



FRANKFURTER FORUM ■ DISKURSE



Heft 32
Oktober 2025
ISSN 2190-7366

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.



Eine Auflistung früherer Diskurs-Hefte des Frankfurter Forums und der dort behandelten Themen findet sich am Heftende. Alle Hefte sind online abrufbar unter <http://frankfurter-forum-diskurse.de>

Ziele

Das Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen will zentrale Fragen in der Gesellschafts- und Gesundheitspolitik mit führenden Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft diskutieren und versuchen, darauf Antworten zu geben. Die unterschiedlichen ethischen, medizinischen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Standpunkte sollen transparent und publik gemacht werden. Anregungen und Handlungsempfehlungen sollen an die Entscheider in Politik und Gesundheitssystem weitergegeben werden, um so an dessen Weiterentwicklung mitwirken zu können.



Heft 32
Oktober 2025
ISSN 2190-7366

FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.

Inhalt

Generationengerechte Gesundheitsversorgung 4

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

STEFAN HUSTER

**Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung:
Beispiel Krankenhausreform**

6

EVA WINKLER

**Equity of what? Bedarfs-, Verteilungs, Generationen-
gerechtigkeit – Medizinethische Anforderungen an
das Gesundheitssystem**

14

AMELIE WUPPERMANN

**Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem:
Funktioniert der Generationenvertrag noch?**

22

ADELHEID KUHLMAY

**Perspektive der älter werdenden Gesellschaft:
Prävention von Pflegebedürftigkeit**

32

WOLFGANG HOFFMANN / NEELTJE VAN DEN BERG

**Regionale Versorgung verbindet Sektoren,
Professionen – und Generationen**

38

Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung
unter generativen Aspekten

46

Generationengerechte Gesundheitsversorgung

VON DR. REGINA KLAKOW-FRANCK, PROF. DR. VOLKER ULRICH, PETRA ACHER



Eine generationengerechte Gesundheitsversorgung ist ein vielschichtiges Forschungsgebiet. Dennoch werden bestimmte Gebiete kaum oder nur selektiv bearbeitet: Wissenschaftliche Beiträge über die Vernachlässigung der Kinder- und Jugendmedizin sind ebenso unterrepräsentiert wie die unzureichende Berücksichtigung von Frauen bei pharmakologischen Studien.

Von den medizinischen, ökonomischen, sozialen und rechtlichen Konsequenzen der Verschiebung der Bevölkerungsstrukturen ganz zu schweigen. In einer stark alternenden Gesellschaft wie in Deutschland wurde die wissenschaftliche Diskussion über diese Entwicklungen lange Zeit verschlafen und erst in den letzten Jahren stärker wahrgenommen, während andere Länder unter dem Begriff „Aging Societies“ die Folgen demografischer Entwicklungen schon lange in ihre Lehr- und Forschungskonzepte aufgenommen haben.

Generationengerechtigkeit wurde lange Zeit fast ausschließlich unter einem intragenerativen Blickwinkel geführt und die Analyse betrachtete die Beziehungen zwischen den lebenden Generationen: Wie steht es um die Gesundheitsversorgung der Menschen unterschiedlichen Alters hinsichtlich einer adäquaten medizinischen Behandlung, die Versorgung mit ambulanten und stationären Leistungen, mit Pflege oder auch mit palliativen Angeboten?

Gegenwärtig rücken stärker intergenerative Gesichtspunkte zwischen den heute lebenden und den künftigen Generationen in den Mittelpunkt: Wie werden künftige Verteilungskonflikte um die immer knapper werdenden Gesundheitsressourcen gelöst? Wie belastbar ist der durch ein Umlagesystem finanzierte Generationenvertrag, der durch den demografischen Wandel an Grenzen stößt, da immer weniger Junge (Erwerbstätige) immer mehr Ältere (nicht mehr Erwerbstätige) mit Gesundheits-, Pflege- und Rentenleistungen zu versorgen haben?

Mit Blick auf die aktuelle Lage muss man konstatieren, dass Kranken- und Pflegeversicherung nicht gut für die Zukunft aufgestellt sind. Hinzu kommt ein massives Effizienz- und Ausgabenproblem. Die Politik hat mit einer freigiebigen Gesetzgebung hohe Ausgabensteigerungen mitverursacht, während Effizienzaspekte und Reformen auf der Einnahmenseite weitgehend unterblieben sind.

Wenn nun über einen notwendigen Umbau des Gesundheitssystems diskutiert wird, müssen vor allem Ergebnisse in den Mittelpunkt rücken. Evidenzbasierte Erkenntnisse über den Nutzen der Inanspruchnahme von Leistungen sind die notwendige Richtschnur, um über die Leistungsfähigkeit des Systems seriös diskutieren zu können. Bei der Wertermittlung einer Gesundheitsleistung sollte stärker der Nutzen der verbesserten Gesundheit für den Patienten den resultierenden Kosten gegenübergestellt werden.

Goldstandard sind zwar klinische Studien, sie sollten aber ergänzt werden um weitere Maße aus der gesundheitsökonomischen Forschung, beispielsweise den QALYs (Quality-Adjusted Life Years). Das ist in anderen Ländern teilweise heute schon Standard. Allerdings erfordert die Übertragung individueller Nutzenmaße auf gesamtgesellschaftliche Verteilungsentscheidungen eine sorgsame Diskussion und Ausgestaltung der Konzepte, um die erforderliche gesellschaftliche Akzeptanz zu finden.

Mit Blick auf eine generationengerechte Versorgung geht es aber nicht nur um einen Ergebnisvergleich von Kosten und Nutzen der Leistungserbringung und Leistungsanspruchnahme. Im Mittelpunkt stehen immer auch zukunftsste regionale Versorgungsstrukturen, die den Bedarf der Menschen decken, damit sie von Geburt an bis ins hohe Alter so gesund und selbstbestimmt wie möglich leben können. Dabei kommt auch der Prävention eine entscheidende Rolle zu. Unter ökonomischen Aspekten wird Prävention das System langfristig vielleicht nicht notwendigerweise billiger machen, die Menschen sollten durch Prävention aber vor allem gesunde Lebensjahre hinzugewinnen, die es ihnen ermöglichen, länger in ihrer vertrauten Umgebung bleiben oder sogar auch länger arbeiten können.

Eine große Herausforderung mit Blick auf eine generationengerechte Versorgung ist die fehlende Koordination der

vielen Akteure des sektoral gegliederten Gesundheitssystems: Arztpraxen, therapeutische Praxen, Pflegeanbieter, Krankenhäuser, Apotheken und weitere Leistungserbringer. Vor Ort gibt es zu viele Schnittstellen und Kompetenzüberlagerungen, die eine koordinierte Versorgung verhindern oder erschweren. Große Erwartungen liegen daher in der von der Koalition beschlossenen Einführung eines Primärarztsystems, wobei Kritiker die Fokussierung auf die (Haus-)Ärzte bemängeln und stattdessen ein Primärversorgungssystem fordern. Auch in die Krankenhausreform werden große Erwartungen gesetzt, gerade mit Blick auf die Schnittstelle zum ambulanten Sektor.

Unabhängig davon, in welche Richtung sich das Gesundheitssystem weiterentwickeln wird: Das gegenwärtige System ist zu bürokratisch, es fehlt an Digitalisierung, es ist nach wie vor stark sektoral ausgerichtet und somit auf die genannten Herausforderungen schlecht vorbereitet.

Es bleibt viel zu tun. So hätte es auch unser langjähriger Geschäftsführer und Gründungsmitglied des Frankfurter Forums, Dietmar Preding gesehen, der am 24. Mai 2025 im 82. Lebensjahr gestorben ist. Wir werden sein Andenken stets in Ehren halten.

Kontakt:

Petra Acher, Geschäftsführerin des Frankfurter Forums
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de
<http://frankfurter-forum-diskurse.de>

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung: Beispiel Krankenhausreform

VON PROF. DR. STEFAN HUSTER, RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM



Die Kranken- und Pflegeversicherung bleibt eine Dauerbaustelle. Im Grunde sind es immer dieselben Kernprobleme, die überall im Versorgungssystem gelöst werden müssen: Probleme der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und des Zugangs zur Versorgung.¹ Sie stellen sich im Einzelnen neu, werfen aber letztlich ähnliche Fragen auf. Dies soll hier ausgehend von einer der letzten großen Reformen, der Weiterentwicklung des Krankenhauswesens durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), nachgezeichnet werden.²

Das KHVVG als Abschluss und Beginn der Krankenhausreform

Dass das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) im November 2024 kurz vor dem Ende der verkürzten Legislaturperiode doch noch den Bundesrat passiert und damit eine der großen Reformen des Gesundheitswesens ins Werk gesetzt hat, war schon nicht mehr erwartet worden: Zu kompliziert und konfliktreich waren die endlosen Verhandlungen zwischen dem Bund und den Bundesländern, als dass man noch mit einem erfolgreichen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens hätte rechnen dürfen. Dass es dann doch noch zu einem Gesetz kam, wird natürlich unterschiedlich beurteilt.

Einigkeit dürfte aber über zwei Aspekte bestehen: (1) Eine Reform der Krankenhausstruktur ist unausweichlich. (2) Mit dem KHVVG ist sie nicht abgeschlossen, sondern erst eingeleitet. Im Folgenden soll dieser Reformprozess reflektiert werden, nicht zuletzt aus Sicht der Regierungskommission, die diesen Prozess begleitet hat und deren Mitglied der Autor dieses Textes war.³

Die demographische Zange: Personalmangel bei steigendem Versorgungsbedarf

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eine sehr hohe Dichte an Krankenhäusern, Krankenhausbetten und Krankenhausbehandlungen als auch an niedergelassenen Ärzten und an Arztkontakten.⁴ Dies trägt nicht nur dazu bei, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr teuer ist (sowohl im Verhältnis zur Bevölkerung als auch gemessen am prozentualen Anteil am Bruttoinlandspro-

dukt), sondern führt auch zu Problemen angesichts der demographischen Entwicklung hierzulande: Die ca. 2000 Krankenhäuser werden angesichts des Personal- und Fachkräfterrückgangs in den nächsten Jahren und Jahrzehnten nicht mehr sinnvoll bespielbar sein; bei den Vertragsärzten ist in vielen Regionen der Mangel schon offensichtlich. Dass sich hier strukturell etwas ändern muss, zeigt sich besonders deutlich, wenn man berücksichtigt, dass bereits jetzt der vielbeklagte Mangel an Pflegekräften im Krankenhaus maßgeblich darauf zurückgeht, dass das Personal auf zu viele Krankenhäuser verteilt ist; an sich hat Deutschland in den Krankenhäusern nicht weniger Pflegekräfte als andere Länder.

Diese Probleme werden dadurch verschärft, dass gleichzeitig die geburtenstarken Jahrgänge („Boomer“) ein Alter erreichen, in dem Versorgungs- und Pflegebedarf absehbar zunehmen werden. So stellt die demographische Entwicklung auf allen Ebenen der Gesundheits- und Pflegeversicherung ein zentrales Problem dar, von dem aus auch die Krankenhausreform ihren Ausgangspunkt nahm.

Qualitätsdefizite

Die vergleichsweise hohen Ausgaben in Deutschland für die Gesundheitsversorgung gehen nicht mit einem entsprechend guten Gesundheitszustand der Bevölkerung einher.⁵ Nun ist es fragwürdig, von sehr allgemeinen Gesundheitsdaten – wie z. B. der durchschnittlichen Lebenserwartung – auf die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems zu schließen, weil für die Gesundheit der Bevölkerung auch viele andere Faktoren von Bedeutung sind.⁶ Präzisere Untersuchungen legen allerdings gerade für das deutsche Krankenhauswesen

den Verdacht nahe, dass hier Qualitätsprobleme bestehen, die mit der Krankenhausstruktur zusammenhängen. Insbesondere bei komplexen Interventionen werden Konzentrationsprozesse daher vielfach für erforderlich gehalten. Zweifellos ist und bleibt die Qualitätssicherung insgesamt ein „Megathema“ für die Kranken- und Pflegeversicherung.⁷

Ökonomie und Ökonomisierung

Die ökonomische Situation vieler Krankenhäuser ist schlecht; ca. 80 Prozent der Häuser schreiben rote Zahlen. Aktuell mag das auch und sogar vornehmlich dem Umstand geschuldet sein, dass die Vergütung der Krankenhäuser in verfassungsrechtlich durchaus bedenklicher Weise auf die erheblichen Kostensteigerungen der letzten Jahre nicht reagiert hat; im Kern sind diese Probleme aber in der Krankenhausstruktur begründet: Die Bundesländer können oder wollen die Investitionskostenfinanzierung nicht hinreichend tragen;⁸ viele Häuser sind sehr klein und ihre Auslastung ist gering.

Nach verbreiteter Ansicht hat diese ökonomische Schieflage in Verbindung mit dem Fallpauschalensystem die Krankenhäuser in die Menge getrieben: Die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit konnten viele Häuser nur noch dadurch sicherstellen, dass sie möglichst zahlreiche und lukrative Leistungen erbrachten, die im DRG-System abgebildet sind. Jedenfalls haben viele Gesundheitssysteme, die das DRG-System parallel zu Deutschland eingeführt haben, diese Auswirkungen durch eine Abschwächung des Fallbezugs der Vergütung in den Griff zu bekommen versucht;⁹ soweit das nun in Deutschland durch die Einführung einer Vorhaltevergütung auch geschieht, liegt das im internatio-

nen Trend. Der Eindruck einer derartigen Ökonomisierung oder Kommerzialisierung von Versorgungsentscheidungen trifft das Versorgungssystem im Kern, weil er das Vertrauen der Patienten zerstört, dass ihr gesundheitliches Wohl im Mittelpunkt steht; in diesem Sinne hängt er auch mit der Qualitätsproblematik zusammen. Es geht also bei der Bekämpfung einer „Ökonomisierung“ nicht um die unsinnige These, dass die Begrenztheit der Ressourcen im Gesundheitswesen keine Rolle spielen dürfte oder dass finanzielle Anreize nicht zur Steuerung des Versorgungsgeschehens eingesetzt werden dürften, sondern um die Verhinderung eines ökonomischen „Imperialismus“, der originär medizinische, am Wohl des Patienten ausgerichtete Entscheidungen verdrängt.¹⁰

Belastungen durch Bürokratie

Wie in vielen anderen Lebensbereichen und insbesondere im Gesundheits- und Pflegebereich wird auch im Krankenhauswesen eine überbordende Bürokratie beklagt; insbesondere die Absorption der knappen ärztlichen Arbeitszeit durch Dokumentationspflichten ist problematisch.¹¹

Unausgewogenes Verhältnis ambulanter und stationärer Versorgung

Eher im Vor- und Nebenfeld der eigentlichen Krankenhausreform bewegen sich Initiativen zur Ambulantisierung, um die in Deutschland sehr hohe und medizinisch nicht begründbare Anzahl an Krankenhausaufenthalten zu reduzieren und den ambulanten mit dem stationären Sektor besser zu verzahnen.

Probleme der Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Von der Förderung der Ambulantisierung zu unterscheiden ist die Frage, ob die Krankenhäuser nicht eine sehr viel stärkere Rolle in der ambulanten Versorgung spielen müssten, damit diese – insbesondere im ländlichen Raum – überhaupt noch sichergestellt werden kann. Die Krankenhausreform enthält dazu mit den sog. sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) durchaus Ansätze, aber keineswegs eine vollständige Aufgabe der Trennung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungssektor. Insoweit bleibt das eine Baustelle des deutschen Versorgungssystems.

Wege und Verfahren zu einer Reform

Die erwähnten Probleme der Krankenhausstruktur in Deutschland sind seit langem bekannt; im Kern war und ist es auch nicht mehr umstritten, dass hier ein erheblicher Reformbedarf besteht. Es bestand daher kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.

Allerdings ist dies für das deutsche Gesundheitssystem nicht untypisch, weil es aufgrund seiner korporatistischen Strukturen nur sehr begrenzt reformfähig ist und an ihm viele Stakeholder beteiligt sind, die bei Reformen auch immer etwas zu verlieren haben können und daher diese Prozesse ausbremsen. Im Krankenhauswesen ist das dann durch die unausgeglichene Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Sozialversicherungsrecht nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 19a GG beim Bund – Krankenhausplanung bei den Ländern) und den Dualismus in der Finanzierung (Betriebskosten tragen die Krankenkassen, die Investitionskosten die Bundesländer) noch auf die Spitze getrieben.

Vor dem Hintergrund dieser besonders komplexen Regulierungsstruktur hat die Bundespolitik den Hebel mit der Einrichtung einer wissenschaftlichen Kommission angesetzt, die beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelt war und Reformkonzepte erarbeitet und vorgestellt hat.¹² Dabei wird man gewiss nicht sagen können, dass die Ergebnisse ihrer Arbeit einem rein wissenschaftlichen Impuls folgten: Jede größere Reform hat unweigerlich normativ-politische Prämissen, die sich rein wissenschaftlich nicht rekonstruieren lassen; zudem waren die Grundzüge der Reform schon im Koalitionsvertrag der „Ampel-Regierung“ festgeschrieben.¹³ Die Kommission hat die Reform daher eher wissenschaftlich begleitet und unterfüttert als angestoßen. An den politischen Verhandlungen und den Formulierungen der konkreten Gesetzestexte war sie gar nicht mehr beteiligt.

Trotzdem ist dieses Verfahren von den Stakeholdern, die zunächst eben nicht in der Kommission und damit auf der ersten Stufe des Reformprozesses vertreten waren, heftig kritisiert worden. Das ist verständlich, weil so von der Kommission teilweise Positionen formuliert werden konnten – insbesondere in ihrer dritten Stellungnahme „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ –, die jeweils von Bundesländern, Kostenträgern, Krankenhäusern oder anderen (konkurrierenden) Leistungserbringern von vornherein als nicht akzeptabel angesehen wurden. Hätten man

aber alle Interessengruppen von Anfang an eingebunden, hätte die Gefahr bestanden, dass man sich erst gar nicht auf ein Reformkonzept hätte verständigen können. Immerhin ist das System ja lange Jahre von seinen Akteuren in die derzeitige Misere hineingeführt worden, so dass man ein gewisses Verständnis für die Ansicht aufbringen kann, es habe eines gewissen Anstoßes „von außen“ bedurft.

Die wesentlichen Ergebnisse der Reform

In den ca. zweieinhalb Jahren von der Einsetzung der Kommission, die man als den Startpunkt der Krankenhausreform betrachten mag, bis zur Verabschiedung des KHVVG Ende 2024, die einen ersten Schlüsselpunkt darstellt, sind bereits etliche Gesetze erlassen und Maßnahmen ergriffen worden, die die eigentliche Reform flankieren. Erwähnt seien hier:

- die Einführung der sog. tagesstationären Behandlung (§ 115e SGB V) durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz geht auf eine Anregung aus der Krankenhauskommission zurück: Zur Entlastung von Bürokratie und Pflege sollen Krankenhäuser auch dann stationäre Behandlungen zu Lasten der GKV durchführen und abrechnen können, wenn der Patient zu Hause übernachtet, weil die Infrastruktur des Krankenhauses, nicht aber eine Übernachtung erforderlich ist. In der Praxis scheint das bisher keine große Bedeutung gewonnen zu haben.
- die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung (sog. Hybrid-DRG) nach § 115f SGB V ebenfalls durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz: Hier geht es darum, Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötigerweise stationär erbrachten Leistungen zu nutzen, indem für diese Leistungen für die ambulante und stationäre Erbringung einheitliche Vergütungen vorgesehen werden.
- die Einführung des im Mai 2024 gestarteten „Bundes- Klinik-Atlas“ (§ 135d SGB V) durch das Krankenhaustransparenzgesetz. Hierbei handelt es sich nicht zuletzt um den Versuch, die von der Kommission vorgeschlagene Level-Einteilung der Krankenhäuser, die sich wegen kompetenzrechtlicher Bedenken der Länder nicht verbindlich durchsetzen ließ, in einem informatorischen Gewande zu retten.
- Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hatte der Gesetzgeber für die Jahre 2023 und 2024 bereits zusätzliche jährliche Mittel in Höhe von 300 Millionen Euro

für die stationäre somatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen und in Höhe von 120 Millionen Euro für die Geburtshilfe auf den Weg gebracht (vgl. § 4a und 5 Abs. 2b und 2c KHG). Durch das KHVVG werden diese zusätzlichen Mittel in dieser Höhe verstetigt.

Hauptergebnis des Reformprozesses ist aber sicherlich das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das sich an der Dritten Stellungnahme der Regierungskommission orientiert und die wesentlichen strukturellen Neuerungen enthält, die im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Die Leistungsgruppen

Zentrales Element der Reform ist die Abbildung der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser in 65 Leistungsgruppen, deren Qualitätsanforderungen die Krankenhäuser grundsätzlich erfüllen müssen, um sie im Wege der Krankenhausplanung zugewiesen bekommen und im Rahmen der Vorhaltevergütung abrechnen zu können (§ 6a KHG). Dies soll eine genauere Steuerung des Versorgungsgeschehens und bessere Qualitätssicherung als die bisherige Anknüpfung an Fachabteilungen ermöglichen. Die Leistungsgruppen orientieren sich am Vorbild Nordrhein-Westfalens, das in seiner Krankenhausplanung bereits mit 60 (somatischen) Leistungsgruppen arbeitet

Die Leistungsgruppen samt Qualitätsanforderungen sind durch das KHVVG zunächst unmittelbar in einem Gesetzesanhang festgelegt worden (vgl. § 135e Abs. 4 SGB V iVm. Anlage 1 zum KHVVG); danach sollen sie gemäß § 135e Abs. 1 SGB V durch eine Rechtsverordnung des BMG festgesetzt werden. Dazu wird gerade ein Leistungsgruppenausschuss eingerichtet, der insoweit Empfehlungen ausarbeiten soll. Auffällig an dieser Konstruktion ist es, dass der Ausschuss in seiner Besetzung (vgl. § 135e Abs. 3 S. 6 SGB V) dem Gemeinsamen Bundesausschuss stark ähnelt, aber die Lösung über eine Rechtsverordnung die im G-BA repräsentierte gemeinsame Selbstverwaltung gerade entmachtet.

Neben der Definition der Leistungsgruppen und der mit ihnen verknüpften Qualitätsvorgaben stand in den politischen Verhandlungen die Frage im Vordergrund, welchen Gestaltungs- und Abweichungsspielraum die Krankenhausplanung in den Bundesländern behält. § 6a Abs. 4 KHG sieht dazu nun ein gestuftes System vor, in dem die Zuweisung einer Leistungsgruppe an ein Krankenhaus auch möglich ist, wenn das Krankenhaus die Qualitätsvorgaben

nicht erfüllt, soweit es die zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erfordert. Von den Bundesländern und den Krankenhäusern werden politisch allerdings weitergehende Abweichungsmöglichkeiten eingefordert; dies betrifft angesichts des Mangels an Fachkräften insbesondere die Vorgaben für die personelle Ausstattung nach § 135e Abs. 1 S. 1 Nr. 2 c) SGB V („besser eine nicht optimale als gar keine Versorgung“).

In der Stellungnahme der Regierungskommission war noch vorgesehen, die Krankenhäuser bundeseinheitlich in drei Level einzuteilen und an die jeweiligen Level vergütungsrechtlich relevante Mindestvoraussetzungen an Leistungsgruppen und Qualität zu knüpfen. Hier wären also Leistungsgruppen- und Versorgungsstufenkonzepte kombiniert worden. Allerdings hätte darin eine weitere erhebliche Einengung des Planungsspielraums der Länder gelegen, die sich nur schwer als Regelung auf dem Gebiet der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) bzw. der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) hätte darstellen lassen. Die – auch juristisch unterfütterten – Bedenken der Bundesländer setzten sich schließlich durch; die Level sind nun nur noch für den Bundes-Klinik-Atlas (vgl. § 135d Abs. 4 SGB V) und – daran anknüpfend – in einzelnen Normen (vgl. z.B. § 135e Abs. 4 S. 3 SGB V) von Bedeutung.

Die Vorhaltebudgets

An die Leistungsgruppen knüpft nach § 6b KHEntgG die Vergütung der Vorhaltebudgets an, die jedes Krankenhaus für die ihm zugeteilten Leistungsgruppen erhält. Sie werden nach § 17b Abs. 4b KHG und § 37 KHG vom INEK berechnet und sollen grundsätzlich 60 Prozent der Vergütung ausmachen; ob und unter welchen Umständen dieser Wert tatsächlich erreicht wird, ist nicht unumstritten. Ziel der Vorhaltevergütung ist es jedenfalls, den Krankenhäusern mehr ökonomische Sicherheit zu bieten und sie aus dem „Hamsterrad“ der Fallzahlen und der Mengenausweitung zu befreien.

Neben der Zuweisung der Leistungsgruppe setzt die Vorhaltevergütung allerdings grundsätzlich auch voraus, dass das Krankenhaus jeweils – unabhängig von Mindestmengen für einzelne Leistungen – die Mindestvorhaltezahl (MVHZ) für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135f SGB V erreicht (§ 6b Abs. 1 S. 1 KHEntgG); ist dies nicht der Fall, darf die entsprechende Vorhaltevergütung nicht mehr

berechnet werden (§ 8 Abs. 4 S. 5 KHEntgG). Damit soll aus Gründen der Qualitätssicherung einer „bloße(n) Gelegenheitsversorgung“¹⁴ entgegengewirkt werden. Die MVHZ werden vom BMG in einer Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrats bedarf, auf der Grundlage einer Empfehlung des IQWiG (Abs. 2) festgelegt (§ 135f Abs. 4 SGB V); das INEK soll die Auswirkungen der vom IQWiG empfohlenen MVHZ auf die Krankenhausstandorte auswerten (Abs. 3). Auch hier ist es aber möglich, dass die Landesplanungsbehörde aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (entsprechend den Voraussetzungen in § 6a Abs. 4 KHG) per Bescheid entscheidet, dass die Leistungen erbracht (und dann auch vergütet) werden dürfen, obwohl die MVHZ nicht erreicht werden (vgl. §§ 6b Abs. 2 und 8 Abs. 4 S. 5 KHEntgG).

Die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Zu den wichtigsten, aber auch umstrittensten Neuerungen der Reform gehören die sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V und § 6c KHG, die stationäre mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden und einen Einstieg in eine echte sektorübergreifende Versorgung bieten sollen. Im Konzept der Regierungskommission hießen sie noch „Level II-Häuser“ (ohne Notfallstufe, mit integrierter ambulant/stationärer Versorgung). Obgleich sie von der typischen Erscheinung eines Krankenhauses erheblich abweichen, qualifiziert das Gesetz die SÜV eindeutig als Krankenhäuser; sie werden auch durch die jeweilige Krankenhausplanungsbehörde zu einer SÜV bestimmt (§ 6c Abs. 1 KHG).

Den SÜV werden keine Leistungsgruppen zugewiesen, vielmehr sieht § 115g SGB V für sie drei Leistungsarten vor: Zunächst werden stationäre Leistungen erbracht, deren Spektrum von der Selbstverwaltung konkretisiert werden soll (Abs. 3); zudem können Leistungen der Übergangs- und Kurzzeitpflege nach §§ 39c und 39e SGB V erbracht werden (Abs. 1 S. 2 Nr. 4 und 5). Ferner können die SÜV in getrennten Pflegeabteilungen Leistungen der Kurzzeit- sowie der Tages- und Nachtpflege nach §§ 42 und 41 SGB XI erbringen (Abs. 2). Schließlich können die SÜV ambulant tätig werden. Dafür bestehen zunächst die Möglichkeiten, die Krankenhäuser generell für die ambulante Versorgung haben, also insbesondere der Rückgriff auf den AOP-Katalog (vgl. Abs. 1 S. 2 Nr. 2).

