Panel „Neustart Gesundheit – Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung“

Holetschek: „Mehr Mut, das System anders zu denken“

In der Paneldiskussion „Neustart Gesundheit – Mit Prävention, Innovation und Effizienz zu einer besseren Versorgung“ diskutierten mit Moderatorin Monika Jones die Teilnehmer:innen Prof. Dr. Christof von Kalle (LCTR), Klaus Holetschek MdL (CSU-Fraktionsvorsitzender im Bayr. Landtag), Dr. Ralf Langejürgen (BKK-Landesverband Bayern), Jan Geißler (Patvocates) und Dr. Jutta Wendel-Schrief (MSD).

>> Moderatorin Monika Jones: Meine Einstiegsfrage in die Runde: Wie schätzen Sie den „Neustart Gesundheit“ ein? Ist es ein Neustart, ein Fehlstart oder gar kein Start?

Holetschek: Ich würde mir mehr Mut wünschen, das System einmal anders zu denken und ein Gesamtkonzept vorzulegen. Stattdessen erleben wir ein Konzert von Einzelvorschlägen, die alle nicht zielführend sind. Gesundheit und Pflegeprävention müssen wieder einen höheren Stellenwert in der Politik bekommen. Doch werden diese wichtigen Themen, die die Mitte der Gesellschaft betreffen, weil sie jeden Einzelnen angehen, immer nur am Rande diskutiert. Die Menschen werden von daher irgendwann entscheiden, ob wir ihnen Antworten auf ihre Fragen geben oder ob sich die Gesellschaft an manchen Stellen weiter radikalisiert.

Langejürgen: Der Motor stottert. Wir haben zudem kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsproblem. Wenn ich mir die Finanzsituation anschaue, sehen wir knapp acht Prozent Ausgabenzuwachs in der GKV im ersten Halbjahr 2025. Wir stoßen an Grenzen und bräuchten im Grunde wieder eine Art einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, wovon wir weit entfernt sind. Die Grundlohnsummensteigerungen, die wir an die Leistungserbringer weitergeben können, liegen deutlich unter dem Niveau dieser acht Prozent. Das bedeutet: Wir haben ständig Zusatzbeitragssatzerhöhungen. Allein im Jahr 2024 gab es unterjährig 40 Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes, im ersten Halbjahr 2025 bereits über 20. Dies zeigt, wie massiv die Kassen unter Druck stehen, insbesondere weil den Kassen in den zurückliegenden Jahren die Rücklagen genommen wurden. Wir stehen vor gewaltigen Herausforderungen, weshalb es aus Sicht der GKV zeitnah eine Stabilisierung der Kassenfinanzierung braucht.

Geißler: Wenn wir die Analogie wählen, würde ich sagen, wir sind gerade im Warm-up und versuchen, die Muskeln zu dehnen. Doch haben wir uns noch nicht ganz entschieden, ob wir danach zu Starbucks gehen oder einen Marathon laufen. Manchmal habe ich das Gefühl, wir denken, Deutschland sei eine Insel. Ich bin hauptsächlich auf europäischer Ebene aktiv und sehe dort den Innovationsgrad, der an vielen Stellen herrscht. In Deutschland hingegen werde ich als Patientenvertreter ständig mit sehr unterschiedlichen, strikten Auslegungen des föderalen Datenschutzes und ähnlichen Dingen konfrontiert. Zudem sehe ich eine große Differenz zwischen der Spitzenmedizin beispielsweise an den Nationalen Centren für Tumorerkrankungen und dem, was in der ambulanten onkologischen Versorgungspraxis passiert. Bei der Preisverleihung wurde es als Versorgungsdschungel bezeichnet. Genau darin scheitern wir als Patienten. Es ist sehr schwierig, heute eine ordentliche Diagnostik zu bekommen. Was wir zum Thema Liquid Biopsy sehen, lesen wir nur, bekommen es aber größtenteils außerhalb eines Spitzenzentrums nicht. Da kämpft man mit dem Hausarzt, der unser Gatekeeper in Richtung Onkologie sein soll. Ich möchte aber positiv enden: Wir haben in Deutschland fantastische Initiativen, wie etwa die Nationale Dekade gegen Krebs, die vor über fünf Jahren gestartet ist, sämtliche politischen Veränderungen überlebt hat und weiterkämpft, weil alle Akteure am Tisch sitzen. Wir definieren gerade den Nationalen Krebsplan neu, der zuletzt 2008 entworfen wurde – zu einer Zeit, als wir in Deutschland über Digitalisierung noch gar nicht gesprochen haben. Es gibt Initiativen, die alle zusammenbringen, und deshalb bin ich hoffnungsvoll, dass das Warm-up tatsächlich im Marathon endet und nicht im Starbucks.

