

OPG 13 | 2024

Operation Gesundheitswesen • »Wir erklären Gesundheitspolitik«
22. Jahrgang – Gesundheitspolitische Nachrichten und Analysen der
Presseagentur Gesundheit • ISSN 1860-8434

INHALT | Ausgabe 13 vom 6. Mai 2024



© imago images, Jürgen Heinrich



© pag, Weger



© iStock.com, LV4260

Die Konterrevolution	Seite 2
KHVVG: Länder, Kassen, Kliniken und Niedergelassene begehren auf	
Unsichtbare Erfolge	Seite 7
Innovationsfonds-Projekte in der Regelversorgung	
Strukturreformen schonen Personalressourcen	Seite 9
Gutachten – Nichts Neues vom Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege	
Wasem: GOÄ-Verschleppung ist „Staatsversagen“	Seite 12
Im Gesundheitsausschuss drängen Sachverständige auf Reform	
Aufgeschoben ist nicht aufgehoben	Seite 14
GVSG kann auch wieder größer werden	
INTERVIEW	
„Der Minister hat ein großes Stück Vertrauen verspielt“	Seite 17
BMC-Chef Prof. Lutz Hager über den „Genickbruch-Moment“ beim GVSG	
MELDUNGEN	
Prognose des BKK-DV: Zusatzbeitrag steigt dramatisch	Seite 25
Cannabisgesetz – die Korrekturen	Seite 26
G-BA-Bericht straft Bauchevidenz Lügen	Seite 27
GDNG: Handlungsempfehlungen für Intensivmedizin	Seite 28
Lauterbach will anonyme Nierenspende ermöglichen	Seite 29
Gefährdet NIPT Inklusion und Vielfalt?	Seite 30
KBV-Kampagne zur besten Sendezeit	Seite 31
MEDI und vdek schließen Frieden	Seite 32
Adipositas-Epidemie bekommt ein neues DMP	Seite 33
Gutachten: Sind „Apotheken light“ verfassungswidrig?	Seite 34
Personalien	Seite 35
Impressum	Seite 37

■ Die Konterrevolution

KHVVG: Länder, Kassen, Kliniken und Niedergelassene begehren auf

Berlin (opg) – Der Gegenwind ist ein Orkan. Verbände – egal aus welchem Lager – laufen anlässlich der Anhörung im Bundesgesundheitsministerium (BMG) am 29. April Sturm gegen das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG). Einen Tag später warten die Länder mit ihrer gemeinsamen Stellungnahme zu den Klinikreformplänen von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) auf. Auch GesundheitsökonomInnen lassen kein gutes Haar am Referentenentwurf. Und neben den angekündigten Klagen von Kassen und Ländern könnten auch die Vertragsärzteschaft juristische Mittel einlegen.

Dass Klinikfunktionäre auf der Zinne sind, überrascht nicht. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) befürchtet in ihrer Stellungnahme einen Bürokratieaufbau, die Vorhaltevergütung bedeute „viel Aufwand aber wenig Nutzen“ und leiste weder einen Beitrag zu Entökonomisierung noch zur Existenzsicherung von Kliniken. Und: „Das Potenzial sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird aufgrund unzureichender Finanzierung und zum Teil fehlendem Planungshorizontes nicht ausgeschöpft.“ Bei den Leistungsgruppen wünscht sich die DKG, dass das BMG das Modell aus Nordrhein-Westfalen eins zu eins übernimmt. „Die Mindestvorhaltezahlen und der zu deren Bestimmung vorgesehene fragwürdige Perzentilansatz greifen weit über den NRW-Ansatz hinaus tief in die Krankenhausstrukturen ein und werden dazu führen, dass eine nennenswerte Anzahl Krankenhäuser aufgrund willkürlicher normativer Vorgaben aus einzelnen Versorgungsbereichen ausscheiden wird.“



Kassen warnen vor bloßer Vergütungsreform

Dass die Kassen gegen den Transformationsfonds wettern und mit Klagen drohen, überrascht nicht. Sie befürchten darüber hinaus, dass am Ende nur noch eine Vergütungsreform übrig bleibt. „Es ist dringend erforderlich, die verbindliche Definition der Leistungsgruppen parallel zur Finanzierungsreform umzusetzen und nicht zu vertagen“, fordert Jens Martin Hoyer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. „Mit dem



Jens Martin Hoyer, AOK-Bundesverband © AOK BV



Jürgen Hohnl, Interessenvertretung der Innungskrankenkassen

jetzigen Gesetzesentwurf wird es keine nachhaltige Modernisierung der Krankenhauslandschaft geben“, schimpft Jürgen Hohnl, Geschäftsführer der Interessenvertretung der Innungskrankenkassen. Auch die Private Krankenversicherung (PKV) zeigt sich enttäuscht, zum Beispiel mit der Vorhaltevergütung. „Sie gibt den Krankenhäusern völlig falsche Impulse und sichert auch nicht die Versorgung in der Fläche“, meint PKV-Verbands-Direktor Dr. Florian Reuther. „So drohen neue Versorgungsmängel, wenn spezialisierte Kliniken künftig weniger Patienten annehmen, weil sie das Geld auch ohne diese Arbeit bekommen.“



Vorhaltevergütung „gibt den Krankenhäusern völlig falsche Impulse und sichert auch nicht die Versorgung in der Fläche“, meint PKV-Verbands-Direktor Dr. Florian Reuther. © pag, Fiolka

DGGÖ: Vorhaltepauschalen sind keine Vorhaltepauschalen

Mit der neuen Vergütungsform beschäftigt sich die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) intensiver. Sie kommt zu dem Schluss: Die Vorhaltepauschalen sind gar keine Vorhaltepauschalen. Denn zwischen Leistungsmenge und Vergütungshöhe bestehe ein direkter Zusammenhang. „Entsprechend verfehlt die Vorhaltevergütung die Ziele des Konsolidierungsanreizes sowie der Sicherstellung kleiner bedarfsnotwendiger Einrichtungen“, heißt es in der Stellungnahme. „Eine auch kurzfristig umsetzbare Alternative [...] wäre eine mengenunabhängige Vergütung der Vorhaltekosten für die Erstversorgung eines Patienten, um die Krankenhäuser zu motivieren, die notwendigen Grundkapazitäten vorzuhalten.“ Diese Vergütung sollte insbesondere sensiblen und Bereichen mit schwer kalkulierbaren Fallzahlen zugute kommen. Als Beispiel nennt die DGGÖ die Notfallversorgung und Pädiatrie. Die Gesundheitsökonomien kritisieren ferner, dass die Vorhaltevergütung auf alle Leistungsbereiche angewendet werden soll. Dadurch könnten nicht bedarfsgerechte Strukturen zementiert werden. „Die Krankenhäuser sehen sich durch die Reformankündigung bereits heute einem Anreiz ausgesetzt, Ambulantisierungsbemühungen zurückzufahren und zu versuchen, einen möglichst günstigen Ausgangswert für die Erstberechnung der Vorhaltevergütung zu erreichen.“



© stock.adobe.com, upixa

Fehlanreize programmiert

Auch dass innerhalb eines Fallzahlenkorridors von plus oder minus 20 Prozent keine automatische Anpassung der Vorhaltepauschalen vorgenommen werden soll,

kritisiert die Gesellschaft um ihren designierten Vorsitzenden Prof. Jürgen Wasem scharf. „Hierdurch entsteht ein massiver Anreiz, das Leistungsangebot um bis zu 20 Prozent zu reduzieren, wobei kurzfristig sogar größere Abweichungen möglich sind.“ Krankenhäuser, die mehr operieren, müssten dagegen Erlösabschläge in Kauf nehmen. Zudem bestehe das Risiko, dass Kliniken bestimmte Patienten aufgrund wirtschaftlicher Gründe ablehnen.



Der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem kritisiert die fehlende automatische Anpassung der Vorhaltepauschalen scharf.
© pag, Fiolka

Die Auswirkungen von Mindestvorhaltezahlen könne enorm sein, vermutet die DGGÖ. Zahlreiche Krankenhäuser würden aus der Versorgung fallen – „auch ohne konkreten Bezug zur Qualität der Leistungen.“ Die Gesellschaft stellt aber angesichts der vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Länder die Steuerungswirkung grundsätzlich in Frage.

Da die DRGs nun nicht abgeschafft, sondern lediglich heruntergefahren werden, sollten diese angepasst werden, schlagen die Gesundheitsökonominnen vor. „Als Überarbeitungsbedarf sind insbesondere eine stärkere Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine Abkehr von der Prozedurenorientierung zu nennen.“

Wird auch die KBV klagen?

Massive Bedenken äußert auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Besonders stört sie, dass das KHVG eine hausärztliche Versorgung in Krankenhäusern ermöglichen kann. Dass Kliniken als sektorenübergreifende Versorger von Transformationszahlungen profitieren könnten, kollidiere womöglich mit dem EU-Beihilferecht, so die KBV. Denn demnach sind „staatliche oder aus staatlichen Mitteln gewährte Beihilfen gleich welcher Art, die durch die Begünstigung bestimmter Unternehmen oder Produktionszweige den Wettbewerb verfälschen oder zu verfälschen drohen“ verboten.



Dass Kliniken als sektorenübergreifende Versorger von Transformationszahlungen profitieren könnten, kollidiere womöglich mit dem EU-Beihilferecht, so die Auffassung der KBV. © stock.adobe.com, peterschreiber.media

Um diese Materie näher zu beleuchten, hat die KBV ein Gutachten bei den Rechtsanwälten der Kanzlei Gleiss Lutz Dr. Ulrich Soltész (Medizinrecht) und Dr. Reimar Buchner (Verwaltungsrecht) in Auftrag gegeben, das der *Presseagentur Gesundheit* vorliegt. „Unserer Einschätzung nach dürfte im Hinblick auf die Nutzung von Mitteln aus der Investitionskostenförderung eine beihilferechtlich relevante Begünstigung vorliegen“, schließen die Juristen und eröffnen der KBV Gegenmaßnahmen. So könnte sie eine Beschwerde bei der Europäischen Kommission einlegen oder vor deutschen Gerichten klagen. Soltész und Buchner tendieren zur ersten Option.

„Wir denken, auch aufgrund unserer Erfahrung in anderen Fällen, dass die Kommission einer Beschwerde, offen gegenüberstehen würde.“ Und weiter: „Im vorliegenden Fall geht es [...] um eine ‚flächendeckende‘ Regelung, die zahlreiche Player betrifft und die erhebliche wirtschaftliche Auswirkungen hat.“

Auch die Latte der Kritik der Unparteiischen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist lang. Unter anderem befürchten sie eine Verschiebung vom „Wie“ der Leistungserbringung unter Qualitätssicherungsaspekten hin zu einem „Ob“. Das Qualitätsniveau drohe durch Abweichungsmöglichkeiten für die Länder und weitere Ausnahmeregelungen zu sinken. Auch die Gründung eines neuen Ausschusses als zusätzliches Beschlussgremium zur Erarbeitung von Empfehlungen zur Festlegung von Qualitätskriterien kritisiert die G-BA-Spitze. Das stelle „keinen Beitrag zur Entbürokratisierung dar, sondern bewirkt im Gegenteil den Aufbau von Doppelstrukturen“, heißt es in der Stellungnahme.