Darüber hinaus verweist Abs. 1 S. 2 Nr. 1 auch auf die Möglichkeit der Ermächtigung der SÜV zur ambulanten Versorgung nach den neu eingeführten Abs. 2 und 3 des § 116a SGB V, die diese Möglichkeit gegenüber der bereits bisher schon bestehenden Ermächtigung bei Unterversorgung nach § 116a Abs. 1 SGB V erweitert. Mit der Öffnung der ambulanten Versorgung für diese Krankenhäuser wird natürlich – wie immer bei sektorenübergreifenden Versorgungsprojekten – das Konkurrenzverhältnis zu den vertragsärztlichen Leistungserbringern virulent.

Der Transformationsfonds

Zur Unterfütterung der Reform dient ein Transformationsfonds, der die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren unterstützen soll. Seine Rechtsgrundlage findet der Transformationsfonds zunächst in dem neuen § 12b KHG. Hier sind die Einrichtung des Fonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung, dessen Umfang (bis zu ca. fünf Milliarden Euro pro Jahr für die nächsten zehn Jahre) und die grundsätzlichen Förderziele und -zwecke geregelt. Nähere Konkretisierungen nimmt die auf § 12b Abs. 5 KHG gestützte Krankenhaus-transformationsfonds-Verordnung (KHTFV) vor, die das BMG (mit Zustimmung des Bundesrats am 21.3.2025) erlassen hat.¹⁵

Dass der Umbau der Krankenhauslandschaft finanzieller Flankierung bedarf, wird man im Grundsatz nicht bezweifeln können. Juristisch umstritten ist aber die Finanzierung des Fonds, da der (hälftige) Bundesanteil der Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stammen soll, sich also letztlich maßgeblich aus Krankenversicherungsbeiträgen speist. Dagegen liegt der Einwand nahe, dass diese Mittel einer strengen Zweckbindung unterliegen und nicht zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben verwendet werden dürfen, weil dies gegen den Grundsatz der Belastungsgleichheit verstieße. Diese seit langer Zeit durchaus intensiv, aber weithin folgenlos geführte „Fremdlasten“-Diskussion¹⁶ hat durch die BZgA-Entscheidung des BSG von 2021¹⁷ einen rechtspraktischen Biss bekommen.¹⁸

Bleibende Herausforderungen

Mit dem KHVG ist das Fundament der zukünftigen Krankenhausstruktur gelegt,¹⁹ aber die Struktur selbst muss

noch aufgebaut werden. Das bringt kurz-, mittel- und langfristige Folgeaufträge mit sich. Zu den unmittelbaren Anschlussverpflichtungen des Bundes gehört der Erlass der erwähnten konkretisierenden Rechtsverordnungen nach dem KHVG.

Ebenfalls recht kurzfristig wird sich die Frage stellen, ob und inwieweit der Bund willens und in der Lage ist, die aktuellen Finanznöte der Häuser – ganz unabhängig von den transformationsbedingten Kosten – zu lindern („Liquiditätshilfen“), weil sonst viele Häuser die Reform gar nicht mehr erleben. Im Übrigen wird es jetzt an den Bundesländern sein, ihre Krankenhausplanung an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen und mindestens die Leistungsgruppen zuzuweisen. Dies wird in vielen Ländern auch eine Anpassung des Landeskrankenhausgesetzes erfordern.

Nicht mehr verabschiedet werden konnte in der alten Legislaturperiode die Notfallreform, obwohl hier bereits komplette Gesetzentwürfe vorliegen und die Reform auch politisch weithin konsentiert ist; politische Probleme bereite aber wohl der Zusammenhang mit dem Rettungsdienstwesen, für das in den Bundesländern die Innenministerien zuständig sind. Ebenfalls politisch weithin unstrittig, aber in der Umsetzung nicht einfach ist der Abbau bürokratischen Aufwands für die Krankenhäuser. Dazu könnten auch Vereinfachungen in der Krankenhausvergütung, z. B. hinsichtlich der NUB-Finanzierung, gehören.

Ein Dauerthema wird die Sektorengrenze bleiben. Die Instrumente zur Auflockerung dieser Grenze (Hybrid-DRG, AOP-Katalog) müssen sich erst noch in der Umsetzung bewähren. Sollten die ambulanten Leistungen der SÜV größere Bedeutung gewinnen, wird auch die Erforderlichkeit einer sektorenübergreifenden Planung über das § 90a SGB V-Gremium hinaus, das nur Empfehlungen abgeben kann, nicht zu bestreiten sein.²⁰

Langfristig wird man überlegen müssen, ob man nicht doch in einem politischen Kraftakt die regulatorischen Rahmenbedingungen für das Krankenhauswesen grundsätzlich neu ordnet. Dies betrifft zunächst die Aufteilung der Gesetzgebungskompetenz(en). Die juristischen Diskussionen der Reform haben erneut gezeigt, dass eine Abgrenzung von wirtschaftlicher Sicherung der Häuser und Qualitätssicherung in der GKV einerseits, Krankenhausplanung andererseits nicht rechtssicher zu leisten ist. Ferner ist die Aufteilung der Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten kaum sinnvoll; der Übergang zu einem Modell der monistischen Finanzierung bietet sich an.²¹ Schließlich

wird sich die Frage stellen, ob man von einer sektorbezogenen nicht zu einer bevölkerungsbezogenen regionalen Planung übergehen sollte.²²

Sozialreform und Generationengerechtigkeit

Die „demographische Zange“ aus steigendem Versorgungsbedarf und gleichzeitig abnehmendem Versorgungspersonal stellt den maßgeblichen Grund für die Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausstruktur dar. Das Verhältnis der Generationen – oder genauer: der Kohorten der „Boomer“ und der später Geborenen – ist generell für die Reform der Sozialsysteme von zentraler Bedeutung. Dabei ist es weniger klar, ob und in welche Sinne sich aus einem Postulat der „Generationengerechtigkeit“ auch Vorgaben für die Ausgestaltung dieser Reform ergeben. Juristische Versuche, aus der Klima-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts analoge Nachhaltigkeitsverpflichtungen für die Sozialsysteme herzuleiten, sind jedenfalls bisher nicht erfolgreich gewesen.

E-Mail-Kontakt: stefan.huster@rub.de

Literatur

1. Vgl. dazu Huster, Das QEG-Dreieck, Ein Vorschlag zur Einordnung und Bewertung versorgungspolitischer Maßnahmen, Gesundheitsrecht.blog Nr. 35, 2024 (auch in: RPG 30 [2024], S. 7-10).
2. Insoweit vgl. bereits auch Huster, Rechtlicher Rahmen der neuen Versorgungsrealität – Forderungen und Umsetzungsfragen, Frankfurter Forum: Diskurse, Heft 28 (Oktober 2023), S. 26-31.
3. Besetzung und Stellungnahmen der Kommission finden sich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>.
4. Zu den folgenden Angaben vgl. Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Krankenhausversorgung in Deutschland 2035, 2025, S. 4 ff. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_14te_Krankenhaus_2035.pdf).
5. Vgl. dazu zuletzt Zeeb H, Loss J, Starke D, Altgeld T, Moebus S, Geffert K, Gerhardus A. Public health in Germany: Structures, dynamics, and ways forward. The Lancet Public Health. 2025. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00033-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00033-7).
6. Vgl. dazu nur Huster, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011.
7. Vgl. bereits Bandelow u.a., Qualitätsorientierung als „Megathema“ der Zukunft?, in: ders. u.a.(Hrsg.), Gesundheit 2030, 2009.
8. Vgl. Dreizehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Investitionskostenfinanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland, 2025 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_13te_Investitionskostenfinanzierung.pdf).
9. Milstein R, Schreyögg J. The end of an era? Activity-based funding based on diagnosis-related groups: A review of payment reforms in the inpatient sector in 10 high-income countries. Health Policy. 2024 Mar;141:104990. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104990.
10. Zur Diskussion über Ökonomisierung in der Medizin vgl. nur Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Medizin und Ökonomie – wie weiter?, 2014; Georg Marckmann, Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, Ethik in der Medizin 33 (2):189-201 (2021)
11. Die Regierungskommission hat daher zum Bürokratieabbau eigene Vorschläge vorgelegt; vgl. Elfte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, 2024 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Regierungskommission_11te_Stellungnahme_Abbau_Buerokratie.pdf).
12. Die Besetzung der Kommission und ihre Stellungnahmen sind zugänglich unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>. Daraus ist auch ersichtlich, dass der Verfasser dieses Aufsatzes Mitglied der Kommission war.
13. Koalitionsvertrag 2021–2025, S. 66 f. Abrufbar etwa unter https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.
14. BT-Drs. 20/13407, S. 283.
15. Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich, vgl. Bundesrat-Drs. 64/25. Die Verordnung ist inzwischen veröffentlicht worden und Mitte April in Kraft getreten, vgl. BGBl. I v. 17.4.2025 Nr. 113.
16. Vgl. nur Butzer, Fremdlasten in der Sozialversicherung, 2001.
17. BSGE 132, 114 ff.
18. Der Koalitionsvertrag 2025 sieht in Rn. 3445 f. nun auch vor, dass der bisherige GKV-Anteil nun doch aus dem Sondervermögen Infrastruktur finanziert werden soll.
19. Zu den Abweichungen von den Vorschlägen der Regierungskommission vgl. jetzt Busse/Karagiannidis, Reform der Krankenhausversorgung: was vom ursprünglichen Vorschlag bleibt und was die nächsten Schritte sind, in: Klauber u.a. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2025, 2025, S. 391 ff.
20. Zur sektorenübergreifenden Planung vgl. etwa Burgi/Nischwitz, KrV 2023, 45, 49; Ruhberg, KrV 2022, 231 ff.; Stollmann, KrV 2023, 51, 54 f.
21. So jetzt auch z.B. BDA-Kommission, Zukunft der Sozialversicherungen: Beitragsbelastung dauerhaft begrenzen. Update 2025, 2025, S. 57.
22. Vierzehnte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Krankenhausversorgung in Deutschland 2035, 2025, S. 26 ff

.....

PROF. DR. STEFAN HUSTER

.....



Jahrgang 1964, Studium der Philosophie und Rechtswissenschaft in Bielefeld und Frankfurt/Main. Nach dem Ersten Juristischen Examen wissenschaftlicher Mitarbeiter, Referendar und wissenschaftlicher Assistent an der Juristischen Fakultät in Heidelberg. Dort Promotion 1993 und Habilitation 2001 für die Fächer Staats- und Verwaltungsrecht, Europarecht, Sozialrecht und Rechtsphilosophie. Ab 2002 Lehrstuhl (C 4) an der FernUniversität in Hagen; seit 2004 Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht und Rechtsphilosophie an der Ruhr-Universität Bochum und Geschäftsführender Direktor des dortigen Instituts für Sozial- und Gesundheitsrecht (ISGR). Huster war Fellow u.a. am Wissenschaftskolleg zu Berlin, am Alfried Krupp Wissenschaftskolleg in Greifswald und am Hamburg Institute for Advanced Study (HIAS). Er ist Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und war von 2019 bis 2023 Vorsitzender der AMNOG-Schiedsstelle, deren stellvertretender Vorsitzender er seit dem 1.7.2023 ist.



© BMG/Jan Pauls

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Equity of what? Bedarfs-, Verteilungs-, Generationengerechtigkeit – Medizinethische Anforderungen an das Gesundheitssystem

PROF. DR. DR. EVA C. WINKLER / INSTITUT FÜR MEDIZIN- UND DATENETHIK, UNIVERSITÄT HEIDELBERG



Der Beitrag untersucht, was generationengerechte Gesundheitsversorgung mit Blick auf Bedarfs-, Verteilungs- und Chancengerechtigkeit bedeutet. Vor dem Hintergrund der Bedarfe und Finanzierungsentwicklung in Deutschland ist Zielsetzung aus medizinethischer Perspektive, Kriterien für die gerechte Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen vorzustellen. Dazu werden materielle Kriterien wie Bedürftigkeit, erwarteter Nutzen und Kosten-Nutzen-Relation sowie prozedurale Ansätze diskutiert. Diese beantworten jedoch nicht die Frage, was mit einer gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen überhaupt erreicht werden soll (Equity of what?). Mit Blick auf Theorien der Gerechtigkeit wird argumentiert, dass Gesundheit eine besondere moralische Relevanz besitzt, weil sie wesentlich zur Verwirklichung von Lebenschancen beiträgt. Dabei geht es nicht nur um die Zuteilung knapper Leistungen, sondern um die Sicherung fairer Chancen auf Gesundheit über den Lebensverlauf und für künftige Generationen. Generationengerechtigkeit hat damit mehrere Dimensionen: bedarfsgerechte Versorgung über den Lebensverlauf, Stabilität und Nachhaltigkeit der Finanzierung sowie die Förderung von Chancengleichheit.

Einleitung

Der demografische Wandel stellt das deutsche Gesundheitssystem vor tiefgreifende Herausforderungen. In einer alternden Gesellschaft verschieben sich sowohl die medizinischen Bedarfe als auch die Finanzierungsgrundlagen. Während in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Beiträge altersunabhängig nach der finanziellen Leistungsfähigkeit bemessen werden, steigen die Behandlungskosten im höheren Lebensalter deutlich an und erreichen am Lebensende ein Mehrfaches der Ausgaben im mittleren, erwerbsfähigen Alter.

Mit einem wachsenden Altersquotienten, also einem steigenden Anteil der Rentenbevölkerung im Verhältnis zu den Erwerbstätigen, kommt es daher zu einer doppelten Belastung: Die Ausgaben steigen, während die beitragspflichtigen Einnahmen abnehmen. Damit ist offensichtlich, dass sich die Frage nach der gerechten Verteilung der vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen mit immer größerer Dringlichkeit stellt. Es gibt verschiedene Strategien, den Verbrauch knapper werdender Mittel zu senken: Mittels Rationalisierung werden Effizienzreserven ausgeschöpft, mittels Rationierung werden Gesundheitsleistungen begrenzt und damit gegebenenfalls auch nutzbringende Maßnahmen aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen. Rationierung kann implizit, also verdeckt erfolgen, z. B. durch Budgetierung oder die Einführung von Wartezeiten, oder explizit durch transparente Festlegung der Leistungen, auf die verzichtet werden soll. Voraussetzung hierfür ist häufig eine Priorisierung, also die Ordnung medizinischer Leistungen nach Wichtigkeit oder Wirksamkeit.

Gerade hier stellt sich die normative Frage, nach welchen Kriterien Leistungen in Knappheitssituationen zugeteilt werden sollen – ein klassisches gerechtigkeits-theoretisches Problem. Für die Legitimität und Akzeptanz von Zuteilungsentscheidungen sind sowohl prozedurale Kriterien (z. B. Transparenz, vernünftige Begründung, Revisionsmöglichkeiten) als auch materiale Prinzipien (Bedürftigkeit/Dringlichkeit, erwarteter Nutzen, Gleichheit) relevant. Diese Kriterien werden im Folgenden vorgestellt und im Hinblick auf eine generationengerechte Gesundheitsversorgung diskutiert.

2. Bedarfsgerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem

2.1 Anspruchslage

Das deutsche Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert das Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit rechtlich. Nach Paragraph 12 SGB V müssen Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Anspruch auf Leistungen besteht unabhängig von der individuellen Zahlungsfähigkeit. Dieses Prinzip wird durch das Sachleistungsprinzip konkretisiert: Versicherte haben unabhängig von ihrer finanziellen Situation Anspruch auf medizinisch indizierte Leistungen, die von der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Damit wird deutlich, dass für die Zuteilung von Leistungen nicht die primär subjektiven Präferenzen oder die Zahlungsbereitschaft (willingness to pay) ausschlaggebend sind, sondern eine objektivierbare medizinische Indikation. Grundlage der Bedarfsermittlung sollte der jeweilige medizinische Standard sein, der evidenzbasiert festlegt, ob

und welche Behandlung notwendig und gerechtfertigt ist. Das Zusammenspiel von Sachleistungs- und Solidarprinzip sichert somit einen allgemeinen Versorgungsanspruch, der unabhängig von sozioökonomischen Voraussetzungen besteht, und begründet die zentrale Rolle evidenzbasierter Verfahren für die Bestimmung medizinischer Bedarfe.

2.2 Versorgungslage – Realität

Im europäischen Vergleich hat Deutschland eine der niedrigsten Raten (nahe Null bei europäischen Durchschnitt von 3,8 Prozent an ungedecktem medizinischen Behandlungsbedarf, wie von einer repräsentativen Stichprobe der über 16-Jährigen berichtet. Es gibt zudem praktisch keine Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen (EU-SILC-Daten 2023) mit einem sehr niedrigen Anteil ungedeckter Bedarfe.

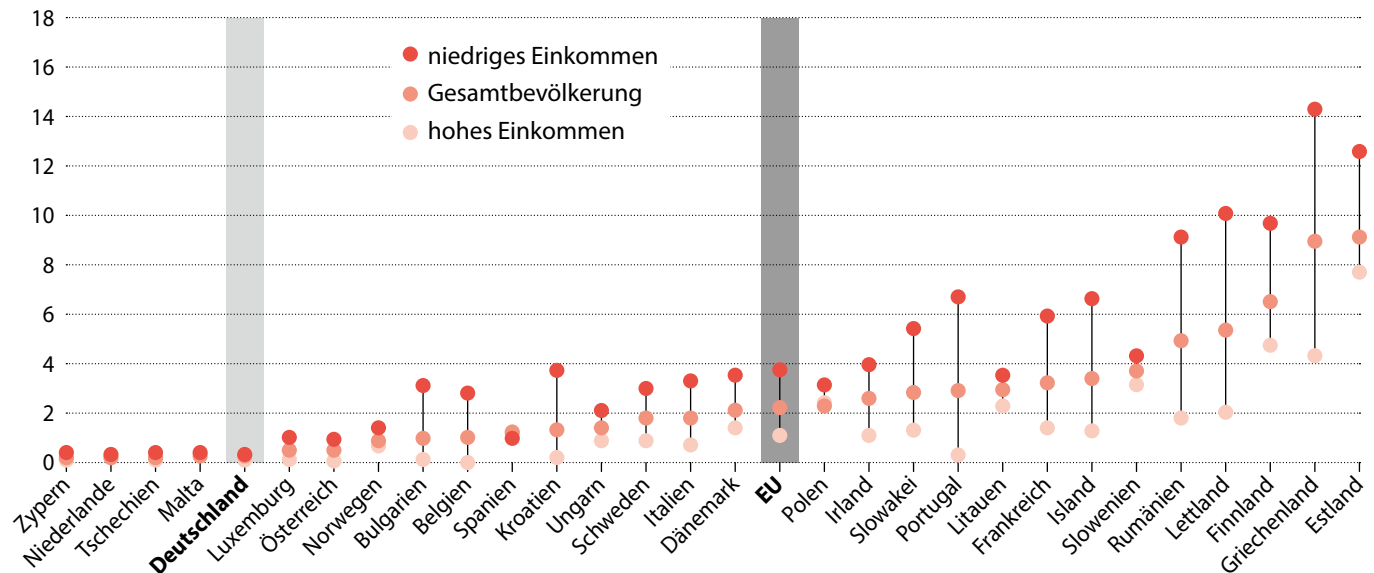
Auf den ersten Blick erscheint die Versorgungslage in Deutschland gut, da internationale Vergleiche auf eine insgesamt hohe Bedarfsdeckung hinweisen. Aktuelle Analysen zeigen jedoch, dass sich in bestimmten Bereichen erhebliche Unterversorgungen abzeichnen, die zunehmend zu einem zentralen Problem werden. Sie sind vor allem strukturell bedingt. [1]

Ein Beispiel ist die Kinder- und Jugendmedizin, deren stationäre Kapazitäten seit den 1990er Jahren massiv reduziert wurden, obwohl die Fallzahlen in diesem Zeitraum gestiegen sind. Hinzu treten Fachkräftemangel, ökonomische Fehlanreize und fehlende Investitionen in pädiatrische Intensivversorgung. [2]

Ähnliche Versorgungslücken bestehen in der Palliativmedizin. Der Bedarf an palliativer Versorgung ist hoch: Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) schätzt,

Anteile ungedeckten medizinischen Bedarfs im Ländervergleich

% der Befragten über 16 Jahre, die ungedeckten medizinischen Bedarf angaben



Quelle: Eurostat-Datenbank, auf der Grundlage der EU-SILC (die Daten beziehen sich auf 2024, mit Ausnahme der Daten für Norwegen (2020) und Island (2018)) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics



Abbildung 1: Die Daten beziehen sich auf den ungedeckten Bedarf an medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen aufgrund von Kosten, Entfernung oder Wartezeiten. Beim Vergleich dieser Daten zwischen den Ländern ist Vorsicht geboten, da es bei den eingesetzten Erhebungsinstrumenten einige Unterschiede gibt.

dass rund 90 Prozent der jährlich etwa 850.000 Verstorbenen in Deutschland eine palliative Versorgung benötigen, davon etwa 10 Prozent eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung (SAPV). Besonders auffällig ist, dass zwar die Inanspruchnahme spezialisierter Palliativversorgung (13,1 Prozent) die Schätzungen von 10 Prozent übersteigt, die allgemeine Palliativversorgung jedoch mit 30 Prozent deutlich hinter dem Bedarf zurückbleibt.

Daraus ergibt sich insgesamt ein Mischbild mit substanzieller Unterversorgung im Bereich Palliative Care als auch Überversorgung (ungleiche Gewichtung zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung) geprägt ist. [3] Wenn wir also bei Mittelknappheit nicht jeder Bedarf gedeckt werden kann, stellt sich die Frage nach der gerechten Verteilung und damit auch die hinterlegten Gerechtigkeitstheorien

3. Verteilungsgerechtigkeit bei Mittelknappheit

3.1 Materiale Kriterien

In Situationen knapper Ressourcen stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien medizinische Leistungen priorisiert

oder eingeschränkt werden sollen. In der ethischen und gesundheitspolitischen Diskussion werden die folgenden inhaltlichen (materialen) Kriterien angeführt, die in unterschiedlichen Varianten auch Eingang in politische Prioritätensetzungsprozesse gefunden haben und ethisch am besten begründbar erscheinen. [4, 5]

- **Medizinische Bedürftigkeit.** Vorrangig sollten diejenigen Patientinnen und Patienten versorgt werden, die am dringendsten medizinischer Hilfe bedürfen („the worst off“). Maßgeblich sind hier Dringlichkeit und Schweregrad der Erkrankung. Uns ist dieses Kriterium noch aus der Pandemie sehr präsent und hat schon dort gezeigt, dass Dringlichkeit und Schweregrad eine Entscheidung zwischen unterschiedlichen Patientengruppen bedeuten kann: während beatmungspflichtige COVID-Patienten dringlich beatmet werden mussten, mussten Operationen von Krebspatienten verschoben werden, obwohl auch diese Patienten an einer lebensbedrohlich erkrankt sind (rule of rescue). [5]
- **Erwarteter medizinischer Nutzen.** Neben der Bedürftigkeit ist der zu erwartende Nutzen einer Maßnahme zu berücksichtigen. Leistungsbegrenzungen sollten vorran-

gig bei Interventionen erfolgen, die im Verhältnis zum Ressourcenaufwand nur einen geringen Nutzen für die Betroffenen erbringen. Unter Nutzen wird dabei in der Regel der klinische Effekt einer Intervention verstanden, etwa in Form von Lebenszeitgewinn oder Verbesserung der Lebensqualität. In Knappheitssituationen erscheint es gerechtfertigt, Leistungsbegrenzungen vorrangig bei solchen Interventionen vorzunehmen, die im Verhältnis zum Ressourceneinsatz nur einen geringen oder marginalen Nutzen erbringen. Ein interessanter Vorschlag zur Posteriorisierung in diesem Zusammenhang ist die Festlegung einer Mindestnutzenschwelle, unterhalb derer Maßnahmen nicht (mehr) finanziert werden sollten. Solche Schwellen dienen dazu, den Leistungskatalog von Interventionen freizuhalten, deren Wirksamkeit zwar nachweisbar, aber so gering ist, dass ihr Ressourceneinsatz nicht gerechtfertigt erscheint. [6]

- **Kosten-Nutzen-Relation.** Unter Bedingungen knapper Ressourcen ist schließlich auch das Verhältnis zwischen Ressourceneinsatz und erwartetem Nutzen relevant. Im Sinne der (utilitaristischen) Nutzenmaximierung ist es daher Ziel, mit den vorhandenen Mitteln insgesamt den größtmöglichen gesundheitlichen Effekt zu erzielen, gemessen am Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität. Bewertungsmaßstäbe wie Quality-Adjusted Life Years (QALYs) ermöglichen eine vergleichende Bewertung von Interventionen über verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems hinweg. Sie sind jedoch auch ethisch umstritten, da sie bestimmte Patientengruppen benachteiligen können (Ältere Menschen, die nicht mehr viele Lebensjahre gewinnen können oder chronisch Kranke, deren Lebensqualität eingeschränkt bleibt). Daher sollte die Kosten-Nutzen-Relation nicht als alleiniges Kriterium, sondern in Kombination mit anderen Maßstäben wie Bedürftigkeit und medizinischem Nutzen berücksichtigt werden. [7]

Neben medizinischen Kriterien werden in der Diskussion um Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen auch nicht unmittelbar krankheitsbezogene Kriterien angeführt. Zwei Ansätze stehen dabei im Vordergrund: das der „normalen Lebensspanne“ (Fair Innings-Argument) und die Berufung auf Eigenverantwortung.

Das **Fair-Innings-Argument** wurde von Daniel Callahan (damaliger Direktor des Hastings Center – einer bioethischen Forschungsstelle) – gemacht. [8] Er argumentiert „dass die Medizin nicht zur weiteren Verlängerung des Le-

bens älterer Menschen eingesetzt werden sollte, sondern nur zur Erreichung einer natürlichen und angemessenen Lebensspanne und anschließend zur Linderung von Leiden.“ Das heißt, dass jedem Menschen eine angemessene Gesundheitsversorgung zusteht, die es ermöglicht, innerhalb einer „normalen“ Lebensspanne ein gutes Leben zu führen. Wer diese Schwelle noch nicht erreicht hat, sollte bei der Zuteilung lebensrettender Ressourcen nicht benachteiligt werden.

Dies bedeutet, dass jüngere Menschen unter Umständen vorrangig berücksichtigt werden sollten, da sie noch nicht die Chance hatten, ein volles Lebensalter (fair innings) zu erleben. Diese Perspektive gewinnt angesichts der stark steigenden Gesundheitsausgaben im höheren Alter und mit Blick auf die generationengerechte Ressourcenverteilung an Aktualität. Gegenstimmen sehen in diesem Ansatz eine Gefahr für Altersdiskriminierung. Altersbezogene Priorisierungen sind umstritten, aber nicht per se diskriminierend, da ja im besten Fall alle Menschen die verschiedenen Altersstufen durchlaufen und sich die Maßnahmen damit nicht nur auf eine bestimmte Gruppe beziehen.

In der öffentlichen Debatte stellt sich daher zunehmend die Frage, ob es fair ist, dass die jüngere Generation ein immer teureres Versorgungsniveau finanziert, ohne sicher sein zu können, später in gleichem Umfang davon zu profitieren. Andere wiederum betonen, dass die Kostenentwicklung weniger vom chronologischen Alter abhängt, sondern maßgeblich von der Nähe zum Tod bestimmt wird, weil insbesondere in den letzten Lebensmonaten die Kosten deutlich ansteigen.