Wendel-Schrief: Wir brauchen einen Neustart. Wenn ich überlege, auf wie vielen Panels ich schon saß und dass ich seit über 30 Jahren im Gesundheitswesen tätig bin, muss ich feststellen, dass dieses Auf und Ab alles nichts gebracht hat. Tatsache ist: Es wird teurer. Die Frage ist, wie wir mehr Effizienz ins System bekommen. Daran muss man arbeiten, jedoch bin ich gar nicht so pessimistisch, eher etwas optimistisch, weil wir die Innovationen, die derzeit auf dem Weg sind, so noch nicht gesehen haben. Das betrifft vor allen Dingen die individualisierten Therapien und die individualisierte Diagnostik. Wenn wir es dann noch schaffen würden, den Patienten auf seiner Patient Journey wirklich zu begleiten – wie wir es gestern bei den Gesundheitspreisträgern gesehen haben, glaube ich, bekommen wir auch mehr Effizienz hinein.

von Kalle: Ich finde es problematisch, wenn man das alles an der Politik festmacht. Wir sehen das auch in anderen Lebensbereichen. Wenn es beispielsweise eine neue technische Entwicklung für ein Flugzeug gibt oder etwas im Flugverkehr passieren muss, kommt der Vorschlag aus dem Feld, was passieren muss und wie die Regulierung auszusehen hat. Die Politik entscheidet dann, ob sie es umsetzt oder nicht, oder es wird begutachtet und modifiziert. Aber die Vorstellung, ein Gesundheitsminister oder eine Gesundheitsministerin solle die Digitalisierung machen, ist irrig. Der Autor Axel Hacke hat das mal als partnerschaftliches Passiv bezeichnet. Wir müssen uns bei einem Neustart alle selbst an die Nase fassen: Wir sollten nicht nur nach vorne schauen, sondern auch in den Rückspiegel blicken. Trotzdem kann man die Politik nicht komplett außen vorlassen, weil sie die Rahmenbedingungen setzt. Wir haben vielleicht tolle Ideen, aber diese werden dann eventuell nicht zugelassen.

Moderatorin: Effizienz wurde angesprochen. Das deutsche Gesundheitssystem ist teuer, teurer als in vielen anderen Ländern, aber nicht effizienter. Was ist der größte Kostenfaktor?

Holetschek: Im aktuellen Koalitionsvertrag wurden viele Dinge richtig angesprochen: bessere Steuerung, Vernetzung, Digitalisierung, Gesundheitswirtschaft. Das gesamte Thema scheitert in der Politik aber immer wieder daran, dass wir keine Erkenntnisprobleme, sondern ein Umsetzungsproblem haben. Das muss sich ändern. Die Krankenhäuser werden sich verändern, Strukturen werden sich verändern. Und wir müssen darauf achten, dass die ländlichen Räume richtig zum Zuge kommen. Dazu brauchen wir sektorenübergreifende Konzepte, die ambulant und stationär verbin-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Holetschek: ‚Mehr Mut, das System anders zu denken'" (Supplement zu „Monitor Versorgungsforschung" zu 06/25), S. 8–9. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2784

den. Eine gute Versorgung in einer Region bedeutet nicht nur Krankenhaus, sondern auch niedergelassene Ärzte und Pflegestruktur. Ich glaube, diesen Paradigmenwechsel hin zu mehr Prävention müssen wir auch hinkriegen. Nicht zu vergessen: Wir haben in der Koalition einmalig vier Milliarden Euro über den Transformationsfonds zur Stabilisierung der Kliniken zur Verfügung gestellt, aber jetzt fließen davon wieder 1,8 Milliarden weg.