Länder: BMG muss KHVVG-Entwurf ändern

Der Länderkonter zu Lauterbachs viel beschworener „Revolution“ erfolgt in einer geeinten Stellungnahme der Gesundheitsministerkonferenz, die am 30. April vorliegt. „Es besteht Einigkeit unter allen Ländern, dass das Bundesgesundheitsministerium rasch umfassende Änderungen am Gesetzentwurf vornehmen muss“, fordert GMK-Vorsitzende und Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU). Die wohl wichtigste Forderung: die Gesetzeszustimmung durch den Bundesrat. Bei den sektorenübergreifenden Versorgern wollen die Länder außerdem mitbestimmen, welche Leistungen von diesen Einrichtungen erbracht werden können. Auch die auskömmliche Finanzierung sei bisher unklar. „Es muss sichergestellt werden, dass Einrichtungen von sektorenübergreifenden Versorgern, die zur stationären Versorgung genutzt werden, im Rahmen der Investitionskostenförderung förderfähig sind, auch wenn diese zusätzlich für ambulante Behandlungen zur Verfügung stehen“, lautet eine Forderung.



„Es besteht Einigkeit unter allen Ländern, dass das BMG rasch umfassende Änderungen am Gesetzentwurf vornehmen muss“, fordert GMK-Vorsitzende und Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken.
© pag, Fiolka

BMG-Roadmap ist Ländern zu sportlich

Die Regelung von Mindestvorhaltezahlen lehnen die Länder ab, da sie ihrer Ansicht nach einen erheblichen Eingriff in ihre Planungshoheit darstelle. Den Transformationsfonds will die GMK auch modifizieren. Ihm würden „in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 15 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt [...]. Der Bund beteiligt

sich mit weiteren Mitteln im Umfang von bis zu 20 Milliarden Euro“. Die Roadmap im BMG-Entwurf des KHVVG ist den Ländern zu sportlich. Der „Zeitplan sowie die einzelnen Fristen für das Verfahren sind insgesamt zu überarbeiten und entsprechend praxistauglich zu verlängern“. Außerdem erneuern die Länder ihre Forderung nach einer Auswirkungsanalyse und einer Folgeabschätzung. Das am 17. April vorgestellte Tool sei unzureichend. „Zur Einführung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen haben wir einen konkreten Umsetzungsvorschlag, um landesspezifische Versorgungssituationen besser zu berücksichtigen“, führt Hamburgs Gesundheitsministerin Melanie Schlotzhauer (SPD) außerdem aus. „Dieser greift die Thematik auf, dass es für Fachkliniken gerade in Metropolregionen oder spezialisierte Versorgungsangebote eines krankenhauserplanerischen Gestaltungsfreiraums bedarfs.“

Weller statt Lauterbach

Dass sich Lauterbach von der Wucht der Kritik aus allen Lagern beeindrucken lässt, scheint unwahrscheinlich. Nach Informationen der *Presseagentur Gesundheit* habe nicht er die Verbände am 29. April angehört, sondern Michael Weller, BMG-Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Und dieser solle deutlich gemacht haben, dass es für große Änderungen kaum Spielraum gebe. Dem Vernehmen nach rechnet keiner der Angehörten damit, dass sich der Kabinettsentwurf signifikant vom Referentenentwurf unterscheidet.



Dass sich Bundesgesundheitsminister Lauterbach von der Wucht der Kritik aus allen Lagern beeindrucken lässt, scheint unwahrscheinlich. © imago images, Chris Emil Janßen

- **Link:** *Gesundheitsministerkonferenz, Stellungnahme der Länder zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG), 30. April, PDF, 20 Seiten*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

■ Unsichtbare Erfolge

Innovationsfonds-Projekte in der Regelversorgung

Berlin (opg) – Die Eins-zu-Eins-Umsetzung in einen Kollektivvertrag gibt es nicht. Doch auf anderen, verschlungeneren Wegen finden Projekte des Innovationsfonds (Teil-)Einzug in die Regelversorgung. Darauf weisen Expertinnen und Experten auf dem Kongress „Der Innovationsfonds: Zwischen Verstetigung und Weiterentwicklung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im April hin.

Dr. Sibylle Steiner nennt das Telenotarztprojekt in Bayern und Resist, das Ärzte und Patienten für das Thema Antibiotikaresistenzen sensibilisieren soll. Beide Projekte des Innovationfonds seien in der Regelversorgung angekommen. „Ich glaube, das sieht man gar nicht“, hält das Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Mitglied des Innovationsausschusses in der Podiumsdiskussion des Kongresses fest. Und das ist offensichtlich das Problem. Inhalte von Innofonds-Projekten sind sehr wohl Versorgungsrealität, aber nicht Eins-zu-Eins in der kollektivvertraglichen Umsetzung, meint auch Stefanie Stoff-Ahnis, Vorständin beim GKV-Spitzenverband. „Das war womöglich die falsche Erwartungshaltung.“ Steiner schlägt in diesem Zusammenhang vor, ob das nicht ein zukünftiges Innofonds-Projekt wert wäre – nach dem Motto: Wie kann man Innovationsfondsprojekte in der Versorgung sichtbar machen. Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des G-BA und des Innovationsausschusses, ist da skeptisch. Ja, Innovationsprojekte müssen präsenter werden. Aber: „Dafür brauche ich kein Projekt.“



„Scheitern ist eine positive Erkenntnis“

In seinem Eingangsreferat zieht Hecken Zwischenbilanz des 2016 eingeführten Fördertopfes. Demnach erfolgten Beschlüsse zu 65 beendeten Projekten der neuen Versorgungsformen und zu 131 Projekten der Versorgungsforschung. Die Überführungsquote zur Empfehlung in die Regelversorgung liegt bei 27 (neue Versorgungsformen) beziehungsweise 26 Prozent (Versorgungsforschung). Klingt



Dr. Sibylle Steiner (Foto links), Vorstandsmitglied der KBV, Prof. Josef Hecken, Vorsitzender des G-BA, und Stefanie Stoff-Ahnis, Vorständin beim GKV-Spitzenverband, auf dem G-BA-Kongress zum Innovationsfonds. © pag, Weger

nach wenig, räumt Hecken ein. „Scheitern ist aber auch eine positive Erkenntnis“. Es habe ein Projekt gegeben, auf das hätten er und Stoff-Ahnis ihr Privatvermögen gesetzt. Letztendlich sei es aber nicht positiv beschieden worden – reale Evidenz schlägt Bauchevidenz.

In Lobeshymnen wolle Hecken nicht ausbrechen, betont aber nicht ganz ohne Stolz: „Wir haben eine solide Basisfinanzierung für Versorgungsforschung in der Bundesrepublik implementiert, die es in der Form in der Vergangenheit nicht gab.“ Dass der Innofonds durch das Digitalgesetz erst aktuell verstetigt wurde und mit 200 Millionen Euro gefördert wird, fasst er als Verpflichtung auf. Optimierungsbedarf sieht er nicht nur in der Sichtbarkeit. Nun gehe es außerdem darum, wesentlich genauer auf die Fallzahlplanungen zu schauen und darum, die Endpunkte exakter zu definieren.

Kulturwandel durch Innofonds

In der Diskussionsrunde hebt G-BA-Patientenvertreter Dr. Martin Danner einen Erfolg hervor, der auf den ersten Blick gar nicht so offensichtlich ist. Das Verständnis der Akteure untereinander sei durch die Zusammenarbeit in den Vorhaben gestärkt worden. Das honoriert auch Thomas Renner, Unterabteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). „Das Zusammenwirken hat einen Kulturwandel hervorgerufen“, gibt er die Einschätzung der Innofonds-Evaluation durch das Beratungsunternehmen Prognos wieder. Die Mitglieder des Ausschusses sehen aber noch Optimierungsbedarf.



Danner macht derzeit verheerende Rekrutierungszahlen aus. Es mangle nicht nur an Patienten, sondern auch an Behandlern. Ein Kongressteilnehmer aus dem Publikum wirft ein, dass man auch mit Routinedaten arbeiten müsse. Das stößt auf positives Echo bei Renner, der gerne die Registerlandschaft verbessert wissen würde. „Wir müssen viel schneller an Daten kommen.“

Thomas Renner, Unterabteilungsleiter Digitalisierung und Innovation im BMG, Patientenvertreter Dr. Martin Danner und KZBV-Chef Martin Hendges (von links) © pag, Weger

Für künftige Vorhaben wünscht sich Martin Hendges, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZBV), noch mehr sektoren- und fächerübergreifende Kooperationen – zum Beispiel zwischen Zahnmedizin auf der einen Seite und Diabetologie und Kardiologie auf der anderen Seite. „Da gibt es noch viel Spielraum für vernünftige Projekte“. Auf dem Wunschzettel von Dr. Gerald Gaß steht die Adressierung des Personaleinsatzes. Wie man mit weniger Arbeitskräften mehr Gesundheit schafft, sei für den Vorstandschef der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft die große Herausforderung. Eine Fragestellung des Innovationsausschusses müsse deswegen lauten: „Wo können wir wirklich durch den Einsatz von KI die Versorgung verbessern?“

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

■ **Strukturreformen schonen Personalressourcen**

Gutachten – Nix Neues vom Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege

Berlin (opg) – Im internationalen Vergleich kann sich die Fachkräftdichte im Gesundheitswesen der Bundesrepublik sehen lassen. Gleichzeitig existieren Versorgungsengpässe. „Das weist auf strukturelle Mängel und Ineffizienzen hin“, hält Prof. Michael Hallek anlässlich des neuen Gutachtens des Sachverständigenrats (SVR) Gesundheit und Pflege fest, dessen Vorsitzender er ist. Der Titel der über 300 Seiten umfassenden Expertise lautet: „Fachkräfte im Gesundheitswesen nachhaltig einsetzen – Strukturreformen endlich angehen“.

„Plakativ ausgedrückt glauben wir, dass der ineffiziente Einsatz von Personalressourcen im deutschen Gesundheitswesen gestoppt werden muss“, sagt der Kölner Onkologe am 24. April bei der Vorstellung des Gutachtens in der Bundespressekonferenz. Zusammen mit den SVR-Mitgliedern Prof. Melanie Messer und Prof. Jonas Schreyögg, erörtert er Maßnahmen, wie eine effiziente Personalverteilung und -gewinnung gelingen kann. „Es wird nicht ausreichen, die Anzahl der Beschäftigten weiter zu erhöhen“, unterstreicht der Vorsitzende der Gesundheitsweisen. So wirbt Messer für neue Aufgaben- und Verantwortungsprofile von Pflegekräften. „Bei entsprechender Qualifikation muss für Pflegefachkräfte auch die eigenverantwortliche Ausübung von Heiltätigkeiten möglich sein.“ Außerdem macht sie sich dafür stark, dass Pflege eigene Selbstverwaltungsstrukturen in Form einer Bundespflegeberufekammer bekommt.



Vorstellung des SVR-Gutachtens zu Fachkräften im Gesundheitswesen mit (von links) Prof. Jonas Schreyögg, Prof. Melanie Messer und Prof. Michael Hallek. © imago images, Jürgen Heinrich

Berufsübergreifende Gesundheitspersonalplanung

Auf der Agenda der Pflegewissenschaftlerin Messer steht darüber hinaus eine berufsgruppenübergreifende nationale Gesundheitspersonalplanung. „Auf dieser Informationsgrundlage sollen Engpässe künftig früher identifiziert und mit geeigneten Maßnahmen adressiert werden“, heißt es dazu im Gutachten.

Schreyögg macht sich unter anderem für ein Primärarztssystem stark. Dadurch könnten überflüssige oder nicht indizierte Untersuchungen, die Ressourcen binden, vermieden werden, führt das Gutachten an. Eingeschriebene Versicherte sollten davon finanziell profitieren – zum Beispiel durch Beitragsrückerstattungen oder reduzierte Arzneimittelzuzahlungen. „Die Anreize müssen wirklich substanziell sein, um einen Effekt zu erreichen“, fordert Schreyögg. Denkbar sind laut Gutachten Beitragsrückerstattungen oder reduzierte Arzneimittelzuzahlungen.

