss neben der Krankenversorgung auf Prävention und den Erhalt von Gesundheit im langen Leben setzen. Die Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung der Babyboomer-Generation wird infolge der gleichzeitig rückläufigen Fachkräftenressource anderenfalls, nicht zu bewältigen sein. Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von Selbstständigkeit bis in die höchsten Lebensalter hinein sind relevante strukturelle Ansätze, um die Nachfrage im Gesundheitssystem zu steuern und Pflege nachhaltig zu gestalten.

Das Ziel von Prävention vor Pflege

Bei Prävention vor Pflege geht es nicht um die naive Vorstellung, es könnte gelingen, auch in den höchsten Altersjahren jede Einbuße körperlicher, sozialer und geistiger Leistungsfähigkeit aufzuhalten oder gar zu vermeiden. Es geht vielmehr darum, jeweils noch vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen in einer besonders vulnerablen Zielgruppe zu identifizieren und mit Blick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung,

»Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von Selbstständigkeit bis in die höchsten Lebensalter hinein sind relevante strukturelle Ansätze, um die Nachfrage im Gesundheitssystem zu steuern und Pflege nachhaltig zu gestalten.«

»Einsamkeit wird immer mehr zu einem Gesundheitsrisiko in unseren modernen Gesellschaften. So bewegen sich einsame Menschen weniger, ernähren sich schlechter, trinken mehr Alkohol und rauchen häufiger im Vergleich zu nicht einsamen Personen.«

Wohlbefinden und Lebensqualität zu stärken und weiteren Ressourcenverlust zu verhindern. Zu den Zielsetzungen einer alterssensiblen Prävention gehören die Vorbeugung genereller Risiken, die Verzögerung von Funktionseinbußen und Vermeidung individueller Gefahren, die Eindämmung unvermeidlicher Belastungen, eine Verbesserung von Chancen und Möglichkeiten sozialer Teilhabe, Verarbeitung dauerhafter Beeinträchtigung und Verstetigung verbliebener Ressourcen.

Die wissenschaftliche Evidenz für Prävention vor Pflege

Längst gibt es eine Vielzahl belastbarer wissenschaftlicher Befunde zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen in der Pflege. Befunde zeigen u.a. einen positiven Einfluss von körperlichem Training auf Gebrechlichkeit, als ein wichtiges Maß für den Erhalt der Selbstständigkeit im hohen Alter. In der randomisierten Interventionsstudie von Vasiljev Ožic et al. aus dem Jahr 2020 zeigten sich nach einem Jahr deutliche Anstiege der Gebrechlichkeit in der Kontrollgruppe und kein Anstieg der körperlichen Gebrechlichkeit in den Interventionsgruppen. Zudem hatte die Intervention einen positiven Effekt auf die Fähigkeit zum selbstständigen Wohnen bei Älteren. Körperliche Aktivität zeigt aber auch präventive Wirkungen auf die Kognition. Inna Lisko et al. zeigten 2021 anhand eines Scoping Reviews, dass das Risiko für Demenz und eine Alzheimer Erkrankung bei aktiven Personen geringer war als bei körperlich inaktiven. Nicht nur körperliches auch kognitives Training hat Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit und auf den längeren Erhalt kognitiver Ressourcen bei schon pathologischen Einbußen der geistigen Leistungen. Es zeigt sich zudem, dass kognitives Training, sowohl bei Personen mit bereits vorhandenen kognitiven Einschränkungen als auch ohne, positive Wirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit hat. Fuu-Jen Tsai und Sheng-Wai Shen bestätigen 2022 mit einem narrativen Review und unter Auswertung der Studienlage zwischen 2008 und 2021 die Zusammenhänge. Interventionen waren in der Lage, die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen zu verbessern, den Abbau kognitiver Kompetenzen zu verlangsamen und den Beginn von Demenz zu verzögern. Einsamkeit – um ein weiteres Beispiel zu beschreiben - wird immer mehr zu einem Gesundheitsrisiko in unseren modernen Gesellschaften und die Ermöglichung von Teilhabe zu einem wichtigen präventiven Ansatz (auch in der Pflege) für den Erhalt von Gesundheit und eines selbstständig geführten Lebens in den hohen Lebensjahren – aber, wie die Aufarbeitung der Folgen der Corona-Pandemie zeigen, auch in jungen Lebensjahren.

Die Hauptmechanismen für den Effekt von Einsamkeit auf die Gesundheit entstehen über das allgemeine Gesundheitsverhalten. So bewegen sich einsame Menschen weniger, ernähren sich schlechter, trinken mehr Alkohol und Rauchen häufiger im Vergleich zu nicht einsamen Personen. Diese Verhaltensweisen münden nicht selten in gestörtem Schlaf, biologischen Dysregulationen sowie einer negativen sozialen Wahrnehmung. Die Hamburger Langzeit-Kohortenstudie LUCAS um das Forscherteam von Ulrike Dapp kontrollierte die

»Ein flexibles Renteneintrittsalter, eine möglichst aktive Gestaltung des Ruhestands und eine strukturierte Einbindung älterer und alter Menschen in gesellschaftliche Bezüge würde positive Gesundheitsfolgen haben und präventiv den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit vermindern.«

Wirkungen einer Intervention zum Thema „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“. Die Komponenten des Programms bestanden aus Informationen zu den Themen Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe und gesundes Altern. Es ging um die Stärkung der sozialen Kompetenz und um Empowerment durch Arbeit in Kleingruppen. Zu den Ergebnissen der Interventionsstudie gehört die Erkenntnis, dass Teilnehmende des Programms während des Beobachtungszeitraums 2000 bis 2020 signifikant länger überlebten und auch länger ohne Pflegebedürftigkeit lebten als Personen, die nicht am Programm teilnahmen. Ein sozial eingebundenes Leben entscheidet mit darüber, ob Menschen im hohen Alter gesund bleiben und gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen können. Laut Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung entspricht der Effekt des Ruhestands auf das Gedächtnisvermögen etwa der altersbedingten Verschlechterung, die sich zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr einstellt. Oder anders ausgedrückt: der normale kognitive Abbau, den Menschen innerhalb von zehn Jahren erfahren, verdoppelt sich durch die Verrentung noch einmal. Hier könnten ein flexibles Renteneintrittsalter, eine möglichst aktive Gestaltung des Ruhestands und eine strukturierte Einbindung älterer und alter Menschen in gesellschaftliche Bezüge positive Gesundheitsfolgen haben und präventiv den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit vermindern.



Univ.-Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Gerontologin, Medizinsoziologin,
Vorstand Medizinische Universität Lausitz

Pflegepolitik der Zukunft: Prävention, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit

Christine Vogler

Das Positionspapier „Beste Pflege für Berlin 2030“ des Vereins Gesundheitsstadt Berlin hat in 2024 deutlich aufzeigen können, welche Maßnahmen erforderlich sind, um eine gute pflegerische Versorgung auf Landesebene sicher zu stellen. „Aufbruch in eine altersfreundliche Zukunft“ unterstreicht die Herausforderungen und Chancen in der Pflegepolitik. Der demografische Wandel, der zunehmende Fachkräftemangel und strukturelle Defizite machen eine entschiedene, zukunftsorientierte Pflegepolitik unverzichtbar. Pflege betrifft nicht nur die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die Pflegepolitik der Zukunft erfordert einen mutigen Paradigmenwechsel: Prävention, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit müssen Hand in Hand gehen. Pflege darf nicht länger als Kostentreiber, sondern muss als essenzieller Bestandteil und Qualitätsindikator des Gesundheitswesens betrachtet werden.