Langejürgen: Mich wundert es nicht, dass die Krankenhäuser im Fokus stehen. Sie sind unser größter Kostenblock mit rund 100 Milliarden Euro, die wir jährlich in der GKV ausgeben. Doch sind Sektorgrenzen und die Zersplitterung unseres Gesundheitswesens ein ebenso wesentlicher Punkt. Zu vieles läuft nebeneinander, zu wenig miteinander. Das ist eine große Herausforderung, die wir angehen müssen. Ich möchte aber auch das Thema Primärversorgung ansprechen: Im Koalitionsvertrag ist hierzu ein sehr guter Punkt gefunden worden. Wir brauchen mehr Steuerung, um den Free Flow der Patientenströme besser zu steuern. Vor allem der Primärarzt kann helfen, Patienten richtig ins System einzusteuern. Das ist ein wichtiger Punkt. Wenn wir eine breite Flächendeckung erreichen wollen, wird es ohne die Regelversorgung nicht gehen.

Geißler: Meine Erfahrung ist, dass alle nicht miteinander reden. Erst kürzlich hatte ich wieder den Fall eines onkologischen Patienten in der Langzeitnachbetreuung, der mit verschiedenen Fachdisziplinen zu tun hat. Nachdem er beim Facharzt eine infrage kommende Therapie und deren positive Nutzenbewertung ansprach, antwortete der Arzt sinngemäß, er solle keine so lange E-Mail schicken, und: „Ich kenne diesen Antikörper, aber ich verschreibe ihn nicht, weil ich Angst vor Regress der Kassen habe. Das habe ich zweimal erlebt, und das kann sich meine Praxis nicht leisten." Der Arzt wusste also, dass es die richtige Therapie gewesen wäre. Aber: Im Grunde scheitert es am Miteinander-Reden. Die Menschen sind zwischen den Sektorengrenzen verloren. Und sie tun sich mit mangelnden Überweisungen und fehlendem Informationsfluss schwer.

von Kalle: In Studien wurde bewiesen, dass es für die Patienten effektiv ist, Informationen zusammenzufassen und diese ihnen zurückzuspielen. Aber im Moment sitzen alle zusammen und überlegen, wie man etwas in die Versorgung einführen kann. Wir haben die DiGAs definiert, aber sie sind so definiert, dass man quasi einen Bauchtanz machen muss. Der Patient muss immer selbst etwas damit machen, aber auch der Arzt oder die Ärztin braucht ebenso Unterstützung, um all diese neuen Therapien und Dienste zu überblicken. Wir müssen diese digitale Entwicklung wie ein lernendes Gesundheitssystem begreifen. Wenn wir keine digitalen Anwendungen haben, die die Patienten an der richtigen Stelle begleiten, dann ist das System nicht lernend. Wir haben Instrumente geschaffen, aber sie sind so definiert, dass es gerade doch nicht funktioniert. Mit der jetzigen Situation sterben diese Modellprojekte nacheinander alle wieder ab. Wir haben ein Infrastrukturproblem. Wenn Kollegen in einer vertrauenswürdigen Umgebung mit Elementen wie Künstlicher Intelligenz arbeiten wollen – etwa wenn der Patient mit einem mit ChatGPT ausgearbeiteten Konzept kommt – brauchen wir eine installierte Infrastruktur und Rechenleistung in den Krankenhäusern und Arztpraxen, um so etwas außerhalb des Internets zu machen.