SVR findet BIPAM gut

Ferner müssten laut SVR zur Ressourcenschonung von Personal Prävention und die Gesunderhaltung der Menschen „im Sinne von ‚Health in All Policies‘ zukünftig stärker in allen Politikbereichen berücksichtigt werden“. Eine Schlüsselrolle falle dabei dem geplanten Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) zu, „welches vernetzt über alle Berufsgruppen, Sektoren und ministerielle Ressorts agieren sollte“, schreiben die Gesundheitsweisen.



Schreyögg fordert außerdem mehr Ambulantisierung, Vorhaltepauschalen und weniger DRGs. Der Gesundheitsökonom erneuert auch eine alte Forderung des SVR: die Reform der Notfallversorgung – mit Integrierten Leitstellen und Integrierten Notfallzentren. „Wenn das politisch nicht umgesetzt wird, reagieren die Akteure bottom-up“, so der Gesundheitsökonom. „Wir sehen ganz viele Standorte in Deutschland, die Teile der Notfallreform ohne gesetzliche Änderung versuchen vorwegzunehmen.“ Ein Beispiel sei der Gemeinsame Tresen. So werde der Politik gezeigt, dass die Praktiker eine Notfallreform wollen.

Prävention und die Gesunderhaltung der Menschen sollen laut SVR zur Ressourcenschonung von Personal künftig stärker in allen Politikbereichen berücksichtigt werden. © iStock.com, spukkato

Lauterbach will Doppelstrukturen überwinden

Auch Doppelstrukturen belasteten die personelle Situation im Gesundheitswesen, hält das Gutachten fest. Darauf springt Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) an, dem Hallek das Gutachten im Anschluss im Ministerium übergibt. „Wir können uns die Doppelstrukturen, Fachärzteschaft in der Klinik und im niedergelassenen Bereich, einfach nicht mehr in der Form leisten, wie wir es jetzt machen“, befindetet der Gesund-



Übergabe des Gutachtens im BMG, v.l.n.r.: Prof. Jochen Schmitt, Prof. Leonie Sundmacher, Prof. Melanie Messer, Bundesminister Prof. Karl Lauterbach, Prof. Michael Hallek, Prof. Jonas Schreyögg, Prof. Nils Gutacker, Prof. Stefanie Joos. © BMG, Rolf Schulten

heitsminister. Als Aufhebung der doppelten Facharztschiene will er diese Aussage nicht verstanden wissen. „Wir wollen keinen Ideologiekampf neu aufleben lassen.“ Ihm gehe es um die Stärkung der sektorenübergreifenden Kooperation, zum Beispiel durch die Level-1i-Häuser im Zuge der Krankenhausreform. „Jeder weiß, dass wir zwischen den Sektoren besser zusammenarbeiten müssen“, unterstreicht auch Hallek.

Lauterbach zeigt sich äußerst zufrieden mit der Expertise. „Im Gutachten sehe ich eine Unterstützung der Reformmaßnahmen.“ Er hat Recht, viele der Vorschläge haben bereits Einzug in Referentenentwürfen oder Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums gefunden. Also mitunter nichts Neues oder Visionäres, was die Sachverständigen da vorschlagen. Die Weisheit der Gesundheitsweisen beschränkt sich auf politischen Rückenwind für die aktuelle Politik.

SpiFa: Doppelstrukturen – was soll das sein?

Die Reaktionen auf das neue Gutachten fallen durchwachsen aus. Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) negiert Doppelstrukturen. „Eine sogenannte doppelte Facharztschiene oder Doppelstrukturen existieren in der fachärztlichen Versorgung schlicht nicht“, meint sein Vorstandsvorsitzender Dr. Dirk Heinrich. „Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik und Praxis arbeiten zwar fachärztlich im selben Fachgebiet, nehmen aber unterschiedliche fachärztliche Aufgaben wahr.“ Bestehende Überschneidungen seien der Sektorengrenze geschuldet. „Diese gilt es jetzt durch eine umfängliche Ambulantisierung mit Zugriff sowohl durch Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik als auch in Praxis zu überwinden.“ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hebt den Präventionsaspekt hervor. „Vermeidbare Erkrankungen vermeiden und damit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das notwendige Maß zu konzentrieren, ist die wichtigste Maßnahme überhaupt“, findet ihr Vorsitzender Dr. Gerald Gaß.

Begeistert zeigt sich der Deutsche Pflegerat, der dem SVR bescheinigt, eine „Blaupause zur Rettung der Pflege“ vorgelegt zu haben. Seine Präsidentin Christine Vogler findet viele ihrer Forderungen in der Expertise wieder. Sie verlangt nun:



Reaktionen auf das neue Gutachten kommen unter anderem von Dr. Dirk Heinrich, Dr. Gerald Gaß und Christine Vogler (von links). © pag, Fiolka

„Die im Gutachten genannten Maßnahmen müssen in einen Maßnahmenplan überführt werden. Erforderlich ist die Bildung einer Task-Force unter Beteiligung der Profession Pflege, die jeden einzelnen Punkt wertfrei aufgreift und umgehend in die Umsetzung bringt.“

● **Link:** *Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, Fachkräfte im Gesundheitswesen nachhaltig einsetzen – Strukturreformen endlich angehen, Gutachten 2024, PDF, 332 Seiten*

● **Link:** *Gerechte-Gesundheit.de, Umfrage des Monats: Sind die Gutachten des Sachverständigenrats noch relevant?, externer Link zu www.gerechte-gesundheit.de*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶



■ Wasem: GOÄ-Verschleppung ist „Staatsversagen“

Im Gesundheitsausschuss drängen Sachverständige auf Reform

Berlin (opg) – Am 9. Januar sprach Prof. Karl Lauterbach Worte, die aufhorchen ließen. „Ein Beschäftigungskorridor wird betreten.“ So kündigte der Gesundheitsminister an, dass sein Ressort die seit 1982 geltende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angehen wolle. Passiert ist seitdem allerdings nichts. Im Bundestag drängt die CDU/CSU-Fraktion nun per Antrag auf eine Novellierung von GOÄ und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Dazu nehmen Sachverständige am 24. April in einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss Stellung.

Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem geißelt die Verschleppung der GOÄ-Reform. „Das ist Staatsversagen.“ Zum einen wird in der noch gültigen Gebührenordnung der medizinische Fortschritt nicht berücksichtigt, sodass sich Behandler mit Analog-Ziffern helfen müssen. Auch seien die Preise nicht zeitgemäß, die sprechende Medizin werde im Vergleich zur Apparatedizin nicht angemessen berücksichtigt. Generell schlägt der Sachverständige eine verlässliche und kontinuierliche Anpassung der GOÄ vor.

Wasem sitzt im Europasaal des Paul-Löbe-Hauses neben Prof. Ferdinand Gerlach, Wissenschaftler, Mediziner und ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege. Ein bisschen spielen sie sich gegenseitig die Bälle zu, vertreten aber durchaus unterschiedliche Positionen. Aber auch Gerlach ist der Ansicht: „Die GOÄ im jetzigen Zustand ist komplett veraltet. Sie muss reformiert



Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem geißelt die Verschleppung der GOÄ-Reform.
© pag, Fiolka

werden.“ Er kann sich zwar keine Vereinheitlichung, wohl aber eine „partielle Harmonisierung“ zwischen GOÄ und EBM vorstellen. Als Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem hat er dem Bundesgesundheitsministerium dazu 2019 ein Gutachten vorgelegt. Das nahm der Hausherr Jens Spahn (CDU) zur Kenntnis und ließ es dann in der Schublade verschwinden.

Gerlach nutzt die Anhörung, um die Vorschläge der Politik noch einmal schmackhaft zu machen. Harmonisieren ließen sich die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation. Vorteile wären eine bessere Transparenz, weniger Aufwand für die Praxen und eine bessere Datenlage. „Dann würden die Verzerrungen, die wir jetzt haben, nicht mehr auftreten“, spricht er das derzeitige Verhältnis von sprechender und technischer Medizin an. „Damit haben wir Fehlanreize für Über- und Unterversorgung.“

BÄK und PKV sind sich einig

Gerlach findet auch den derzeitigen modus operandi der GOÄ-Novelle ungewöhnlich: Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) bereiten informell eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums vor. Die Version von BÄK und PKV-Verband sei mittlerweile konsentiert, berichten Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und PKV-Verbands-Direktor Dr. Florian Reuther in der Anhörung. Die letzten eineinhalb Jahre habe man sehr kleinteilig über die Preise verhandelt, sei sich jetzt aber einig. Was noch ausstehe, sei die Rückkopplung der Vorschläge mit den jeweilige Verbandsorganen. Reuther und Reinhardt wünschen sich, dass die GOÄ künftig „à jour“ gehalten werde. Der BÄK-PKV-Entwurf sieht „eine Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo) vor, durch die eine regelmäßige Anpassung durch den Ordnungsgeber an den Fortschritt der Medizin und die Kostenentwicklungen gewährleistet werden soll“, schreibt Reuthers Verband in seiner schriftlichen Stellungnahme.

Der Antrag der Union schlägt nicht nur eine Novellierung der GOÄ, sondern auch der GOZ vor. Die hält Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer, für dringend notwendig. Denn der derzeitige status quo sei durchaus ein Niederlassungshemmnis. „Wir haben seit 35 Jahren einen eingefrorenen Punktwert. Er war damals mit elf Pfennig novelliert, heute sind es 5,6 Cent“, unterstreicht sie. Dagegen seien die Energie- und Hygienekosten sowie die Gehälter des Praxispersonals gestiegen.



Prof. Ferdinand Gerlach meint: „Die GOÄ im jetzigen Zustand ist komplett veraltet.“ © pag, Weger



Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt © pag, Weger



Dr. Romy Ermler, Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer © pag, Weger

[◀ zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion ▶](#)

■ **Aufgeschoben ist nicht aufgehoben**

GVSG kann auch wieder größer werden

Berlin (opg) – Es geht Schlag auf Schlag. Nach der Verbändeanhörung zum Krankenhausversorgungsgesetz am 29. April steht eine Woche später das Gesundheitsversorgungsgesetz (GVSG) auf der Agenda im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Den Entwurf hat Minister Prof. Karl Lauterbach (SPD) regelrecht ausgehöhlt und Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen sowie Primärversorgungszentren herausgeworfen.

Aus dem BMG ist allerdings zu hören, dass diese Punkte, ebenso wie das Homöopathie-Verbot in den GKV-Satzungsleistungen, im laufenden Gesetzgebungsverfahren durch Änderungsanträge wieder im GVSG landen könnten. Dem Vernehmen nach hat der Minister die Punkte zur Wahrung des Koalitionsfriedens vorerst gestrichen: So steht die FDP beispielsweise den Kiosken äußerst skeptisch gegenüber. Auch um das Gesetz in der Ressortabstimmung über den Tisch von Finanzminister Christian Lindner (FDP) zu bekommen, habe laut BMG eine Rolle gespielt.



Jubel oder Trauer über den aktuellen Entwurf sind also verfrüht. Dabei hatten die Kassen Lauterbach schon applaudiert, dass er aus ihrer Sicht kostenintensive Inhalte herausgenommen hat – auch die Medizinstudienplatzförderung zulasten der GKV sind nicht mehr Bestandteil des aktuellen Entwurfs. „Es ist gut, dass die Bundesregierung angesichts der enormen Ausgabensteigerungen, die auf die Beitragszahlenden zukommen, auf umstrittene und kostenintensive Projekte, wie die Gesundheitskioske, verzichtet“, meint beispielsweise Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK).