Forderungen für eine zukunftsfähige Pflegepolitik

1. Prävention muss als Kernaufgabe der Gesundheits- und Pflegeversorgung gesetzlich verankert werden.

Präventive Strukturen ausbauen: Prävention muss stärker in den Fokus gerückt werden, um Pflegebedürftigkeit zu verzögern oder zu verhindern. Hierzu gehören gezielte Präventionsprogramme in Quartieren, Schulen und Gemeinden. Der Bund muss hierfür die gesetzlichen Grundlagen schaffen und die Kompetenzen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe bzgl. der Prävention als Kernaufgabe definieren und finanzieren.

Bildung als Präventionswerkzeug: Die Einführung des Schulfachs „Gesundheit“ vermittelt frühzeitig Gesundheitskompetenz und trägt zur Prävention von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung bei. Gleichzeitig ist die Schulgesundheitspflege und Community Health Nursing als verpflichtend für die Länder festzulegen.

2. Pflegebildung stärken

Bundeseinheitliche Pflegefachassistentenausbildung umsetzen: Die bereits initiierten Gesetzgebungsverfahren zur bundeseinheitlichen Umsetzung der Pflegefachassistentenausbildung müssen zügig umgesetzt werden.

Akademisierung der Pflege vorantreiben: Bis 2030 sollte die Akademisierungsquote auf 20 % steigen, um die Infrastruktur und den Wissenszuwachs in der pflegerischen Versorgung zu sichern. Ein bundeseinheitliches Monitoring der vorhandenen Studiengänge und deren Entwicklung sind einzuführen und an Empfehlungen für die Länder zu koppeln.

Landeseinheitliche Weiterbildungsordnungen sichern. Gleichzeitig bedarf es landeseinheitlicher verpflichtender Weiterbildungsordnungen, um Pflegekräfte besser auf die Herausforderungen des Berufs vorzubereiten und Qualität in der pflegerischen Versorgung sicherzustellen. Weitere Bund- Länder-Abstimmungen sind hier zwingend nötig, bzw. sollte geprüft werden, inwieweit durch die Einrichtung einer pflegerischen Vertretung auf der Bundesebene, die mit entsprechenden Aufgaben zur bundesweiten Bildungssynchronisierung beauftragt wird, eine Sicherstellung erfolgen kann.

3. Digitalisierung als Entlastung und Qualitätssteigerung gesetzlich verankern und sichern

Technologische Unterstützung: Elektronische Pflegedokumentationen, Telemedizin und digitale Assistenzsysteme müssen zwingend flächendeckend eingeführt werden, um Pflegekräfte zu entlasten.

Digitale Kompetenz fördern: Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte müssen digitale Kompetenzen in den Mittelpunkt stellen. Ziel ist eine sichere und effiziente Nutzung digitaler Werkzeuge.

Telematikinfrastruktur erweitern: Pflegeeinrichtungen müssen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden. Pflege- und Gesundheitsdaten sollten über die elektronische Patientenakte (ePA) verfügbar sein, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

4. Ambulante Versorgung dringend stärken

Vergütungssysteme anpassen: Die Rahmenverträge müssen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst werden, um ambulante Pflegeleistungen angemessen zu finanzieren.

Unterstützung pflegender Angehöriger: Angehörige leisten einen Großteil der Pflege. Sie brauchen gezielte Unterstützung durch niedrigschwellige Beratungsangebote, Schulungen und finanzielle Anreize.

Niedrigschwellige Angebote ausbauen: Tagespflege, Kurzzeitpflege und betreute Wohngemeinschaften sind flächendeckend zu fördern, um die ambulante Versorgung zu stärken.

5. Interprofessionelle Zusammenarbeit und pflegerische Professionalisierung fördern

Verbindliche Strukturen schaffen: Klare Rollen- und Aufgabenprofile für alle Gesundheitsberufe müssen entwickelt werden, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Dafür ist zwingend die pflegerische Kompetenz zu erweitern und entsprechende Gesetzgebungsverfahren zur Pflegekompetenz weiterzuführen.

Pflegerische Organisationsstrukturen auf der Bundesebene sichern: Die Förderung des Deutschen Pflegerates e. V. ist als Organisationsstruktur auf der Bundesebene weiterzuführen und bis zum Übergang in eine Vertretung der Kammerstruktur durch die Länder auszubauen.

»Die Pflegepolitik der Zukunft erfordert einen mutigen Paradigmenwechsel: Prävention, Digitalisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit müssen Hand in Hand gehen.«

6. Finanzierung der Pflege sichern

Langfristige Finanzierungsstrategien entwickeln: Pflegeeinrichtungen müssen Planungssicherheit erhalten. Dazu gehören eine Refinanzierung von Miet- und Investitionskosten sowie angemessene Personalschlüssel. Hier müssen verpflichtende Regelungen geschaffen werden, die die Länder gerade im Bereich der Investitionskosten nicht aus der Verantwortung entlassen.

Innovative Wohnformen fördern: Pflege-Wohngemeinschaften und altersgerechtes Wohnen sind durch Förderprogramme und gesetzliche Rahmenbedingungen zu unterstützen.

Pflegefinanzierung sichern: Um die Pflegefinanzierung langfristig abzusichern, muss über neue Finanzierungsmodelle nachgedacht werden. Dazu muss der Bundesgesetzgeber sowohl ehrlich über das Angebotsspektrum, steuerliche Zuschüsse und Zusammenlegungen von Sozialgesetzgebungsgrundlagen nachdenken.



Christine Vogler ist Präsidentin des Deutschen Pflegerats.

Weiterführende Informationen zu allen Forderungen sind zu finden unter:

→ <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/startseite> bzw. unter www.deutscher-pflegerat.de

7 Psychische Gesundheit

Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit

Thomas Götz

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden befähigen uns, uns körperlichen, emotionalen und sozialen Herausforderungen zu stellen. Psychische Gesundheit trägt damit auch zu resilienten Gesellschaften bei. Erkrankungen der Psyche – inklusive der Suchterkrankungen – neigen zur Chronifizierung und sind häufig: Ca. 30% der erwachsenen Bevölkerung erkranken in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung. Die dadurch entstehenden Kosten sind hoch, was psychische Gesundheit auch volkswirtschaftlich relevant macht.

Die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Erkrankungen über die Lebensspanne müssen deutlich mehr in den Fokus. Es bedarf eines bundesweiten Rahmenwerkes, das differenzierte evidenz-basierte Angebote in den unterschiedlichen Lebenswelten ermöglicht. Bewegungsförderung und soziale Kontakte sind auch dabei wichtige Komponenten. Ebenso wichtig ist die Förderung der psychischen Gesundheitskompetenz, die bereits ab dem Kindesalter adressiert werden sollte. Geeignet sind hier z.B. psychische Erste-Hilfe-Kurse und Suizidpräventionsnetzwerke.

Psychische Erkrankungen liegt meist eine längere Krankheitsentwicklung zu Grunde. Die Früherkennung über die Lebensspanne muss daher vermehrt im Fokus stehen. Die Versorgung sollte gestuft erfolgen und sich an dem Prinzip ambulant vor teilstationär vor stationär orientieren. Dazu gehört auch die Skalierung telepsychiatrischer Angebote sowie aufsuchende Hilfen in den Lebenswelten der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung. Die 8. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung aus 2023 sollte als Leitplanke dienen. Jenseits von Behandlung sind niedrigschwellige Beratungs- und Begleitungsangebote entscheidend, die auch evidenz-basierte digitale Angebote beinhalten. Regionalisierte Krisendienste sind ein weiteres wichtiges Angebot zur akuten Begleitung von psychischen Krisen und dienen auch der Entlastung der Notfallversorgung und der Kliniken. Die sprechende Medizin bedarf in besonderem Maß der Verfügbarkeit von digitalen und analogen Sprachmittlungsangeboten. Hierfür sollte ein Angebotsrahmen normiert werden.