Als weiteres nicht unmittelbar krankheitsbezogenes Kriterium wird häufig das **Verursacherprinzip** diskutiert. Da individuelles Gesundheitsverhalten – etwa in Bezug auf Übergewicht, Tabakkonsum oder Alkohol – ein wesentlicher Faktor für Gesundheit ist, erscheint es auf den ersten Blick plausibel, Eigenverantwortung bei Allokationsentscheidungen zu berücksichtigen. [9]

Allerdings stößt dieses Kriterium auf erhebliche praktische und ethische Probleme: Kausale Zusammenhänge zwischen Verhalten und Krankheitsentstehung sind häufig schwer eindeutig nachweisbar, zudem sind gesundheitliche Verhaltensweisen stark durch soziale Determinanten wie Bildung, Einkommen, Wohnumfeld oder Health Literacy geprägt. Eine Berücksichtigung von Eigenverantwortung würde daher vulnerable Gruppen doppelt

benachteiligen – sie sind bereits gesundheitlich stärker belastet und würden zusätzlich schlechteren Zugang zu Leistungen erhalten. Deshalb gilt Eigenverantwortung in der ethischen Diskussion nicht als überzeugendes Kriterium zur Verteilung knapper Ressourcen. [10]

Aber auch die oben genannten medizinischen Kriterien können in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. So zeigt sich etwa bei der Zuteilung knapper Beatmungsplätze während der COVID-19-Pandemie oder bei der Organtransplantation ein klassisches Dilemma: Patient:innen mit dem größten medizinischen Bedarf weisen häufig zugleich die geringsten Erfolgsaussichten auf – gerade weil sie so schwer erkrankt sind. In solchen Situationen kollidieren die Prinzipien von Bedürftigkeit, erwartetem Nutzen und effizientem Ressourceneinsatz.

Dies macht deutlich, dass keine der Dimensionen isoliert betrachtet werden kann. Vielmehr bedarf es einer sorgfältigen Gewichtung zwischen der Orientierung am größten Bedarf, am größten individuellen Nutzen und an der effizientesten Nutzung knapper Ressourcen. Eine solche Abwägung erfordert sowohl eine ethische Reflexion als auch eine gesellschaftliche Konsensbildung, um die Legitimität von Allokationsentscheidungen sicherzustellen.

3.2 Prozedurale Kriterien

Wenn über die relative Gewichtung der materialen Kriterien keine Einigkeit erzielt werden kann, gewinnen prozedurale Ansätze an Bedeutung. Norman Daniels und James Sabin haben hierfür das Modell der „Accountability for Reasonableness“ / „Rechenschaftspflicht für Angemessenheit“ entwickelt, das vier Bedingungen für faire Verteilungsverfahren formuliert:

- **Transparenz.** Sowohl Allokationsentscheidungen als auch deren Begründungen müssen transparent und für die Betroffenen zugänglich sein.
- **Relevanz.** Die Begründungen müssen sich auf Gründe stützen, die für alle Beteiligten im Lichte vernünftiger Knappheit nachvollziehbar und akzeptabel sind.
- **Revidierbarkeit.** Es müssen Möglichkeiten bestehen, Entscheidungen anzufechten und zu überarbeiten, wenn neue Argumente oder Evidenzen vorliegen.
- **Durchsetzung.** Es muss sichergestellt werden, dass diese Bedingungen tatsächlich eingehalten werden, etwa durch Regulierung oder Aufsicht.

Nach Daniels sind Allokationsentscheidungen in Situationen „vernünftiger Uneinigkeit“ genau dann fair, wenn

sie im Rahmen eines solchen fairen Entscheidungsverfahrens getroffen werden. [11]

Gerade bei der impliziten Rationierung etwa durch Budgets und Deckelung ist in der Praxis das Transparenzkriterium nicht erfüllt. Wir haben das in einer Studie innerhalb der Fachgesellschaft der Deutschen Hämatologen und Onkologen gesehen (DGHO), die wir anhand von Szenarien zu ihren Erfahrungen und Einstellungen mit Rationierung befragt haben. Diese zeigt, dass Rationierungsentscheidungen im klinischen Alltag eine erhebliche Rolle spielen bei Behandlungen mit hohen Kosten und umstrittenen oder geringem Nutzen – etwa durch die Verzögerung oder das Vorenthalten bestimmter Behandlungen aus Kostengründen.

Nur bei einem Drittel der berichteten Fälle, wurden diese Überlegungen offen mit dem Patienten oder der Patientin kommuniziert. Viele Onkolog:innen sehen sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen medizinischem Standard, ökonomischem Druck und der Verantwortung gegenüber allen Patient:innen. Während ein großer Teil ihre Verantwortung für das Haushalten mit knappen Ressourcen sieht, äußern sie zugleich erhebliche ethische Bedenken gegenüber impliziter – also verdeckter – Rationierung. [12, 13]

4. Was soll mit einer gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen überhaupt erreicht werden?

Die bisherigen Überlegungen zu materialen und prozeduralen Kriterien beschreiben, wie knappe Ressourcen gerecht verteilt werden können – also nach welchen Regeln und Verfahren Zuteilungsentscheidungen getroffen werden sollten. Offene bleibt damit jedoch die vorgelagerte Frage, was mit einer gerechten Verteilung überhaupt erreicht werden soll. Geht es darum, gleiche Gesundheitsergebnisse zu erzielen, gleiche Chancen auf Gesundheit zu gewährleisten, den Zugang zu Leistungen fair zu gestalten oder Ressourcen nach gesellschaftlich anerkannten Kriterien zu verteilen?

Eine gleiche Chance auf Gesundheit hat deshalb eine besondere moralische Relevanz, weil Gesundheit ein Gut ist, das maßgeblich zu den Verwirklichungschancen der Individuen beiträgt und damit zentral für die Chancengleichheit in einer Gesellschaft ist. [4] Die Frage nach gerechter Gesundheitsversorgung geht daher über die Allokation von Leistungen hinaus. Amartya Sen hat mit der Frage „Equity of what?“ auf die normativen Grundlagen verwiesen. [14]

Daniels argumentiert daher, dass eine gerechte Gesellschaft ihren Mitgliedern diejenigen Gesundheitsleistungen zugänglich machen sollte, die notwendig sind, um eine normale Bandbreite an Chancen und Möglichkeiten (normal opportunity range) zu sichern. [4] Daraus ergibt sich ein Fokus auf faire Chancen (fair equality of opportunity). Hier spielen die sozialen Determinanten der Gesundheit – etwa Bildung, Einkommen und Wohnort – eine zentrale Rolle. Eine gerechte Gesellschaft muss daher Gesundheitsförderung und Prävention ebenso adressieren wie medizinische Versorgung. [15]

Unter sozialen Determinanten der Gesundheit versteht man jene gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Dazu zählen insbesondere Einkommen und soziale Stellung, Bildung, Wohn- und Arbeitsbedingungen, Umweltfaktoren, aber auch der Zugang zu Gesundheitsdiensten und zu sozialer Teilhabe. [16, 17] Diese Faktoren beeinflussen maßgeblich Gesundheitsverhalten, Krankheitsrisiken und die Inanspruchnahme von Leistungen. Das Resultat ist ein sozialer Gesundheitsgradient, der sich in nahezu allen Gesellschaften nachweisen lässt: Mit jedem Schritt auf der sozioökonomischen Leiter steigen Lebenserwartung und Zahl gesunder Lebensjahre.

Diesen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus entgegenzuwirken, bedeutet nicht nur die Sicherstellung gleicher Zugänge zu medizinischen Leistungen, sondern auch eine aktive Politik zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten, etwa durch Prävention, Gesundheitsförderung und strukturelle Verbesserungen der Lebensbedingungen – überschreitet damit also das klassische Verständnis von GKV-finanzierten Gesundheitsleistungen

5. Generationengerechte Versorgung im Gesundheitswesen

Der Begriff der Generationengerechtigkeit bezeichnet eine faire Verteilung von Lasten und Leistungen zwischen aufeinanderfolgenden Generationen. Bislang wurde er vor allem im Zusammenhang mit den Solidarsystemen der Renten- und Sozialversicherung diskutiert. Übertragen auf das Gesundheitswesen berührt er jedoch zentrale Fragen dessen, was unter Gerechtigkeit in der Versorgung innerhalb einer Lebensspanne und im Verhältnis zur nächsten Generation verstanden werden soll.

Das oben schon vorgestellte Fair Innings Argument wird von Williams auf seinen Beitrag zur generationenge-

rechten Verteilung diskutiert. [18] Er versteht Generationengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung so, dass alle eine angemessene Chance auf eine faire Lebensspanne haben sollten – wer diese bereits hatte, sollte bei Ressourcenknappheit weniger Vorrang genießen. Und weist selbst auf Herausforderungen hin – etwa die Schwierigkeit, eine allgemein akzeptierte „faire Lebensspanne“ festzulegen, kulturelle Unterschiede im Altersbild und mögliche Spannungen mit Prinzipien wie Gleichbehandlung oder dem Respekt vor der Würde älterer Menschen. Hier ist sicher die von Callahan eingeführte Unterscheidung zwischen Maßnahmen zur Verlängerung der Lebenszeit und Verbesserung der Lebensqualität bei fortgeschrittener Erkrankung (Lindern von Leiden) zu unterscheiden – letztere sollten insbesondere mit Blick auf die eingangs berichtete Unterversorgung eher priorisiert werden.

John Rawls entwickelt in seiner Theorie der Gerechtigkeit das Gedankenexperiment des Urzustands: Eine Gesellschaft entwirft die Prinzipien ihrer Grundordnung hinter einem „Schleier des Nichtwissens“, also ohne dass die Beteiligten wissen, welche soziale Stellung, welches Geschlecht, welche Talente oder welches Alter sie selbst in dieser Gesellschaft haben werden. [19] Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die vereinbarten Prinzipien fair und unparteiisch sind. In seiner späteren Ausarbeitung (Justice as Fairness: A Restatement) überträgt Rawls dieses Modell auch auf die Frage der intergenerationellen Gerechtigkeit. Die Parteien im Urzustand wissen zwar, dass sie Zeitgenossen sind, aber nicht, welcher Generation sie angehören. Daraus folgt die Verpflichtung, Spar- und Investitionsgrundsätze so zu wählen, dass auch künftige Generationen über hinreichende Ressourcen verfügen, um eine gerechte Grundstruktur aufrechterhalten zu können. [20]

Bezugnehmend auf Rawls' Theorie entwickelt Lukas H. Meyer eine Konzeption der intergenerationellen Suffizienzgerechtigkeit. [21] Im Unterschied zu egalitären oder utilitaristischen Ansätzen zielt sie nicht auf Gleichheit zwischen den Generationen oder die Maximierung des Gesamtnutzens, sondern auf die Sicherung eines hinreichenden Mindestniveaus an grundlegenden Lebensbedingungen für alle Generationen. Dieses Mindestniveau, verstanden als „Suffizienzstandard“, soll lexikalischen Vorrang haben: Erst wenn es gewährleistet ist, können weitere Kriterien wie Effizienz oder Prioritätensetzung berücksichtigt werden.

Übertragen auf die Gesundheitsversorgung bedeutet dies, dass jede Generation die Pflicht hat, ihren Nachfolger:innen ein System zu hinterlassen, das zumindest den Zugang zu einem angemessenen Mindestmaß an Gesundheitsleistungen sicherstellt. Damit wird Generationengerechtigkeit als Verpflichtung zur institutionellen Nachhaltigkeit verstanden, die vor allem die Sicherung der Basisgüter – hier: Gesundheit – über den Lebensverlauf und über Generationen hinweg gewährleistet.

6. Schlussfolgerung

Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen bedeutet, sowohl die Bedarfe unterschiedlicher Lebensphasen als auch die langfristige Tragfähigkeit des Systems für künftige Generationen zu berücksichtigen. Drei Dimensionen sind dabei zentral:

- **Bedarfsgerechtigkeit über den Lebensverlauf:** Kinder benötigen beispielsweise Zugang zu Prävention, Diagnostik und psychischer Gesundheitsversorgung; Erwachsene profitieren von einer Versorgung die Teilhabe und Wiedereingliederung ins Arbeitsleben ermöglicht; Hochaltrige sind auf Geriatrie, Palliativversorgung und Advance Care Planning angewiesen.
- **Stabilität und Nachhaltigkeit:** Der demografische Wandel belastet das Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine generationengerechte Finanzierung muss daher so ausgestaltet sein, dass sie langfristig tragfähig bleibt, ohne künftige Generationen zu überfordern.
- **Gleiche Chance auf Gesundheit:** Gesundheit ist ein zentrales Gut, weil sie eine der Voraussetzung zur Verwirklichungsmöglichkeiten ist. Zugleich wird Chancengleichheit auf Gesundheit nicht allein durch das Gesundheitssystem hergestellt. Prävention und Gesundheitskompetenz sind wichtige Hebel, doch für die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten sind auch Faktoren jenseits des Gesundheitswesens entscheidend – insbesondere Bildung, Arbeitsmarkt und Umweltbedingungen.

Nur wenn gegenwärtige Reformen die Bedarfe über die Lebensspannen gleichermaßen berücksichtigen, kann das Gesundheitssystem gerecht und nachhaltig sein. Die ethischen Theorien und Kriterien, die hier diskutiert wurden, bieten dabei einen normativen Rahmen, um Refor-

mationen kritisch zu bewerten und in einer alternden Gesellschaft zu begründen.

E-Mail-Kontakt: Eva.Winkler@med.uni-heidelberg.de

Literatur

1. Schrappe M, François-Kettner H, Knieps F, Kraemer K, Reiners H, Scherer M. Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem. *Monitor Versorgungsforschung*. 2025;2025(02):47-64.
2. DGfK-uJ. Positionspapier der DGfK. 2025.
3. Ditscheid B, Krause M, Lehmann T, Stichling K, Jansky M, Nauck F, et al. Palliativversorgung am Lebensende in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2020;63(12):1502-10.
4. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly: *Bull World Health Organ*. 2008 Aug;86(8):653. doi: 10.2471/BLT.08.054601.; 2008
5. Marckmann G. Prioritisation in Health Care: Learning from International Experiences. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2009;103(2):85-91.
6. Buyx AM, Friedrich DR, Schöne-Seifert B. Marginale Wirksamkeit als Posteriorisierungskriterium – Begriffsklärungen und ethisch relevante Vorüberlegungen. *Ethik in der Medizin*. 2009;21(2):89-100.
7. Huster S. Gesundheit. *Handbuch Gerechtigkeit*: Springer; 2016. p. 386-91.
8. Callahan D Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. New York, Simon and Schuster; 1987.
9. Buyx A. Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen. *Ethik in der Medizin*. 2005;17(4):269-83.
10. Schickhardt C, Winkler, E. Von persönlicher Verantwortung im Gesundheitssystem zum Prinzip des abstrakten Risikos in Public Health. Selber schuld? Zum Verursacherprinzip in der Medizin. in press.
11. Daniels N, Sabin J. Setting Limits Fairly: Can We Learn to Share Medical Resources? 2004.
12. Fernau S, Mehlis K, Schildmann J, Krause S, Winkler EC. The Role of Physicians in Rationing Cancer Care. Attitudes of German Oncologists. *Oncology Research and Treatment*. 2017;40(9):490-4.
13. Krause SW, Schildmann J, Lotze C, Winkler EC. Rationing Cancer Care: A Survey Among the Members of the German Society of Hematology and Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11(6):658-65.
14. Sen A. Inequality reexamined: Oxford university press; 1992.
15. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126:S4-S10.
16. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
17. World Health Organization A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva; 2010.
18. Williams A. Intergenerational Equity: An Exploration of the 'Fair Innings' Argument. *Health Economics*. 1997;6(2):117-32.
19. Rawls J. A Theory of Justice; Original Edition: Harvard University Press; 1971.
20. Rawls J. Justice as Fairness – A Restatement. Kelly E, editor: Harvard University Press; 2001.
21. Meyer LHG, A. Intergenerational Justice. Gosseries A, Meyer LH, editors: Oxford University Press; 2009.

.....

PROF. DR. MED. DR. PHIL. EVA C. WINKLER

.....



ist Medizinethikerin und Onkologin.

Als Professorin für Translationale Medizinethik leitet sie das Institut für Medizin- und Datenethik an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und ist Mitglied des Geschäftsführenden Direktoriums des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg. Eva Winkler

ist Fachärztin für Hämatologie/Onkologie und arbeitet als Oberärztin in der Abteilung Medizinische Onkologie (UKHD). Sie ist Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und Vizepräsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).



© Universitätsklinikum Heidelberg

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem: Funktioniert der Generationenvertrag noch?

PROF. DR. AMELIE WUPPERMANN / LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III: FINANZWISSENSCHAFT AN DER UNIVERSITÄT BAYREUTH



Der Generationenvertrag in der GKV ist durch den demografischen Wandel und medizinisch-technischen Fortschritt unter Druck. Weniger Erwerbstätige müssen wachsende Ausgaben für eine alternde Bevölkerung tragen, wodurch steigende Beitragssätze drohen. Ohne Reformen könnte die Akzeptanz künftiger Generationen sinken. Dieser Beitrag diskutiert, inwiefern auf der Einnahmenseite eine breitere Beitragsgrundlage, längere Lebensarbeitszeit oder Kapitaldeckung helfen. Für die Ausgabenseite werden Eigenbeteiligungen sowie Anreize für Kassen und Leistungserbringer betrachtet. Ergänzend können Gesundheitssteuern und Investitionen in Bildung helfen, die Tragfähigkeit des Systems langfristig zu sichern.

1. Einleitung

In unseren umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen werden im Wesentlichen die laufenden Einnahmen genutzt, um die laufenden Ausgaben zu finanzieren. Aus dieser Umlagefinanzierung entsteht der sogenannte Generationenvertrag, der in Reinform insbesondere für die Gesetzlichen Rentenversicherung gilt: Hier bezieht die ältere, sich im Ruhestand befindende Generation Leistungen, die direkt durch die Beiträge der jüngeren erwerbstätigen Generation finanziert werden. Die Erwerbstätigen zahlen die Beiträge in der Erwartung, dass sie ihrerseits im entsprechenden Alter von den nachfolgenden Generationen finanzierte Leistungen beziehen werden (z. B. Raffelhüschen et al. 2017).

Auch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) und die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) fußen auf ähnlichen impliziten Verträgen zwischen Generationen. Die GKV, um die es in diesem Beitrag insbesondere gehen wird, unterscheidet sich von der Rentenversicherung zwar dadurch, dass alle Altersgruppen grundsätzlich sowohl Beitragszahler als auch potenzielle Leistungsempfänger sind. Allerdings variieren die Beiträge und Leistungsausgaben typischerweise über den Lebenszyklus: Während Erwerbstätige im Verhältnis zu ihren Leistungsausgaben im Mittel höhere Beiträge zahlen, erhalten Kinder und Jugendliche sowie Rentnerinnen und Rentner im Durchschnitt mehr Leistungen als sie einzahlen. In einer Art „Drei-Generationenvertrag“ (Raffelhüschen et al. 2017) werden in der GKV die Beiträge mit der Erwartung gezahlt, dass in der Zukunft notwendig werdende Gesundheitsleistungen von kommenden Generationen finanziert werden.

In den letzten Jahren sind die Ausgaben der GKV deutlich stärker gestiegen als die Einnahmen, so dass seit dem Jahr 2019 die Beitragssätze in der GKV, konkret die von den Krankenkassen selbst festzusetzenden Zusatzbeitragssätze im Mittel gestiegen sind (siehe z. B. GKV-Spitzenverband 2025). Diese Ausgabenentwicklung wird sich voraussichtlich unter anderem angesichts des demografischen Wandels, durch den in Zukunft weniger Erwerbstätige mehr Älteren gegenüberstehen werden, weiter fortsetzen. Dies stellt die finanzielle Tragfähigkeit des Systems in Frage, da es für zukünftige Generationen immer weniger attraktiv

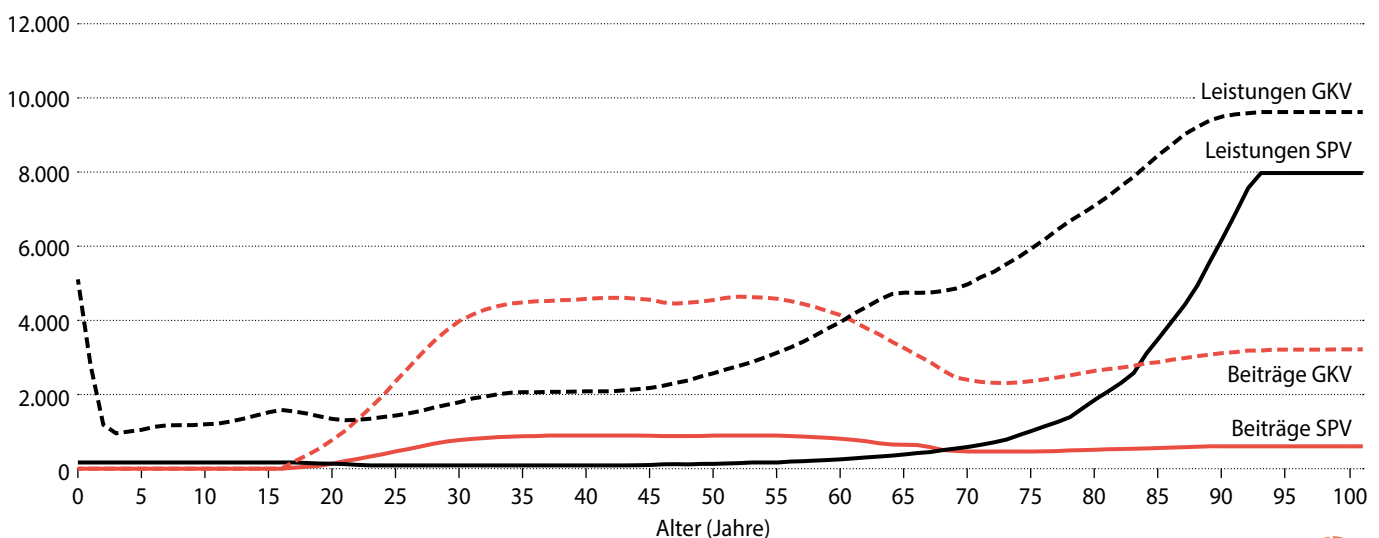
wird und sie versuchen könnten, den Generationenvertrag „zu kündigen“.

In diesem Beitrag, der meinen Vortrag auf dem Frankfurter Forum im Mai 2025 zusammenfasst, möchte ich mich entsprechend zwei zentralen Fragestellungen widmen: In welchem Umfang bleibt der Generationenvertrag in der GKV unter den aktuellen und prognostizierten Rahmenbedingungen tragfähig, und welche Reformoptionen können zu einer Erhöhung der Generationengerechtigkeit beitragen?

Zur Adressierung dieser Fragestellungen beschreibe ich zunächst im zweiten Kapitel die Funktionsweise des

Altersprofile der Ein- und Ausgaben pro Kopf in GKV und SPV

Beiträge/Leistungen (€)



Quelle: Raffelhüschen et al. 2023



Abbildung 1: Weil Personen im erwerbsfähigen Alter in der GKV im Mittel Nettozahler sind, während ältere Versicherte mehr Ausgaben pro Kopf verursachen, impliziert auch das Umlageverfahren in der GKV einen Generationenvertrag.

Generationenvertrags in der GKV genauer, bevor ich im dritten Kapitel prognostizierte Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie des medizinisch-technischen Fortschritts auf das System näher beleuchte. In Kapitel 4 widme ich mich verschiedenen Reformoptionen, wobei ich zwischen Reformen auf der Einnahmenseite und der Ausgabenseite sowie generellen Strukturreformen unterscheide. Kapitel 5 schließt den Beitrag mit einer kurzen Zusammenfassung.

2. Der Generationenvertrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Das Grundprinzip des Generationenvertrags in der GKV lässt sich anhand von Altersprofilen der durchschnittlichen Ein- und Ausgaben verdeutlichen. Abbildung 1 zeigt die altersabhängige Entwicklung dieser Pro-Kopf-Beträge in der GKV und der SPV für das Jahr 2021 (Raffelhüschen et al. 2023).

Deutlich wird hierbei, dass im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung, in der mit dem Renteneintritt die Beitragszahlungen in der Regel entfallen, in der GKV ältere Versicherte weiterhin Beiträge zahlen, insbesondere aus ihrer gesetzlichen Rente. Dennoch wird über das Umlageverfahren zwischen den Generationen umverteilt. Dies geschieht zum einen dadurch, dass die Beiträge zur Krankenversicherung ab dem Renteneintritt deutlich geringer sind als im Erwerbsleben (da Renten niedriger sind als Lohn oder Gehalt). Zum anderen steigen aber auch die Ausgaben mit dem Alter. In der GKV steigen die Pro-Kopf-Ausgaben bereits ab mittlerem Alter kontinuierlich an, der Anstieg nimmt dann aber ab 70 noch mal kräftig zu.

Weil Personen im erwerbsfähigen Alter in der GKV im Mittel Nettozahler sind, während ältere Versicherte mehr Ausgaben pro Kopf verursachen, als sie an Beiträgen einzahlen, impliziert auch das Umlageverfahren in der GKV einen Generationenvertrag, bei dem Erwerbstätige über ihre Beiträge in wesentlichen Teilen die Ausgaben des Systems finanzieren.

3. Die Zukunft des Generationenvertrags in der GKV

In diesem Kapitel stelle ich Auswirkungen des demografischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts auf die Tragfähigkeit des Generationenvertrags dar, wobei ich mögliche Folgen beider Entwicklungen anhand

der Generationenbilanz sowie projizierter Beitragssatzentwicklungen quantifiziere.

3.1 Demografischer Wandel

Der demografische Wandel wird generell als eine der zentralen Determinanten der künftigen Finanzierungsprobleme der GKV angesehen. Der „Baby-Boom“ der 1950er- und 1960er-Jahre und der anschließende anhaltende „Baby-Bust“ kombiniert mit der Zunahme der Lebenserwartung führten dazu, dass die Anzahl der Nettoempfänger im Verhältnis zu den erwerbstätigen Nettozahlern in den letzten Jahren stetig gestiegen ist und auch weiter ansteigen wird. Verdeutlichen lässt sich diese Entwicklung zum Beispiel über verschiedene Abhängigenquotienten, unter anderem den Altenquotienten, der die Anzahl an Personen im Alter über 65 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 bis 64 angibt.

Dieser Altenquotient ist seit den 1990er Jahren stetig gestiegen, von knapp 24 im Jahr 1990 auf gut 37 im Jahr 2023 (vgl. BMAS 2024). Vorausberechnungen des Quotienten anhand der 15. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts ergeben einen steilen Anstieg auf gut 49 Ältere pro 100 Personen im Alter zwischen 20 bis 64 Jahren bis 2035. Auch danach ist angesichts der steigenden Lebenserwartung und anhaltender geringer Geburtenzahlen kein Rückgang, sondern nur ein leichter Anstieg bis auf 52 im Jahr 2065 prognostiziert.