Der Entwurf des GVSG enthält jetzt nicht mehr das Homöopathie-Verbot, Gesundheitskioske und die Medizinstudienplatzförderung.
 © stock.adobe.com, Björn Wylezich, © Gesundheit für Billstedt/Horn UG © stock.adobe.com, Africa Studio

Andere sind geradezu entsetzt, dass für sie wichtige Punkte dem Schnitt zum Opfer fielen. So ärgert sich Prof. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC), darüber, dass Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren aktuell keine Berücksichtigung finden. „Besonders dramatisch ist das für die vielen Akteure vor Ort wie Praxis- und Gesundheitsnetze, Krankenhäuser oder Landkreise, die Gesundheitsversorgung konkret gestalten möchten, darauf seit Jahr und Tag hinarbeiten und durchaus bereit sind, dafür extra Meilen zu gehen“, bedauert er im opg-Interview (*siehe Seite 17 in dieser Ausgabe*). „Sie alle haben darauf gewartet, dass ein Rahmen für ihre Initiativen aus Berlin kommt – und jetzt kommt nichts.“

„Kein Potenzial zur Verbesserung der Versorgung“

Neuer Kern des GVSG ist nun die Honorarreform hausärztlicher Leistungen mit Entbudgetierung sowie Chroniker- und Vorhaltepauschalen. Bis auf die Entbudgetierung hat selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bei diesen Punkten Bedenken, wie sie anlässlich der Verbändeanhörung mitteilt. „Nach Einschätzung der KBV bergen diese die Gefahr erheblicher Honorarumverteilungen mit riskanten und kaum kalkulierbaren Auswirkungen auf die Versorgung.“ Dass Lauterbach mit diesen Maßnahmen keinen Blumentopf bei den Krankenkassen gewinnen kann, ist klar. Auch die Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen kommt bei diesen nicht gut an. „Keine dieser Maßnahmen hat Potenzial zur Verbesserung der Versorgung, schon gar nicht in unterversorgten Regionen. Um den Arztberuf attraktiver zu machen, bräuchte es eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Möglichkeit Familie und Beruf zu vereinbaren, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten“, urteilt der Dachverband der Betriebskrankenkassen. Dass vorerst auf Gesundheitsregionen verzichtet werden soll, hält dieser auch für einen Fehler. Damit geht er d'accord mit anderen Kassenarten.



Neuer Kern des GVSG ist nun die Honorarreform hausärztlicher Leistungen. © iStock.com, nuttapong punna

AOK will Gesundheitsregionen

Der AOK-Bundesverband etwa hat vor Kurzem dazu ein Positionspapier veröffentlicht. Kernstück ist eine neue Rechtsgrundlage für eine regionale sektorenunabhängige Versorgung. Möglichst dezentral, flexibel und praxistauglich gehöre der Vertragsrahmen formuliert, betont die Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband Dr. Sabine Richard Mitte April vor der Presse. Angesprochen seien gestaltungswillige Akteure. „Jenseits des kollektiven Geleitzuges sind

Initiativrechte und Implementierungsmöglichkeiten für den ‚Club der Willigen‘ notwendig.“ Die Möglichkeit beizutreten, stehe allen Kranken- und Pflegekassen offen. Dazu fordert der AOK-Bundesverband einen neuen Paragraphen 123 im SGB V zu manifestieren, außerdem im Sozialgesetzbuch XI für die Pflege. Innovative Akteure könnten voranschreiten, ohne von kollektiven Blockaden oder Vetorechten ausgebremst zu werden.



Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin Versorgung im AOK-Bundesverband © pag, Weger

Denkbar seien viele Anwendungsbereiche: „Bisher stationär genutzte Ressourcen könnten für ambulante Versorgungskonzepte geöffnet werden, sofern Krankenhäuser für die Sicherstellung vollstationärer Versorgung in der Region nicht mehr erforderlich sind“, veranschaulicht Richard. Medizinisches Personal bleibe in der Region und ambulante Versorgung werde erweitert. Der Vorschlag inkludiert, Zulassungsregelungen zu ergänzen, sodass stationär tätige Ärzte einfacher als bisher auch für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt werden können.

- **Link:** *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), 12. April 2024, PDF, 66 Seiten*
- **Link:** *AOK-Bundesverband, Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten, März 2024, PDF, 33 Seiten*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶



INTERVIEW

■ „Der Minister hat ein großes Stück Vertrauen verspielt“

BMC-Chef Prof. Lutz Hager über den „Genickbruch-Moment“ beim GSVG

Berlin (opg) – Die radikalen Streichungen am geplanten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GSVG) haben viele Experten schockiert. Im Interview warnt Prof. Lutz Hager, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC), davor, dass nichts zu tun am teuersten ist und am meisten Zukunft kostet. Zwar sei die Versorgung der Politik schon weit voraus, denn vernetzte Strukturen und Kooperationen entstehen Hager zufolge bereits an vielen Orten. „Wir machen es ihnen aber weiterhin unnötig schwer.“

opg: Wie bewerten Sie die radikalen Streichungen am GSVG?

Hager: Ich empfinde das wirklich als dramatisch. Die einfachste Lösung ist immer, nichts zu machen. Das ist für die Gesundheitsversorgung aber auch die schlechteste Lösung.

opg: Warum?

Hager: Nichts zu tun, ist am teuersten und kostet uns am meisten Zukunft. Was wir versäumen zu säen, werden wir auch nicht ernten können. Wir haben uns in einem eisernen Gehäuse von Festlegungen eingesperrt und finden den Ausgang nicht mehr. Sektorengrenzen sind das beste Beispiel. Besonders dramatisch ist das für die vielen Akteure vor Ort wie Praxis- und Gesundheitsnetze, Krankenhäuser oder Landkreise, die Gesundheitsversorgung konkret gestalten möchten, darauf seit Jahr und Tag hinarbeiten und durchaus bereit sind, dafür extra Meilen zu gehen. Sie alle haben darauf gewartet, dass ein Rahmen für ihre Initiativen aus Berlin kommt – und jetzt kommt nichts. Da können wir nicht stehen bleiben.

opg: Was sehen Sie als größten Verlust?

Hager: Wenn es uns nicht gelingt, regionaler Vernetzung einen Schub zu geben. Aus internationalen Vergleichen geht klar hervor: Wir haben nicht zu wenig Personal und auch nicht zu wenig Mittel im System.

Zur Person

Prof. Lutz Hager ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC) und Professor für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule, Riedlingen. Zuvor arbeitete der Politologe unter anderem als Unternehmensberater bei McKinsey und war Geschäftsführer der IKK Südwest. Die Geschicke des BMC lenkt er seit April 2022.



Wir verfügen außerdem auch heute noch in der Breite über einen sehr guten Zugang zur Versorgung. Schwach sind wir auf der Ebene der Prozesse und Strukturen – genau dort sind wir in diesem eisernen Gehäuse gefangen. Wir müssen uns anders organisieren und das kann nur durch interprofessionelle, interdisziplinäre und digital unterstützte Vernetzung gelingen. Diese kann wiederum nur im Zusammenspiel der Beteiligten vor Ort entstehen. Diese benötigen Gestaltungsfreiheit. Und nur die Beteiligten in der Gesundheitsversorgung können Veränderungen auch den Menschen vermitteln. Die Politik überhebt sich, wenn sie glaubt, dass Schablonen als Lösungen bei den Menschen ankommen. Sie ist genau genommen dann auch überheblich – mit allen Folgen, die wir an Wahltagen sehen.



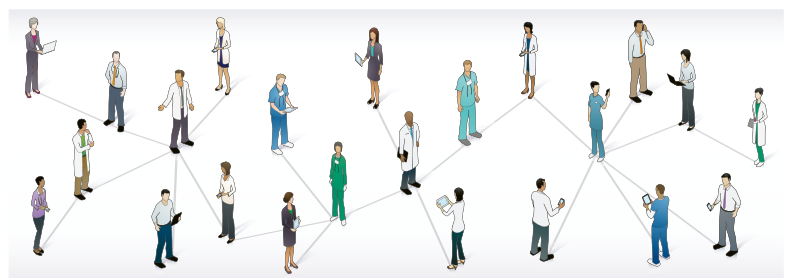
Schwach sind wir auf der Ebene der Prozesse und Strukturen – genau dort sind wir in diesem eisernen Gehäuse gefangen. © iStock.com, erhui1979

opg: Wie sieht eine idealtypische Gesundheitsregion aus?

Hager: Eine solche Gesundheitsregion entsteht aus Initiativen, die schon regionale Zusammenhänge erschlossen haben, z.B. aus einem Praxisnetz, einer Gesundheitsregion, wie es in Bayern und Niedersachsen gibt, oder auch entlang eines Stadt- oder Landkreises. An einer solchen Initiative beteiligen sich ganz vielfältige Akteure aus der Versorgung: Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Physiotherapeuten etc. Natürlich besteht auch eine Verbindung zu den sozialen Angeboten der Kommunen. Einige Elemente sind für das Funktionieren einer Gesundheitsregion elementar.

opg: Welche sind das?

Hager: Erstens Vernetzung und Sicherstellung: Es existieren Patientenpfade und Absprachen und somit weiß jeder Leistungserbringer, was er zu tun hat und an wen er weiterleiten kann. Das zweite Element ist, dass die Teilnahme für die Menschen in der Region ohne Hürde oder zusätzliche Einschreibung zugänglich ist, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse sie versichert sind. Das bedeutet, alle Krankenkassen nehmen teil. Für dieses Miteinander braucht es drittens Koordinierung und kluge Vertragsmodelle zwischen Krankenkassen und den anderen Beteiligten, damit alle auf einer Linie sind.



„An einer solchen Initiative beteiligen sich ganz vielfältige Akteure aus der Versorgung: Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Physiotherapeuten etc.“ © iStock.com, mathisworks

opg: Mit den Selektivverträgen kommen wir in dieser Hinsicht nicht mehr weiter, oder?

Hager: Mit den Selektivverträgen nach 140a SGB V haben wir in den vergangenen 20 Jahren nur sehr kleine Fortschritte gemacht. Wir brauchen daher ein neues Instrument. Der BMC schlägt vor, dem Paragraphen 140a einen 140b für regionale Versorgung an die Seite zu stellen. Dieser sollte eine Koordination der Angebote in einer Region im Einvernehmen mit den Krankenkassen ermöglichen. Ich bin mir sicher, dass an vielen Stellen „Koalitionen der Willigen“ diese Chance nutzen werden, um regionale Konzepte zu entwickeln, vernetzte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg zu organisieren und auch einfach Versorgung unter schwierigen Umständen im Verbund sicherzustellen. Dies kann jeweils ganz unterschiedliche Schwerpunkte und auch Absprachen beinhalten.



„Mit den Selektivverträgen nach 140a SGB V haben wir in den vergangenen 20 Jahren nur sehr kleine Fortschritte gemacht.“

opg: Hat die sehr polarisierend geführte Debatte zu den Gesundheitskiosken von den anderen Gesetzesinhalten abgelenkt und das Klima vergiftet?

Hager: Ja, das nehme ich definitiv so wahr. Ich sehe die Primärversorgungscentren und Gesundheitsregionen als Kollateralschaden. Im Gesundheitswesen begehen wir leider zu oft den Fehler, in Schablonen zu denken. Wir glauben, dass wir alles von Berlin aus vordenken können. Der Streit um die beste Schablone lenkt davon ab, dass es immer vor Ort passgenau gemacht werden muss. Es gibt ganz viele Wege, Versorgungsansätze und Kombinationsmöglichkeiten für eine vernetzte Versorgung – und zwar sowohl auf der Mikroebene der Primärversorgungscentren als auch eine Ebene darüber, wenn man anfängt, etwas mit mehreren Beteiligten zu organisieren. Anstelle von Schablonen geht es darum, den Raum für die vielen Initiativen und Aktivitäten, die bereits existieren, zu öffnen.

opg: Warum sind die Primärversorgungscentren aus Ihrer Sicht so zukunftssträftig?