»Psychische Gesundheit und Wohlbefinden müssen aufgrund ihrer vielfältigen Einflussfaktoren in allen Politikfeldern mitgedacht werden.«

Für eine regionale Planung und Steuerung der Versorgungsangebote ist die Etablierung von anonymisierten standardisierten interoperablen Langzeitdatensätzen von großer Bedeutung. Eine Versorgung, die sich immer an der Vermeidung von Zwang orientieren sollte, muss ggf. regional unterschiedlich ausgerichtet sein. Es bedarf dabei immer einer verbindlichen Bündelung aller Akteure vor Ort im Sinne einer Verantwortungsgemeinschaft, die auch die forensische Psychiatrie mit einbezieht, in Versorgungsregionen. Die sektor- (und Sozialgesetzbuch-) übergreifende Steuerung in diesen Regionen soll dabei in einer Hand liegen und kann z.B durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine Klinik erfolgen. Eine zusätzliche Ressourcenausstattung ist für diese Aufgabe notwendig.

Arbeit und Beschäftigung fördern Interaktion und strukturieren den Alltag. Rehabilitationsangebote fehlen oft für schwere psychische Erkrankungen. Eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke kann diese Lücke füllen. Die Finanzierung muss vereinfacht und die flächendeckende Etablierung von Rehabilitationsangeboten mit dem Ziel einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt inzentiviert werden. Ferner bedarf es weiterer Angebote für Arbeit und Beschäftigung jenseits des ersten Arbeitsmarktes, z.B. in Inklusionsbetrieben oder in Zuverdienstprojekten.

Eine psychische Erkrankung kann auch zur Gefährdung bzw. zum Verlust der Wohnung führen oder Ursache dafür sein, dass keine Wohnung gefunden wird. Es ist wichtig, dies in der Erhaltung, Planung und Bereitstellung von Wohnraum zu berücksichtigen. Ergänzend bedarf es einer Skalierung von Housing first-Angeboten und einer Weiterentwicklung, Flexibilisierung und Entbürokratisierung der Assistenzangebote im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes sowie anderer Angebote im Sozialraum.

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden müssen aufgrund ihrer vielfältigen Einflussfaktoren in allen Politikfeldern mitgedacht werden. Auch sind bundesweite Maßnahmen, die der Akzeptanz aller psychischer Erkrankungen dienen, wichtig, um das Hilfesuchverhalten von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu befördern. Zum 50. Jubiläum der Psychiatrie-enquête wäre es passend, eine Enquete zur Förderung psychischer Gesundheit, der Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Entstigmatisierung ins Leben zu rufen.



Dr. Thomas Götz ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie & Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Staatssekretär a.D. in Berlin und Brandenburg.



Wohnen im Alter

Selbstbestimmt leben in den eigenen vier Wänden im Jahr 2030

Christian Gräff

Wenn wir die Herausforderung nicht sofort angehen, werden wir ältere und hochaltrige Menschen morgen nicht mehr versorgen können.

Der Altersdurchschnitt in Deutschland beträgt aktuell 44,6 Jahre. Im Jahr 1950 war jeder hundertste Einwohner in Deutschland über 80 Jahre alt, heute ist es jeder vierzigste und im Jahr 2040 könnte jeder zehnte Deutsche 80 und älter sein. Spielt diese Herausforderung für unser Land und unsere Gesellschaft eine herausgehobene Rolle in der täglichen Medienberichterstattung, in der Politik oder in Gesprächen mit Freunden? Nahezu keine! Kaum ein Thema wird so komplett ausgeblendet, wie diese größte Herausforderung in der viertgrößten Industrienation weltweit.

Die Folgen und die damit anzugehenden Themen sind immens: Drohende Altersarmut durch die Auswirkungen auf das Rentensystem, der steigende Bedarf an Pflegepersonal und Mitarbeiter in Dienstleistungsberufen, die sich verändernden medizinischen Bedarfe in der Altersmedizin und nicht zuletzt die gesamte öffentliche Infrastruktur. Ein kleines Beispiel: In Teilen der deutschen Hauptstadt haben wir auf hunderten Kilometern Straßenland in Berlins Außenbezirken noch nicht einmal Gehwege entlang der Straßen, auf denen ältere Menschen gehen oder mit einem Rollstuhl fahren können.

Selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben

Ein Bereich wird noch mehr ausgeblendet als die demografische Entwicklung an sich: selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben zu können. Aus volkswirtschaftlicher Sicht dürfte dies die größte Herausforderung sein. Denn: Auf der einen Seite benötigt Deutschland Millionen an zusätzlichen Wohnungen für Arbeitskräfte, die bereits heute und morgen noch viel mehr fehlen, und andererseits benötigen wir noch viel mehr Wohnungsanpassungen an den Lebensalltag älterer Menschen. Altbauwohnungen und Wohnungen in Großsiedlungen der deutschen Städte in West wie Ost müssen barrierearm gestaltet sein.

Noch gravierender sind die Anpassungen im Einfamilienhaus. Der Zentralverband Heizung-Sanitär-Klima auf Bundesebene beschäftigt sich in den kommenden Jahren mit der Frage, wie man standardisiert ein Bad im Erdgeschoss eines typischen Reihenhauses einrichten kann, wenn ein oder mehrere Bewohner nur noch auf dieser Ebene leben können. Für das Handwerk, dem heute schon hunderttausende Fachkräfte fehlen, genauso wichtig, wie für die vielen Familien, die in Reihenhäusern leben und in die kein Treppenlift eingebaut werden kann oder nicht ausreichen würde. Allein dieses Beispiel macht deutlich, welche Ressourcen notwendig sein werden, um selbstbestimmt im Alter leben zu können. Dass auch hochaltrige Menschen zuhause in den eigenen vier Wänden in Würde so lange wie möglich leben möchten, entspricht nicht nur den eigenen Wünschen, sondern wird auch zwingend notwendig sein. Eine stationäre Pflege bei den steigenden Zahlen aller hochaltrigen Menschen wird gar nicht möglich sein.

»Selbstbestimmt in den eigenen 4 Wänden leben im Jahr 2030 ist nicht nur der Wunsch vieler älterer Menschen, es ist auch die einzige realistische Lösung in einem alternden Industrieland.«

Welche Voraussetzungen müssen Politik und Verwaltung schaffen, um selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen?

1. Wir benötigen eine massive Förderung für den Wohnungsneubau für ältere Generationen. Der Neubau kleinerer Apartmenteinheiten zu bezahlbaren Preisen hat auch noch zwei weitere Vorteile: Schafft man in solchen Wohngebäuden oder gar ganz neuen Quartiere wirkliche Gemeinschaften und mehr soziale Kontakte und Hilfen, sinken nachweislich die Gesundheitskosten im Alter. Und: Mit solchen Angeboten sind ältere Menschen viel eher bereit, aus ihren zum Teil sehr großen Häusern und Wohnungen auszuziehen.

2. Wir müssen Standards für den Neubau einerseits absenken und andererseits an die Bedürfnisse älterer und hochaltriger Menschen anpassen. Die Wohnungen müssen barrierefrei erreichbar sei.

3. Wir brauchen Unterstützung bei der Einrichtung von generationenübergreifenden Einrichtungen. Der Stadtstaat Singapur koordiniert mit einer eigenen Agency und eigenen Apps die digitale Vernetzung zwischen älteren Mitbürgern und bspw. Kindertagesstätten im Quartier, um beide Seiten zusammenzubringen. Da liest der Senior in der Kita und die Kinder halten die Senioren fit. Für den regelmäßigen Einsatz gibt es einen Gutschein zum Besuch einer hochwertigen Kultureinrichtung. Ein Win-Win-Modell für beide Seiten.