Die durch die Entwicklung des Altenquotienten verursachten zukünftigen Herausforderungen für die Generationengerechtigkeit hängen davon ab, wie sich das Ein- und vor allem auch das Ausgabenprofil (Abbildung 1) mit dem Alter in der Zukunft weiter entwickeln werden. In diesem Zusammenhang werden in der Gesundheitsökonomik verschiedene Hypothesen diskutiert (siehe Breyer 2015). Nach der Kompressionshypothese ist zu erwarten, dass der Ausgabenanstieg mit dem Alter in Zukunft flacher verlaufen wird als derzeit, da die Bevölkerung über eine längere Phase des Lebens gesund bleibt. Nach der Red-Herring-These von Zweifel et al. (1999) ist Alter als falsche Fährte zur Ablenkung von den wahren Treibern der Gesundheitskosten gelegt worden, da nicht Alter, sondern Nähe zum Tod entscheidend für die Ausgaben sei. Bei einem durch steigende Lebenserwartung bedingtem Anstieg des Altenquotientens würden nach dieser These die Ausgaben insgesamt nicht steigen, sondern zu anderen Zeitpunkten anfallen.

Dem entgegen steht die Medikalisierungshypothese, die einen zusätzlichen Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben mit dem Alter vorhersagt, da die steigende Lebenserwartung durch zusätzliche Behandlung bedingt ist und weitere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen möglich und nötig macht. Während bei entsprechender Gültigkeit der Kompressionshypothese die Gefahr für den Generationenvertrag durch die demografische Entwicklung zumindest abgemildert würde, würde diese bei Gültigkeit der Medikalisierungshypothese noch verschärft.

Die empirische Evidenz zur Plausibilität der Hypothesen gleicht einer „mixed bag“ (Kuhn 2023, S. 67). Auch wenn einige Studien Evidenz für die Red-Herring-Hypothese liefern und das Altern generell weniger zum Anstieg der Gesundheitsausgaben beiträgt als man erwarten könnte, kommen Studien überwiegend zu dem Ergebnis, dass Alterung zu einem Anstieg der Gesundheitskosten führt (Breyer und Lorenz 2021) und damit die Verteilung der Lasten zwischen den Generationen hin zu den Erwerbstätigen verstärkt wird.

3.2 Kostensteigerungen durch medizinisch-technischen Fortschritt

Neben der demografischen Entwicklung wird generell auch immer wieder der medizinisch-technische Fortschritt als Treiber für Kostensteigerungen im Gesundheitssystem genannt (siehe Kuhn 2023 für einen Überblick). Im Kontext der Generationengerechtigkeit stellt sich hinsichtlich des medizinisch-technischen Fortschritts die Frage, inwiefern die zusätzlichen Kosten die Umverteilung von Ein- und Ausgaben zwischen den Generationen ändern. Insbesondere kommt es dabei darauf an, ob die mit den steigenden Ausgaben einhergehenden Leistungsverbesserungen überwiegend einer Generation zugutekommen.

Wong et al. (2012) zeigen anhand von Krankenhausdaten aus den Niederlanden, dass medizinisch-technischer Fortschritt vor allem zu zusätzlichen Behandlungen in älteren Generationen führt. Ähnliche Evidenz gibt es auch aus Kanada (Roham et al. 2014). Insofern könnte der medizinisch-technische Fortschritt neben der demografischen Entwicklung die Umverteilung von den Erwerbstätigen zu den Älteren verstärken und den Generationenvertrag weiter unter Druck setzen.

3.3 Die Generationenbilanz der GKV

Die Methodik der Generationenbilanzierung bietet die Möglichkeit, die langfristigen Herausforderungen der Fi-

nanzierung der GKV zu quantifizieren und dabei die Rolle des demografischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts aufzuzeigen. Entwickelt wurde die Methode des „Generational Accounting“ Anfang der 1990er Jahre in den USA von Auerbach und Koautoren (1991, 1992, 1994).

Für Deutschland wird die Generationenbilanzierung insbesondere von der Stiftung Marktwirtschaft in Kooperation mit dem Forschungszentrum Generationenverträge der Universität Freiburg regelmäßig angewendet, um die langfristige Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen zu analysieren.

Methodisch werden die derzeitigen kohortenspezifischen Einnahmen und Ausgaben des Staates bzw. der untersuchten fiskalischen Einheit pro Kopf mit Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung und den amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen kombiniert und fortgeschrieben. Auf diese Weise lassen sich langfristige Ein- und Ausgabenpfade projizieren. Die Differenz der abgezinsten zukünftigen Einnahmen und Ausgaben wird als implizite Schuld der betrachteten fiskalischen Einheit bezeichnet. Sie wird in Prozent des aktuellen Bruttoinlandsprodukts als Nachhaltigkeitslücke ausgewiesen und dient als Maß dafür, ob die erwarteten Einnahmen ausreichen, um die künftigen Ausgaben zu decken. Übersteigen die Ausgaben die Einnahmen, sind Einnahmesteigerungen oder Ausgabenkürzungen erforderlich (vgl. Raffelhüschen et al. 2023, S. 26 f.).

Im Update der Generationenbilanz im Jahr 2023 nehmen Raffelhüschen et al. (2023) insbesondere die GKV und SPV in den Fokus. Die Autoren projizieren dabei nicht nur die impliziten Schulden der GKV bei Fortschreibung der derzeitigen Ein- und Ausgaben entsprechend dem prognostizierten Wirtschaftswachstum und der amtlichen Bevölkerungsvorausrechnung, sondern untersuchen zusätzlich die fiskalische Konsequenz steigender Ausgaben aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Bei Projektion der kohortenspezifischen Ein- und Ausgaben ohne Berücksichtigung der Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts („Status quo“) oder möglicher Medikalisierungseffekte ermitteln die Autoren eine Nachhaltigkeitslücke in der GKV von 66,2 Prozent des BIP 2022 (Status quo in Abbildung 2).

Die zusätzliche Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts setzen die Autoren um, indem sie basierend auf Ergebnissen von Breyer und Ulrich (2000) ein Ausgabenwachstum annehmen, das einen Prozentpunkt über dem Wachstum der Einnahmen liegt. Entsprechend

übersteigen in dieser Analyse die Ausgaben die Einnahmen deutlich stärker und es entsteht eine noch deutlich größere Nachhaltigkeitslücke der GKV in Höhe von 195 Prozent des BIP, die verdeutlicht, dass in der Zukunft die Ausgaben um ein Vielfaches über den Einnahmen liegen könnten und daher zur Finanzierung erhebliche Einnahmenerhöhungen oder Ausgabensenkungen nötig wären.

3.4 Beitragssatzprojektionen

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung verschiedener Beitragssatzprojektionen in Abbildung 3. Neben der tatsächlichen Entwicklung des gesamten GKV-Beitragssatzes (inkl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrags) seit 1995 enthält die Abbildung Projektionen der Beitragssätze von Breyer und Lorenz (2020) und des IGES Institut (Ochmann et al. 2025). Während sich die genauen Werte leicht unterscheiden, so zeigen sie doch ein Bild, das auch mit den Ergebnissen der Generationenbilanzierung von Raffelhüschen et al. 2023 übereinstimmt: Ohne Reformen werden die Beitragssätze in der GKV in den nächsten Jahren deutlich steigen müssen, um im umlagefinanzierten System die Ausgaben zu decken.

Breyer und Lorenz kommen auf einen Beitragssatz von über 23 Prozent im Jahr 2040. Die Beitragssatzprojek-

tionen für die Jahre dazwischen liegen in ähnlicher Höhe wie die des IGES Institut, das in einem Basisszenario mit Lohnwachstum von 3 Prozent für 2035 einen Beitragssatz von 20 Prozent und in einem ungünstigen Szenario mit geringerem Lohnwachstum einen Beitragssatz von 22,6 Prozent projiziert. Zusammen mit den Beitragssätzen für die anderen Zweige der Sozialversicherung, die ebenfalls von der demografischen Entwicklung betroffen sind, könnte es laut Vorausberechnungen des IGES Institut bereits 2035 einen Gesamtsozialversicherungsbeitrag von 49 Prozent geben. Breyer und Lorenz projizieren für 2050 einen Gesamtbeitragssatz von über 53,7 Prozent.

Ein solch hoher Beitragssatz könnte zur Folge haben, dass die dann erwerbstätige Generation nicht mehr bereit ist, den Generationenvertrag einzugehen. Beispielsweise könnte sie ihr Arbeitsangebot einschränken oder vermehrt versuchen, das System durch Wechsel in die private Versicherung oder im Extremfall Auswanderung zu verlassen (Breyer und Stolte 2001).

4. Reformoptionen zur Steigerung der Attraktivität des Generationenvertrags

Angesichts des ohne Reformen drohenden Ungleichgewichts zwischen Ein- und Ausgaben sind Reformen unausweichlich, damit der Generationenvertrag wieder für alle Generationen attraktiv wird.

Die Literatur und aktuelle Politikdebatten bieten eine Vielzahl an Reformansätzen, die sowohl die Einnahmen- als auch die Ausgabenseite adressieren. Zusätzlich haben auch über das Gesundheitssystem hinausgehende Reformen das Potenzial, die Balance zwischen zukünftiger Ein- und Ausgabenentwicklung im Gesundheitssystem zu stabilisieren. Im Folgenden möchte ich einige dieser Reformen kurz skizzieren und hinsichtlich ihrer intergenerativen Wirkung diskutieren, ohne damit ein umfassendes Bild abzugeben. Ein umfassender Überblick findet sich beispielsweise in Gensorowksy et al. 2023.

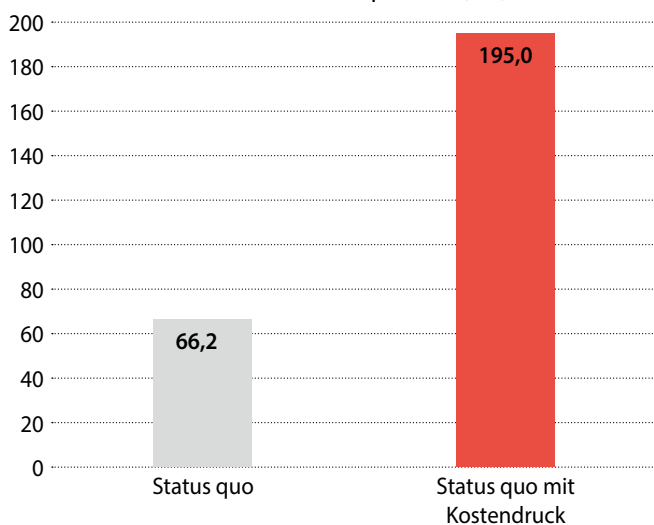
4.1 Einnahmenseitige Reformen

1. Berücksichtigung weiterer Einkommensarten

Derzeit werden je nach Versicherungsstatus unterschiedliche Einkünfte herangezogen, um den GKV-Beitrag zu bestimmen. Während für Pflichtversicherte nur das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung relevant ist, müssen freiwillig gesetzlich Versicherte ihre gesamten Einkünfte

Implizite Schulden der Gesetzlichen Krankenversicherung

Anteil in Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP)

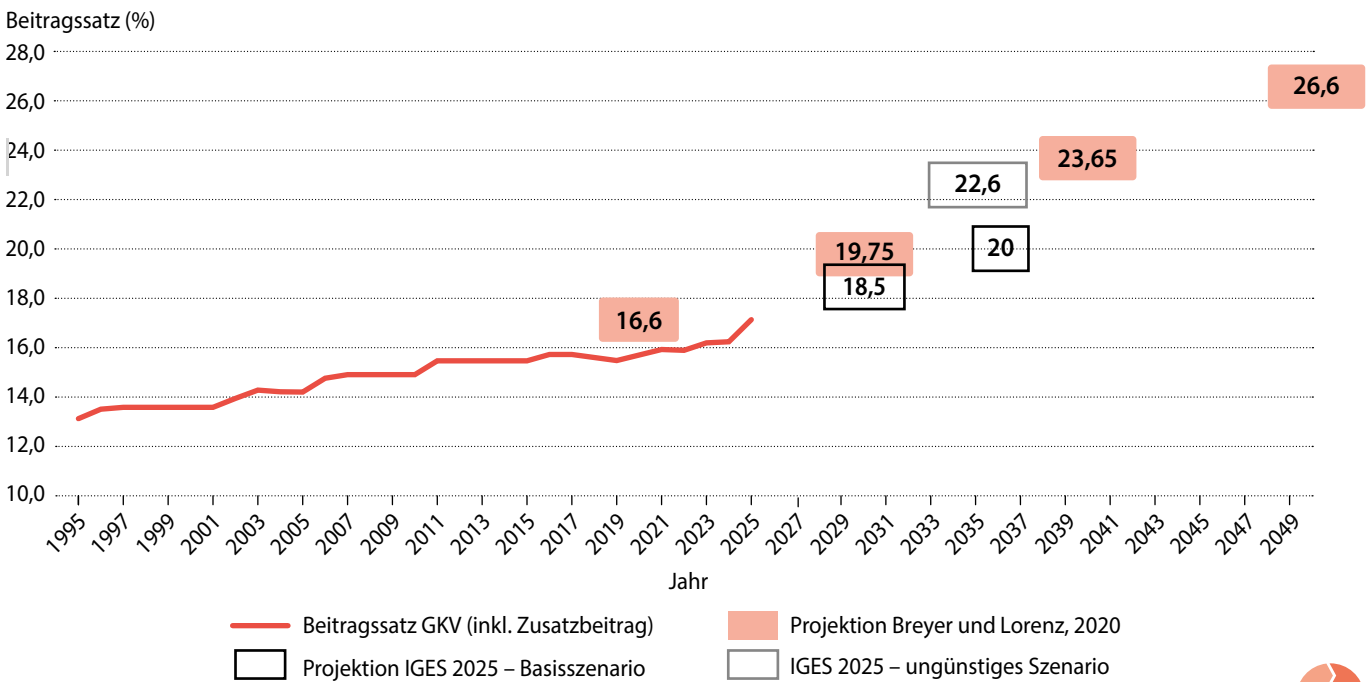


Quelle: Raffelhüschen et al. 2023



Abbildung 2: In Studien sind für Generationenbilanzen, je nach Umfang der berücksichtigten Parameter, für die GKV Nachhaltigkeitslücken von bis zu 195 Prozent des BIP errechnet worden.

Projektion des GKV-Beitragssatzes bis 2050



Quellen: Sozialpolitik Aktuell, Breyer und Lorenz 2020, Ochmann et al. 2025, eigene Darstellung



Abbildung 3: Verschiedene Beitragssatzprojektionen kommen in Abhängigkeit von der Wahl des Basisszenarios auf einen Gesamtsozialversicherungsbeitrag, der bereits im Jahr 2035 bei fast 50 Prozent liegen könnte.

(bis zur Beitragsbemessungsgrenze) verrechnen. Einen ähnlichen Unterschied gibt es auch im Rentenalter. Einer der häufigsten Reformvorschläge hinsichtlich konkreter Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen ist, generell alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung heranzuziehen (Gensorowsky et al. 2023). Quantifiziert wird die Wirkung einer solchen Änderung dagegen selten (Gensorowsky et al. 2023). Um durch diese Änderung insbesondere Erwerbstätige zu entlasten, könnte in Betracht gezogen werden, diese Änderung nur für Rentnerinnen und Rentner umzusetzen.

2. Höhere Beitragssätze für nicht mehr erwerbstätige Mitglieder

Gewissermaßen ähnlich gelagert ist der Vorschlag von Cassel (2003), höhere Beitragssätze für nicht mehr erwerbstätige Mitglieder festzulegen, um die nachfolgende Generation der Erwerbstätigen zu entlasten. Cassel sieht es dabei als erforderlich, die derzeitige Erwerbstätigen- und Rentnergeneration stärker zu belasten und zukünftige Generationen zu entlasten, da die älteren Generationen die Situation herbeigeführt haben. Sowohl durch

diesen Vorschlag wie auch durch den Vorschlag 1 würde das Prinzip der Solidarität zwischen den Einkommensgruppen gewahrt, da vor allem Rentnerinnen und Rentner mit höherem Einkommen höhere Beiträge zahlen müssten.

3. Erhöhung des Bundeszuschusses

Oft und über das politische Spektrum hinweg gefordert wird die Erhöhung oder regelhafte Dynamisierung des Bundeszuschusses (Gensorowsky et al. 2024). Dieser 2004 eingeführte Zuschuss aus Mitteln des Bundeshaushalts ist vorgesehen, um versicherungsfremde Leistungen zu finanzieren. Hierunter sind Ausgaben der GKV für Leistungen zu verstehen, die nicht eigentlich Aufgabe der Krankenversicherung sind, sondern als gesamtgesellschaftlichen Aufgaben angesehen werden, wie beispielsweise familienpolitische Leistungen. Da keine Legaldefinition der versicherungsfremden Leistungen besteht, gibt es keinen verbindlich geltenden Katalog versicherungsfremder Leistungen, so dass die Höhe des Bundeszuschusses zur Finanzierung dieser Leistungen nicht eindeutig bestimmbar ist (vgl. Bundesrechnungshof 2021). Entsprechend variieren die Schätzungen der möglichen Entlastung der

GKV-Finzen durch diese Reformmaßnahmen (vgl. Gensorowsky et al. 2024).

Generell würden mit einer Erhöhung des Bundeszuschuss Mittel aus dem Bundeshaushalt in die GKV verschoben. Hinsichtlich der Generationengerechtigkeit stellt sich hierbei vor allem die Frage, wer die ökonomische Last der zusätzlichen Steuermittel oder Schulden trägt. Insofern als Personen im erwerbsfähigen Alter höhere Steuern zahlen als Rentnerinnen und Rentner (vgl. Beznoska, 2022) und Schulden zukünftige Generationen belasten, ist zumindest fraglich, ob die Erhöhung des Bundeszuschusses kommende Generationen tatsächlich entlastet und damit den Generationenvertrag für sie wieder attraktiver macht. Andererseits würde die „Kündigung“ des Generationenvertrags durch Wechsel in die private Krankenversicherung weniger attraktiv. Die Einschränkung der legalen Beschäftigung dagegen sowie Auswanderung blieben weiterhin mögliche Wege, dem Generationenvertrag zu entkommen.

4. *Aufbau einer zusätzlichen Kapitaldeckung*

Die Schwierigkeit der Umlagefinanzierung und des dadurch bestehenden Generationenvertrags ergibt sich, da bei steigenden Ausgaben jede Generation quasi auf Kosten nachfolgender Generationen lebt. Dies kann nur so lange funktionieren, wie die nachfolgenden Generationen bereit sind, in das System einzuzahlen, weil auch sie erwarten können, dass die wiederum folgenden Generation zahlen werden. Die private Krankenversicherung bietet dagegen ein Alternativmodell der Kapitaldeckung, indem Kohorten individuell für die Finanzierung zukünftiger Gesundheitskosten sparen. Cassel & Oberdieck (2002: 15-22) haben bereits vor über 20 Jahren die Einführung einer zusätzlichen Kapitaldeckung in Form eines „Demografiefonds“ in der GKV vorgeschlagen.

Nach diesem Vorschlag könnten über einen Beitragssatzaufschlag heute zusätzliche Einnahmen generiert und auf dem Kapitalmarkt angelegt werden, um zukünftige Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Gensorowsky et al. (2024) legen verschiedene Szenarien vor, nach denen ein Anstieg des Beitragssatzes auf 19,1 Prozent notwendig wäre, damit dieser bis zum Jahr 2060 trotz der demografischen Entwicklung stabil bleiben könnte. Damit würden klar zukünftige Generationen entlastet, da der Beitragssatz in der Modellrechnung ab etwa 2040 deutlich geringer ausfallen würde als ohne dieses Element.

Neben GKV-spezifischen Fragen der Umsetzung, wie insbesondere der Frage, wie Kassenwechsel behandelt werden sollten (Gensorowsky et al. 2024), wäre bei der Implementierung eines solchen Modells sehr wichtig, den Fehler des Pflegevorsorgefonds zu vermeiden, dass das angesparte Kapital im politischen Prozess für andere Zwecke verwendet wird (siehe Breyer 2025).

5. *Verlängerung der Lebensarbeitszeit*

Bevor ich zu den Ausgabeseitigen Reformen komme, möchte ich noch eine Maßnahme erwähnen, die nicht vorrangig die Krankenversicherung betrifft, aber aufgrund der Einnahmengestaltung die Einnahmenbasis der GKV erhöhen würde: die für die Rentenversicherung geforderte Verlängerung der Lebensarbeitszeit (z. B. Grimm et al., 2023). Gerade eine dynamische Kopplung an eine steigende Lebenserwartung hätte zur Stärkung des Generationenvertrags den Vorteil, dass jede Generation, die erwarten kann, länger zu leben, selbst länger höhere Beiträge zahlt (und dann selbst später in den längeren Genuss höherer Ausgaben kommt).

4.2 *Ausgabenseitige Reformen*

Wie eingangs aufgezeigt, sind es insbesondere steigende Ausgaben, die vor allem auch im höheren Alter anfallen, wodurch die intergenerative Umverteilung in der GKV erhöht, und die langfristige Tragfähigkeit gefährdet wird. Es werden entsprechend in Wissenschaft und Politik eine Vielzahl an Maßnahmen diskutiert, um den Ausgabenanstieg in Zukunft zu verringern (siehe Gensorowsky et al. 2023).

Um den Generationenvertrag wieder attraktiv zu machen, ist es besonders wertvoll, den Anstieg der Ausgaben mit dem Alter zu reduzieren – und entsprechend der Kompressionshypothese – eine längere gesunde Lebensphase zu erreichen. Hierzu geeignet scheinen auf Versichertenebene Maßnahmen, die zu einem gesunden Lebensstil anhalten. Auch könnten Reformen auf Ebene der Leistungsangebots sowie der Krankenkassen dazu beitragen, dass die Akteure ein stärkeres auch finanzielles Interesse daran haben, ihre Patienten bzw. Versicherten gesund zu halten.

1. *Versichertenebene*

Auf Ebene der Versicherten könnte eine Verstärkung der

Eigenbeteiligung in Form von Zuzahlungen oder Selbst-behalten direkt die Ausgaben der GKV senken. Zusätzlich zeigen inzwischen eine Vielzahl an Studien, dass höhere Eigenbeteiligungen Verhaltensänderungen hervorrufen und dadurch etwaige Überinanspruchnahme von Leistungen, weil sie den Versicherten direkt nichts kosten, (sogenanntes Moral Hazard) verringert werden kann (z. B. Gensorowsky et al. 2024).

Allerdings zeigt die Evidenz vor allem Verhaltensänderungen durch Selbstbeteiligung hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen (ex post Moral Hazard), weniger Verhaltensänderungen, die Erkrankungsrisiken reduzieren (ex ante Moral Hazard). Einav und Finkelstein (2018) interpretieren die Studienlage so, dass die finanziellen Kosten einer zukünftigen, vermeidbaren Erkrankung nicht die einzigen und vor allem auch nicht die relevantesten Kosten sind, so dass eine Eigenbeteiligung an den Kosten das Gesundheitsverhalten nicht stark verändert. Während Selbstbeteiligungen also potenziell ausgaben-dämpfend wirken, ist das Ausmaß unklar, inwiefern dies tatsächlich über Vermeidung von Erkrankungen erfolgt.

2. Ebene des Leistungsangebots

Auf Ebene des Leistungsangebots könnte eine Stärkung des Anreizes der Gesunderhaltung der Patienten über eine qualitätsorientierte Vergütung erfolgen. Ausschlaggebend ist dabei die Art der Qualitätsmessung. Schwierigkeiten derzeitiger Modelle Qualitätsorientierter Vergütung ergeben sich bspw. aufgrund der Messung der Behandlungsqualität anhand bestimmter Indikatoren. Nicht für die Qualitätsmessung herangezogene, aber dennoch eventuell wichtige Bereiche werden aufgrund fehlender Multitasking-Fähigkeiten ignoriert (z. B. Eggleston 2005). Voraussetzung für eine solche qualitätsorientierte Vergütung wäre daher die Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsmaßes. Leistungserbringer könnten dann finanziell für die Steigerung bzw. ausbleibende vorhergesagte Verschlechterungen dieses Maßes ihrer Patienten belohnt werden. Eventuell könnte die Digitalisierung helfen, ein solches Maß in Zukunft zu entwickeln (Zhu et al. 2022).

3. Ebene der Krankenkassen

Reif et al. (2025) diskutieren fehlende finanzielle Anreize der Krankenkassen, ihre Versicherten gesund zu erhalten. Zur Vermeidung der Risikoselektion bekommen Krankenkassen durch den Risikostrukturausgleich aus dem

Gesundheitsfonds die Mittel, die sie für ihre Versicherten aufgrund von Alter, Geschlecht, Morbidität und Wohnort im nächsten Jahr erwarten können. Da die Morbidität ausgeglichen wird und bei einer Verschlechterung im nächsten Jahr höhere Kosten aber auch höhere Mittel zu erwarten sind, gibt es keine finanziellen Anreize für die Krankenkassen, Morbidität zu verhindern.

Reif et al. (2025) schlagen vor, eine längere Frist als ein Jahr (zum Beispiel fünf oder zehn Jahre) in den RSA aufzunehmen, so dass die Anreize für die Krankenkassen stärker werden, Versicherte zumindest über diesen Zeitraum gesund zu halten. Alternativ könnte auch die Krankenkassenfinanzierung – wiederum vorausgesetzt die Entwicklung eines umfassenden Gesundheitsmaßes – qualitätsorientiert gestaltet werden, so dass Krankenkassen mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds bekämen, wenn es ihnen gelingt, ihre Versicherten gesund zu halten (wie zum Beispiel Zhu et al (2022) für die US Medicare-Versicherung diskutieren).

4.3 Weitere Maßnahmen

Auch über das GKV-System hinausgehende Reformen können geeignet sein, um die zukünftigen Ausgaben bzw. die Einnahmen zu stabilisieren.

Eine Ausgabensenkung über Erreichen der Kompression der Morbidität und damit einer Verbesserung der Generationengerechtigkeit könnten dabei vor allem Gesundheitssteuern (auch Sündensteuern genannt), d.h. Steuern auf Alkohol, Tabak oder auch zuckerhaltige Getränke erreichen. Tappendorf und Wuppermann (im Erscheinen) liefern eine Übersicht über Evidenz zur Auswirkung dieser Steuern. Die Steuern sind wegen einer doppelten Dividende aus Steuereinnahmen einerseits und Verringerung gesundheitsschädigenden Verhaltens andererseits attraktiv. Während negative Auswirkungen auf das Wirtschaftswachstum theoretisch möglich sind, zeigen die meisten Studien keine negativen Effekte. Andererseits gibt es Studien, die eine regressive Wirkung der Steuern beschreiben, so dass hier eine soziale Abfederung angebracht sein könnte.

Einnahmenseitig wäre aus Perspektive der Generationengerechtigkeit vor allem die Förderung der Erwerbstätigkeit kommender Generationen zu nennen. Neben Investitionen in Bildung könnte auch der weitere Ausbau der Kinderbetreuungsmöglichkeiten kommenden Generationen die Erwerbsbeteiligung sichern (Grimm et al., 2023).

5. Fazit

Der Generationenvertrag in der GKV steht unter erheblichem Druck. Ohne Reformen werden Beitragssätze weiter steigen oder Leistungskürzungen notwendig, wodurch die Akzeptanz nachfolgender Generationen gefährdet wird. Einnahmenseitige Reformen – wie die Einbeziehung weiterer Einkommensarten, die Verlängerung der Lebensarbeitszeit oder eine teilweise Kapitaldeckung – bieten kurzfristig und mittelfristig Potenzial zur Entlastung. Auf der Ausgabenseite könnte vor allem eine Stärkung der Anreize zur Förderung eines gesunden Lebensstils – auch für Leistungserbringer und Krankenkassen – sinnvoll sein. Ergänzend können präventive Steuerinstrumente und Investitionen in Humankapital helfen, die langfristige Tragfähigkeit des Systems zu sichern.