Hager: Primärversorgung hat erste Priorität in allen westlichen Gesundheitssystemen. Diese funktioniert als engmaschiges Netz vieler Beteiligter und Berufsgruppen, weit über die klassische Hausarztpraxis hinaus. Primärversorgungscentren ist der Oberbegriff, unter dem sich verschiedene Konzepte versammeln und für die es national und international viele Erfolgsgeschichten gibt. Es ist ja paradox: Bei der Krankenhausreform erlauben wir uns ein Vergütungsmodell einzuführen, das bisher nirgendwo erprobt wurde. So sollen Milliarden von Euro umgeschichtet werden. Bei der Primärversorgung und den Primärversorgungscentren gibt es dagegen sowohl national als auch international seit Jahrzehnten erprobte Ansätze. Wir wissen, dass das funktioniert und dass die



„Primärversorgung hat erste Priorität in allen westlichen Gesundheitssystemen.“
© stock.adobe.com, elenabsl

Akzeptanz in anderen Ländern groß ist. Das hat zuletzt eine Studie der OECD belegt. Wir müssen diese Evidenz auch einmal zur Kenntnis nehmen.

opg: Wie stehen die Chancen, dass doch noch einige Kerninhalte des Gesetzes gerettet werden können?

Hager: Ich bin optimistisch, weil ich glaube, dass wir starke Argumente für regionale Gestaltungsfreiheiten und für eine vernetzte Primärversorgung haben – auch unter der Perspektive einer schlechter werdenden Versorgungssituation in manchen Regionen. Dort können wir uns die alten Zöpfe sektoraler und anderer Schranken schlichtweg nicht mehr leisten, wenn wir den Menschen dort weiterhin eine gute Versorgung anbieten wollen.

opg: Sie vermissen Verknüpfungen zwischen dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und der geplanten Krankenhausreform. Wie müssten die notwendigen Bindeglieder aussehen?

Hager: Wir haben uns auf einen Reformweg gemacht, der sektoral angelegt ist, und es versäumt, am Anfang ein gemeinsames Dach zu zeichnen – ein Leitbild für eine vernetzte Versorgung der Zukunft. In der Krankenhausreform ist rein gar nichts für den Abbau der Sektorengrenzen enthalten. Dabei erkennen viele Krankenhäuser schon jetzt, dass sie ohne kluge ambulant-stationäre Kooperationen in Zukunft nicht wirtschaftlich arbeiten können.

opg: Es soll doch aber die Level-1i-Häuser geben.

Hager: Ja genau – nur sind diese ebenfalls aus einer sektoralen Motivation entstanden, quasi als Zweitverwertung für ehemalige Krankenhäuser, für die man sich etwas ausdenken musste. Ich bezweifle, dass das in der Realität hilft. Weder sind die Immobilien für andere Aufgaben geeignet – vom Sanierungsaufwand ganz zu schweigen – und stehen vielleicht auch gar nicht dort, wo man sie brauchen würde –, noch sind solche Would-be-Krankenhäuser attraktiv für vorher am Krankenhaus beschäftigte Ärztinnen und Ärzte. Sie leisten auch keine stationäre Weiterbildung und können sich von dort verstärken. Gemeint sind bettenführende Primärversorgungszentren, die neu und regional bedarfsgerecht entstehen sollten.

opg: Welche Hebel müssen bewegt werden, um eine sektorenübergreifende Versorgung ernsthaft möglich zu machen?



Prof. Hager zu Level-1i-Häusern: „Nur sind diese ebenfalls aus einer sektoralen Motivation entstanden, quasi als Zweitverwertung für ehemalige Krankenhäuser, für die man sich etwas ausdenken musste.“

Hager: Sektorenübergreifende Versorgung funktioniert nur mit einem gemeinsamen Interesse. Das ist naheliegenderweise die Patientenversorgung und Sicherstellung, also der Schutz von Überlauf und Überforderung. Darüber hinaus ist es völlig legitim und sogar notwendig, auch die Mehrwerte besserer Versorgung zu erschließen. Das wirtschaftliche Schwungrad ist die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten durch bessere ambulante Versorgung. Dies kann durch enge Zusammenarbeit erreicht werden und davon sollte auch ein Krankenhaus profitieren. Solange Krankenhäuser ausschließlich dafür bezahlt werden, dass sie stationäre Leistungen erbringen, werden sie nur dies tun. Die Vorhaltefinanzierung für Krankenhäuser sollten wir als Einstieg in regionale Versorgungsbudgets nutzen, die darauf ausgerichtet sind.



„Solange Krankenhäuser ausschließlich dafür bezahlt werden, dass sie stationäre Leistungen erbringen, werden sie nur dies tun.“
© stock.adobe.com, upixa

opg: Und ambulant?

Hager: Im ambulanten Bereich sind erweiterte und stärker strukturierte DMP sowie Patientenlotsen für komplexe Erkrankungen das Gerüst, auf dem dann spezifische regionale Absprachen und Patientenpfade aufsetzen können. Die Vergütung sollte diesen Pfaden folgen und auch Erfolgskriterien beinhalten. Wir kritisieren völlig zu recht die bestehenden Fehlanreize, es fällt uns jedoch schwer, den nächsten logischen Schritt zu machen und positiv wirkende Anreize zu verankern. Genau das ist aber die Grundlage, damit für die Patientinnen und Patienten bessere Gesundheitsversorgung auch entstehen kann.

opg: Kommen wir auf ein weiteres Gesetz in der Pipeline zu sprechen, das sogenannte Herz-Gesetz. Was halten Sie von den bereits bekannten Inhalten?

Hager: Ich halte es für sehr wichtig, den Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu legen. Diese sind nicht nur Todesursache Nummer eins, es existieren viele wirksame Hebel und Deutschland rangiert gerade bei vorzeitigen Sterbefällen im Lebensalter von 50 bis 65 Jahren nach einer Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung und des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Westeuropa auf dem letzten Platz. Dabei müssen wir zwei Dinge tun.



„Wir müssen einen Schritt vor die DMP kommen, sprich Früherkennung verstärken und Risikofaktoren bereits als Einschlusskriterien für gestufte Programme nutzen.“ © iStock.com, Panuwat Dangsungnoen

opg: Nämlich?

Hager: Wir müssen einen Schritt vor die DMP kommen, sprich Früherkennung verstärken und Risikofaktoren bereits als Einschlusskriterien für gestufte Programme

nutzen. Damit verbinden wir die Welt der Prävention mit der „organisierten“ Gesundheitsversorgung. Darin liegt auch eine Chance, Lebensstil als den stärksten medizinischen Wirkstoff, den wir haben, stärker in das Bewusstsein der Menschen zu bringen.

opg: Und das zweite ...

Hager: ...ist eine Intensivierung und Neuausrichtung der DMP. DMP sind für mich das Rückgrat der Versorgung chronisch-degenerativer Erkrankungen – mit der Herz-Kreislauf Symptomatik an erster Stelle. Die Krankheitsentwicklungen sind statistisch vorhersehbar, unsere Antwort muss eine Standardisierung der Versorgung sein. Die Erkenntnisse dazu schreiten auch dank KI rapide voran. DMP sind ein Versorgungsinstrument, das wir systematisch ausbauen müssen – gerade unter Einbeziehung nicht-medizinischer Kompetenz und digitaler Möglichkeiten.

opg: In welche Richtung?

Hager: Genaugenommen ist der Bereich chronisch-degenerativer Erkrankungen ein eigenständiges Versorgungssystem, das vor allem auf die Mitwirkung, Kompetenz und das Selbstmanagement von Patienten und ihrer Angehörigen setzt. EBM und DMP sollten in eine gemeinsame Vergütung zusammengeführt werden. Es ist absolut notwendig, dass alle Ärztinnen und Ärzte an den DMP in ihren Fachgebieten teilnehmen müssen. Dafür sollten die Programme wiederum attraktiver gestaltet werden.

opg: Wie erreicht man das?

Hager: Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte sind die Vorgänge bürokratisch überfrachtet. Wir machen zu wenig aus den Daten, die wir erheben und die Vergütung trägt nicht dem Potenzial an Krankheitsvermeidung Rechnung. Auch aus Patientensicht gibt es zu wenig Steuerung und zu wenig Anreize. Das kann man auch mit digitalen Elementen erreichen. Ich sehe dabei eine riesige Chance, Gesundheit als ein positives Element in den Lebensalltag von Millionen Menschen und letztlich uns allen zu integrieren.



„Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte sind die Vorgänge bürokratisch überfrachtet. Wir machen zu wenig aus den Daten, die wir erheben (...).“

opg: Bis es so weit ist, müssen aber noch einige dicke Bretter gebohrt werden.

Hager: Es muss vieles angegangen werden. DMP führen derzeit ein Schatten-dasein, was der Bedeutung von chronischen Erkrankungen überhaupt nicht gerecht wird. Daher ist die Zielrichtung des geplanten Herz-Gesetzes, DMP zu stärken und in der Fläche zu tragen, absolut richtig. Ich halte es auch für richtig, den Schwer-

punkt bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu setzen. Das heißt nicht, dass wir die anderen DMP nicht benötigen. Aber wir müssen das große Thema im Zentrum erkennen, die einzelnen DMP können sich teilweise dazu gruppieren, sofern es inhaltliche Überschneidungen gibt. Lebensstiländerung ist etwa ein Faktor, der eigentlich alle DMP betrifft.

opg: Ist es eigentlich schwieriger, die Behandler davon zu überzeugen, die Patienten oder die Kassen?

Hager: In der jetzigen Situation ist es leider schwierig, alle drei Parteien zu überzeugen. Die Lösung ist ein Programm zu schaffen, das sowohl Krankenkassen als auch Behandler in eine klare Perspektive einbindet. Kasse und Arzt machen das DMP dann wiederum dem Versicherten schmackhaft. Kein Behandler soll etwas empfehlen, was er nicht selbst für sinnvoll erachtet, und das gilt für die Krankenkassen ebenfalls.

opg: Das deutsche Gesundheitswesen ist ziemlich kostenintensiv, dafür sind die Outcomes mittelprächtigt. Welches Kernproblem steckt dahinter?

Hager: Das Kernproblem ist die mangelnde Zusammenarbeit. Jeder macht seins, das gemeinsame Ziel hat keinen Ort im System und gerät dadurch aus dem Blick..

opg: Was braucht es denn für eine zukunftsfeste Transformation der Versorgung?

Hager: Vor dem Genickbruch-Moment mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz hätte ich gesagt, ein großer Verdienst von Minister Lauterbach ist, dass er das Fenster für Struktur-reformen geöffnet hat. Es ist wohl ein bisschen wie mit Mose und dem gelobten Land. Er wird uns als Minister dort nicht hinführen. Ich glaube aber weiterhin, dass das Tor geöffnet ist.



Lutz Hager zu Prof. Karl Lauterbach und dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz: „Es ist wohl ein bisschen wie mit Mose und dem gelobten Land. Er wird uns als Minister dort nicht hinführen.“

Grundsätzlich müssen wir „the way we work“ im Gesundheitswesen verändern. Dafür reicht es nicht, rasch eine neue Leistung oder Technologie einzuführen, sondern dafür braucht es einen grundlegenden Wandel.

opg: Da beschreiben Sie einen Mentalitätswandel, der stattfinden müsste.