4. Wir müssen die Gesundheitsversorgung auf die Veränderungen in der Bevölkerung vorbereiten: Bessere digitale Möglichkeiten, den Arzt zu konsultieren, und um Arztpraxen und Krankenhäuser vor dem Ansturm der ehemaligen Babyboomer im Seniorenalter zu schützen sowie Vitaldaten messen und direkt übertragen zu können, um rechtzeitig zu erkennen, wann ein Arzt konsultiert werden muss. Dazu gehört der Ausbau der Angebote wie „Krankenschwester Agnes“, die sowohl Erstversorgung und Beratung vornimmt, aber auch eine soziale Aufgabe erfüllt, die sonst im Vorzimmer der Arztpraxis wahrgenommen werden würde.

Selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben im Jahr 2030 ist nicht nur der Wunsch vieler älterer Menschen, es ist auch die einzige realistische Lösung in einem alternden Industrieland.



Christian Gräff ist Geschäftsführer des Smart Living & Health Center e. V.

9 Digitalisierung und Künstliche Intelligenz

Digitale Wege zu einer besseren und gerechteren Versorgung

Anne Sophie Geier

Unsere Vision ist klar: Bis 2030 soll jede*r in Deutschland Zugang zu einer besseren, gerechteren Gesundheitsversorgung haben – unabhängig von Wohnort, Ressourcen oder Fachkräftemangel. Digitale Innovationen spielen dabei eine Schlüsselrolle. Sie bieten nicht nur die Chance, medizinische und pflegerische Leistungen effektiver und flexibler zu gestalten. Die Möglichkeiten digitaler Lösungen reichen von der Reduktion bürokratischer Aufwände über die Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern bis hin zur Optimierung von Diagnosen und Therapien durch den Einsatz künstlicher Intelligenz. Damit wird nicht nur die Versorgung qualitativ hochwertiger, sondern auch finanzierbarer – ein Aspekt, der angesichts steigender Kosten im Gesundheitswesen immer bedeutender wird. Die Frage ist nicht mehr, ob wir die Digitalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben sollten, sondern wie schnell und umfassend wir handeln müssen, um die Potenziale für Patient:innen, Fachkräfte und das gesamte System zu realisieren.

Warum digitale Lösungen unverzichtbar sind

Digitale Lösungen können Wissen und Therapien niederschwellig verfügbar machen und Fachkräfte entlasten. Gleichzeitig stärken sie den Wirtschaftsstandort Deutschland, schaffen Arbeitsplätze und fördern die digitale Transformation. Um das volle Potenzial digitaler Gesundheitslösungen auszuschöpfen, müssen jedoch zentrale Voraussetzungen geschaffen werden. Diese betreffen unter anderem den Zugang, die Akzeptanz und die Finanzierung solcher Lösungen.

Rahmenbedingungen für eine digitale Gesundheitszukunft

Ein entscheidender Hebel für den Erfolg digitaler Gesundheitsversorgung liegt in der Verbesserung der Digital Health Literacy – sowohl bei Fachkräften als auch bei Patient*innen. Gleichzeitig muss der Zugang zu digitalen Gesundheitslösungen vereinfacht werden.

Förderung von Innovation und Forschung

Die E-Health-Branche in Deutschland braucht dringend bessere finanzielle Rahmenbedingungen. Alternative Finanzierungswege, wie ein staatlicher Investitionsfonds oder gezielte Forschungsförderung, können helfen, innovative Ideen schneller in die Praxis zu bringen. Gleichzeitig gilt es, Start-ups durch eine vereinfachte Vergabeprozess stärker einzubinden und deren Innovationskraft für das Gesundheitssystem zu nutzen.

Digitalisierung im Gesetz verankern

Die Digitalisierung und der Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) müssen fest in der Gesetzgebung verankert werden. Hierbei ist es entscheidend, internationale Datenstandards wie SNOMED CT zu nutzen, um Interoperabilität und Skalierbarkeit sicherzustellen. Ein Entbürokratisierungsgesetz im Gesundheitswesen könnte gleichzeitig Hürden abbauen und Unternehmen entlasten.

»Die Möglichkeiten digitaler Lösungen reichen von der Reduktion bürokratischer Aufwände über die Verbesserung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern bis hin zur Optimierung von Diagnosen und Therapien durch den Einsatz künstlicher Intelligenz.«

Konkrete Anwendungsfelder stärken

Die Weiterentwicklung digitaler Versorgungsbereiche ist essentiell, um die Möglichkeiten der Digitalisierung zielgerichtet und praxisnah auszuschöpfen.

Einige der wichtigsten Bereiche, die im Fokus stehen sollten, umfassen:

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Diese müssen durch vereinfachte Zugänge, wie das E-Rezept, sowie planbare Zulassungsstrukturen gefördert werden.

Telemedizin: Sie muss stärker in die Regelversorgung integriert werden, um ihre flächendeckende Nutzung zu sichern.

Digitale Pflegeanwendungen (DiPA): Pflegebedürftige profitieren von digitalen Tools, die deutschlandweit verfügbar sein sollten.

Digitale Prävention: Eine holistische Strategie umfassender Aufklärung und direkter Kostenübernahme kann wirksame Präventionsanreize schaffen.

Klare politische Rahmenbedingungen und Wille zur Umsetzung

Digitale Lösungen tragen dazu bei, knappe Ressourcen effizienter einzusetzen und Kosten langfristig zu senken – ein unverzichtbarer Vorteil in einem Gesundheitssystem, das vor steigenden finanziellen Herausforderungen steht. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, braucht es klare politische Rahmenbedingungen und den Willen zur Umsetzung. Es ist nicht nur eine Chance, sondern unsere Pflicht, mithilfe der digitalen Möglichkeiten eine spürbare Verbesserung der Versorgungssituation für alle Menschen in Deutschland zu schaffen



Anne Sophie Geier ist Geschäftsführerin Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.

Künstliche Intelligenz für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem: Interoperabilität und qualitativ hochwertige Daten als Erfolgsmodell

Sylvia Thun

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist eine der zentralen Herausforderungen der kommenden Legislaturperiode. Der gezielte Einsatz von digitalen Daten gepaart mit Künstlicher Intelligenz (KI) birgt enorme Potenziale, um die Versorgungsqualität zu verbessern, den Ressourceneinsatz zu optimieren, die Forschung zu verbessern, unsere Industrie zu stärken und die Patientensicherheit zu erhöhen. Damit diese Potenziale realisiert werden können, bedarf es einer klaren gesundheitspolitischen Agenda, die auf drei fundamentale Pfeiler setzt: Interoperabilität, standardisierte, hochwertige Daten und KI.

»Es bedarf einer gesundheitspolitischen Agenda, die auf drei fundamentale Pfeiler setzt: Interoperabilität, standardisierte, hochwertige Daten und KI.«