E-Mail-Kontakt: amelie.wuppermann@uni-bayreuth.de

Literatur

- Auerbach A J, Gokhale, J, und Kotlikoff L J (1991). Generational accounts: A meaningful alternative to deficit accounting. *Tax policy and the economy*, 5, 55-110.
- Auerbach A J, Gokhale, J, und Kotlikoff L J (1992). Generational accounting: A new approach to understanding the effects of fiscal policy on saving. *The Scandinavian Journal of Economics*, 303-318.
- Auerbach A J, Gokhale, J und Kotlikoff L J (1994). Generational Accounting: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy, *Journal of Economic Perspectives* 8 (1), 73-94.
- Beznoska M (2022): Die Altersverteilung von Steuern, Abgaben und staatlichen Leistungen. IW-Report Nr. 7, Berlin.
- BMAS (2024): Alternde Gesellschaft: Ist die Bevölkerungsentwicklung eine Belastung für das Sozialsystem? <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Rente-und-Altersvorsorge/Fakten-zur-Rente/Alternde-Gesellschaft/alternde-gesellschaft.html> (zugegriffen am 21.09.2025)
- Breyer F (2015): Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*; 16 (3): 215-230.
- Breyer F (2025): Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung – die Rolle der Eigentumsrechte. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 26(1), 49-61.
- Breyer F, Lorenz N (2020): Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? *Wirtschaftsdienst* 100: 591-596.
- Breyer F, Lorenz N (2021): The “red herring” after 20 years: ageing and health care expenditures. *European Journal of Health Economics* 22, 661-667.
- Breyer F, Stolte K (2001), Demographic change, endogenous labor supply, and the feasibility of pension reform, *Journal of Population Economics* 14, 409-424.
- Breyer F, Ulrich V (2000). Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse/Ageing, Medical Progress and Health Care Expenditures: A Regression Analysis. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 220(1), 1-17.
- Cassel, D. (2003). Die Notwendigkeit ergänzender Altersreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV. *Wirtschaftsdienst*, 83(2), 75-80.
- Cassel D, Oberdieck V (2002): Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 82: 15-22.
- Eggleson, K. (2005). Multitasking and mixed systems for provider payment. *Journal of health economics*, 24(1), 211-223.
- Einav L, Finkelstein A (2018): Moral hazard in health insurance: what we know and how we know it. *Journal of the European Economic Association*, 16(4), 957-982.
- Gensorowsky D, Naumann L, Lampe D, Witte J. (2024) Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Vandage Health Economics Analytics*.
- Gensorowsky D, Witte J, Naumann L, Zeitler A. (2023): Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine systematische Übersicht. *Vandage Health Economics Analytics*.
- GKV Spitzenverband (2025): Zusatzbeitragssatz, verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitragssatz/zusatzbeitragssatz.jsp (zugegriffen am 21.09.2025)
- Grimm V, Malmendier U, Schnitzer M, Truger A, Werding M (2023): Wachstumsschwäche überwinden – In die Zukunft investieren. Jahresgutachten des Sachverständigenrates zur Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2023/24.
- Kuhn M. (2023): Medical Progress, Ageing, and Sustainability of Healthcare Finance, in Hrsg: Bloom D.E, A. Souza-Poza und U. Sunde, *The Routledge Handbook of the Economics of Ageing*, Teil 1, Kapitel 4, Routledge: London.
- McWilliams JM (2025): Risk Adjustment Reform: Navigating Ideas And Tradeoffs (Part 2). *Health Affairs Forefront*.
- Ochmann R, Albrecht M und D. Sonnenberger: Beitragsentwicklung in der Sozialversicherung, Update der szenarienbasierten Projektion bis zum Jahr 2035, <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88672/data/a57e74372daa9ed-c30149d9b452e96f0/beitragsentwicklung-analyse-update-2025-kurzbericht.pdf> (zugegriffen am 21.09.2025)
- Raffelhüschen B, Schultis S, Seuffert S, Stramka S, Wimmesberger F (2023): Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz Update 2023. *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik* Nr. 171.
- Raffelhüschen B, Hagist C, Leifers A. (2017): Generationenvertrag, in Hrsg: Wagner F Gabler *Versicherungswörterbuch*, 2. Auflage, Springer Gabler Wiesbaden.
- Reif S, Schubert S, und Wambach A (2025). Setting incentives right with long-term risk adjustment. *The European Journal of Health Economics*, 26(2), 147-151.
- Roham, M., Gabrielyan, A. R., Archer, N. P., Grignon, M. L., & Spencer, B. G. (2014). The impact of technological intensity of service provision on physician expenditures: an exploratory investigation. *Health Economics*, 23(10), 1224-1241.
- Tappendorf S, Wuppermann A (im Erscheinen): Zucker- und andere Sündensteuern: Empirische Evidenz, Sinnhaftigkeit und Einsparpotential. In: Hrsg. Brosius-Gersdorf F, Henn W.: *Selber schuld? Zum Verursacherprinzip in der Medizin. Schriften zum Gesundheitsrecht (SGR)*, Band 83, Dunker und Humblot.
- Wong A, Wouterse B, Slobbe LC, Boshuizen HC, Polder JJ (2012): Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: findings and implications. *Soc Sci Med* 74: 263-272.
- Zweifel P., S. Felder und M. Meier (1999): Ageing of population and health care expenditure: A red herring?, *Health Economics* 8: 485-496.
- Zhu M, Japinga M, Saunters R, McClellan M (2022): The Future of Risk Adjustment: Supporting equitable, comprehensive health care. Margolis Center for Health Policy, Duke University, verfügbar unter https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2022-06/Margolis%20Future%20Risk%20Adjustment%20Paper%20v3_0.pdf (zugegriffen am 21.09.2025)

.....

PROF. DR. AMELIE WUPPERMANN

.....



ist seit April 2025 Inhaberin des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre III: Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Zuvor war sie von 2018 bis 2025 Professorin für Volkswirtschaftslehre an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und Juniorprofessorin an der Universität München, wo sie 2011 auch promoviert wurde. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich vor allem mit der Wirkung finanzieller Anreize für alle Akteure im Gesundheitssystem. Sie engagiert sich in verschiedenen wissenschaftlichen Beiräten, um Forschungsergebnisse in Politik und Praxis zu übertragen. Von 2022 bis 2025 war sie Mitglied des engeren Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, zuletzt als Vorsitzende.



Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Perspektive der älter werdenden Gesellschaft: Prävention von Pflegebedürftigkeit

PROF. DR. ADELHEID KUHLMHEY / SENIORPROFESSORIN AN DER CHARITÉ-UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN &
GRÜNDUNGSVORSTAND WISSENSCHAFT DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT LAUSITZ-CARL THIEM



Der Beitrag befasst sich mit dem längeren Erhalt der Selbstständigkeit im Alter durch Prävention und mit den Möglichkeiten der Verringerung der Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit. Ausgangspunkt sind die Prognosen zur Steigerung der Zahl der Menschen mit Pflegebedarf angesichts des Alterns der Generation der Babyboomer, bei gleichzeitigem Ausscheiden dieser Generation aus dem Arbeitsleben und damit auch aus der Pflege. Ziel präventiver Interventionen ist die Maximierung von Gewinnen und die Minimierung von Gesundheitsverlusten im Lebensverlauf. Für einen solchen Ansatz auch noch in den höheren und hohen Lebensjahren sprechen Befunde, die positive Effekte auf den Erhalt der Selbstständigkeit z. B. durch gezieltes Training körperlicher Mobilität und geistiger Leistungsfähigkeit, durch soziale Teilhabe und Vermeidung von Einsamkeit oder durch eine gesunde Ernährung nachwiesen. Trotz dieser Befundlage ist das Pflegesystem nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei alten Menschen ausgerichtet. Benötigt wird ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen altwerdender Menschen – auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.

1. Die Herausforderungen und der notwendige Paradigmenwechsel

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand physischer, psychischer und sozialer Vulnerabilität, der mehrheitlich in den hohen Lebensjahren auftritt und noch immer zu wenig erforscht ist. Allerdings ist bekannt, dass morbiditätsbetrachtet Pflegebedürftigkeit auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen basiert (Bao et al. 2019). Daneben sind für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit auch sozio-demographische Merkmale (Stadelbacher und Schneider 2020), umwelt- und verhaltensbezogene Aspekte (Schnitzer et al. 2020) sowie im Alter zunehmende sensorische Defizite zu berücksichtigen. Kognitive Leistungseinbußen stellen einen weiteren wesentlichen Risikofaktor für den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit dar. Auswertungen des Charité- Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft von 72.000 Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD) Berlin-Brandenburg zur Einstufung in einen Pflegegrad (2017) ergaben, dass von allen Personen, mit einer Erstdiagnose Demenz, 97,5 Prozent in einen Pflegegrad eingestuft wurden (Blüher et al. 2021).

Die Zahl der Menschen – vor allem im hohen und sehr hohen Lebensalter – in einem pflegebedürftigen Zustand nahm in den vergangenen Jahren in Deutschland stetig zu und könnte ohne präventive Maßnahmen zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung laut Prognosen bis 2030 auf 5,4 Millionen Menschen anwachsen und sich bis 2050 weiter auf bis zu 6,7 Millionen steigern (Statistisches Bundesamt 2023).

Dabei gilt im Allgemeinen, dass die absolute Anzahl der Jahre ohne Pflegebedürftigkeit und damit bei selbstständiger Lebensführung stetig gestiegen 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 2050 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.

2. Das Ziel von Prävention der Pflegebedürftigkeit

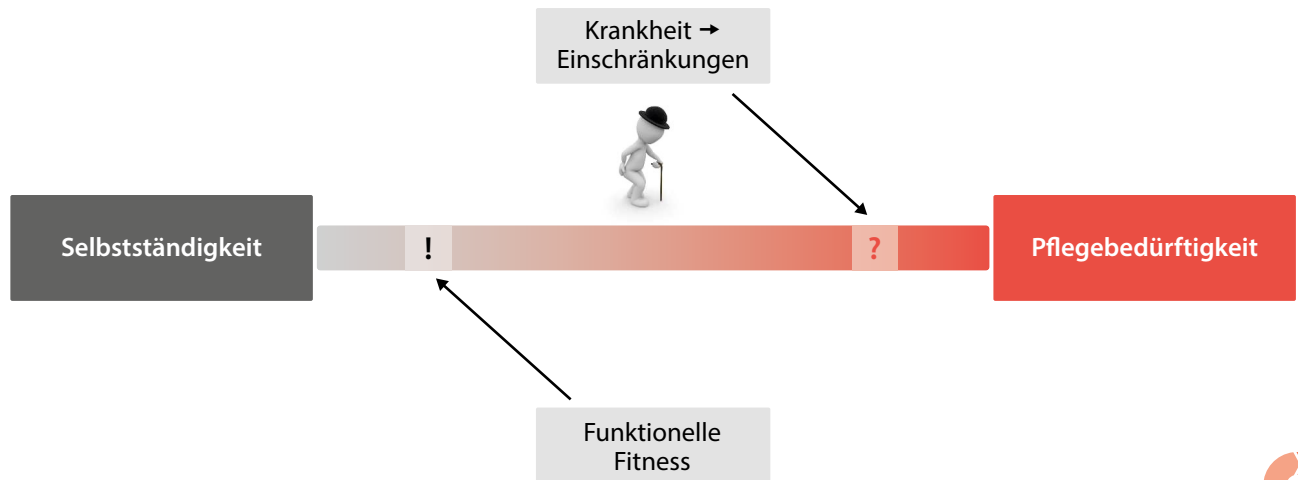
Bei Prävention vor Pflege geht es nicht um die unrealistische Vorstellung, es könnte gelingen, auch in den höchsten Altersjahren jede Einbuße körperlicher, sozialer und geistiger Leistungsfähigkeit aufzuhalten oder gar zu vermeiden. Es geht vielmehr darum, jeweils noch vorhandene physische, psychische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

Gibt es für den Erfolg einer Prävention von Pflegebedürftigkeit überhaupt eine wissenschaftliche Evidenz?

3. Die wissenschaftliche Evidenz für Prävention vor Pflegebedürftigkeit bzw. Prävention in der Pflege

Über den nachhaltigen Erfolg präventiver Maßnahmen in der Pflege zur Verminderung oder wenigstens Verzögerung von Pflegebedürftigkeit und zum längeren Erhalt einer selbstständigen Lebensführung wird noch immer gestritten, obgleich es heute bereits eine Reihe belastbarer wissenschaftlicher Befunde zur Wirksamkeit gibt. Auf ihrer Basis – um ein Beispiel zu nennen – empfiehlt die

Prävention von Pflegebedürftigkeit – die Herausforderungen annehmen



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1: 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.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Leitlinie zur **körperlichen Aktivität** bei Personen ab dem 65. Lebensjahr (2020) mindestens 150 bis 300 Minuten körperliche Aktivität mittlerer Intensität oder 75 bis 150 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche, zusätzlich Muskelaufbauübungen an mindestens zwei Tagen oder Training der Balance und Stärke an mindestens drei Tagen der Woche.

Insbesondere Balance- und Koordinationstraining sind wichtig. Sollten die Vorgaben nicht erfüllt werden, gibt es starke Hinweise darauf, dass etwas körperliche Aktivität (unter dem Niveau der Vorgaben) eine gesundheitsförderliche Wirkung zeigt und besser ist als keine körperliche Aktivität (WHO 2020). 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 Ožic et al. (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 (Ožic et al. 2020). Körperliche Aktivität zeigt aber auch präventive Wirkungen auf die Kognition. Lisko et al. 2021 zeigten 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. Die lebenslange Bildung und ein kontinuierliches kognitives Training zeigen einen Einfluss auf das Risiko für Demenz. So übt ein geringer sozioökonomischer Status einen negativen Einfluss auf das Risiko einer Demenzerkrankung aus. 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 (Lisko et al. 2021). Tsai und Shen (2022) bestätigen 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 selbststän-

dig geführten Lebens in den hohen Lebensjahren – aber, wie die Aufarbeitung der Folgen der Corona-Pandemie zeigen, auch in jungen Lebensjahren.

Soziale Isolierung beschreibt keine oder nur wenige soziale Kontakte, Einsamkeit setzt voraus, dass sich Betroffene selber ausgeschlossen fühlen. So können Menschen isoliert sein, ohne sich einsam zu fühlen oder auch viele soziale Kontakte haben und sich dennoch alleine fühlen. Mit sozialer Isolation und Einsamkeit werden eine Vielzahl von psychischen sowie physischen Risiken für die Gesundheit verbunden. Meta-Studien haben nachgewiesen, dass soziale Isolierung mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko einhergeht und unter anderem Schlaganfälle und koronare Herzkrankheiten begünstigen kann. Dabei stellt soziale Isolierung ein höheres Sterberisiko als Übergewicht und Bluthochdruck dar.

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 (Holt-Lunstad und Smith 2016). Die Hamburger Langzeit-Kohortenstudie LUCAS kontrollierte die 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 (Dapp et al. 2023). Ein sozial eingebundenes Leben entscheidet mit darüber, ob Menschen im hohen Alter gesund bleiben und gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen können.

Soziale Aktivitäten, soziale Bindungen könnten im höheren Lebensalter auch ein Baustein sein, um Demenz vorzubeugen (Whitehall-II-Studie): Befunde zeigen, dass eine Person, die im Alter von 60 Jahren fast täglich Freunde sah, 12 Prozent weniger wahrscheinlich an Demenz erkrankte als jemand, der nur alle paar Monate einen Freund sah

(Sommerlad et al. 2019). Laut Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Schmitz et al. 2021) 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.

Eine **gesunde Ernährung** – um ein letztes Beispiel zu nennen – trägt in jedem Lebensalter, aber gerade in den hohen Lebensjahren zu Wohlbefinden und dem Erhalt der Gesundheit bei. So ist eine wichtige Zielsetzung von Prävention in der Pflege die Förderung eines angemessenen Ernährungsverhaltens, verbunden mit der Anpassung der Energiezufuhr an den veränderten Bedarf, eine eiweiß-, vitamin- und ballaststoffreiche Nahrungszusammensetzung, einer vielseitigen Lebensmittelzusammenstellung, eine Verteilung der Nahrungsaufnahme auf mehrere Mahlzeiten am Tag und eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr.

Eine Studie des Deutschen Instituts für Ernährung (2023) zeigt, dass Sport und gezielte Ernährung auch im höheren Alter wichtig sind und mit präventiven Effekten für die Gesundheit im Alter einhergehen. Untersucht wurde an 60 Probanden zwischen 65 und 85 Jahren, welchen Einfluss eine protein- und omega-3-reiche Ernährung in Kombination mit regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Muskelleistung und das Entzündungsaltern hatte. Die Befunde zeigen – insbesondere bei den Männern – eine Verbesserung der Muskelleistung und eine Reduzierung von Entzündungswerten innerhalb der achtwöchigen Intervention (Haß et al. 2023).

Bekannt sind die Folgen von Übergewicht im Alter als eine Vorstufe zu Adipositas. Diese ist mit zahlreichen negativen gesundheitlichen Folgen, wie z. B. Störungen des Glukosestoffwechsels, Bluthochdruck, kardiovaskuläre Erkrankungen, erhöhtes Risiko bestimmter Krebserkrankungen und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko assoziiert. Hingegen ein leichtes Übergewicht im Alter eher unproblematisch scheint, da sich die Befunde häufen, denen zufolge leicht übergewichtige Ältere im Vergleich zu Normalgewichtigen ein anscheinend geringeres Mortalitätsrisiko haben und im Falle des Auftretens von Krankheitsepisoden diese besser bewältigen. Bekannt ist aber auch, dass gerade für sehr alte Menschen und pflegebedürftige Personen eine Gefahr der Mangelernährung besteht. Dies trifft geschätzt für ca. 15 bis 24 Prozent der selbstständig lebenden Älteren zu und

führt zu erhöhter Morbidität, Mortalität und einer geringeren Lebensqualität (Volkert 2015).

Auf Gefahren einer Unter- oder Mangelernährung verweisen neuere Studien, die sich mit präventiven Wirkungen der Ernährung auf kognitive Erkrankungen wie Demenz befassen. Einerseits beeinflusste eine kalorienarme Ernährung die Gesundheit des Hirns positiv und könnte – vor allem, wenn diese im mittleren Alter implementiert wird – präventiv bei Demenz wirken. Andererseits zeigte sich die Gefahr einer Mangelernährung im hohen Alter (Souza Matos et al. 2021). Auch weitere Studien stützen den Kontext von Ernährung und Prävention dementieller Erkrankungen. Ein höherer Konsum von Lebensmitteln, die einer mediterranen Diät entsprechen, ist mit besseren kognitiven Fähigkeiten im Alter assoziiert. Eine hohe Adhärenz zu einer solchen Diät ist außerdem mit Prävention von Demenz assoziiert, allerdings zeigt sich hier eine geringere Evidenz (Brink et al. 2019).

Nicht zuletzt könnten in den kommenden Jahren zunehmend auch extreme Wetter- und Umweltveränderungen Teilhabe von Menschen im Alter einschränken und bestehende Gesundheitsprobleme verstärken oder neue verursachen. Beobachtet werden schon heute Herz-Kreislaufprobleme, aber auch Mangelernährung und letztendlich eine höhere Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Diensten. Die Belastungen und Einschränkungen durch Hitze werden von Betroffenen wahrgenommen als z. B. Trägheit und Abgeschlagenheit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie Schwindel und Kopfschmerzen. Am stärksten gefährdet sind gebrechliche Menschen, wenn sie allein leben, ambulant betreut werden und kognitiv eingeschränkt sind (Becker et al. 2019). Auch solche Veränderungen unserer klimatischen Umwelt müssen bei den Überlegungen zur Prävention in der Pflege zukünftig Beachtung finden.

Fazit: Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation müssen zu starken Komponenten des Gesundheitssystems werden. Heute ist das System nahezu exklusiv auf die Versorgung von Defiziten bei pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet. Benötigt wird ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der vorhandenen physischen, psychischen und sozialen Ressourcen alter Menschen – auch bei bereits eingeschränkter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit.

E-Mail-Kontakt: adelheid.kuhlmey@charite.de

Literatur

1. Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019) Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health* 19:585.
2. Becker C, Herrmann A, Haefeli WE, Rapp K, Lindemann U (2019) Neue Wege zur Prävention gesundheitlicher Risiken und der Übersterblichkeit von älteren Menschen bei extremer Hitze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 62:565-570.
3. Blüher S, Stein T, Schnitzer S, Schilling R, Grittner U, Kuhlmei A (2021) Care Dependency Factors-Analyses of Assessment Data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance Providers. *Dtsch Arztebl Int* 118(33-34):563-564.
4. Brink AC van den, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, Rest O van de (2019) The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. *Adv Nutr* 10:1040-1065.
5. Dapp U, Minder CE, Neumann L, Golgert S, Vinyard D, Thiem U, Renteln-Kruse W von (2023) Prävention im Alter: Lohnt sich das noch? Bröckerhoff P, Kaspar R, Hansen S, Woopen C Normenwandel in der alternden Gesellschaft. Springer, Berlin Heidelberg, S 37-52.
6. Haß U, Heider S, Kochlik B, Herpich C, Pivovarova-Ramich O, Norman K (2023) Effects of Exercise and Omega-3-Supplemented, High-Protein Diet on Inflammatory Markers in Serum, on Gene Expression Levels in PBMC, and after Ex Vivo Whole-Blood LPS Stimulation in Old Adults. *Int J Mol Sci* 24:928.
7. Holt-Lunstad J, Smith TB (2016) Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart* 102:987-989.
8. Lisko I, Kulmala J, Annetorp M, Ngandu T, Mangialasche F, Kivipelto M (2021) How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? *J Intern Med* 289:807-830.
9. Ozic S, Vasiljev V, Ivkovic V, Bilajac L, Rukavina T (2020) Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine (Baltimore)* 99(8):e19145.
10. Schmitz H, Westphal M (2021) The dynamic and heterogeneous effects of retirement on cognitive decline. *Ruhr Economic Papers*, No. 918, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
11. Schnitzer S, Blüher S, Teti A, Schaeffner E, Ebert N, Martus P, Suhr R, Kuhlmei A (2020) Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *J Aging Health* 32:352-360.
12. Sommerlad A, Sabia S, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G (2019) Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *PLoS Med* 16(8):e1002862.
13. Souza Matos M, Platt B, Delibegović M (2021) Effects of dietary restriction on metabolic and cognitive health. *Proc Nutr Soc* 80:126-138.
14. Stadelbacher S, Schneider W (2020) Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s, Springer VS, Wiesbaden.
15. Statistisches Bundesamt (2023) Pflegevorausberechnung - Deutschland und Bundesländer - Berichtszeitraum 2022 bis 2070. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
16. Tsai FJ, Shen SW (2022) Concepts of dementia prevention in the health promotion among older adults: A narrative review. *Medicine (Baltimore)* 101:e32172.
17. Volkert D (2015) Ernährung im Alter. In: A. Kuhlmei, Renteln-Kruse WH von (Hrsg) Reihe Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt (PGGk): De Gruyter, Berlin Boston.
18. World Health Organization (2020) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 54:1451-1462.

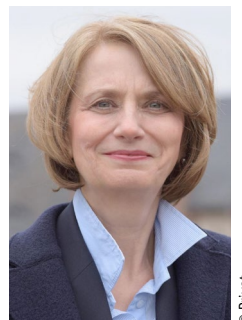
.....

UNIV.-PROF. DR. ADELHEID KUHLMEY

.....



Seit April 2024 Seniorprofessorin an der Charité- Universitätsmedizin Berlin. Seit Juli 2024 Gründungsvorstand Wissenschaft der Universitätsmedizin Lausitz – Carl Thiem. Davor 2002 bis 2024 Leiterin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft und 2012 bis 2024 Wissenschaftliche Direktorin des CharitéCentrums für Prävention, Human- und Gesundheitswissenschaften sowie 2014 bis 2020 Prodekanin für Studium und Lehre an der Charité. Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte: Alter und Altern; Gesundheitsentwicklung einer älter werdenden Bevölkerung; präventive, medizinische und pflegerische Versorgung im Alter.



Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Regionale Versorgung verbindet Sektoren, Professionen – und Generationen

PROF. DR. WOLFGANG HOFFMANN, MPH, PROF. DR. NEELTJE VAN DEN BERG / UNIVERSITÄTSMEDIZIN GREIFSWALD,
INSTITUT FÜR COMMUNITY MEDICINE, ABT. VERSORGUNGSEPIDEMIOLOGIE UND COMMUNITY HEALTH



Das deutsche Gesundheitssystem steht vor aktuellen Herausforderungen durch den demografischen Wandel, steigenden Kostendruck und Fachkräftemangel. Regionale sektorenübergreifende Versorgungsmodelle, bspw. Medizinische Versorgungszentren, Versorgungsnetze, populationsbasierte Vergütungsmodelle und Telemedizin können die Integration medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Leistungen fördern, Versorgungslücken wirkungsvoll adressieren und zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen. Kontinuierliches Monitoring dient der Qualitätssicherung und -verbesserung und unterstützt ein „lernendes Gesundheitssystem“. Dezentralität der Angebote, eine umfassende gemeinsame Datenbasis, klare Arbeitsteilung, Koordination und Governance steigern die Resilienz im deutschen Gesundheitssystem.

Einführung

Herausforderungen – regionale Demographie und Morbidität

Die Demographie der Bevölkerung in Deutschland variiert regional stark und ist mit ein Grund dafür, dass der Versorgungsbedarf geographisch erhebliche Unterschiede aufweist. Als Folge des Demographischen Wandels steigt aber nicht nur das durchschnittliche Alter der Bevölkerung. Auch das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den sozialversicherungspflichtig Arbeitenden und den BezieherInnen von Renten und Pensionen verschiebt sich. Indizes wie der intergenerationale Unterstützungskoeffizient (Verhältnis der Anzahl Personen ab 85 Jahren zu der Anzahl Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren) steigen an.

In den meisten ländlichen Regionen Deutschlands führt der demografische Wandel dazu, dass der Anteil der Älteren ansteigt und der der jüngeren Altersgruppen sinkt. Konsequenzen sind eine Zunahme von altersassoziierten, chronischen Erkrankungen und ein höherer Bedarf an Versorgung insbesondere im hausärztlichen Bereich, in der Geriatrie, in der Pflege und im therapeutischen Sektor [1]. Diese Trends sind in den neuen Bundesländern tendenziell stärker ausgeprägt als im Gebiet der alten Bundesrepublik.

Der medizinische, pflegerische und soziale Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls überwiegend in der Basisversorgung angesiedelt. Kleine Kinder haben einen hohen Bedarf an (kinder-)ärztlichen Kontakten im präventiven Bereich, z.B. für Impfungen und U-Untersuchungen. Der Bedarf an (hoch)spezialisierter Versorgung ist im Vergleich deutlich geringer als bei erwachsenen Patienten. Aufgrund des relativ geringen Anteils von Kindern

und Jugendlichen an der Bevölkerung (in 2022-2024 etwa 17 Prozent [2]) sind Einrichtungen für spezialisierte Versorgung (z. B. Universitätskliniken) häufig nicht wohnortnah erreichbar. Die pädiatrische spezialisierte Versorgung ist deswegen in vielen Regionen mit langen Anfahrtswegen für die Patienten verbunden [3].

Die regionale Bevölkerungsdichte spielt dabei für die Versorgung eine große Rolle: während ländliche Regionen häufig mit einer geringeren Ärztedichte, längeren Wegen und einer eher älteren Bevölkerung konfrontiert sind, stehen urbane Regionen vor Herausforderungen durch Verdichtung, Zuzug und die Versorgung vulnerabler Gruppen.