Langejürgen: Als BKK-Landesverband sind wir an vielen Innovationsfonds-Projekten beteiligt. Es gibt zwar viele tolle Ideen, aber es fehlt der Transfer in die Regelversorgung. Es bräuchte eine Institution, die den Transferprozess vorantreibt. Wir haben eine gewisse Überbürokratisierung und Überregulierung in unserem System. Das hindert uns daran, Innovationen wirklich zum Fliegen zu bringen.

Wendel-Schrief: Das System besteht aus vielen kleinen Rädchen, die zum Teil neu justiert werden müssen. Wir müssen die Datennutzung, Digitalisierung und den Einsatz von KI nachschärfen. Die Innovationen, die wir derzeit in Laboren sehen, sind maßgeschneiderte Therapien. Das sind Therapien, die mit Gentechnik für einen Patienten hergestellt werden. Ich sehe nicht, wie diese Therapien derzeit durch den AMNOG-Bewertungsprozess kommen sollen. Das funktioniert nicht. Die Regeln stammen aus dem Jahr 2011, als wir noch mit Massenprodukten behandelten. Jetzt sind wir bei maßgeschneiderten Therapien und genomsequenzierten Diagnostika. Darum muss etwas bei den Bewertungsmaßstäben passieren. Es kann nicht sein, dass wir uns nur an RCTs orientieren und nur die Endpunkte Mortalität und Lebensqualität anschauen. Das ist bitter für Patienten, die ein tolles Medikament schon haben könnten, das aber noch nicht auf dem Markt ist.

Moderatorin: Was wäre Ihr persönlicher Hebel für einen Neustart?

von Kalle: Der große Hebel ist, die sekundäre und primäre Prävention tatsächlich zu 100 Prozent umzusetzen. Damit könnten wir etwa die Hälfte aller Erkrankungen verhindern. Wir müssen die Niedrigschwelligkeit der Angebote gewährleisten und den Bürger mitnehmen. Zudem müssen wir neue Möglichkeiten nicht als Bedrohung, sondern als Chance begreifen. In anderen Bereichen sehen wir Investitionen in Prävention als Investition in unsere Sicherheit – im Gesundheitswesen müssen wir Prävention viel mehr als positive Begebenheit darstellen, statt nur über Kosten zu reden.

Zum Abschluss des Workshops stand der Blick nach Vorn. Gefragt nach den Gelingensbedingungen für eine innovative onkologische Versorgung von Morgen identifizierten die Teilnehmenden drei große Handlungsfelder: Ein vertrauenswürdiger Rahmen für die Datenteilung, digitale Unterstützung für „shared decission making" in der Therapie und neue gesetzliche Möglichkeiten, um praxisnahe Evidenz zu Innovationen zu generieren und anschließend auch zu skalieren. Viele gute Ideen, die im Weiteren in einer handlungsleitenden Agenda aufgegriffen werden sollen.

Wendel-Schrief: Es gibt verschiedene Stellgrößen. Prävention muss niedrigschwelliger sein. Ich nehme auch die Patienten in die Verantwortung: Jeder muss sich an die eigene Nase fassen und die Früherkennung nutzen. Innovation, womit ich auch KI und Digitalisierung meine, kann helfen, das Ganze effizienter zu machen.

Geißler: Der wichtigste Hebel ist das Thema Daten. Wir müssen anders damit umgehen, damit wir schneller forschen und schneller verstehen. Wir müssen die Patienten mitnehmen, damit sie ihre Daten teilen und dies als sinnvolle Investition in ihre Gesundheit sehen.

Langejürgen: Ich würde den Fokus auf das Thema Patientensteuerung legen. Wir müssen die Millionen von Arzt-Patienten-Kontakten reduzieren. Außerdem ist die Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin wichtig, da dort die Grundlagen für eine gesunde Entwicklung gelegt werden.

Holetschek: Ich würde das Sondervermögen von 500 Milliarden Euro nehmen und das Geld in Innovationen und zukunftsträchtige Themen für Gesundheit und Pflege investieren. <<