Interoperabilität ist eine Grundvoraussetzung, um die verschiedenen digitalen Systeme im Gesundheitswesen effizient miteinander zu vernetzen. Derzeit existiert eine fragmentierte Landschaft aus isolierten Anwendungen und Plattformen, die den Austausch von Gesundheitsdaten erheblich erschwert. Dies führt zu Doppeluntersuchungen, ineffizienten Prozessen und einer Verzögerung von Diagnosen und Behandlungen. Eine zentrale Maßnahme der nächsten Legislatur sollte daher die gesetzliche Verankerung verbindlicher Interoperabilitätsstandards v.a. ISIK sein. Diese Standards müssen nationale und internationale Vorgaben wie HL7 FHIR und SNOMED CT integrieren, um den Datenaustausch sowohl innerhalb Deutschlands als auch über Grenzen hinweg zu ermöglichen. Darüber hinaus sollte die Entwicklung von interoperablen Schnittstellen staatlich gefördert werden, nicht nur bei der gematik und der MIO42, sondern auch bei Behörden und Industrie und Wissenschaft um allen Akteuren den Zugang zu erleichtern. Der Nutzen von KI steht und fällt mit der Qualität der zugrundeliegenden Daten. Hochwertige, standardisierte Daten sind essenziell, um KI-Modelle effektiv zu trainieren und biasfreie Ergebnisse zu garantieren. Aktuell sind Gesundheitsdaten in Deutschland häufig unvollständig, nicht harmonisiert und schwer zugänglich. Hier bedarf es eines Paradigmenwechsels: Wir brauchen eine Dateninfrastruktur, die Verfügbarkeit und Sicherheit gleichermaßen gewährleistet. Ein konkreter Vorschlag ist die Schaffung eines nationalen Gesundheitsdatenraums, der den sicheren Austausch und die Nutzung von Daten für Forschung und Versorgung ermöglicht, der nicht krankenkassengetrieben ist, wie das FDZ des BfArM, sondern die medizinischen Daten der Patienten enthält. Die Telematikinfrastuktur (TI) sollte dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie nicht nur als Kommunikationsnetz, sondern auch als Datenplattform dient. Parallel dazu müssen robuste Datenschutzkonzepte etabliert werden, die auf Prinzipien wie Datensouveränität und Pseudonymisierung beruhen. Patient:innen sollten die Hoheit über ihre Daten behalten, jedoch gleichzeitig einfache Möglichkeiten erhalten, diese für medizinische Forschung freizugeben.

Diagnostik:

KI-basierte Systeme können Ärzt:innen bei der Erkennung von Krankheiten wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen unterstützen und Diagnosen beschleunigen.

Prävention:

Durch die Analyse großer Datenmengen können Risikoprofile erstellt und präventive Maßnahmen personalisiert werden.

Versorgungsmanagement:

KI kann helfen, Engpässe in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu identifizieren und Ressourcen effizienter zu nutzen.

Medikamenten- und Medizinprodukteentwicklung:

Der Einsatz von KI kann Forschungs- und Entwicklungsprozesse verkürzen und personalisierte Therapien ermöglichen.

»Es sollten gezielte Innovationsprogramme aufgelegt werden, die Start-ups, Forschungsinstitute und Krankenhäuser vernetzen und gemeinsame Projekte unterstützen.«

Um diese Einsatzfelder zu fördern, sollten gezielte Innovationsprogramme aufgelegt werden, die Start-ups, Forschungsinstitute und Krankenhäuser vernetzen und gemeinsame Projekte unterstützen. Die Öffnung von Datenpools für wissenschaftliche Zwecke sollte hierbei priorisiert werden. Der Einsatz von KI erfordert klare rechtliche und ethische Rahmenbedingungen. Insbesondere müssen Fragen der Evidenz, Haftung, Transparenz und Nachvollziehbarkeit von KI-Entscheidungen geklärt werden. Hierzu könnte eine unabhängige KI-Kommission eingerichtet werden, die Standards definiert und Empfehlungen für den Gesetzgeber erarbeitet. Alle KI-Algorithmen sollten transparent entwickelt, veröffentlicht und überprüft werden. Die Integration von KI ins Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern ein Mittel, um die Versorgung der Menschen zu verbessern. Interoperabilität und hochwertige Daten sind dabei die Schlüsselfaktoren, die den Erfolg dieser Transformation bestimmen. Die kommende Legislatur bietet die Chance, hier die Weichen richtig zu stellen und Deutschland als Vorreiter für ein digitales, patientenzentriertes Gesundheitssystem zu positionieren.



Professorin Dr. Sylvia Thun, Direktorin, Core-Unit eHealth und Interoperabilität (CEI).

Mit mutiger Transformation Mehrwerte schaffen

Marcel Weigand

Die Herausforderungen, denen das Gesundheitswesen gegenübersteht, werden zunehmend größer und komplexer. Der demografische Wandel und der zunehmende Kostendruck sind nur zwei dieser Entwicklungen. Welchen Beitrag können digitale Transformation und Gesundheitsdaten zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten?

Möglichkeiten der Gesundheitsdatennutzung nutzen

Mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) wurden neue Möglichkeiten für Forschungseinrichtungen und Krankenkassen geschaffen, um mehr Daten einfacher nutzen zu können. Die nun geschaffenen Möglichkeiten müssen aber auch genutzt werden. Hierzu sind Gestaltungswillen und vor allem Mut gefragt. Gleichzeitig müssen aber auch die Anwendenden unterstützt werden, wenn Regularien unklar sind oder gar widersprüchlich.

Die fehlende Interoperabilität zwischen den verschiedenen Systemen und Akteuren im Gesundheitswesen ist neben regulatorischen Unsicherheiten, eines der größten Hindernisse für die Nutzung von Daten sowie den Einsatz von Systemen und Anwendungen. Es bedarf verbindlicher, einheitlicher Standards für den Datenaustausch (z. B. FHIR) und offener Schnittstellen, um eine nahtlose Kommunikation zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken, Laboren und Forschungseinrichtungen zu ermöglichen. Ein Dashboard, das anzeigt, welche Gesundheitseinrichtungen bereits mit internationalen Standards arbeiten, könnte Transparenz erzeugen und den Wettbewerb der interoperabelsten Einrichtungen erhöhen.)

Räume für Innovation und Forschung schaffen

Künstliche Intelligenz (KI) bietet enorme Potenziale für die Verbesserung der Diagnostik, Therapie und Prävention. Es bedarf gezielter Investitionen in die KI-Forschung im Gesundheitswesen und der Schaffung von Rahmenbedingungen, die die Entwicklung und den Einsatz von KI-basierten Lösungen fördern. Trotz zahlreicher Förderprogramme zeigt der Cisco AI-Readiness Index: Deutschlands Unternehmen wurden von Platz 3 auf Platz 6 in Europa durchgereicht. Mitunter werden Verunsicherungen über Rechtsauslegung hierzulande als Hemmnis angeführt.

Die KI-Verordnung sollte in Deutschland daher nicht ähnlich streng ausgelegt werden, wie dies bei der DSGVO der Fall war. Stattdessen könnte die Einrichtung von Reallaboren und Innovations- und Translationszentren es ermöglichen, neue Technologien und Anwendungen in realen Versorgungsumgebungen zu entwickeln, zu testen und zu evaluieren. Dies würde den Innovationsprozess beschleunigen und eine frühzeitige Identifizierung von Herausforderungen und Verbesserungspotenzialen ermöglichen.

Der Innovationsfonds hat sein eigentliches Ziel verfehlt. Seit acht Jahren werden zwar Projekte gefördert, doch keine einzige neue Versorgungsform hat es in die Regelversorgung geschafft. Innovationen in die Versorgung zu bringen war, aber das erklärte Ziel und nicht Innovationsfonds als Selbstzweck. Der Auftrag zur Entwicklung von Kriterien und Verfahren für die Überführung in die Regelversorgung wurde nicht umgesetzt. Die Zulassungslogik sollte umgedreht werden. Erfolgreich evaluierte neue Versorgungsformen sollten automatisch Teil der Regelversorgung werden, es sei denn es sprechen triftige Gründe dagegen.

Potential digitaler Anwendungen für Versorgung heben

Ein Bereich, der es deutlich erfolgreicher geschafft hat, digitale Innovationen ins System zu bringen, sind die Digitalen Gesundheitsanwendungen. 37 sind sogar inzwischen dauerhaft aufgenommen. Dennoch wäre eine Weiterentwicklung z. B. Zulassung von indikations-unabhängigen DiGA zur Gesundheitsförderung/ Primärprävention eine sinnvolle Weiterentwicklung für ein System, das sich ausschließlich auf die Behandlung von Krankheiten konzentriert. Im Vergleich zu den DIGA sind die digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) ein Rohrkrepierer. Nach zwei Jahren gibt es keine einzige zugelassene Anwendung, da die rigiden Vorgaben für Hersteller völlig unattraktiv sind. Das dies ausgerechnet im Bereich Pflege geschieht, wo dringend auch durch die digitale Transformation erfahrbare Entlastung notwendig wäre, ist bedauerlich. Dies sollte von der neuen Bundesregierung zeitnah angepackt werden.