Die Morbidität und damit eng verbunden der Versorgungsbedarf werden zusätzlich zur Altersverteilung der Bevölkerung stark beeinflusst durch sozio-ökonomische Faktoren. Das mittlere Einkommen, die Arbeitslosenquote und der Anteil Beschäftigter mit Hochschulabschluss werden in einem regionalen sozioökonomischen Deprivationsindex abgebildet. Die Deprivation macht sich auf der regionalen Ebene deutlich bemerkbar: die durchschnittliche Lebenserwartung ist in Regionen mit hoher Deprivation bei Frauen 4,3 Jahre, bei Männern 7,2 Jahre niedriger im Vergleich zu Regionen mit geringer Deprivation. Die Prävalenzen von z. B. Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen sind in deprivierten Regionen höher als in weniger deprivierten Regionen, bei Kindern und Jugendlichen sind die Prävalenzen von z. B. Übergewicht und psychischen Erkrankungen in Regionen mit einem hohen Bevölkerungsanteil mit niedrigem sozio-ökonomischen Status deutlich erhöht [4, 5, 6, 7, 8].

Herausforderungen – das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist fragmentiert und besteht aus verschiedenen Sektoren, die unterschiedliche, disjunkte und oft nicht aufeinander abgestimmte Planungs- und Abrechnungssysteme haben. Ein Beispiel ist die Planung, Durchführung und Abrechnung von Leistungen in Krankenhäusern im Vergleich zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Verantwortung für die Planung der Krankenhäuser liegt bei den Bundesländern auf der Basis des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Krankenhausgesetze der Länder. Die Krankenhäuser dürfen in der Regel nur stationäre Leistungen übernehmen, Ausnahmen gibt es z. B. für spezialisierte Leistungen, wenn diese in der regionalen ambulanten Versorgung nicht vorhanden sind. Die Krankenhäuser rechnen ihre stationären Leistungen direkt mit den gesetzlichen Krankenkassen auf der Basis von Fallpauschalen (DRGs: Diagnosis Related Groups) ab.

Die Planung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist dagegen Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Auf der Bundesebene wird der Planungsrahmen definiert, festgehalten in der Bedarfsplanungs-Richtlinie [9]. Die kassenärztlichen Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen für ihren Planungsbereich (in den meisten Fällen ein Bundesland) einen regionalen Bedarfsplan, in dem die Versorgungssituation und die regionale Umsetzung der bundesweiten Bedarfsplanungs-Richtlinie detailliert beschrieben und Abweichungen begründet werden. Die niedergelassenen ÄrztInnen rechnen ihre Leistungen auf der Basis des EBM-Katalogs (EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab) bei der zuständigen kas-

senärztlichen Vereinigung ab, die die Leistungen wiederum mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnet [10].

Für die Rettungsdienste sind ebenfalls die Bundesländer gesetzgeberisch zuständig, die operative Planung liegt hier jedoch bei den Kreisen. Ambulante Pflegedienste und therapeutische Praxen (z. B. Physio-, Logo-, Ergotherapie) werden nicht zentral geplant und können ihre Gründung nach privatwirtschaftlichen Aspekten ausrichten.

Insgesamt haben alle Einrichtungen im Gesundheitssystem gemeinsam, dass eine bestimmte Mindestzahl von Patienten benötigt wird, um eine auskömmliche Finanzierung zu gewährleisten, diese Zahl aber ein bestimmtes Maximum nicht übersteigen darf, um gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität sicherzustellen. Dies bedeutet, dass insbesondere die spezialisierte Versorgung meist in den größeren Orten und Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte angesiedelt wird und dadurch in ländlichen Regionen Einschränkungen beim Zugang entstehen können.

In vielen Fällen werden für Diagnostik und/oder Behandlung Leistungen in mehreren Sektoren benötigt und die Behandlung erfordert eine gewisse Kontinuität. Stationäre Behandlungen bedürfen beispielsweise häufig einer ambulanten Nachbetreuung durch niedergelassene ÄrztInnen, eine ambulante oder stationäre Rehabilitation oder Pflegeleistungen in der Häuslichkeit.

Eine abgestimmte Versorgung zwischen Sektoren und/oder Berufsgruppen ist für die Mehrheit der Patient:innen erforderlich. Die separate Planung, Leistungserbringung und Abrechnung erschwert aber eine koordinierte und abgestimmte Versorgung und verursacht Zugangsbarrieren, lange Wartezeiten und Lücken in der Versorgung. Dies gilt erst recht für die große Zahl von PatientInnen mit einer Verknüpfung von medizinischen mit sozialen und psychosozialen Bedarfen, beispielsweise Menschen mit Suchterkrankungen, mit Behinderungen, Multimorbidität etc. [10].

Lücken in Versorgungspfaden betreffen häufig besonders vulnerable Gruppen in der Bevölkerung (z. B. geriatrische PatientInnen, Kinder und Jugendliche, Menschen mit geringer Bildung, Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz, Menschen mit Behinderungen, oder kognitiven Einschränkungen) [13].

Aus diesen Gründen ist es von hoher Relevanz, die Versorgung regional zu denken. Es braucht regional organisierte Versorgung für die Sicherstellung der Qualität und Kontinuität der Versorgung, aber auch für die Gewähr-

leistung der Resilienz des Systems im Krisenfall, z. B. bei Personalmangel, Epidemien, Wetterereignissen, Naturkatastrophen, bis hin zu kriegesischen Auseinandersetzungen.

Was ist regionale Versorgung?

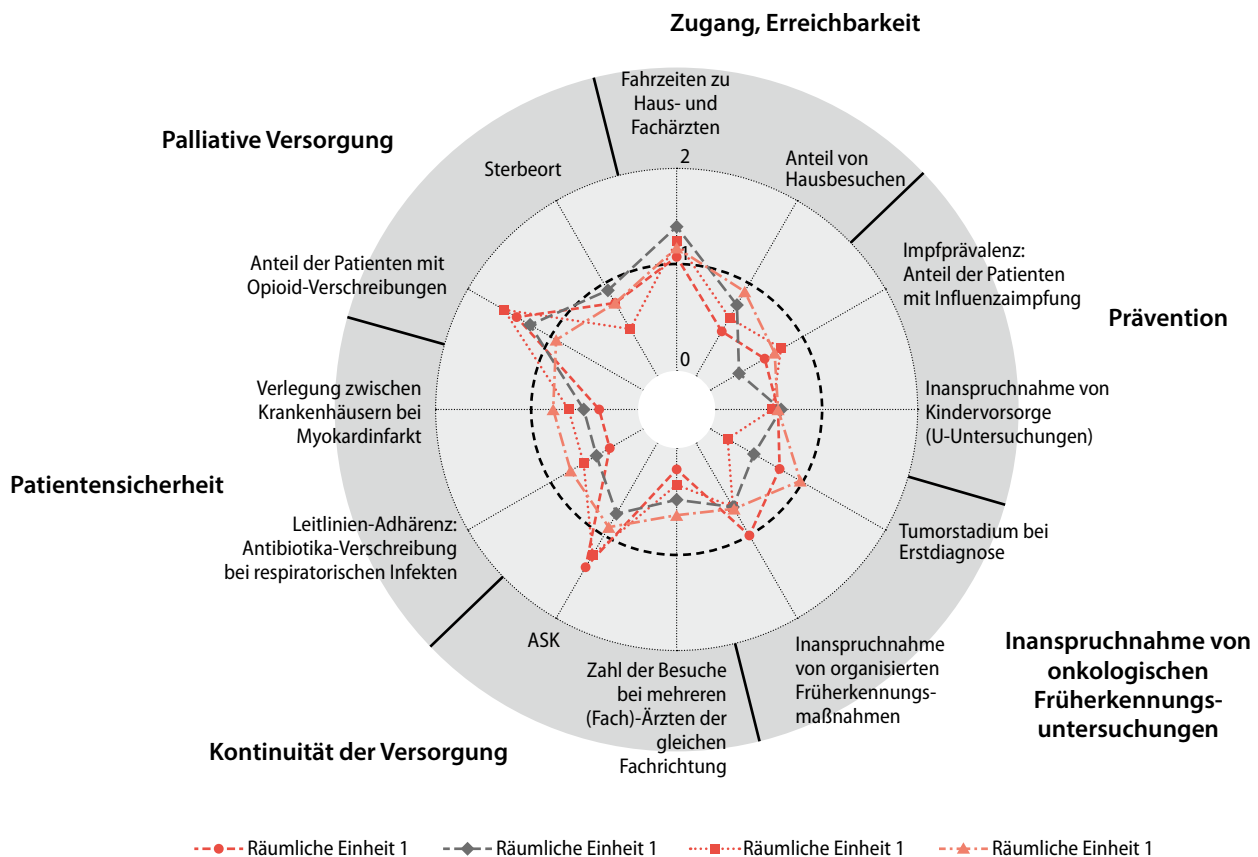
Regionale Versorgung ist die organisierte Bereitstellung medizinischer, therapeutischer und/oder pflegerischer Leistungen innerhalb einer definierten geografischen oder Verwaltungsregion.

Regional organisierte Versorgung steht vor der Herausforderung, einerseits unterschiedliche medizinische Bedarfe, andererseits die Voraussetzungen vor Ort zu berücksichtigen. Sie soll die Sektoren ambulante und stationäre Versorgung, Rehabilitation und Pflege miteinander verbinden, soziale Unterstützung und Prävention integrieren und dazu alle Professionen im Gesundheitswesen und Generationen von PatientInnen einbeziehen.

Regionale, sektorübergreifende Versorgungsmodelle (auch: sektorverbindende oder integrierte Versorgungsmodelle) beinhalten Versorgungskonzepte, die mehrere Sektoren, Gesundheitsberufe und/oder Fachdisziplinen miteinander verbinden und vernetzen. Die Versorgungskonzepte beinhalten Akteure und Versorgungsleistungen („Wer erbringt welche Leistungen und wo?“) und häufig auch ein Vertrags- und Finanzierungsmodell (z. B. ein Vertrag nach Paragraph 140a SGB V Besondere Versorgung). Ziele der Versorgungsmodelle sind z. B. die Verbesserung der Qualität der Versorgung in einem definierten Bereich, die Optimierung des Einsatzes der personellen Ressourcen oder die Verringerung bzw. vergleichsweise geringere Steigerung der Kosten der Versorgung. Die Ziele sollen häufig durch eine optimierte Abstimmung und Koordination zwischen Institutionen und Leistungserbringern, durch eine regional angepasste Planung und Umsetzung der Versorgung, durch innovative Finanzierungsmodelle oder durch gezielte finanzielle Anreize erreicht werden [10].

Regionale Versorgungsmodelle bieten oft das geeignete Setting, um innovative Versorgungskonzepte zu implementieren, z. B. telemedizinische Funktionalitäten, eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen oder die Einbeziehung von Leistungen und Funktionalitäten der Daseinsvorsorge, die außerhalb des Gesundheitssystems liegen (z. B. durch Kooperation mit kommunalen Einrichtungen). Regionale Versorgungsmodelle sind eine vielversprechende Option insbesondere für dünn besiedelte ländliche Räume. Eine wesentliche Bedingung für die Ko-

Beispiel für Indikatoren zum Monitoring regionaler Versorgung



Quelle: [14], modifiziert



Abbildung 1: Eine wesentliche Bedingung für die Koordination und Steuerung der beteiligten Akteure ist ein umfassendes und zeitnahes Monitoring der Qualität der unterschiedlichen Versorgungsanteile aus der Perspektive der PatientInnen.

ordination und Steuerung der beteiligten AkteureInnen ist ein umfassendes und zeitnahes Monitoring der Qualität der unterschiedlichen Versorgungsanteile aus der Perspektive der PatientInnen.

Sektorübergreifende Versorgungsmodelle gibt es in vielen verschiedenen Ausprägungen und Skalierungen, auf unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, für unterschiedliche Leistungen/Behandlungen und für verschiedenste Patientengruppen.

Eine einfache und effektive Form der regionalen Versorgung sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Primärversorgungszentren (PVZ). In medizinischen Versorgungszentren (MVZ) arbeiten ambulant tätige ÄrztInnen aus den gleichen oder unterschiedlichen Arztgruppen kooperativ zusammen. Träger von MVZ sind z. B. einzelne ÄrztInnen, Krankenhäuser, Praxisnetze oder auch Kommunen. Insbesondere im letzten Fall können auch kommunale

Leistungen eingebunden werden, z. B. Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Pflegestützpunkte oder gute Anbindungen an den ÖPNV.

In Primärversorgungszentren werden weitere Einrichtungen der Primärversorgung integriert, z. B. ambulante Pflegedienste. Auch Case Management ist eine Leistung, die in der Regelversorgung aktuell nicht vorgesehen ist, in Primärversorgungszentren aber gut integriert werden kann [15, 16].

Praxisnetze nach Paragraph 87b Abs. 4 SGB V sind regionale Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgungsqualität einer Region. Praxisnetze haben häufig ein hauptamtliches professionelles Management, organisierte Weiterbildung, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und schließen Kooperationsvereinbarungen mit z. B. Krankenhäusern oder TherapeutInnen ab.

Regionale Versorgungsnetze unterscheiden sich von Praxisnetzen, indem auch nichtärztliche Leistungserbringer (z. B. ambulante Pflegedienste, therapeutische Praxen), Krankenhäuser oder weitere Einrichtungen Mitglied eines regionalen Versorgungsnetzes sein können. Regionale Versorgungsnetze fokussieren sich häufig auf bestimmte Patientengruppen, z. B. auf PatientInnen mit Demenz (www.demenznetzwerke.de) oder geriatrische PatientInnen [10].

Regionale Praxis- oder Versorgungsnetze können einen großen Einfluss auf die regionale Versorgung haben. Hausärzte können bei Patienten ab 70 Jahre und mit einer Pflegestufe oder mindestens einer geriatrischen Diagnose ein geriatrisches Basisassessment durchführen und abrechnen. Geografische Analysen auf der Ebene der Postleitzahlgebiete in Mecklenburg-Vorpommern zeigten eine Inanspruchnahme zwischen 3,4 Prozent und 86,7 Prozent der berechtigten Patienten. Eine hohe Inanspruchnahme hing dabei stark mit lokalen Strukturen von Netzwerken und anderen Initiativen mit geriatrischem Fokus zusammen [11].

Auf der Basis dieser Ergebnisse wurde in Kooperation mit regionalen Leistungserbringern eine regionale Patientenakte für geriatrische Patienten entwickelt, prototypisch implementiert und evaluiert. Barrieren für die Implementation waren z. B. Mangel an Ressourcen, fehlende digitale Kompetenzen und Probleme bei der technischen Interoperabilität. Als fördernde Faktoren wirkten z. B. die Adaption der Akte an regionale Bedarfe und die bessere online Verfügbarkeit von patientenbezogenen Dokumenten. Auch existierende lokale Strukturen für die geriatrische Versorgung waren ein wichtiger Förderfaktor für eine erfolgreiche Implementation [12].

Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes (2015) wurden die Verträge für Integrierte Versorgung, die Strukturverträge und die besondere ambulante ärztliche Versorgung zusammengeführt in „Besondere Versorgungsmodelle nach Paragraph 140a SGB V“. Paragraph 140a-Verträge sind Selektivverträge. Das heißt, dass einzelne Krankenkassen einen Vertrag mit bestimmten Leistungserbringern schließen, damit Versorgungsleistungen zusätzlich zur Regelversorgung angeboten werden können. Die Verträge sind häufig auf bestimmte Regionen beschränkt. Ziel vieler Paragraph 140a-Verträge ist es, mit einer interdisziplinären, fach- und sektorenübergreifenden Versorgung die Qualität der Versorgung für bestimmte Patientengruppen zu verbessern – daneben werden Selektivverträge auch dazu genutzt, den beteiligten Krankenkassen im Wettbewerb Vorteile zu schaffen.

Ein weiter entwickeltes Modell der regionalen Versorgung auf Bevölkerungsebene ist das populationsbasierte Vergütungsmodell. Bei populationsbasierten Modellen erfolgen Vertragsschlüsse zwischen einer regionalen Gesundheitsmanagementgesellschaft für die Versicherten einer oder mehrerer Krankenkassen für eine bestimmte Region. Ziel dieser Modelle ist die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung durch eine optimierte und abgestimmte Koordination möglichst vieler Akteure auf allen Ebenen der Versorgung. In populationsbasierten Versorgungsmodellen können ergänzende Versorgungsleistungen integriert werden – wie Früherkennung und Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, aber z. B. auch Präventionsleistungen.

Ein Beispiel ist die regionale Gesundheitsmanagementgesellschaft „Gesundes Kinzigtal GmbH“. Kern des Gesunden Kinzigtals ist ein lokales Ärztenetz, das kooperiert mit weiteren Leistungserbringern im Gesundheitssystem, aber auch mit Sportvereinen und sozialen Beratungsstellen. Die Mitgliedschaft ist sowohl für die Patient:innen wie für die Leistungserbringer freiwillig. Mitglieder des Modells können z. B. Gewichtsreduktionsprogramme oder Rauchentwöhnungskurse besuchen oder können teilnehmen an Kursen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und zur besseren Bewältigung chronischer Erkrankungen [17].

Ein weiteres Beispiel für populationsbasierte Versorgungsmodelle sind die regionalen prosper-Netzwerke der Knappschaft-Krankenkasse in acht Regionen in Deutschland. Zum Beispiel besteht das prosper-Netzwerk in der Region Gelsenkirchen/Gladbeck aus etwa 350 Praxen und mehreren Krankenhäusern und Rehakliniken. PatientInnen, die in diesem Modell eingeschrieben sind, erhalten eine koordinierte Versorgung mit zeitnaher Terminvergabe und finanzielle Vorteile in Form von Prämien, wenn sie für ihre medizinische Versorgung die Einrichtungen des Netzwerks in Anspruch nehmen [18].

Innovative Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung

Regional organisierte, sektor- und/oder fächerübergreifende Versorgungsmodelle wie MVZs, Praxisnetze, regionale Versorgungsnetze oder populationsbasierte Modelle bieten häufig zusätzliche Versorgungsangebote, z. B. Delegations-/Substitutionsleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten, Case Management, Entlassmanagement, Beratungsangebote oder telemedizinische Versorgung. Die

übliche Regelversorgung kann hier durch die abgestimmte, kooperative Struktur mit ergänzenden Versorgungsleistungen verbessert und flexibel und bedarfsgerecht an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden.

Ein Beispiel ist das Projekt RTP-Net. In diesem Projekt wurde ein telemedizinisches Netzwerk mit 13 Abteilungen für Kinderheilkunde in Mecklenburg-Vorpommern und Nord-Brandenburg etabliert mit dem Ziel, sich gegenseitig in Bezug auf Subspezialisierungen zu unterstützen und so fachliche Lücken zu kompensieren, um die regionale pädiatrische Versorgung aufrecht zu erhalten. In diesem Modellprojekt wurden zwischen 2021 und 2024 über 500 telemedizinische Konsultationen durchgeführt, insbesondere in den Bereichen Neuropädiatrie, pädiatrische Kardiologie und Neonatologie. Obwohl technische und organisatorische Barrieren große Aufwände für die Implementation bedeuten, können solche Netzwerke erheblich zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen pädiatrischen Versorgung auch in dünn besiedelten Regionen beitragen [19,20].

Learning Health Systems

Optimal für die Gestaltung einer bedarfsgerechten regionalen Versorgung ist die Implementierung eines Learning Health System oder Lernenden Gesundheitssystems (LHS). LHS sind Gesundheitssysteme, in denen Forschung und Evidenz in die tägliche Praxis integriert werden, um die Gesundheit von Patienten und der Bevölkerung zu verbessern. Ein LHS verfolgt einen konzeptionellen Ansatz, bei dem Wissenschaft, Informatik, IT und Datenbankstrukturen, Generierung und Auswertung von Daten, (finanzielle) Anreize und Kultur aufeinander abgestimmt sind, um die regionale Gesundheitsversorgung kontinuierlich zu verbessern, Zugang zur Versorgung zu fördern, neue versorgungsnahe Evidenz durch Forschung zu generieren und diese zeitnah als Innovation in die Gesundheitsversorgung zu integrieren [19].

In den USA gibt es einige Beispiele für regionale Gesundheitssysteme, die ein LHS implementiert haben. So hat das integrierte Versorgungs- und Versicherungssystem Kaiser Permanente regionale LHS in neun Bundesstaaten aufgebaut [20]. Das bereits 1945 gegründete Non-for-profit-Unternehmen Kaiser Permanente beschäftigt in mehreren Forschungszentren insgesamt mehrere 100 Versorgungsforschende. Mit seiner evidenz- und qualitätsorientierten LHS-Strategie (Ziel: High-value-care), 13 Millionen Mitgliedern und einer dynamischen wirtschaftlichen Entwicklung

ist Kaiser Permanente heute eines der größten und erfolgreichsten staatlichen Gesundheitsunternehmen in den USA.

Die Veterans Health Administration versorgt über 16 Millionen US-amerikanische Veteranen und sieht sich als LHS mit über 1.900 Einrichtungen in über 170 integrierten Gesundheitssystemen in allen Bundesstaaten der USA [21]. Auch diese Organisation betreibt eine Vielzahl eigener Forschungsabteilungen, in denen sich mehr 6.500 Versorgungsforschende (etwa die Hälfte davon auf unbefristeten Stellen) gezielt der Datenerhebung und -analyse in den Regionen widmen und in einer Vielzahl von Interventionsstudien evidenzbasiert passgenaue Interventionen entwickeln und in die Praxis überführen [22].

Auch in Deutschland würde die konsequente Implementation von LHS den aktuell noch hohen Anteil von Low-value-care deutlich reduzieren können [23, 24].

Durch unser fragmentiertes Gesundheitssystem ist diese Entwicklung jedoch schwierig. Insbesondere bei Praxisnetzen, regionalen Versorgungsnetzen und populationsbasierten Vergütungsmodellen gibt es, z. B. durch die aktive Beteiligung an Forschungsprojekten (z. B. in den Bereichen Delegation/Substitution von ärztlichen Leistungen oder telemedizinische Konsultation bei SpezialistInnen, die in der Region nicht verfügbar sind) und die Integration innovativer Versorgungsmodelle mit positiven Evaluationsergebnissen, erste Versuche, LHS-Ansätze zu integrieren.

Die Verstetigung der Modelle und die Erweiterung über Selektivverträge hinaus ist jedoch in Deutschland schwierig. Die Kompetenzen, regulatorische und gesetzliche Möglichkeiten der Entwicklung solcher Modelle liegen jeweils bei unterschiedlichen Stellen (gemeinsame Selbstverwaltung, VersorgungsforscherInnen, Kommunen, Planungsbehörden, ...), das Verhalten vieler Akteure ist durch Wettbewerb und Konkurrenz geprägt, die Perspektiven sind kurzfristig und eher taktisch, Incentives und Motive für ein koordiniertes Vorgehen fehlen. Anders als in Nachbarländern, bspw. der Niederlande (NIVEL) oder Großbritannien (NICE) fehlen Institutionen, die auf der Systemebene Transformationsprozesse und Innovationstransfer anstoßen, begleiten und monitorieren können.

Schlussfolgerung

Integrierte, regional organisierte Netzwerke und Verbünde können die Versorgung an die tatsächlichen Versorgungsbedarfe der Patient:innen anpassen. Die regionale Versor-

gung kann damit sowohl die wachsende Multimorbidität älterer Generationen als auch die Bedarfe jüngerer PatientInnen adressieren und gleichzeitig zeitnah und flexibel neue Evidenz und innovative Versorgungskonzepte in die praktische Versorgung integrieren. Die regionale Versorgung wird somit als ein verbindendes Element im komplexen und zunehmend heterogenen deutschen Gesundheitssystem zu einer vielversprechenden Lösungsoption.

E-Mail-Kontakt: wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de

Literatur

- Gaertner B, Scheidt-Nave C, Koschollek C, Fuchs J. Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring* 2023; 8(3), 7-31.
- Destatis. Bevölkerung nach Altersgruppen (ab 2011). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altersgruppen-basis-2022.html#1344734>. (Zugriff 29.8.2025)
- Beyer A, Stentzel U, Hoffmann W, van den Berg N. Einstellungen von Eltern zur pädiatrischen Versorgung und Delegation ärztlicher Aufgaben in versorgungsfernen und versorgungsnahen Regionen: Ergebnisse einer standardisierten Befragung. *Gesundheitswesen*. 2021 Jul;83(7):516-522.
- Hoebel J, Müters S. Sozioökonomischer Status und Gesundheit - Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland. *WSI Mitteilungen*, 77. JG., 3/2024; 172-179, <https://edoc.rki.de/handle/176904/11674>. (Zugriff 29.8.2025)
- Hoebel J, Michalski N, Baumert J, Nowossadeck E, Tetzlaff F. The life expectancy gap: Socioeconomic differences in life expectancy between areas in Germany. *J Health Monit*. 2025 Mar 17;10(1):e13026.
- Hoebel J, Waldhauer J, Blume M, Schienkiewitz A. Socioeconomic Status, overweight, and obesity in Childhood and adolescence – Secular trends from the Nationwide German KiGGS Study. *Deutsches Ärzteblatt International* 2022, 119 (49); 839-845.
- Hoebel J, Kroll LE, Fiebig J, Lampert T, Katalinic A, Barnes B, Kraywinkel K. (2018 a) : Socioeconomic Inequalities in total and Site-specific Cancer Incidence in Germany: a Population-Based Registry Study. *Frontiers in Oncology* 2018, 8, 402; 1-13.
- Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Finger JD, Zeiher J, Lange C, Lampert T. (2018 b) : Trends in absolute and relative educational inequalities in adult smoking since the early 2000s: the case of Germany. *Nicotine & Tobacco Research* 2018, 20(3); 295-302.
- G-BA. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie); Version 08.05.2025. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3808/BPL-RL_2025-02-20_iK-2025-05-08.pdf. (Zugriff 29.8.2025)
- van den Berg N, Hoffmann W, Hildebrandt T. Versorgungsforschung zu sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Versorgungsmodellen. In: Pfaff H, Neugebauer E, Ernstmann N, Härter M, Hoffmann F. *Versorgungsforschung, Theorien – Methoden – Praxis*. 2024, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Pfeuffer N, Radicke F, Leiz M, Moon K, Hoffmann W, van den Berg N. Outpatient geriatric health care in the German federal state of Mecklenburg-Western Pomerania: a population-based spatial analysis of claims data. *BMC Health Serv Res*. 2024 Apr 12;24(1):458.
- Pfeuffer N, Beyer A, Penndorf P, Leiz M, Radicke F, Hoffmann W, van den Berg N. Evaluation of a Health Information Exchange System for Geriatric Health Care in Rural Areas: Development and Technical Acceptance Study. *JMIR Hum Factors*. 2022 Sep 15;9(3):e34568.
- WHO World Health Organization (2016) Framework on integrated, people-centred health services. online: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1. (Zugriff 29.8.2025)
- Der Ständige Arbeitskreis Versorgungsforschung (SAV) des Wissenschaftlichen Beirates im Auftrag der Bundesärztekammer. *Versorgung in dünn besiedelten Regionen*. Teil 1: Problemdarstellung und Monitoring. *Deutsches Ärzteblatt*. 2021. DOI: 10.3238/baek_sn_duenn_besiedelt_teil1_2021. A1-A21. https://www.wbbaek.de/fileadmin/user_upload/wissenschaftlicher-beirat/Veroeffentlichungen/Bek_BAEK_Versorgung_in_duenn_besiedelten_Regionen_Teil_1.pdf. (Zugriff 29.8.2025)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf. (Zugriff 29.8.2025)
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2022) Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. URL: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf. (Zugriff 29.8.2025)
- Hildebrandt, H., Löschmann, C., Haas, N. (2023). Integrierte, transsektorale und interdisziplinäre Versorgungskonzepte nach dem Beispiel „Gesundes Kinzigtal“ In: Nieper, Ekkernkamp, Glöckner (Hrsg.) *Innovative Versorgungsmodelle im Krankenhausbereich*. MVV-Verlagsgesellschaft, Berlin
- <https://www.knappschaft.de/gesund-werden/rundum-versorgt/prosper/prosper-gelsenkirchen/prosper-gelsenkirchen.html>. (Zugriff 29.8.2025)
- Pfeuffer N, Beyer A, Tischler L, Heimbuch S, Krause H, Krohn M, Fleßa S, Ruppel T, Hoffmann W, van den Berg N. Implementation of a tele-paediatric network in hospitals in a rural region: A mixed methods implementation study. *Digit Health*. 2025 Jul 20;11:20552076251350924.
- Heimbuch S, Tischler L, Beyer A, Jordan Y, Pfeuffer N, Krause H, van den Berg N. Telemedizin in der Pädiatrie - Akzeptanz und Zufriedenheit aus Elternperspektive. *Gesundheitswesen*. 2025 May 19. Epub ahead of print.
- Olsen L, Aisner D, McGinnis JM, et al. (U.S. Institute of Medicine). „The Learning Healthcare System: Workshop Summary“. Digital Infrastructure for the Learning Health System: The Foundation for Continuous Improvement in Health and Health Care. 2007. National Academies Press (US). (Zugriff 29.8.2025)
- <https://healthy.kaiserpermanente.org/front-door>
- Garrido MM, Kilbourne AM. Evolution of the Veterans Health Administration Learning Health System: 25 years of QUERI. *Health Serv Res*. 2024 Dec;59 Suppl 2(Suppl 2):e14372.
- US Department of Veterans Affairs. <https://www.hsrd.research.va.gov/centers/coincfcm>. (Zugriff 29.8.2025)
- Hildebrandt M, Pioch C, Dammertz L, Ihle P, Nothacker M, Schneider U, Swart E, Busse R, Vogt V. Quantifying Low-Value Care in Germany: An Observational Study Using Statutory Health Insurance Data From 2018 to 2021. *Value Health*. 2025 Jun;28(6):884-893.
- Platen M, Fleßa S, Rädke A, Wucherer D, Thyrian JR, Mohr W, Scharf A, Mühlchen F, Hoffmann W, Michalowsky B. Prevalence of Low-Value Care and Its Associations with Patient-Centered Outcomes in Dementia. *J Alzheimers Dis*. 2021;83(4):1775-1787.