Hager: Das ist richtig. Wir versammeln im BMC diejenigen, die den Mentalitätswandel seit Jahren vorbereiten, bereits erleben und insgesamt in den Mittelpunkt

stellen. Daher kann ich sagen, dass die Versorgung der Politik schon weit voraus ist und die vernetzen Strukturen und Kooperationen, von denen ich rede, an vielen Orten entstehen. Wir machen es ihnen aber weiterhin unnötig schwer.

opg: Aber an anderen gesundheitspolitischen Orten stehen durchaus noch Grabenkämpfe und Besitzstandswahrung auf der Tagesordnung.

Hager: Manchmal denke ich, wir haben das Gesundheitssystem so eingerichtet, dass Menschen, die Innovationen hineinbringen wollen, erst eine Zeit des Leidens durchlaufen müssen. Quälen als Willkommenskultur. Das ist doch falsch. Wenn ich das ganze sozialwissenschaftlich betrachte, komme ich immer wieder auf das eiserne Gehäuse zurück: Dort sind die Rollen und Interessen der Akteure immens stark fixiert. Außerdem hat man sich darin so weit weg von der Wirklichkeit entfernt, dass diese auch ungehindert ausgelebt werden können.

opg: Und was empfiehlt der Sozialwissenschaftler?

Hager: Gestaltungsmacht auf die Ebene zurück-zuholen, wo man in täglicher Verbindung mit der Versorgungswirklichkeit ist und in einer „Schicksalsgemeinschaft“ mit allen anderen, die an dieser Wirklichkeit beteiligt sind. Die entscheidende Ressource, um einen neuen Weg zu gehen, ist Vertrauen. Dazu gehört auch Vertrauen in die Verlässlichkeit der Politik. Deswegen ist es umso dramatischer, dass der Minister jetzt ein großes Stück Vertrauen verspielt hat.



Das Interview mit Prof. Hager führten die pag-Redakteure Antje Hoppe und Christoph Starke. Die Fotos machte Stefan Weger.

◀ [zurück zum Inhalt](#)

[E-Mail an die Redaktion](#) ▶

MELDUNGEN ▶▶▶

► **Prognose des BKK-DV: Zusatzbeitrag steigt dramatisch**

Berlin (opg) – Der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK) rechnet im kommenden Jahr mit einer deutlich höheren Belastung der gesetzlich Krankenversicherten. Seinen Kalkulationen zufolge prognostiziert er in einem BKK-internen Papier einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von mindestens 2,45 Prozent (derzeit sind es 1,7 Prozent).

Durch den gesetzlich verordneten Abbau der Finanzreserven der Krankenkassen lägen die Reserven nur noch leicht über der gesetzlich vorgesehenen Mindestrücklage von 20 Prozent einer Monatsausgabe. „Vor wenigen Jahren reichten die Reserven noch für eine komplette Monatsausgabe“, heißt es. Die Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds steuere im laufenden Jahr auf einen Tiefstand von 4,8 Milliarden Euro zu und liege damit nur noch 0,1 Milliarden Euro über der Mindestreserve. Eigentlich dient dieses Geld dazu, unterjährliche Schwankungen in den Einnahmen zu decken. In der jüngsten Vergangenheit wurden damit auch laufende Ausgaben (Innovationsfonds, Krankenhausstrukturfonds oder Förderung der Geburtshilfe und Pädiatrie) finanziert (2023: 5,7 Milliarden) oder die Beiträge stabilisiert (2023: 2,7 Milliarden). „Das wird künftig nicht mehr möglich sein“, heißt es von Seiten des Verbands. Krankenkassen würden die monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zunehmend später erhalten. Generell geht der BKK Dachverband durch Ausgabensteigerung von einem Zusatzbeitrag von 1,81 Prozent aus. Hinzu kämen weitere absehbare Ausgabenrisiken aus dem laufenden Jahr von 0,05 Prozent. Der Wegfall der Liquiditätsreserve mache 0,17 Prozent aus, die Erhöhung der Landesbasisfallwerte durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) 0,07 Prozent und die Folgen der vertraulichen Erstattungspreise (vorgesehen im Medizinforschungsgesetz) 0,13 Prozent. Hinzu kämen Nachberechnungen aus dem Pflegebudget von etwa 0,25 Prozent. Das macht dann insgesamt einen Zusatzbeitrag von circa 2,45 Prozent. Es könnte sogar noch dicker kommen. Denn weitere Mehrkosten durch das KHVVG (zum Beispiel: Transformationsfonds), das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (zum Beispiel: Hausarzthonorar-Entbudgetierung) und das Physiotherapieberufereformgesetz sind noch gar nicht eingepreist.

Möglicher durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz im Jahr 2025 (Prognose des BKK-Dachverbands)	
- Zusatzbeitrag durch Ausgabensteigerung	1,81 %
- Ausgabenrisiken	0,05 %
- Wegfall der Liquiditätsreserve	0,17 %
- Erhöhung der Landesbasisfallwerte	0,07 %
- Vertrauliche Erstattungspreise	0,13 %
- Nachberechnungen Pflegebudget	0,25 %
gesamt circa 2,45 %	

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► Cannabisgesetz – die Korrekturen

Berlin (opg) – Kaum ist das Cannabisgesetz (CanG) mit der Teillegalisierung der Droge in Kraft getreten, wird es auch schon wieder geändert. Darauf einigt sich das Bundeskabinett in seiner Sitzung am 17. April. Mit den Korrekturen kommt die Ampel Forderungen des Bundesrats nach, welche die Bundesregierung in einer Protokollerklärung zur Bundesratssitzung am 22. März zugesagt hat.

So sollen in die erste Evaluation der Auswirkungen des CanG – neben den Auswirkungen der Konsumverbote auf den Kinder- und Jugendschutz im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes – 18 Monate nach Inkrafttreten auch die Auswirkungen der Besitztmenen und der Weitergabemengen in Anbauvereinigungen einbezogen werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bekommt laut Gesetzentwurf, den das Bundesgesundheitsministerium als Formulierungshilfe für die Ampelfraktionen verfasst hat, den Auftrag ein Weiterbildungsangebot für die Suchtpräventionsfachkräfte der Länder und Kommunen zu entwickeln. Dieses soll dabei helfen, das Personal zu den Inhalten des Cannabisgesetzes und zu Präventionsangeboten des Bundes zu informieren sowie Kenntnisse zur Risikokommunikation zu vermitteln. Ferner werde aus der ursprünglichen jährlichen Kontrolle der Anbauvereinigungen durch die Überwachungsbehörden eine regelmäßige – „um den Ländern einen flexiblen und risikobasierten Handlungsspielraum bei der Umsetzung des Gesetzes zu eröffnen“, heißt es in einem Schreiben des Gesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach (SPD) im Vorfeld der Kabinettsitzung, welcher der *Presseagentur Gesundheit* samt Formulierungshilfe vorliegt.



Mit den Korrekturen des Cannabisgesetzes sollen auch kommerzielle Cannabisplantagen verhindert werden.
© iStock.com, alacatr

Außerdem sollen kommerzielle Cannabisplantagen verhindert werden. „Die zuständige Behörde kann die Erlaubnis versagen, wenn Anbauflächen oder Gewächshäuser der Anbauvereinigung sich in einem baulichen Verbund mit oder in unmittelbarer räumlicher Nähe zu Anbauflächen oder Gewächshäusern anderer Anbauvereinigungen befinden“, so Lauterbach im Brief.

- **Link:** *Entwurf einer Formulierungshilfe der Bundesregierung für die Fraktionen der SPD, von Bündnis 90/Die Grünen und der FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Konsumcannabisgesetzes und des Medizinal-Cannabisgesetzes, 16. April, PDF, 21 Seiten*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► G-BA-Bericht straft Bauevidenz Lügen

Berlin (opg) – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in 2023 fast alle Beratungsverfahren pünktlich abgeschlossen. Das belegt sein neuer Fristenbericht. Demnach bearbeitete der Ausschuss fast 96 Prozent der insgesamt 623 Verfahren fristgerecht.

Für Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, setzt die Berichterstattung dem vielfach vorhandenen Gefühl, dass die Selbstverwaltung zu langsam arbeite, belastbare Zahlen entgegen. Eine Beratungsdauer von zwei oder drei Jahren könne ohne Kenntnis der Hintergründe sehr lang wirken. Hecken betont: Der G-BA setze in seinen Beratungen verantwortungsbewusst und verlässlich darauf, dass neue medizinische Leistungen möglichst mit wissenschaftlichen Nachweisen abgesichert und nicht „aufgrund von tages- oder wahlpolitisch opportunen Zielen erstattet werden“. Ein solches evidenzbasiertes Vorgehen brauche Zeit.

Von den 17 laufenden Beratungsverfahren mit überschrittener Frist betreffen 14 Verfahren Qualitätssicherung. Laut Hecken kein Zufall, „denn Maßnahmen, die die Patientensicherheit bundesweit verbessern, die wertvollen Personalressourcen richtig einsetzen und eine höhere Transparenz zur Qualität des Leistungsgeschehens erzeugen sollen, sind in der Entwicklung höchst anspruchsvoll“. Vielfach werde an dieser Stelle gemeinsam mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Pionierarbeit geleistet. Der G-BA-Chef räumt aber auch ein, dass dabei immer wieder überprüft werden müsse, ob Aufwand und Nutzen im richtigen Verhältnis stehen.



G-BA-Chef Prof. Josef Hecken betont: Der G-BA setze in seinen Beratungen darauf, dass neue medizinische Leistungen möglichst mit wissenschaftlichen Nachweisen abgesichert werden. Ein solches evidenzbasiertes Vorgehen brauche Zeit. © iStock.com, Aleksei Naumov

- **Link:** *Bericht über die „Einhaltung der Fristen bei Beratungsverfahren des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages, 2024“, 34 Seiten*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► GDNG: Handlungsempfehlungen für Intensivmedizin

Berlin (opg) – Interoperables Forschungsregister, patientenbezogene Protokollierung der Datenverwendung und Record Linkage: Drei Fachgesellschaften legen erste Handlungsempfehlungen, die sich ihrer Meinung nach aus dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) ergeben, für die Intensiv- und Notfallmedizin vor. Die Expertise richtet sich an Forschungseinrichtungen.

Bei den Fachgesellschaften handelt es sich um die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die TMF – Technologie und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung und die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS).

Um der Transparenzpflicht nachzukommen, empfehlen die Experten in dem Papier in den Gesundheitseinrichtungen jeweils eine zentrale Datenbank aufzubauen, in der alle Forschungs- und Datennutzungsprojekte erfasst werden. „Diese lokalen Forschungsregister sollten möglichst vielen Anforderungen genügen, nicht nur denen des GDNG.“ Darüber hinaus sprechen sich die Autoren für eine patientenbezogene Protokollierung der Datenverwendung in den medizinischen Einrichtungen aus. Dargestellt werden soll, welche Analysen mit den Informationen welcher Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden. Außerdem empfiehlt die Arbeitsgruppe die Anwendung von Record Linkage (Verknüpfung von Daten zu einzelnen Patienten). Das sei erforderlich, „um z. B. den Einfluss der Versorgung in einer Einrichtung auf den in einer anderen Einrichtung erfassten weiteren Krankheitsverlauf analysieren zu können“.