Es ist gut, dass die Opt-out „ePA für alle“ kommt. Die ePA ist in ihrer jetzigen Form Anfang 2025 aber (noch) keine Innovation. Trotz oder gerade wegen einer Entwicklungszeit von über zwei Jahrzehnten ist sie wenig innovativ. Derzeit und auf absehbare Zeit ist sie ein Ablageort für PDFs. Ob und wann sich dies ändert, wird sich zeigen. Innovativ wäre es, wenn die ePA zu einem Gesundheits-Cockpit ausgebaut wäre, das Patienten KI-basiert personalisiert informiert, und durch das System navigiert. Die dafür benötigten Daten und Technologie wären grundsätzlich schon vorhanden ...

»Die fehlende Interoperabilität zwischen den verschiedenen Systemen und Akteuren im Gesundheitswesen ist neben regulatorischen Unsicherheiten, eines der größten Hindernisse für die Nutzung von Daten sowie den Einsatz von Systemen und Anwendungen.«

Digitale Gesundheitskompetenz und Akzeptanz fördern

Die digitale Transformation erfordert neue Kompetenzen bei allen Akteuren im Gesundheitswesen. Es bedarf umfassender Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für alle Gesundheitsberufe, um den Umgang mit digitalen Technologien und Daten zu schulen.

Auch die Bevölkerung muss in die Lage versetzt werden, digitale Gesundheitsangebote sinnvoll zu nutzen und von den Vorteilen der Digitalisierung zu profitieren. Hier sind niedrigschwellige Informationsangebote, Schulungen und Unterstützung wichtig. Die bisherigen Angebote zur Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V sind unambitioniert. Zudem konzentrieren sie sich nur auf Anwendungen der TI, wie ePA oder eRezept oder das Finden und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Datenkompetenz kommt darin genauso wenig vor wie KI-Kompetenz. Damit Mitte 2025 74 Mio. Versicherte die Frage souverän beantworten können, ob sie ihre Daten aus der ePA für Forschungszwecke an das Forschungsdatenzentrum "spenden" sollen, müssen sie dringend aufgeklärt werden.

»Die Zulassungslogik des Innovationsfonds sollte umgedreht werden. Erfolgreich evaluierte neue Versorgungsformen sollten automatisch Teil der Regelversorgung werden, es sei denn es sprechen triftige Gründe dagegen.«

Eine Governance für gelingende digitale Transformation

Ob die ungelösten, aber erforderlichen Aufgaben zukünftig durch ein Digitalministerium erfolgen, oder ob digitale Großprojekte aus dem Kanzleramt erfolgen, ist zweitrangig. Entscheidend ist, dass dies mit klaren Zielbildern, Befugnissen, Umsetzungsstrategien und pragmatischer Governance erfolgt.

Deutschland investiert nur 1,4 % des BIP in IT. Die USA das Vierfache und China das Sechsfache. Wenn Deutschland nicht nur aufholen, sondern gleichziehen möchte, muss der Anteil am BIP mindestens verfünffacht werden.



Marcel Weigand ist freiberuflicher Moderator, Berater und Podcast-Host des Podcasts »Mit Daten heilen« sowie Leiter politische Kommunikation bei TMF e.V.

10

Gesundheitssicherheit und Resilienz

Gesundheitsversorgung krisenfest machen – Gesundheitssicherheit stärken

Leif Erik Sander

Das deutsche Gesundheitssystem ist in vielen Bereichen unzureichend auf akute Krisen vorbereitet. Veraltete Infrastruktur, mangelnde Digitalisierung und Fachkräftemangel stellen das System bereits im Regelbetrieb vor erhebliche Herausforderungen. Gleichzeitig ist das Risiko akuter Gesundheitskrisen deutlich gestiegen. Neben klassischen Risiken wie Naturkatastrophen und Pandemien rücken zunehmend hybride Bedrohungen in den Fokus. Die kritische Infrastruktur einschließlich des Gesundheitswesens ist bereits heute regelmäßigen Cyberangriffen ausgesetzt und kann durch gezielte Sabotage oder physische Angriffe erheblich beeinträchtigt werden. Zudem wächst die Sorge vor einer militärischen Eskalation bis hin zum Bündnis- oder Verteidigungsfall – mit gravierenden Folgen für die zivile Gesundheitsversorgung, etwa durch ein hohes Aufkommen von Verwundeten, Fluchtbewegungen und parallele hybride oder direkte Angriffe. Es ist daher dringend notwendig, die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems deutlich zu stärken, um auch angesichts zunehmender Sicherheitsrisiken die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Gesundheitssicherheit (Health Security) umfasst die Fähigkeiten, Maßnahmen und Strukturen, die eine Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung in Notlagen gewährleisten und die Auswirkungen außergewöhnlicher Gesundheitsgefahren für die Bevölkerung minimieren sollen. Gesundheitssicherheit beruht wesentlich auf einer effektiven Zusammenarbeit verschiedener Sektoren und Akteure – insbesondere zwischen dem zivilen Gesundheitswesen, dem gesundheitlichen Bevölkerungsschutz, den Sicherheitsbehörden und dem militärischen Sektor sowie unterstützenden Organisation und der Bevölkerung. In Deutschland bestehen jedoch erhebliche Koordinationsprobleme: Die unterschiedlichen Hoheitsbereiche von Bund, Ländern und Kommunen sowie die strikte rechtliche Trennung zwischen zivilem und militärischem Sektor führen zu einer Fragmentierung von Zuständigkeiten, Fähigkeiten und Ressourcen. Diese strukturellen Defizite sowie fehlende rechtliche Rahmenbedingungen und unzureichende Finanzierung für eine adäquate Krisenvorbereitung beeinträchtigen die Gesundheitssicherheit erheblich.

Die gravierenden Defizite in der Gesundheitssicherheit werden in der öffentlichen und politischen Debatte kaum thematisiert, obwohl sie für die Krisenresilienz und Sicherheit des Landes von zentraler Bedeutung sind. Gesundheit muss endlich als kritischer Sicherheitsfaktor anerkannt werden. Eine stärkere Verknüpfung von Gesundheits- und Sicherheitspolitik ist notwendig, um auf komplexe Bedrohungen angemessen reagieren zu können.

»Es ist dringend notwendig, die Widerstandsfähigkeit des Gesundheitssystems deutlich zu stärken, um auch angesichts zunehmender Sicherheitsrisiken die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.«

Zentrale Handlungsfelder für die kommende Legislaturperiode

Klarer Rechtsrahmen

Gesundheitssicherheit erfordert koordinierte Vorsorge, die sofort beginnen muss – dafür bedarf es jedoch klarer gesetzlicher Grundlagen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die zivil-militärische Zusammenarbeit sind momentan unzureichend definiert. Es fehlt an klaren Mandaten und Zuständigkeiten, um eine reibungslose Zusammenarbeit zu gewährleisten. Daher sollten Zuständigkeiten und Mandate dringend im Rahmen eines Gesundheitsvorsorge- und Sicherstellungsgesetzes geregelt werden, das die zivil-militärische Zusammenarbeit auch unterhalb des Spannungs-, Bündnis- und Verteidigungsfalls klar definiert. Die Vorbereitung und Vorsorge kann nicht erst in der Krise erfolgen, daher muss jetzt gehandelt werden.