PROF. DR. WOLFGANG HOFFMANN

ist Leiter der Abteilung Versorgungs-epidemiologie und Community Health und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald.

1995 erwarb er den Master of Public Health in Epidemiology (MPH) an der University of North Carolina, USA.

2002 wurde er auf eine Stiftungsprofessur des BMBF und zwei Jahre später auf eine ordentliche Professur für Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin Greifswald berufen.

Seit 2012 ist er Sprecher des Standortes Rostock/Greifswald des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE e.V.). Seine Forschungsschwerpunkte sind bevölkerungsbezogene Interventions- und Präventionsstudien, regionale Versorgung, innovative Versorgungskonzepte, wie das Dementia Care Management, sowie zentrales Daten- und Qualitätsmanagement. Prof. Hoffmann ist Vorsitzender des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (DNVF e.V.) und im geschäftsführenden Vorstand der Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF e.V.).



© Volkmar Otto TMF e.V.

PROF. DR. NEELTJE VAN DEN BERG

ist stellvertretende Leiterin der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health des Instituts für Community Medicine an der Universitätsmedizin Greifswald. Sie ist Versorgungsepidemiologin und Geografin. Seit 2011 leitet sie den Forschungsbereich Innovative Versorgungskonzepte und Regionale Versorgung sowie den Integrierten Funktionsbereich Telemedizin (IFT). In 2020 wurde sie zur Apl-Professorin an der Universitätsmedizin Greifswald ernannt. Seit 2021 ist sie Standortsprecherin des Deutschen Zentrums für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ), Standort Greifswald/Rostock und Mitglied im Board of Directors des DZKJ. In 2024 wurde sie an der Universitätsmedizin Greifswald auf der W3-Professur für Regionale Versorgung mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche berufen. Die Forschungsschwerpunkte von Prof. van den Berg sind regionale Versorgung insbesondere im Bereich Kinder und Jugendliche, versorgungsepidemiologische Analysen, geografische Analysen, die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von innovativen Versorgungskonzepten sowie telemedizinische Projekte und eHealth.



© Wally Pruss

Generationengerechte Versorgung: Herausforderung für den Sozialstaat

Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung unter generativen Aspekten

VON GABY ULRICH

Am 9. und 10. Mai 2025 fand in Fulda das 32. Frankfurter Frühjahrs-Forum statt. Im Fokus der ersten von vier zu dieser Thematik geplanten Veranstaltungen stand die Frage, wie eine bedarfs- und generationengerechte Gesundheits- und Pflegeversorgung unter den Bedingungen des demografischen Wandels und der zunehmend enger werdenden Finanzierungsspielräume gestaltet werden kann. Die interdisziplinäre Diskussion umfasste sozialrechtliche, medizinethische, gesundheitsökonomische, gerontologische sowie regional versorgungsspezifische Aspekte. Die folgenden drei Veranstaltungen werden sich vertieft mit der Versorgung älterer Menschen, den Bedarfen der jungen Generation, einer gendergerechten Versorgung sowie konkreten Versorgungsbeispielen befassen.

Der stationäre Bereich und sektorübergreifende Versorgungsansätze spielen eine zentrale Rolle für eine am regionalen Bedarf ausgerichtete generationengerechte Versorgung. Im Jahr 2023 beliefen sich die Krankenhausausgaben auf etwa 94 Milliarden Euro, was rund einem Drittel der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprach. Angesichts des demografischen Wandels und nicht zuletzt des dadurch bedingten Fachkräftemangels stellt sich zunehmend die Frage, wie die im internationalen Vergleich große Zahl kleinerer Krankenhäuser reduziert werden kann. Perspektivisch sollte eine integrierte bzw. vernetzte Versorgung mit einer besseren Ergebnisqualität bei einzelnen Leistungsgruppen unter Einhaltung entsprechender Strukturvorgaben erzielt werden. Die Diskussion begann mit einer sozialrechtlichen Analyse der Krankenhausstrukturreform, die 2025 im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz beschlossen wurde.

Insbesondere das Verfahren der Reformimplementierung wurde aus einem internen Blickwinkel erörtert: Die vom Bundesgesundheitsminister eingesetzte wissenschaftliche Regierungskommission agierte ohne die Einbindung entscheidungsrelevanter Akteure der Selbstverwaltung und der föderalen Krankenhausplanung. Politische Zielsetzungen blieben unter dem Deckmantel wissenschaftlicher Objektivität verborgen und der gewählte Top-Down-Prozess stieß auf großen Widerstand. Zudem wurden die Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor sowie die Koordination beider Sektoren zu Beginn weitestgehend ausgeblendet. Kern der Krankenhausreform ist die Einführung von 65 Leistungsgruppen mit dem Ziel einer qualitativ besseren Versorgung durch Konzentration von Versorgungskompetenz, die medizinische Fälle und deren Behandlungsmöglichkeiten bündeln und bundeseinheitlichen Qualitätsstandards unterwerfen. Hinzu kommt der geplante Umbau ausgewählter Krankenhäuser in sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen, der von den Teilnehmenden grundsätzlich positiv aufgenommen wurde.

Risiko für neue Fehlanreize

Kritik erfuhr insbesondere die vorgesehene Finanzierung über Vorhaltepauschalen mit einem Zielwert von 60 Prozent der Vergütung des Krankenhauses insgesamt. Neue Fehlanreize und Steuerungsprobleme seien zu erwarten und durch die Vorhaltefinanzierung könnten Anreize zur Reduktion der Leistungsmenge entstehen, wodurch das Risiko für Unterversorgung und Wartelisten steigen könnte. Insgesamt verblieben den Krankenhäusern zahlreiche Optionen, das System unter rein wirtschaftlichen Gesichts-

punkten und losgelöst vom Bedarf zu optimieren. Ein reformiertes Fallpauschalensystem mit mengenunabhängigen Komponenten zur Finanzierung von Vorhalteleistungen könnte gezielter Fehlanreize vermeiden sowie Über- und Unterversorgung entgegenwirken. Die Debatte mahnte eine Abkehr vom deutschen Sonderweg der Kalkulation der Vorhaltepauschalen an und plädierte für eine stärkere Orientierung an international bewährten Finanzierungsmodellen.

Darüber hinaus messen die derzeit genutzten Indikatoren wie Pflegepersonalschlüssel oder Erreichbarkeitskriterien vorrangig Inputs und lassen nur wenig Aussagen über die tatsächliche Versorgungs- und Strukturqualität zu. Die Diskussion über die Schnittstelle ambulant-stationär lenkte den Blick auch auf das Primärarztsystem, das im Koalitionsvertrag (CDU/CSU, SPD) vom 9. April 2025 zur besseren Patientensteuerung im ambulanten Sektor vorgesehen ist. Dabei wurde auf die strukturelle Engpass-situation bei Hausärzten und die Finanzierungsimplicationen durch die angestrebte Entbudgetierung im haus- und fachärztlichen Bereich verwiesen.

Die folgende medizinethische Diskussion richtete den Blick auf Fragen der Legitimität, Repräsentativität und Glaubwürdigkeit von Entscheidungsprozessen. Dabei wurde die normative Leitfrage „Equity of what?“ diskutiert: Wie können Ressourcen so alloziert werden, dass sowohl gegenwärtige als auch zukünftige generationspezifische Bedarfe adäquat berücksichtigt werden? Eurostat-Daten aus dem Jahr 2023 legen nahe, dass erwachsene Personen in Deutschland im europäischen Vergleich überdurchschnittlich versorgt sind. Im Gegensatz dazu weist ein Positionspapier der Autorengruppe Ge-

sundheit um Prof. Dr. med. Matthias Schrappe auf eine bestehende Unterversorgung hin, insbesondere hinsichtlich des Zugangs zu Haus- und Fachärzten sowie mit Blick auf Lieferengpässe bei Arzneimitteln.

Für Kinder und Jugendliche existieren EU-weit kaum belastbare strukturierte Forschungsdaten; nationale Erhebungen durch Kassenärztliche Vereinigungen oder den Deutschen Ethikrat geben allerdings Hinweise auf eine systematische Unterversorgung. Diese zeigt sich u. a. in einem Mangel an Betten und Fachkräften im stationären Bereich, in der unzureichenden ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie in der geringen Berücksichtigung von Kindern im Rahmen der Arzneimittelzulassung.

Transparente Entscheidungsverfahren sind zentral

Die Verteilungsdebatte berücksichtigte Kriterien wie Bedürftigkeit, medizinischen Nutzen, Kosteneffektivität, Eigenverantwortung und Alter. Der utilitaristische Ansatz über den Gewinn von Lebenszeit für die größtmögliche Anzahl von Menschen sowie das Alter als allokationsrelevantes Kriterium wurden in der Diskussion sehr kritisch bewertet. Eine altersbasierte Diskriminierung widerspräche dem Prinzip des Generationenvertrags, der auf intergenerativer Solidarität basiert. Die Debatte um altersabhängige Leistungskürzungen (z. B. bei Hüftoperationen) wurde bereits vor über 20 Jahren kontrovers geführt und die Generation der Babyboomer könnte in Rechtfertigungszwang für ein langes Leben und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen kommen.

Einigkeit bestand darüber, dass gesellschaftliche Akzeptanz für Allokationsentscheidungen durch faire und transparente Entscheidungsverfahren unterstützt wird.

Das Konzept der „Accountability for reasonableness“ definiert hierfür vier Bedingungen: Transparenz, Relevanz, Anfechtbarkeit und regelmäßige Überprüfung. Eine Verletzung dieser Prinzipien etwa bei der Zuteilung medizinischer Maßnahmen könne zu einem Vertrauensverlust in die ärztliche Entscheidung führen, wie eine Evaluation zur Zuteilung von onkologischen Leistungen zeigt. Es wurde kritisch reflektiert, warum sich Fachärzte als Gatekeeper sähen und Patienten Maßnahmen vorenthielten, obwohl die Therapie nach Leitlinie vorgesehen war und allgemein anerkannte Entscheidungsgremien wie G-BA oder AMNOG-Verhandlungen bereits positiv durchlaufen wurden. Ein weiterer Diskussionspunkt war die Chancengerechtigkeit, wobei sich Determinanten wie Gesundheitskompetenz oder Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen als entscheidende Faktoren für einen gleichen Zugang zu Versorgungsleistungen mit gerechter Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen zeigen.

Die Allokation der finanziellen Ressourcen und insbesondere die langfristige Tragfähigkeit des Generationenvertrags, dem dominanten Finanzierungsverfahren im System der sozialen Sicherung, beleuchtete die anschließende gesundheitsökonomische Perspektive. Ohne tiefgreifende Reformen droht eine faktische Kündigung des Generationenvertrags durch die jüngeren Generationen: Erwartbare Reaktionen sind eine Reduktion des Arbeitsangebots, ein Wechsel in die private kapitalgedeckte Krankenversicherung oder eine Abwanderung in Länder mit attraktiveren Rahmenbedingungen für jüngere Menschen. Diese Sichtweise wurde von den Teilnehmenden zwar nicht einhellig geteilt, verweist aber auf ein zunehmendes Spannungspotential für die nachhaltige Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme.

Ein zentrales Problem liegt in der doppelten demografischen Alterung der deutschen Bevölkerung: Dem altersbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der großen Kohorten der Babyboomer, die zwischen 1955 und 1965 geboren sind und 12,5 Millionen Menschen umfassen, stehen nur kleinere Folgekohorten mit deutlich geringeren Geburtenraten gegenüber. Wissenschaftliche Studien prognostizieren einen demografiebedingten kontinuierlichen Anstieg des GKV-Beitragsatzes auf über 26 Prozent bis zum Jahr 2050. Die Kombination aus steigender Lebenserwartung, schwächer besetzten Kohorten und zunehmende Möglichkeiten durch den medizinisch-technologischen

Fortschritt erzeugt Druck auf die Ausgestaltung und Finanzierung der Sozialversicherung.

Reformoptionen auf der Einnahmenseite der Krankenversicherung umfassten eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit, die Erhöhung der Beitragssätze oder des Bundeszuschusses und die Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkommensarten. Auf der Leistungsseite wurden Maßnahmen wie eine Konzentration der Sozialversicherung auf zentrale Lebensrisiken, Pay-for-Performance-Modelle, Leistungskürzungen und höhere Eigenverantwortung diskutiert. Strukturelle Maßnahmen könnten zusätzlich zur Stabilisierung beitragen: die Förderung von Bildung und Gesundheitskompetenz, Digitalisierungsmaßnahmen, sektorübergreifende Kooperationen und stärkere Anreize zur Finanzierung präventiver Maßnahmen. Die finanziellen Wirkungen präventiver Maßnahmen bleiben jedoch ambivalent, denn Prävention kann gesunde Lebenszeit bringen, verlängert zugleich aber auch Lebensjahre mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Überwindung der pflegezentrierten Versorgung

Auch steuerpolitische Instrumente wurden erörtert. So könnte das Verursacherprinzip durch sogenannte Pigou-Steuern gestärkt werden, um negative Gesundheitseffekte durch Rauchen oder Alkoholkonsum (der Alkoholatlas Deutschland zeigt direkte und indirekte Kosten von 39 Mrd. Euro pro Jahr) einzudämmen oder durch Pigou-Subventionen, um gewünschten Konsum zu fördern. Der in der Ökonomie übliche Begriff „Sündensteuer“ wurde von Teilnehmenden als moralisierend kritisiert, denn es sollte vielmehr die Förderung gesunden Verhaltens positiv kommuniziert werden. Die Ausweitung der Einnahmenbasis über lohnzentrierte Beiträge hinaus wurde kontrovers diskutiert.

Auch bei einer Erhöhung des Bundeszuschusses von derzeit 14,5 Milliarden Euro würde die erwerbstätige Bevölkerung die Hauptlast tragen und bei einer Schuldenfinanzierung wäre eine gegenläufige Wirkung für die Generationengerechtigkeit zu erwarten. Der Aufbau eines Kapitalstocks mit garantierten Eigentumsrechten nach skandinavischem Vorbild wurde als langfristig tragfähiges Modell angesehen, auch wenn ein günstiger Zeitpunkt für dessen Aufbau in Deutschland verpasst wurde.

Aus gerontologischer Sicht ist ebenfalls ein Paradigmenwechsel angezeigt: weg von einer pflegezentrierten Versorgung hin zur Förderung eines funktionalen Alterns.

Der Fokus sollte sich stärker auf die Erhaltung von Selbstständigkeit und Teilhabe richten, anstatt ausschließlich unterschiedliche Morbiditätskriterien zu adressieren. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Prävention im höheren Lebensalter zu. Studien zeigen, dass sich gesunde Lebenszeit durch gezielte Maßnahmen auch hier noch ausweiten lässt. Über Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention hinaus sollte Quartärprävention im Alter konsequent angewendet werden und medikamentöse Überversorgung und übertriebene Polypharmazie vermieden werden.

Ein Beispiel für einen innovativen Versorgungsansatz ist das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Prevention Nursing“. Untersucht wird darin, wie durch gezielte Maßnahmen die Selbstständigkeit von Personen, deren Antrag auf einen Pflegegrad abgelehnt wurde, für mindestens 1,5 Jahre verlängert, die Pflegequote langfristig gesenkt und schwere Pflegeverläufe vermieden werden können. Die eingesetzten Prevention Nurses entwickeln gemeinsam mit Betroffenen und deren Familien individualisierte Maßnahmen zur Stärkung sozialer Teilhabe, kognitiver Fähigkeiten, Verbesserung von Ernährung, Wohnsituation und Reduktion von Polypharmazie.

Zwar führt diese Form der Versorgung nicht unmittelbar zu finanziellen Einsparungen, jedoch zu einer höheren Lebensqualität und einer Entlastung des medizinisch-pflegerischen Fachpersonals. Vertieft wurde die Debatte mit internationalen Projekten: Großbritannien, das ein eigenes Ministerium für Einsamkeit eingerichtet hat oder Schweden mit einer nationalen Strategie gegen Einsamkeit verdeutlichen den Stellenwert sozialer Interventionen im Kontext gesunden Alterns. Andere Länder kombinieren staatliche Steuerung mit gesellschaftlichem Engagement für die Bewältigung der demografischen Herausforderungen. In Japan erfolgt die Finanzierung der Pflege durch direkte Zuweisungen an pflegebedürftige Personen über kommunale Strukturen. Gleichzeitig werden ehrenamtliche Netzwerke und nachbarschaftliche Hilfe gezielt gestärkt. In Dänemark liegt ein Schwerpunkt auf kommunaler Verantwortung und generationenübergreifender Teilhabe.

Auch Eigenverantwortung im Alter sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen standen im Fokus der Diskussion. Eine Verlängerung der Erwerbsbeteiligung könnte zur Lebenszufriedenheit beitragen, müsste aber mit Anerkennung und Flexibilität kombiniert werden. Die Auflösung der klassischen Dreiteilung von Lebensphasen wurde eben-

so befürwortet wie lebenslanges Lernen zur Erhaltung kognitiver Fähigkeiten. Darüber hinaus wurden soziale Disparitäten thematisiert: Ein höherer sozioökonomischer Status geht mit einem stärkeren Nutzen von Präventionsmaßnahmen einher. Gefordert wurden deshalb niedrigschwellige Angebote für benachteiligte Gruppen durch erweiterte Aufgaben für Apotheker und andere Gesundheitsberufe. Der Koalitionsvertrag 2025 unterstützt die Heilkundenausübung durch nichtärztliche Gesundheitsberufe und weitet deren Aufgabenprofil im Bereich Prävention aus.

Evidenzbasierte Lösungskonzepte für ein regionales Versorgungsmanagement wurden vom Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald vorgestellt. Bundesweit bekannt wurde die Studie mit AGnES Fachkräften (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention von 2005 bis 2008), in der die AGnES-Fachkraft Hausbesuche in enger Abstimmung mit der ärztlichen Praxis übernahm. Dabei zeigte sich in einer strukturschwachen Region mit geringer Arztdichte eine hohe Patientenzufriedenheit bei gleichzeitiger Entlastung des ärztlichen Personals.

Schleppende Integration in die Regelversorgung

Mit der Arbeit der Community Nurses konnten die fehlenden Hausärzte kompensiert und bei Bedarf die Patienten zeitnah auf die vorhandenen Hausärzte aufgeteilt werden. Trotz des nachgewiesenen Nutzens verlief die Integration in die Regelversorgung schleppend; die aktuelle Koalition plant eine gesetzliche Verstetigung des innovativen Ansatzes. Ein weiteres regionales Beispiel betraf die Umstrukturierung einer Kinderklinik in Mecklenburg-Vorpommern zu einer Kinderportalpraxisklinik mit 24-Stunden-Bereitschaft und telemedizinischer Anbindung an die Universitätsmedizin.

Um Verbesserungen bei der geriatrischen Versorgung zu erreichen, wurde der Aufbau einer regionalen geriatrischen Fallakte erprobt, in der alle Informationen wie Medikationsplan sowie Arzt- und Pflegeberichte zusammengeführt wurden. Hemmende Faktoren für die Akzeptanz waren dabei die Schnittstellenproblematik zur Praxissoftware und die mehrfache Dokumentationspflicht. Abschließend wurde betont, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sei, sondern dem Ziel dienen müsse, personelle Ressourcen zu entlasten, Daten nutzbar zu machen und dadurch Versorgungsprozesse zu verbessern. Im Zusammenhang mit

der DSGVO wurde ein pragmatischer Umgang gefordert, der Innovation nicht blockiert, sondern datenschutzkonform ermögliche. Mediziner plädierten dafür, dass auch die Arbeit mit unvollständigen Daten und Teil-Transparenz eine Verbesserung in der Patientenversorgung bringe.

Bei regional geringer Bevölkerungsdichte scheinen sektorübergreifende Kooperationen und Vernetzung der niedergelassenen Ärzte mit geeigneten Krankenhäusern und Unikliniken den Weg in eine am regionalen Bedarf orientierte Versorgung zu weisen. Beispiele für evidenzbasierte präventive Versorgungskonzepte auf regionaler Ebene sind „Communities That Care“ zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und „Caring

Communities“ für Ältere, in denen Menschen sich in den Bereichen unterstützen, die Ärzte und Pflege nicht übernehmen können.

Die Diskussion schloss mit einem Plädoyer für generationengerechte Reformen, die sektorenübergreifend, evidenzbasiert und regional differenziert ausgestaltet werden müssen. Strukturelle Hemmnisse wie eine bürokratische Überfrachtung oder Vetorechte einzelner Akteure im Gesundheitswesen gefährden einen zukunftsweisenden Reformprozess. Notwendig ist eine gemeinsame Vision von Versorgung, die alle Generationen einbindet, nicht zuletzt, weil Fachkräfte und finanzielle Ressourcen zunehmend knapper werden.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Petra Acher

Dr. Matthias Albrecht

Dr. Jürgen Bausch

Dr. Margita Bert

Dr. Michaela Felberbaum

Dr. Angelika Feldmann

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Kathrin Gronau

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann

Dr. Markus Horneber

Prof. Dr. Stefan Huster

Thomas Keck

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Dr. Andreas Lipëcz

Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Dr. Andreas Meusch

Gabriele Regina Overwiening

Prof. Dr. Johannes Pantel

Prof. Dr. Matthias Rose

Dr. Hubert Schindler

Dr. Thomas Sitte

Oliver Stahl

Prof. Dr. Rolf-Detlef Trede

Gaby Ulrich

Prof. Dr. Volker Ulrich

Wolfgang van den Bergh

Prof. Dr. Dr. Eva Winkler

Prof. Dr. Amelie Wuppermann

Frankfurter Forum:

Themenschwerpunkte der Diskurs-Hefte



Heft 1: Juni 2010	Medizinischer Fortschritt in einer alternden Gesellschaft
	„Ethische Aspekte“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen „Medizinische Aspekte“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor, Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth „Ökonomische Aspekte“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
Heft 2: Oktober 2010	Versorgungskonzepte für eine alternde Gesellschaft
	„Spezielle Versorgungsanforderungen für ältere und alte Patienten“, Prof. Dr. med. Adelheid Kuhlmei, Mitglied des Sachverständigenrates, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Berlin „Alt werden in einer Zeit des gesellschaftlichen Wandels – Herausforderungen für den Einzelnen und die Gesellschaft“ Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, M.A., Dekan Fachbereich Evangelische Theologie – Sozialethik/Bioethik, Philipps-Universität Marburg „Alt, krank, pflegebedürftig – werden wir den Anforderungen gerecht?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe, Berlin
Heft 3: April 2011	Priorisierung, Rationierung – begriffliche Abgrenzung
	„Müssen die ethischen Grundsätze unserer Gesellschaft modifiziert werden?“ Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert, Lehrstuhl für Medizinethik, Universität Münster „Erschließung von Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insbes. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth „Juristische Implikationen für Entscheidungsverfahren und Entscheidungsmaßstäbe“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Lehrstuhl für Öffentliches Recht und Sozialrecht, Ruhr-Universität Bochum „Hilft ein Patientenrechtegesetz bei der medizinischen Versorgung der Menschen?“ Wolfgang Zöller, Mitglied des Deutschen Bundestages, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin
Heft 4: Oktober 2011	Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze
	„Welche Positionen vertritt der G-BA hinsichtlich einer strukturierten, zielorientierten Gesundheitsversorgung – Beispiel Depressionen?“ Dr. jur. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, Berlin „Kosten-Nutzen-Bewertungen von medizinischen Interventionen als Allokationsinstrument – ethische Aspekte einer Priorisierung“, Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, Direktor Institut für Geschichte der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München „Erwartungen der Krankenkassen an die Kosten-Nutzen-Bewertung von Gesundheitsleistungen“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg „Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden – was können wir aus diesem Projekt lernen?“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe, Akademisches Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universität Lübeck