Speziell für die Intensiv- und Notfallmedizin verspreche das GDNG Potenzial, meinen die Autoren. Denn dort „ist es aufgrund des Zustandes der Patient:innen und/oder aufgrund der Behandlungssituation im Regelfall nicht möglich oder nicht vertretbar, eine Einwilligung einzuholen. Daher profitiert insbesondere die Forschung in der Akutversorgung von dem Forschungsprivileg der Datenverarbeitung ohne Einwilligung.“

In der Intensiv- und Notfallmedizin ist es aufgrund des Zustandes der Patienten oder aufgrund der Behandlungssituation im Regelfall nicht möglich oder nicht vertretbar, eine Einwilligung einzuholen.
© iStock.com, LV4260

- **Link:** Prof. Rainer Röhrig et al, Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und seine Bedeutung für die Forschung in der Intensiv- und Notfallmedizin, Erläuterungen und erste Handlungsempfehlungen, PDF, 9 Seiten

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► Lauterbach will anonyme Nierenspende ermöglichen

Berlin (opg) – Nachdem das Organspende-Register kürzlich offiziell gestartet ist, plant Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) Änderungen am Transplantationsgesetz (TPG). Der Kreis von Spendern und Empfängern bei der Lebendorganspende soll erweitert werden. Ein Referentenentwurf liegt bereits vor.

Lauterbach kündigt das Vorhaben am 22. April auf X an: „Auf der Warteliste des Leids sterben jeden Tag drei Menschen, weil ein Organ für sie fehlt. Mit der Kreuzspende können Paare sich bald gegenseitig Organe spenden. Auch die anonyme Lebendspende kommt. Ein wichtiges Gesetz, hilft besonders Paaren und Familien.“

Der 87 Seiten umfassende Referentenentwurf, welcher der Presseagentur Gesundheit vorliegt, sieht unter anderem folgende Regelungen vor:

- Der Subsidiaritätsgrundsatz des TPG, nach dem die Entnahme von Organen bei einer lebenden Person nur zulässig ist, wenn ein geeignetes Organ einer verstorbenen Spenderin oder eines verstorbenen Spenders im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht, wird aufgehoben. Damit werden die Voraussetzungen für medizinisch vorzugswürdige präemptive (das heißt der Dialysepflichtigkeit vorbeugende) Nierentransplantationen geschaffen.
- Die Kreise der Organspender und der -empfänger werden erweitert sowie die Grundlagen für den Aufbau eines Programms für die Überkreuzlebendnierenspende in Deutschland unter Einbeziehung der nicht gerichteten anonymen Nierenspende geregelt. Die Transplantationszentren entscheiden über die Annahme inkompatibler Organspendepaare und von Spendern nicht gerichteter anonymer Nierenspenden. Zur Vermittlung von Nieren von miteinander kompatiblen Organspendern und -empfängern im Rahmen des Programms wird eine Stelle zur Vermittlung im Rahmen der Überkreuzlebendnierenspende errichtet oder beauftragt.
- Auch soll der Schutz der Spender gestärkt werden, etwa durch konkretisierte und erweiterte Aufklärungspflichten sowie eine verpflichtende psychosoziale Beratung.
- Die Spende von Organen oder Gewebe, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung bei nicht einwilligungsfähigen Personen entnommen worden sind – sogenannte Operationsreste –, wird ermöglicht. Zudem wird die Ge-



Mit der Kreuzspende können Paare sich bald gegenseitig Organe spenden. Auch die anonyme Lebendspende kommt.
© DSO, Andreas Steeger

winnung von menschlichen Samenzellen aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie bei nicht einwilligungsfähigen Personen zugelassen.

- **Link:** *Referentenentwurf des BMG, Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen, 24. April 2024, PDF, 86 Seiten*

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► Gefährdet NIPT Inklusion und Vielfalt?

Berlin (opg) – Ein interfraktioneller Antrag des Bundestags fordert die Bundesregierung auf, ein Monitoring zu den Folgen der Kassenzulassung des nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) auf die Trisomien 13,18 und 21 zu veranlassen. Zudem soll ein Expertengremium die ethischen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Grundlagen der Zulassung prüfen. Der Antrag wird von 121 Bundestagsabgeordneten unterstützt und am 24. April der Presse vorgestellt.

Auf weniger als drei Geburten kommt ein NIPT. Diese Krankenkassen-Daten verdeutlichen die Brisanz des Themas. Sie seien ein Indiz: Der Bluttest komme offensichtlich nicht nur in begründeten Einzelfällen zum Einsatz, sondern drohe, sich als Routineversorgung zu etablieren. Den Test mit der Gießkanne auszuschütten, gelte es zu verhindern, warnt Stephan Pilsinger (CDU/CSU). Die Folgen seien fatal, ergänzt Hubert Hüppe (CDU/CSU): „Die häufigste Konsequenz eines positiven Testergebnisses ist eine Abtreibung.“ Demnach dient der Test nicht der Therapie – sondern der Selektion. Der Abgeordnete Stefan Schwartze (SPD) erinnert außerdem daran, dass eine große Zahl falsch positiver Tests existiere. Immerhin gebe NIPT lediglich Auskunft über eine Wahrscheinlichkeit.

Ein offensichtlicher Fehler war die Kassenzulassung für den Landesbehindertenbeauftragten von Bremen, Arne Frankenstein. Er fordert, in die geforderte Expertenkommission auch Menschen mit Behinderung zu inkludieren. Die Linke verweist darauf, dass die UN-Behindertenrechtskonvention zur Förderung von Inklusion und Vielfalt verpflichte. Eine routinemäßige Nutzung des NIPT als ‚Screening‘ könne diese Grundwerte



© stock.adobe.com, Andrey Popov



Ein offensichtlicher Fehler war die Kassenzulassung für den Landesbehindertenbeauftragten von Bremen, Arne Frankenstein. © Tristan Vankann, fotoetage

gefährden – immerhin lege sie die Annahme nahe, dass manche Leben weniger wertvoll seien als andere. Auch Dagmar Schmidt (SPD) betont: „Kinder mit Down-Syndrom sind keine Menschen zweiter Klasse.“

Der Antrag wurde noch am selben Nachmittag in erster Bundestagslesung debattiert. Dabei wirft Schmidt die Frage auf, ob es überhaupt erlaubt sein sollte, „nach dem Risiko für Trisomie 21 zu suchen, die keine Krankheit, sondern eine Besonderheit ist“. Dabei verweist sie auch auf das Recht des Nichtwissens. Im Anschluss überweisen die Abgeordneten den Antrag zur weiteren Beratung an den federführenden Gesundheitsausschuss.

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► KBV-Kampagne zur besten Sendezeit

Berlin (opg) – Die ambulante Versorgung ist in akuter Gefahr. Diese Botschaft werden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und ihre oberste Vertretung auf Bundesebene (KBV) nicht müde zu erwähnen. Denn ihrer Meinung nach macht die Politik zu wenig, um die prekäre Situation zu verbessern. Um ihren Anliegen weiteren Nachdruck zu verleihen, rufen sie die multimediale Kampagne „Wir sind für sie nah“ ins Leben.

Eine Gynäkologin, die einer Schwangeren die Hand hält. Ein Pädiater, der einem Kind gut zuredend in die Augen leuchtet. Dazu Patienten mit sorgvollen Minen. Untermalt wird das Ganze von dramatischer Musik und den Worten einer Frauenstimme: „Wir sind 84 Millionen Patienten, die die Nähe zu ihren Fach- und Hausärzten nicht verlieren wollen. Hört uns jemand zu?“. Komprimiert auf eine Minute soll dieser TV-Spot den Versorgungsalltag aus Sicht der Patienten schildern. Die KBV stellt ihn am 22. April in einer „Weltpremiere“ der Presse vor – als Teil ihrer aktuellen Kampagne. Ausgestrahlt werden dieser und ein anderer Spot aus Sicht der Versorger zur besten Sendezeit, zum Beispiel vor der „Tagesschau“ (ARD) oder „Stern TV“ (RTL). Doch dabei bleibt es nicht. „Wir sind für sie nah“ wartet darüber hinaus mit Plakaten, Anzeigen und Banner in den sozialen Medien auf. Die KBV hat dafür keine Kosten und Mühen gescheut. Ein siebenstelliger Betrag wird in die Kampagne investiert, verrät KBV-Chef Dr. Andreas Gassen.



© KBV

Überbordende Bürokratie, dysfunktionale Digitalisierung, drohender Ärztemangel. Die Kritik und die Klagen der Kassenärzte sind bekannt. Doch mittlerweile scheint auch die Bevölkerung zu merken, dass die ambulante Versorgung in Gefahr ist. Zumindest stimmen dieser Aussage einer aktuellen Civey-Umfrage zufolge 62 Prozent zu. „Das sollte doch einigen in Berlin zu denken geben“, hofft Gassen auf Gegensteuern der Politik. Bei künftigen Wahlen werde die Zukunft der ambulanten Versorgung eine Rolle spielen, prophezeit er. Die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen könne nur ein Anfang sein, meint die KBV-Spitze. Diese ist im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz geplant, das noch andere Entlastungen für die Hausärzteschaft vorsieht. KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister befürchtet aber eine Honorarverschiebung – zulasten anderer Facharztgruppen. „Wir haben aber kein Geld umzuverteilen.“

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► MEDI und vdek schließen Frieden

Berlin/Stuttgart (opg) – Gemeinsam unterschreiben am 30. April der Ärzteverband MEDI Baden-Württemberg und der Verband der Ersatzkassen (vdek) eine Erklärung für eine starke ambulante Versorgung. Die Verbände wollen im Austausch bleiben.

Dem voraus gingen seitens des vdek Anfang des Jahres vielzählige Forderungen an den ambulanten Bereich. Die Pressekonferenz wirbelte damals viel Staub auf und sorgte für einen regelrechten Shitstorm gegen die Ersatzkassen. Auch MEDI reagierte mit einer Protestaktion. In einem konstruktiven Gespräch stecken beide Verbände jetzt gemeinsame Ziele fest und setzen im Anschluss ihre Unterschriften unter die Erklärung.

„Die Herausforderungen für die ambulante Versorgung sind aktuell so groß wie nie zuvor“, betont der Vorsitzende von MEDI Baden-Württemberg, Dr. Norbert Smetak. Umso erfreuter sei der Verband über die Reaktion des vdek, der habe „auf unsere Kritik sofort reagiert“ und Gesprächsbereitschaft gezeigt.

Die gemeinsame Erklärung umfasst sechs Ziele zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Eins davon: Die Versicherten können sich auf eine wohnortnahe ambulante Versorgung verlassen. Weiterhin sollen vor allem jene Praxen, die aktuell das Rückgrat der GKV-Versorgung darstellen, besondere Förderung erhalten.



© iStock.com, zhuweiyi49, vdek, medi BaWü

„Wir Niedergelassenen stemmen rund 90 Prozent der medizinischen Versorgung in diesem Land. Wir sind damit eine tragende Säule des Gesundheitswesens“, betont Smetak, der auch niedergelassener Kardiologe ist. Faire Rahmenbedingungen für Vertragsärzte und die Krankenhäuser bei der Ambulantisierung sind ebenfalls gemeinsames Ziel. Medi und vdek beschreiben zudem die Option, die Delegation ärztlicher Leistungen zu fördern, um die ambulante Versorgung zu sichern. „Auch funktionierende digitale Angebote sollen die Versorgung verbessern und gleichzeitig die Ärzteschaft von bürokratischen Aufwänden spürbar entlasten“, heißt es weiter in der Erklärung.