Resiliente Infrastruktur und Schutz vor hybriden Bedrohungen

Kliniken und andere kritische Einrichtungen müssen gegen physische und digitale Bedrohungen geschützt werden, um ihre Funktionsfähigkeit im Krisenfall sicherzustellen. Insbesondere Kliniken der Maximalversorgung müssen technisch und infrastrukturell ertüchtigt werden – unter anderem durch moderne Sicherheits- und Kommunikationstechnik, geschützte Räumlichkeiten und eine krisenfeste Versorgungstechnik. Auch die Cyberabwehr zum Schutz der digitalen Infrastruktur des Gesundheitswesens muss dringend verbessert und angemessen finanziert werden.

Nationale Reserve Gesundheitsschutz aufbauen

Für unterschiedliche Krisenszenarien ist eine national koordinierte Bevorratung von Material und Medikamenten essenziell. Die geplante Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) muss zügig umgesetzt und aufgebaut werden, um die medizinische Versorgung im Krisen- und Katastrophenfall sicherzustellen.

Strategische Patientenverlegung planen

Mit Blick auf militärische Konflikte und andere Krisenszenarien mit hohen Patientenzahlen muss ein effizientes Instrument zum strategischen Patiententransport implementiert werden. Dazu sollten koordinierende Zentren benannt werden, die anhand eines aktuellen Lagebilds die Patientenallokation steuern.

Zentrum für Health Security aufbauen

Viele Partnerländer haben nationale Zentren für Health Security eingerichtet, die spezielle Ressourcen und Expertise bereitstellen, Informationen bündeln sowie Organisations- und Koordinationsaufgaben übernehmen. Deutschland verfügt über eine solche Struktur nicht – trotz eines besonders fragmentierten Gesundheitssystems und einer bislang schwach ausgeprägten Gesundheitssicherheit. Daher sollte der Bund ein spezialisiertes Zentrum für Health Security einrichten, das mit der Koordination von Gesundheitssicherheitsaufgaben betraut wird und an einer zivilen Gesundheitseinrichtung mit entsprechender Expertise angesiedelt wird.

Regelmäßige multidisziplinäre Übungen

Um auf Gesundheits- und Sicherheitskrisen vorbereitet zu sein, sollten Akteure aus dem zivilen (medizinischen und nicht-medizinischen) sowie militärischen Bereich regelmäßig

»Der Bund sollte ein spezialisiertes Zentrum für Health Security einrichten, das mit der Koordination von Gesundheitssicherheitsaufgaben betraut wird.«

gemeinsame Übungen durchführen. Krisenresilienz erfordert eine enge Zusammenarbeit, eingespielte Abläufe sowie gegenseitiges Vertrauen und Wissen über Fähigkeiten und Zuständigkeiten. Daher sollten regelmäßige Krisenübungen unter Beteiligung der relevanten Akteure aus dem zivilen Gesundheitswesen, der Sicherheitsbehörden, dem Zivilschutz und dem Militär durchgeführt werden.

Fazit

Die Gesundheitssicherheit in Deutschland muss dringend priorisiert und gestärkt werden. Dies erfordert unverzügliches politisches Handeln. Durch die Umsetzung der genannten Maßnahmen kann die Resilienz des Gesundheitssystems erhöht und das Land besser auf aktuelle sowie zukünftige Bedrohungslagen vorbereitet werden.



Prof. Leif Erik Sander ist Direktor der Klinik für Infektiologie und Intensivmedizin der Charité, Leiter der größten Sonderisolation des Landes und Sprecher der AG Health Security im ExpertInnenrat der Bundesregierung zu Resilienz und Gesundheit.

11 Klimaschutz und Nachhaltigkeit

Kliniken und Staat – in doppelter Verantwortung für Daseinsvorsorge und Klimaschutz

Johannes Danckert und Christian Dreißigacker

Deutschland hat sich das Ziel gesetzt, bis 2045 CO₂-neutral zu werden. Das wird nicht ohne den Gesundheitssektor gelingen, der zwar ein bedeutender Emittent von Treibhausgasen ist, sich aber diesbezüglich bis vor kurzem weitgehend unter dem Radar bewegte. Erst die enormen Energiepreissteigerungen im Zuge des Kriegs gegen die Ukraine und die mittlerweile spürbaren Auswirkungen des Klimawandels haben das verändert. Aber immer noch ist das Gesundheitswesen für rund fünf Prozent der in Deutschland freigesetzten Treibhausgasemissionen verantwortlich.

Vor allem Krankenhäuser sind Energiefresser und CO₂-Schleudern par excellence. So verbrauchen alleine Krankenhäuser pro Bett und Jahr im Mittel etwa 25.000 kWh thermische Energie und 7.800 kWh elektrische Energie. Das entspricht ungefähr dem Bedarf zweier neuer Einfamilienhäuser. Ein ganzes Krankenhaus verbraucht so viel Energie wie eine Kleinstadt. Der gesamte Rohstoffkonsum des Sektors beläuft sich auf ungefähr 107 Millionen Tonnen pro Jahr (2016) und nimmt damit rund fünf Prozent des gesamten deutschen Rohstoffkonsums ein.

Green Hospital: enormer Aufholbedarf

Wir haben beim Thema „Green Hospital“ enormen Aufholbedarf. Das Gute daran: Es gibt noch viele „low hanging fruits“ zu pflücken, viele klimaschützende Maßnahmen im Krankenhaus finanzieren sich durch Kosteneinsparungen selbst und haben einen vergleichsweise schnellen und großen Effekt. Zwei praktische Beispiele: Vivantes hat 50.000 Leuchtröhren in seinen Kliniken durch LED ersetzt; die Kosten haben sich durch stark gesunkenen Energieverbrauch – und deutlich höhere Strompreise – in wenigen Monaten selbst bezahlt. Die BG Kliniken, wie das Unfallkrankenhaus Berlin, haben durch den Umstieg auf klimafreundlichere Anästhesiegase deutlich CO₂ reduziert und gleichzeitig Kosten sparen können, da die klimaschädlichsten Anästhesiegase auch die teuersten sind. Auch Vivantes hat ein entsprechendes Projekt initiiert.

»Die Energiekrise in Folge des Ukraine-Kriegs war der letzte Weckruf und brachte durch steigende Preise viele Projekte in die Zone der betriebswirtschaftlichen Realisierbarkeit.«

Die Energiekrise in Folge des Ukraine-Kriegs war der letzte Weckruf und brachte durch steigende Preise viele Projekte in die Zone der betriebswirtschaftlichen Realisierbarkeit. Es gibt viele weitere Handlungsfelder, wo Krankenhäuser ohne externe Förderung aktiv werden können – hier nur beispielhaft ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

- **Einführung eines Energiemanagementsystems** (DIN ISO EN 50001)
- **Klimafreundliche Speiseversorgung** durch regionales Sourcing, Mehrweg und Vermeidung von Speiseabfällen durch freie Menüwahl für Patient*innen. Damit haben wir bei Vivantes gute Erfahrungen gemacht.
- **Klimaschutz bei Neubau oder Sanierung mitdenken**, z. B. durch Gründächer, Regenwasser-Rigolen, Jalousien statt Klimaanlage.
- **Förderung der Elektromobilität** durch Umstellung des Fuhrparks im Rahmen von Ersatzbeschaffungen und Bereitstellung öffentlicher Ladepunkte auf Besucherparkplätzen.
- **Verbündete suchen und finden:** Z. B. Unternehmen des ÖPNV für umweltfreundliche Mobilität.
- **Wiederverwendung aufbereiteter Medizintechnik** (z. B. Endoskope).

Gesundheitssektor ist ein entscheidender Hebel zur Erreichung der Klimaziele

Dennoch gibt es derzeit keine besondere öffentliche Förderung für den klimafreundlichen Umbau der Krankenhäuser. Die Bundesländer kommen schon seit Jahrzehnten nicht einmal ihrer verfassungsrechtlichen Verpflichtung nach, für die Kliniken des SGB V Krankenhausinvestitionen auskömmlich zu finanzieren. Wir müssen uns also zunächst selbst helfen und können erst einmal nicht auf staatliche Hilfen warten.