Heft 5: April 2012	Versorgung in einer alternden Gesellschaft
	„Aktuelle Situation und Zukunft in der vertragsärztlichen Versorgung“ Dr. rer. pol. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Berlin
	„Koordiniertes Versorgungsmanagement für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten“ Claudia Korf, Diplom-Volkswirtin Beauftragte für sozial- und gesundheitspolitische Fragen der BARMER GEK beim Bund, Berlin
	„Patientenbegleiter als Scharnier zwischen Arzt und chronischen Patienten“ Dr. med. Katja Wimmer, Abteilungsleiterin Versorgungsmanagement, Bosch BKK, Stuttgart
	„Koordinierte Behandlung und Versorgung alter und multimorbider Patientinnen und Patienten“ Dr. med. Holger Lange, Chefarzt der Medizinischen Klinik III, Geriatrie Zentrum und der Fachklinik für Geriatrie MediClin Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth
Heft 6: Oktober 2012	Chancen und Risiken individualisierter Medizin
	Medizinische Versorgung – eine maßgeschneiderte Versorgung der Zukunft?“ Prof. Dr. med. Dr. phil, Dr. theol h.c. Eckhard Nagel, Lehrstuhl für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth, Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Essen
	„Welche juristischen Herausforderungen und Probleme müssen bewältigt werden?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum
	„Ökonomische Aspekte – bessere Versorgung bei gleichzeitiger Kostendämpfung?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Ethische Herausforderungen für Patient, Arzt und Gesellschaft“ Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH / Dr. Sebastian Schleidgen, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität, München
Heft 7: April 2013	Individualisierte Medizin – die Grenzen des Machbaren
	„Konsequenzen für Krankenkassen und die Patientenversorgung“ Dr. med. Dietrich Bühler, Leiter des Referats Methodenbewertung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin
	„Diagnose und Therapieoptionen in der gynäkologischen Onkologie“ Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Kaufmann, ehem. Direktor für Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. med. Thomas Karn, Arbeitsgruppenleiter für translationale Gynäkologie und Onkologie, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Goethe-Universität, Frankfurt
	„Implikationen für Planung und Durchführung klinischer Studien“ PD Dr. med. Stefan Lange / Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Stellvertretender Leiter und Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln
	„Diagnose und Therapieoptionen in der Onkologie: Kritische Analyse und Ausblick“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch
	„Auswirkung für Pharmaunternehmen mit Blick auf die Onkologie-Forschung“ Dr. med. Clemens Stoffregen, Medical Affairs Manager Europe Prof. Dr. med. Axel-Rainer Hanauske, Vice President Lilly Oncology Medical Europe, Australia, Eli Lilly and Company

Heft 8: Oktober 2013	Psychische Erkrankungen – Mythen und Fakten
	„Depression und „Burnout“ – Begriffsbestimmung und Trends“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, PD Dr. med. Christine Rummel-Kluge, Dipl.-Psych. Nicole Koburger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig, Stiftung Deutsche Depressionshilfe
	„Menschen mit Migrationshintergrund – wer kümmert sich?“ Prof. Dr. med. Helene Basu, Institut für Ethnologie, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
	„Hilfe bei psychosozialen Problemen für Menschen mit Migrationshintergrund“ Prof. Dr. med. Gisela Charlotte Fischer, Vorsitzende des Ethno-Medizinischen Zentrums e. V. Hannover
	„Erhaltung der Menschenwürde bei Demenzkranken – eine ethische Herausforderung“ Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff, Direktor des Instituts für Systematische Theologie, Universität Freiburg Dr. theol. Verena Wetzstein, Studienleiterin an der Katholischen Akademie Freiburg

Heft 9: März 2014	Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen
	„Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften Universität Bayreuth
	„Qualität der Versorgungsabläufe auf dem Prüfstand“ Prof. Dr. rer. pol. h. c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes, DAK Unternehmen Leben, Hamburg
	„Prävention seelisch bedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz – nur eine Frage für Ärzte?“ Dr. med. Kay Großmann, Leiter des Gesundheitsmanagements der Dr. ing. H. C. F. Porsche AG, Stuttgart
	„Psychische Belastungen im Betrieb – Lösungsansätze aus Arbeitnehmersicht“ Dr. Hanns Pauli, Referatsleiter für Arbeits- und Gesundheitsschutz beim DGB, Bundesvorstand, Berlin
	„Psychische und psychosoziale Rehabilitation – der Beitrag der Rentenversicherung“ Thomas Keck, Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Münster

Heft 10 Oktober 2014:	Selbstbestimmt leben, in Würde sterben
	„Sterbehilfe und Sterbebegleitung – eine theologische Annäherung“ Weihbischof Prof. Dr. theol. Karlheinz Diez, Bistum Fulda
	„Die Bedeutung existenzieller und spiritueller Fragen in der Sterbebegleitung“ Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Philosophisch-Theologische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
	„Recht auf Sterben, Beihilfe zur Selbsttötung, Tötung auf Verlangen: Was steht im Gesetz?“ Prof. Dr. jur. Wolfram Höfling, Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanz- sowie Gesundheitsrecht, Universität zu Köln
	„Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung: Wollen Arzt und Patient immer das Gleiche?“ Ulrich Engelfried, Richter am Amtsgericht Hamburg-Barmbek
	„Betreuung Sterbender: Sind Pflegekräfte, Ärzte, Seelsorger ausreichend qualifiziert?“ Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin
	„Hospiz- und Palliativversorgung von Schwerstkranken und Sterbenden“ Eugen Brysch M. A., Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Dortmund
	„Probleme der palliativen Versorgung in ländlichen Regionen“ Dr. med. Erika Ober, Hospiz-Initiative Odenwald, Michelstadt

Heft 11 April 2015:	Sterbehilfe – Streit um eine gesetzliche Neuregelung
	„Freundschaft mit dem Tod“ ist keine Haltung für Angehörige, Ärzte, Pflegende und Seelsorger“ Prof. Dr. theol. Traugott Rose, Lehrstuhl für Praktische Theologie, Universität Münster
	„Palliative Versorgung zu Hause und in der Klinik – Status quo und Perspektiven“ Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Göttingen
	„Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende: Empirische Daten, ethische Analysen“ PD Dr. med. Jan Schildmann, Akademischer Rat Prof. Dr. med. Dr. Jochen Vollmann, Direktor des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
	„Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Sterbehilfe: Geringes Wissen in der Bevölkerung“ Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin
	„Die Behandlung von Krebspatienten am Lebensende – wann kann weniger mehr sein“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie im Helios Klinikum, Berlin-Buch

Heft 12 Oktober 2015:	Sozialstaatsgebot und Wettbewerbsorientierung
	„Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit?“ Prof. Dr. rer. oec. Lic. theol. Friedhelm Hengsbach SJ, Nell-Breuning-Institut St. Georgen, Frankfurt, Katholische Akademie Rhein-Neckar, Ludwigshafen
	„Marktwirtschaft und Versorgungsgerechtigkeit – passt das zusammen?“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum
	„GKV und PKV: Reformierte Dualität oder integrierter Versorgungsmarkt?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Solidarität und Effizienz als Widerspruch? Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes DAK Unternehmen Leben, Hamburg Eva Walzik, Diplom-Volkswirtin, Leiterin der Politischen Büros der DAK-Gesundheit, Berlin

Heft 13 April 2016:	Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem
	„Organisation der gesundheitlichen Versorgung: Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen Direktorin Medizinische Klinik III, Fulda
	„Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen?“ Rechtsanwalt Gerhard Schulte, Ministerialdirektor a. D. Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
	„Die Rolle der Vertragsärzte in einem Krankenkassenwettbewerb um Versicherte“ Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, ehem. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und KV Berlin
	„Wieviel Wettbewerb verträgt ein Krankenhaus?“ Karsten Honsel, Vorstandsvorsitzender der Gesundheit Nordhessen Holding AG, Kassel
	„Sozialstaat und Wettbewerbsordnung: Wo bleiben Beitragszahler und Patienten?“ Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach, Referentin Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband, Berlin

Heft 14 Oktober 2016:	Lebensqualitäts-Konzepte: Chancen und Grenzen
	„Der Begriff der Lebensqualität in der Medizin – was ist darunter zu verstehen?“ Prof. Dr. med. Matthias Rose, Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin „Kann subjektiv empfundene Lebensqualität objektiv gemessen werden?“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Universität Bielefeld „Der Lilly Quality of Life-Preis: Förderung der Lebensqualitätsforschung seit 20 Jahren“ Dr. Johannes Clouth, Diplom Kaufmann Senior Manager Health Economics, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe „Lebensqualität und Patientennutzen – Konsequenzen für die Nutzenbewertung“ Prof. Dr. jur. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin „Lebensqualität von Menschen mit Migrationshintergrund und von Geflüchteten“ Dr. phil. Dipl. Psych. Ulrike Kluge, Zentrum für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Berlin
Heft 15 April 2017:	Lebensqualität und Versorgung: Messen, wägen, entscheiden
	„Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Ethische und rechtliche Aspekte“ Prof. Dr. jur. Thomas Gutmann, M. A., Lehrstuhl für bürgerliches Recht, Rechtsphilosophie und Medizinrecht, Westfälische Wilhelms-Universität Münster „Was ist die Lebensqualität des Einzelnen in der Gesellschaft wert?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth „Lebensqualität von Demenzpatienten: Wie kann man sie messen, wie kann man sie fördern?“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt „Lebensqualität von Tumorkranken: Behandlungsstrategien im Krankheitsverlauf“ Prof. Dr. med. Norbert Niederle, Ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik 3, Klinikum Leverkusen
Heft 16: Oktober 2017	Digitales Gesundheitswesen: Chancen, Nutzen, Risiken
	„Gesundheits-Apps – Patientennutzen versus Kommerz“ PD. Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH, Peter L. Reichertz-Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover „Versicherungsdaten in der GKV: Wege zur besseren Steuerung und Effizienz der Versorgung“ Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth „Big Data in Forschung und Versorgung: ethische Überlegungen und Lösungsansätze“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Eva C. Winkler, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Universitätsklinikum Heidelberg, Programm Ethik und Patientenorientierung in der Onkologie „Digitalisierung in der Medizin – Herausforderung für Ärzte und Patienten“ Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuss, Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen und Chefarzt der Klinik und Rehabilitationszentrum Lippoldsberg

Heft 17 April 2018:	Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele
	„Worin liegen Chancen und Risiken für Patienten, Ärzte und Krankenkassen?“ Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin/Wuppertal „Telemedizinische Betreuung bei chronischer Herzinsuffizienz: Chance für bessere Versorgung“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
	„Telemedizinische Verfahren: Erfolgsfaktor für eine bessere Betreuung chronisch Kranker?“ Dr. med. Amin-Farid Aly, Referent für Telematik und Telemedizin, Bundesärztekammer Berlin
	„Telemonitoring depressiver Patienten – Konsequenzen für Prävention und Behandlung“ Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes, DAK-Gesundheit, Hamburg
	„Digitale Diabetes-Versorgung: Wie Patienten vom technischen Fortschritt profitieren“ Thomas Ballast, Diplom Volkswirt, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands, Techniker Krankenkasse, Hamburg

Heft 18 Oktober 2018:	Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?
	„Depression und Demenz im Alter: Prävention, Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung“ Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig Vorsitzender Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Leipzig/Frankfurt am Main
	„Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Menschen mit Demenz – verloren zwischen Familie, Pflege und Krankenhaus?“ Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Berlin
	„Alt, dement und Migrationshintergrund – ein sich potenzierendes Problem?“ Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Leitende Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwigs-Krankenhaus, Berlin

Heft 19 April 2019:	Demenz – neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie
	„Demenz und personale Identität“ Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs, Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universitätsklinikum Heidelberg
	„Demenzvorstadien: sind Risikoprofile und Biomarker für eine individuelle Prädikation geeignet?“ Prof. Dr. med. Frank Jessen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Köln
	„Alzheimer-Forschung – aus Sicht eines forschenden Pharmaunternehmens“ Oliver Stahl, Diplom Betriebswirt Senior Director Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. Höhe
	„Vorgeschichte, Gegenwart und Zukunft der Demenzbehandlung – Etappen der Anthropologie“ Prof. Dr. med. Hans Förstl, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München
	„Nicht-medikamentöse Therapieansätze bei der Demenz – Möglichkeiten und Grenzen“ Prof. Dr. med. Johannes Pantel – Diplom-Psychologe Arthur Schall, M.A. Goethe-Universität Frankfurt a. Main
	„Schmerz und Demenz – eine leitliniengerechte Therapie ist trotz Problemen möglich“ Dr. med. Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativ-Stiftung, Fulda

Heft 20 Oktober 2019:	Perspektiven der Präzisionsmedizin
	„Robotik, künstliche Intelligenz und medizinische Praxis – ethische Aspekte“ Prof. Dr. med. Stephan Sahm, Chefarzt Medizinische Klinik I Ketteler Krankenhaus, Offenbach Professor für Medizinethik, Senckenberg Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin, Goethe-Universität Frankfurt a. Main
	„Das individualisierte Risiko – juristische und ethische Aspekte“ Prof. Dr. jur. Stefan Huster Juristische Fakultät, Institut für Sozial- und Gesundheitsrecht, Ruhr-Universität Bochum
	„Fortschritte in der Onkologie – bleibt der medizinische Fortschritt finanzierbar?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Präzisionstherapie für jeden Krebspatienten – realistisches Versprechen oder unrealistisches Ziel?“ Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich, Institut für evidenzbasierte Positionierung im Gesundheitswesen, Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
	„Biomarker-basierte Präzisionsmedizin: Welchen Beitrag kann Big Data in der Onkologie leisten?“ Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Berlin

Heft 21 April 2020:	Präzisionsmedizin – Chancen für Forschung und Therapie
	„Eine neue Ära für Arzt und Patient am Beispiel des Hodgkin Lymphoms“ Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Volker Diehl, Köln/Berlin Ehemaliger Direktor der Klinik I der Universität zu Köln, Gründungsdirektor des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NTC-Heidelberg)
	„Individualisierte Diagnostik und Therapie in der Onkologie“ Prof. Dr. med. Bernhard Wörmann, Medizinischer Leiter der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormimmunologie, Charité Universitätsmedizin, Berlin
	„Vision Zero – oder: Jeder Krebstote ist einer zu viel“ Prof. Dr. med. Christof von Kalle, Professor für Klinisch-Translationale Wissenschaften, Medizinischer Leiter des Berlin Institute of Health (BIH) und Charité Universitätsmedizin, Berlin
	„Personalisierte Therapie des Lungenkarzinoms – Wo stehen wir? Wo müssen wir hin?“ Dr. rer. nat. Iris Watermann, Airway Research Center North (ARCN), German Center for Lung Research (DZL), Großhansdorf Prof. Dr. med. Martin Reck, Chefarzt des Onkologischen Schwerpunkts an der LungenClinic, Großhansdorf
	„Individualisierte Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms: Hoffnung oder Realität“ PD Dr. med. Rachel Würstlein, Prof. Dr. med. Nadia Harbeck, Brustzentrum, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und CCC München, Klinikum der Universität München
	„Wie soll die Translation in der Hämatologie und Onkologie organisiert werden?“ Prof. Dr. med. Stephan Schmitz, Geschäftsführender Gesellschafter des MVZ für Hämatologie und Onkologie in Köln, Onkologischer Sprecher des „Deutsches Onkologie Netzwerks (DON)“, Ehemaliger Vorsitzender Berufsverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO)

Heft 22 Oktober 2020:	Versorgungsforschung – Methoden und Ziele
	„Was ist Versorgungsforschung? Definition, Versorgungsmodell, Akteure und Praxisbeispiele“ Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) und Zentrum für Versorgungsforschung, Humanwissenschaftliche Fakultät und Medizinische Fakultät, Universität zu Köln
	„Welche Studienarten sind relevant bei der Evaluation versorgungsbezogener Interventionen?“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Partizipative Versorgungsforschung: Nicht nur über, sondern mit Patienten forschen“ PD Dr. med. Anna Levke Brütt, Department für Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
	„Evidenz und dann? Versorgungsforschung für eine wissensbasierte Versorgungspraxis“ Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
Heft 23 April 2021:	Versorgungsforschung – von der Theorie zur Praxis
	„Die künftige Rolle der Digitalisierung in der Versorgungsforschung“ Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und -Management, Dr. rer. pol. Julian Witte, Universität Bielefeld
	„Suizidprävention und -assistenz: Das BVG-Urteil zur Suizidassistenz und die Versorgungslage“ Prof. Dr. med Ulrich Hegerl, Johann Christian Senckenberg Distinguished Professorship, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main Vorstandsvorsitzender Deutsche Depressionshilfe, Leipzig
	„Versorgungsforschung bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz – Potentiale der Telemedizin“ Prof. Dr. med. Friedrich Köhler, Leiter des Charité- Zentrums für Kardiovaskuläre Telemedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin Dipl. Soz. tech. Sandra Prescher, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité-Universitätsmedizin Berlin
	„Versorgungsforschung bei Diabetes: Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Patienten?“ Prof. Dr. med. Monika Kellerer, Ärztliche Direktorin der Klinik für Innere Medizin I, Marienhospital Stuttgart, Präsidentin der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)
	„Versorgungsforschung in der Onkologie – große Herausforderungen, neue Möglichkeiten“ Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, Direktor des Instituts für Community Medicine Prof. Dr med. Neeltje van den Berg, Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health, Universitätsmedizin Greifswald
	„Pflege von morgen: Der vermeintliche Care-Mix zwischen Mensch und Pflege-Roboter“ Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Zerth, Professor für Wirtschaftswissenschaften, insbesondere Gesundheitsökonomie Leiter des Forschungsinstituts IDC, Wilhelm Löhe Hochschule Fürth

Heft 24: Oktober 2021	Umwelt, Ökonomie, Gesundheit: Resilienz statt Reparatur
	„Globale Krisen: Gibt es Strategien für Ökonomie, Umwelt und Gesundheit?“ Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Professor für Gesundheitsökonomie und -politik Rechts- und wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth
	„Finanzkrise: Erwartbar? Beherrschbar? Die ökonomischen Konsequenzen“ Dr. Gerhard Schick, Diplom Volkswirt, Geschäftsführer Michael Peters, Diplom-Volkswirt, Referent Finanzmärkte, Finanzwende Recherche gGmbH
	„Umwelt - Klima - Energie: Neue Politik erforderlich?“ Prof. Dr. Dr. h. c. Ernst Ulrich von Weizsäcker, Honorarprofessor Universität Freiburg, Ehrenpräsident des Club of Rome
	„Neuausrichtung des Gesundheitssystems: Fit für die Zukunft!“ Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz, Medimax Health Management GmbH, München Prof. Dr. med. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer, Präsident Medizinische Hochschule Theodor Fontane Brandenburg, Neuruppin
	„Ist Ungleichheit ein Treiber von Krisen und sind Krisen ein Treiber von Ungleichheit“ Prof. Dr. Miriam Rehm, PhD Juniorprofessorin für Sozioökonomie Schwerpunkt Empirische Ungleichheitsforschung Institut für Sozioökonomie, Universität Duisburg/Essen
	„Drei Krisen des Wirtschaftens- und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens“ Prof. Dr. rer. pol. Bernhard Emunds, Leiter des Oswald von Nell-Breuning Instituts für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik der Phil.-Theol. Hochschule St. Georgen, Frankfurt am Main

Heft 25 April 2022:	Resilientes Gesundheitswesen: Lernen wir aus der Pandemie?
	„Krisenmanagement: Regionale Kompetenzen, nationale Koordination, globale Verantwortung“ Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. Dr. theol. h.c. Eckhard Nagel, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Dr. rer. pol. Michael Lauerer, Dennis Henzler M. Sc. Universität Bayreuth
	„Bedeutung des ÖGD im Gesundheitswesen – aktuelle Situation und Zukunftsperspektiven“ Dr. med. Ute Teichert, Vorsitzende des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), Düsseldorf Leiterin der Abteilung 6 Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
	„Krisenerkennung und -Management durch digitale Unterstützungsprozesse“ Prof. Dr. med. Guido Noelle, Geschäftsführer der gevko GmbH, Bonn/Berlin Fachbereich Informatik, Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg, Sankt Augustin
	„Versicherungsleistungen versus Öffentliche Ausgaben – Finanzierungskonsequenzen“ Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaften, Universität Bayreuth
	„Strukturen, Aufgaben und Prozesse eines krisenresilienten Gesundheitssystems“ Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Heft 26 Januar 2023	Forschungsförderung: Transparente Strukturen gesucht
	„Forschungsförderung in Deutschland – Status quo und zukünftige Herausforderungen aus Sicht der AWMF“ Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
	„Medizinische Forschung: hoher Finanzierungsbedarf bei hohem Risiko – wie können die Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von öffentlichem und privatem Risikokapital verbessert werden?“ Prof. Dr. Thomas Schlegel, Kanzlei für Medizinrecht, Frankfurt, Professor Arzt- und Medizinrecht Fachbereich Gesundheitsökonomie, Idstein, International Pharmoeconomics & Health Economics, University of Cardiff
	„Rahmenbedingungen der Antibiotikaforschung im Spannungsfeld zwischen Politik, Krankenkassen, Pharmaindustrie und akademischer Forschung“ Prof. Dr. Rolf Müller Direktor des Helmholtz-Instituts für Pharmazeutische Forschung Saarland (HIPS), Prof. für Pharmazeutische Biologie Universität des Saarlandes, Saarbrücken
	„Forschungsförderung im Wandel – Grundlage für erfolgreiche medizinische Translation?“ Dr. Verena Heise Freelance Open Science Consultant, Gladbeck, Visiting Research Fellow, QUEST Center for Responsible Research, Berlin Institute of Health at Charité-Universitätsmedizin, Berlin
	„Rechtliche Rahmenbedingungen der Forschungsförderung in der Medizin“ Prof. Dr. jur. Julian Krüper Juristische Fakultät, Lehrstuhl Öffentliches Recht, Verfassungstheorie und interdisziplinäre Rechtsforschung Ruhr-Universität Bochum

Heft 27 Juni 2023	Medizinforschung: Koordination und Kooperation gefragt
	„Arzneimittelentwicklung: Geht es ohne die forschende Pharmaindustrie?“ Dr. Thorsten Ruppert Senior Manager für Forschung, Entwicklung und Innovation beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.
	„Von der Forschung in die Versorgung: Welche Förderstrategien verbessern die Translation?“ Prof. Dr. Christof von Kalle, BIH-Chair für Klinisch-Translationale Wissenschaften und Direktor des Clinical Study Center von Charité und BIH; Dr. Julia Löffler, klinisch-wissenschaftliche Referentin am Clinical Study Center; Petya Zyumbileva, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Clinical Study Center
	„Wenn der Staat Medizinforschung finanziert – welche ökonomischen Konsequenzen hat das?“ Dr. Jasmina Kirchhoff Institut der Deutschen Wirtschaft e.V.
	„Deutschlands Beitrag zur klinischen Forschung: Forschungskultur und politischer Gestaltungswille“ Prof. Dr. Ulrike Köhl, Direktorin des Instituts für Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Leipzig, Leiterin des Fraunhofer-Instituts für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig Andrea Quaiser, Fachreferentin für Immunonkologie am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie, Leipzig

Heft 28 Oktober 2023	Geld und Gesundheit – Patientennutzen zählt
	„Krankenhausreform und iMVZ: Versorgungs- und Geschäftsmodelle im Lichte aktueller Trends“ Prof. Dr. Andreas Schmid Universität Bayreuth / Oberender AG „Sozialunternehmen zwischen Klientenwohl, Zielerfüllung und wettbewerbblicher Orientierung“ Prof. Dr. Jürgen Zerth Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt „Rechtlicher Rahmen der neuen Versorgungsrealität – Forderungen und Umsetzungsfragen“ Prof. Dr. Stefan Huster Ruhr-Universität Bochum „Wo steht die Ambulantisierung – und wie geht es weiter?“ Dr. Martin Albrecht IGES Institut „Transformation der ambulanten Medizin: Neue Rollen für Ärzte und Träger“ Prof. Dr. Jörg F. Debatin, MBA Healthcare-Unternehmer
Heft 29 April 2024	Zwischen Patientenwohl und Finanzinteresse
	„Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Potenziale, Grenzen, Ausblick“ Dr. Regina Klakow-Franck, M.A. Unparteiisches Mitglied des G-BA 2012 bis 2018 „Das Hessische Onkologiekonzept – Bewertung in der Praxistauglichkeit“ Dr. Isabella Erb-Herrmann, Vorstandin der AOK Hessen, Dr. Hubert Schindler, S.M.S. Consulting „Lebensqualität sichern, erhalten, verbessern – die DRV als Partner“ Thomas Keck Vorsitzender der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen, Sabine Nußbeck, Referentin der Geschäftsführung des MVZ Bad Lippspringe „Integrierte Versorgungsprojekte in der Schweiz und deren Wirkung“ Verena Nold Vorsitzende der Gruppenleitung der Santésuisse
Heft 30 Oktober 2024	Klimaschutz und Gesundheit: Herausforderungen und Lösungen
	„Klimaschutz ist Gesundheitsschutz! Klima- und Nachhaltigkeitsziele im Gesundheitswesen“ Timm Paulus Bundesministerium für Gesundheit „Klimaschutz im Gesundheitssektor als Gemeinschaftsaufgabe: Lösungsstrategien“ Dr. Matthias Albrecht Geschäftsführer von KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit „Klimawandel als Herausforderung an die Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft“ Dr. Bernadette Klapper Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe „Gesundheitskompetenz als Schlüsselfaktor für ein klimaneutrales Gesundheitssystem?“ Prof. Dr. Attila Altiner Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg Dr. Regina Klakow-Franck, M.A., Frankfurter Forum

Heft 31 April 2025	Klimaschutz in Klinik, Praxis und Pflege
	„Politische Weichenstellungen für ein zukunftsfestes Gesundheitswesen“, Dorothea Baltrucks, Leiterin des Centre for Planetary Health Policy
	„Klimaschutz und -anpassung in der Pflege und sozialen Einrichtungen“, Thomas Diekamp, Referent für Klimaschutz beim AWO Bundesverband
	„Perspektiven der Betriebskrankenkassen für ein nachhaltiges Gesundheitssystem“, Anne-Kathrin Klemm, Vorständin der BKK Dachverband e.V.
	„Zukunft trotz(t) Krisen: Klimasensible, ambulante Medizin im Gesundheitsnetz QuE Nürnberg“, Dr. Andreas Lipécz / David Shimada, Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz EG
	„Der Weg hin zu einem grünen, nachhaltigen Krankenhaus“, Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski / Dr. Suma Choorapoikayil, Goethe Universität Frankfurt / Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Frankfurt

Impressum

Herausgeber:

Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e.V.

Geschäftsstelle Frankfurter Forum e.V.:

Petra Acher
Seedamweg 51, 61352 Bad Homburg
E-Mail: frankfurter-forum-petra-acher@t-online.de

Verlag:

Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin
Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag
GmbH, Aschauer Straße 30, 81549 München
Tel.: 089 3803-0600, Fax: 089 3803-1533
redaktion-facharztmagazine@springer.com
www.SpringerMedizin.de

Redaktionelle Bearbeitung:

Springer Medizin Verlag GmbH, Neu-Isenburg
Dr. Florian Staeck

Autorinnen und Autoren:

Prof. Dr. Stefan Huster, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH,
Prof. Dr. Neeltje van den Berg, Gaby Ulrich, Prof. Dr. Amelie
Wuppermann, Prof. Dr. Dr. Eva C. Winkler, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Titelbild:

© BlackLion / generiert mit KI / stock.adobe.com

Layout / Grafik:

Annegret Stollenwerk

Druck:

Wilco B.V. Vanadiumweg 9, 3812 PX Amersfort, Niederlande

Produktsicherheit:

Bei Fragen zur Produktsicherheit wenden Sie sich bitte an
ProductSafety@springernature.com

Springer Medizin

© Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin,
Neu-Isenburg, Oktober 2025



Springer Medizin

ISSN 2190-7366

Partner

Das „Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen e. V.“ wird seit seiner Gründung in 2008 von der Lilly Deutschland GmbH bzw. der Lilly Stiftung Deutschland in Bad Homburg als Hauptsponsor finanziert. Seit 2013 wird das Frankfurter Forum e. V. zusätzlich von der Ärzte Zeitung (Springer Medizin) unterstützt. Die Sponsoren fördern mit ihrem Engagement den interdisziplinären Dialog grundsätzlicher und langfristiger Fragen der Gesellschaft und der Gesundheitspolitik.

Die Sponsoren nehmen keinen Einfluss auf die Auswahl und Ausarbeitung der Tagungsthemen der Forumsveranstaltungen, der Referentinnen oder Referenten, der Vortragsmanuskripte, der Diskussionen und der Abschlussstatements, wodurch die redaktionelle Unabhängigkeit der Publikationsreihe „Frankfurter Forum: Diskurse“ garantiert ist.



FRANKFURTER FORUM
für gesellschafts-
und gesundheitspolitische
Grundsatzfragen e.V.