Der MEDI-Vorsitzende erklärt: „Wir werden von unserer Seite unsere gemeinsamen Ziele weiterverfolgen und im Austausch mit dem vdek bleiben. Unsere Protestaktion haben wir gestoppt.“



Dr. Norbert Smetak, Vorsitzender von MEDI Baden-Württemberg. © Ronny Schönebaum

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► Adipositas-Epidemie bekommt ein neues DMP

Berlin (opg) – Der Weg für das neue Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas ist vom Bundesministerium für Gesundheit freigegeben. Brisanz kommt dem Programm allein durch die Häufigkeit der Erkrankung zu: Hierzulande gilt fast jeder Vierte als adipös, offenbart der Obesity Atlas 2023. Bis 2035 könnte über die Hälfte der Weltbevölkerung an Übergewicht oder Adipositas leiden.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und die Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) begrüßen das neue strukturierte Behandlungsprogramm. Es ebnet auch den Weg für spezifische Weiterbildungen. Weitere Verbesserungen sind: Nebst Aufklärung vereinbaren Patienten und Ärzte individuelle Behandlungsmaßnahmen, die engmaschig überprüft werden. Dafür stehen Ärzten leitliniengerechte Therapieempfehlungen zur Verfügung, auch in puncto Komorbiditäten. Versorgungsleistungen können vom Gemeinsamen Bundesausschuss in DMP empfohlen werden, die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorhanden – und damit abrechenbar sind.



Aus dem neuen Behandlungsangebot ergibt sich ein größerer Bedarf an Adipositaspezialisten in ambulanten und stationären Einrichtungen. Vor dem Hintergrund bieten die DDG und DAG gemeinsam ein neues Fortbildungsprogramm an:

„Adiposilog*in DAG-DDG und Adipositasberater*in DAG-DDG“. Zielgruppen seien außer Ärzten und Psychologen auch diverse andere Professionen, darunter Ernährungswissenschaftler und Diabetesassistenten. Diese Berufsgruppen erhalten die Möglichkeit, ihre Handlungskompetenz durch praktische Fallarbeit und Hospitationen in Einrichtungen, die auf Adipositas spezialisiert sind, zu erweitern. Inhaltsgegenstand werde etwa ein vertiefter Einblick in die Ursachen von Adipositas. „Ein maßgebliches Qualifikationsziel dieser Fortbildung ist auch, dass die Teilnehmenden Inhalte zur individuellen, bedürfnis- und situationsgerechten Begleitung der Betroffenen in ihrem Krankheitsmanagement unter Berücksichtigung der aktuellen Evidenz erlernen“, teilt Prof. Dirk Müller-Wieland, Vorsitzender des DDG-Ausschusses „Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung“ mit.



Prof. Dirk Müller-Wieland,
Deutsche Diabetes Gesellschaft
(DDG) © pag, Fiolka

Gegenwärtig seien noch keine Schulungsprogramme im DMP integriert. Demnach ist das Programm zunächst auf regelmäßige Besuche beim koordinierenden Behandelnden begrenzt.

◀ [zurück zum Inhalt](#)

► Gutachten: Sind „Apotheken light“ verfassungswidrig?

Berlin (opg) – Weiterhin angespannt bleibt die wirtschaftliche Situation in Apotheken, konstatiert die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA). Zwar konnte in 2023 ein höherer Umsatz als im Vorjahr erzielt werden. Steigende Personal- und Sachkosten verursachten allerdings ein deutlich geringeres Betriebsergebnis. Zudem warnen Gutachter vor den aktuellen Apothekenreformplänen.

Der Gesamtumsatz stieg auf 66,36 Milliarden Euro netto. Weiterhin sank die Anzahl der abgegebenen Arzneimittel leicht auf 1,388 Milliarden Packungen. In 2023 erwirtschaftete eine durchschnittliche Apotheke etwa 3,443 Millionen Euro netto (im Vorjahr waren es noch 3,225). Das steuerliche Betriebsergebnis als Bestandteil davon sank mit 4,3 Prozent deutlich. In 2022 erzielten selbstständige Apotheker noch 160.000 Euro, 2023 sind es 148.000 Betriebsergebnis vor Steuern und Altersvorsorge. Einen neuen Negativrekord gibt es in puncto Apothekendichte: Im ersten Quartal 2024 können bundesweit 17.429 Apotheken gezählt werden, 2023 waren es noch 17.571.



Von links: ABDA-Präsidentin Gabriele Regina Overwiening, der ehemalige Bundesverfassungsrichter Prof. Udo Di Fabio und Volkswirtschaftsprofessor Dr. Georg Götz. © ABDA

Zu den Eckpunkten für eine Apothekenreform hat die ABDA zwei Gutachten beauftragt. Eines klärt juristisch, ob Apotheken ohne Apotheker zulässig sind. Der ehemalige Bundesverfassungsrichter Prof. Udo Di Fabio stellt in seinem Rechtsgutachten „Apothekerliche Präsenzpflcht in der Apotheke“ fest, dass jeder gesetzgeberische Schritt „in Richtung einer Entfernung vom Leitbild persönlicher Kontrolle der Arzneimittelabgabe durch einen pharmazeutisch qualifizierten Apotheker oder eine Apothekerin als Grundrechtseingriff im Hinblick auf Eignung und Erforderlichkeit zu beurteilen ist“. Für ABDA-Präsidentin Gabriele Regina Overwiening beweist das Gutachten, dass eine Versorgung über Apotheken ohne Apotheker einen Grundrechtseingriff darstellen würde.

Andererseits wird wirtschaftlich geprüft, wie sich die Umverteilung des Apothekenhonorars auswirken würde. Ein Ergebnis des zweiten Gutachtens des Volkswirtschaftsprofessors Dr. Georg Götz: Die geplanten BMG-Maßnahmen seien nicht ausreichend, um ein weiteres Absinken der Apothekenzahl zu verhindern. Vielmehr seien mit Blick auf die wirtschaftlichen Kennzahlen der Apotheken „zusätzliche Mittel“ nötig, um den Negativtrend zu stoppen.

◀ [zurück zum Inhalt](#)

PERSONALIEN

- Der Nephrologe **Prof. Jan Galle** aus Lüdenscheid ist neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Er leitet die Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren am Klinikum Lüdenscheid als Direktor und ist seit 2016 zudem geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Zentrums für Innere Medizin. Galle folgt auf den Marburger Hämatologen **Prof. Andreas Neubauer**, der nun 1. stellvertretender Vorsitzender der DGIM ist.
- Keine Änderung an der Spitze des Berufsverbandes der niedergelassenen Magen-Darm-Ärzte (BNG): **Dr. Ulrich Tappe** bleibt 1. Vorsitzender. Ihm zur Seite stehen **Prof. Leopold Ludwig** (2. Vorsitzender), **Dr. Markus Dreck** (Schatzmeister) und **Dr. Petra Jessen** (Sprecherin).



Prof. Jan Galle © DGIM



Von links: Dr. Markus Dreck, Dr. Petra Jessen, Dr. Ulrich Tappe und Prof. Leopold Ludwig © BNG

- Der Verband medizinischer Fachberufe (vmf) wählt seine Spitze neu. 1. Vorsitzende im geschäftsführenden Vorstand ist nun die bisherige 2. Vorsitzende **Stephanie Schreiber**. Die Amtsinhaberin **Ingrid Gerlach** hat ihre Kandidatur zurückgezogen. **Hannelore König** wird als Präsidentin wiedergewählt. **Patricia Ley** ist die neue Vizepräsidentin mit Schwerpunkt Bildung.



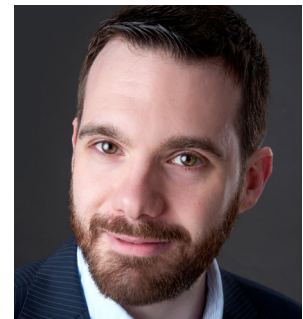
Patricia Ley, Stephanie Schreiber und Hannelore König © vmf

- Die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD) bestätigt **Prof. Joachim Nadstawek** als Vorsitzenden. Neue Stellvertreterin ist **Dr. Eva Bartmann**.



Prof. Joachim Nadstawek (© pag, Maybaum) und Dr. Eva Bartmann (© Lukas Hofstaetter)

- **Dr. Kristina Böhm**, Leiterin des Gesundheitsamtes Potsdam, und **Dr. Emanuel Wiggerich**, Leiter des Gesundheitsamtes Oberhausen, bilden weiter die Spitze des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD). Beide haben die Leitung im vergangenen Herbst übernommen, weil der bisherige Vorsitzende **Dr. Johannes Nießen** aus Köln zum Errichtungsbeauftragten des geplanten Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) berufen worden ist.



Dr. Kristina Böhm (© Sebastian Gabsch) und Dr. Emanuel Wiggerich (© BVÖGD)

◀ [zurück zum Inhalt](#)

IMPRESSUM

OPG – Operation Gesundheitswesen, ISSN 1860-8434, 2017, 22. Jahrgang;
pag- Presseagentur Gesundheit GmbH, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin,
Telefon: 030 - 318 649 - 0, Fax: 030 - 318 649 - 49, E-Mail: news@pa-gesundheit.de,
Web: www.pa-gesundheit.de.

Geschäftsführer: Lisa Braun, Michael Pross, Herausgeberin: Lisa Braun

Redaktion: Lisa Braun (verantwortlich), Antje Hoppe, Christoph Starke (Chefredakteur). Fotos, Layout: Ruth Jung-Reining, Stefan Weger

Alle Texte und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. © PAG 2024. Es gelten ausschließlich die vertraglich vereinbarten Geschäfts- und Nutzungsbedingungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Bitte beachten Sie die Nutzungsbedingungen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an uns unter 030 - 318 649 0. Vielen Dank.

1. Die vorliegende Einzelausgabe des OPG bzw. der vorliegende Auszug des OPG dient ausschließlich zur persönlichen Information der Person, der sie durch die Presseagentur Gesundheit zugesandt wurde.
2. Ebenso dienen die OPG-Auszüge, sofern sie über die OPG-Vollausgabe verlinkt sind, ausschließlich der persönlichen Information der Abonnenten entsprechend den gültigen Abo- und Nutzungsbedingungen.
3. Jede elektronische oder drucktechnische Vervielfältigung oder Verbreitung oder Veröffentlichung sowie die unbefugte Weiterleitung des Dienstes und/oder seiner Auszüge ist unzulässig.
4. Die komplette oder auch auszugsweise Übernahme von Inhalten des OPG in hauseigene Medien, Pressespiegel, Publikationen oder sonstige Veröffentlichungen sowie die Verwertung des OPG insgesamt ist ohne die schriftliche Genehmigung der PAG nicht gestattet.
5. Bei Nachweis der Nutzung unter Verstoß gegen diese Bedingungen (Missbrauch) ist die PAG zur Geltendmachung von Schadensersatz berechtigt.

- [Link zu unserer Datenschutzerklärung](#)

»OPG – Operation Gesundheitswesen«

Der gesundheitspolitische Informationsdienst



Wirtschaftsminister Robert Habeck und vfa-Präsident Han Steutel beim Tag der innovativen Gesundheitswirtschaft am 24. Mai 2023
© pag Fiolka

Worte finden, wo Worte fehlen

Der OPG in Kürze

- Gesundheitspolitischer Infodienst
- Erstausgabe Januar 2003
- journalistisch, unabhängig
- werbe- und sponsorenfrei
- mind. 30 Ausgaben pro Jahr
- 20-30 Seiten je Ausgabe
- Versand als PDF-Datei
- zahlreiche Links zu Quellen und Originaldokumenten

OPG testen und abonnieren

- Kostenloses Probeexemplar unter www.pa-gesundheit.de
- 3 Monate Probeabo zum Sonderpreis
- Abos für Einzelleser u. Firmenkunden
- alle weiteren Details auf Faktenblatt



Download Faktenblatt
und Bestellformular 