Das enthebt den Staat aber nicht seiner Verantwortung. Entscheidende Fortschritte in Energie-Effizienz und Klima-Resilienz werden nur gelingen, wenn auch die Bundesregierung erkennt, dass der Gesundheitssektor und hier insbesondere die Krankenhäuser ein entscheidender Hebel sind, um die nationalen Klimaziele zu erreichen. Gerade weil Haushaltsmittel auch auf Bundesebene knapp sind, sollten sie in diesem Bereich prioritär eingesetzt werden, weil staatliche Förderung hier einen großen Effekt und im Zusammenhang mit bevorstehenden Umstrukturierungen im Krankenhaussektor auch einen schnellen Effekt bringt – eben „low hanging fruits.“



Dr. Johannes Danckert ist Vorsitzender der Geschäftsführung & Geschäftsführer Klinikmanagement Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH.



Christian Dreißigacker ist Vorsitzender der Geschäftsführung BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH.

Smart Green Health – für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung

Thomas Brink, Holger Friedrich, Andreas Kumbroch, Grischa Kraus und Ulrike Marczak

Ausgangssituation

Im deutschen Gesundheitswesen arbeiten weit mehr als eine Million Menschen, die rund EUR 100 Milliarden Bruttowertschöpfung pro Jahr erwirtschaften. Als Wirtschaftszweig läuft das Gesundheitswesen der Automobilindustrie längst den Rang ab mit zunehmender Tendenz und Bedeutung. So sind nicht nur viele Gesundheitsunternehmen Weltmarktführer in ihrer Branche, auch viele Ärzt:innen und Wissenschaftler:innen zählen in ihrem Fach zur absoluten Weltspitze. Mit dem demografischen Wandel und zunehmenden Kostendruck rückt die Gesunderhaltung der Menschen verstärkt in den Mittelpunkt. Wenn rund 85 Millionen Bundesbürger:innen möglichst lange gesund bleiben wollen, wovon mehr als 45 Millionen erwerbstätig sind, müssen wir die Gesundheitsversorgung neu ausrichten: An die Stelle planwirtschaftlich organisierter Intensivmedizin, die vor allem kostenorientiert ist, rückt eine patientennahe Versorgung, die präventiv, digital und nachhaltig ist. Dafür ist ein Umdenken auf allen Ebenen erforderlich.

Die Gesundheitsversorgung neu ausrichten

Die Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung braucht ein schlüssiges Gesamtkonzept, das die Politik gemeinsam mit den zentralen Akteuren des Gesundheitswesens erarbeiten muss. Zwingend notwendig dafür sind grundlegend veränderte und auf das Patientenwohl ausgerichtete Vergütungssysteme und ein weitgehender Bürokratieabbau. Unsere bisherigen Vergütungssysteme stammen aus einer Welt, in der nicht kooperiert und nicht kreislauftechnisch gedacht wurde. Sie erzeugen Durchschnittskosten, was Verteilungskämpfe provoziert und Kooperation verhindert. In Durchschnittskosten sind auch keine Kosten für Instandhaltung, Entsorgung oder Vermeidung enthalten. So erzeugen falsche Anreize und inkompatible Systeme und Prozesse einen unnötigen Kostendruck mit immer neuen Sparmaßnahmen, die den Investitionsstau auf allen Ebenen erhöhen. Kliniken und Leistungserbringer stehen zunehmend mit dem Rücken zur Wand und unterlassen Investitionen in innovative und ressourcenschonende Anwendungen. Das alles bindet Ressourcen, die besser für den Umbau des Systems genutzt werden könnten. Dabei ist Vieles bereits vorhanden, was für eine nachhaltige Ausrichtung der Versorgung genutzt werden könnte. So verfügen wir heute schon über eine Fülle an Daten und Rechenkapazitäten, die eine patientennahe und nachhaltige Versorgung ermöglichen. Auch viele medizinische Leistungen sind längst nachhaltig erbringbar, weil Produkte ökologisch erzeugt, mehrwegfähig oder wiederverwendbar sind. Folglich muss die Versorgung vom Kopf auf die Füße gestellt werden. Nur so kann die Gesunderhaltung der Menschen und eine nachhaltige Leistungserbringung gelingen.

»Kliniken und Leistungserbringer stehen zunehmend mit dem Rücken zur Wand und unterlassen Investitionen in innovative und ressourcenschonende Anwendungen.«

Die Neuausrichtung braucht neues Denken

Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung setzt auf die Gesunderhaltung und auf die Vermeidung von Umweltschäden, da sie die Regeneration von Mensch und Natur fördert. Sie setzt auf Früherkennung und Prävention, damit Menschen dazu befähigt werden sich selbst zu helfen und erst gar nicht schwer erkranken. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung schafft eine Datentransparenz, die eine durchgängige Optimierung über den gesamten Wertschöpfungsprozess und Be-handlungspfad ermöglicht. In der Folge entsteht ein interoperables Gesundheitsdaten-Ökosystem, das die Fragmentierung der bestehenden Systemlandschaft überwindet und die wahren Kosten der Versorgung internalisiert. Es entstehen Wachstumspotenziale für eine besser Versorgung sowie Forschung und Entwicklung, weil medizinische, energetische und IT-Sicherheitsdaten in Echtzeit vereint werden. Mitglieder der Gesundheitsstadt Berlin haben das Gesundheitsdaten-Ökosystem unter dem Arbeitstitel „Smart Green Hospital“ näher beschrieben und entwickelt. Im System einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung rücken Qualität und Nachhaltigkeit an die Stelle von Menge und Kostenfixierung, Kooperation und Langfristdenken ersetzen kurzfristige Gewinn- und Kostenoptimierung. Kostenträger werden zu Versorgungspartnern und arbeiten mit Leistungsbringern zusammen, weil sie den Wert, den sie stiften, erkennen und mehren wollen. Gesundheitsausgaben werden zu Zukunftsinvestitionen. Das alte Denken und die damit verbundene Fragmentierung des Systems wäre aufgehoben.

Die Neuausrichtung muss auf die politische Agenda

All das erfordert, dass die neue Bundesregierung frühzeitig die Weichen stellen und den systematischen Umbau der Versorgung in die Hand nehmen muss. Die Transformation der Gesundheitsversorgung gelingt, wenn sie zur „Chefsache“ erklärt wird, d.h., wenn das Bundeskanzleramt ähnlich der Pharma-Strategie das Zepter in die Hand nimmt, einen verbindlichen Fahrplan entwirft und alle fachlich zuständigen Ressorts (Ministerien) und alle relevanten Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie der Gesundheitswirtschaft daran beteiligt. Im Ergebnis wird so Langfristdenken in die Gesundheitsversorgung einziehen und das gesamte System leistungsfähiger, patientennäher und nachhaltiger werden.



Thomas Brink ist Leitung Einkauf
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH.



Grischa Kraus ist Geschäftsführer
MEDIIO GmbH



Dr. Holger Friedrich ist Managing
Partner Pathways Public Health GmbH.



Ulrike Marczak ist Vorständin
Vanguard AG.



Andreas Kumbroch ist Vorstand
März Internetwork Services AG.

Über Gesundheitsstadt Berlin

Gesundheitsstadt Berlin ist als gemeinnütziger Verein eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin und Brandenburg mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungen zu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzen öffentlich geförderte Forschungsprojekte um.

Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin und Brandenburg ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung.

Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung.

Wir bringen Startups und Gründerinnen und Gründer mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de

**gesundheitsstadt
berlin**
das netzwerk
für berlin-brandenburg