Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität für Patient:innen mit Asthma bronchiale

DMP Asthma-Positionspapier mit Handlungsempfehlungen

Das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale zielt als strukturiertes Behandlungsprogramm gemäß § 137f SGB V darauf ab, Patient:innen mit Asthma bronchiale eine koordinierte Behandlung auf dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung zu ermöglichen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025a). Disease-Management-Programme wie das DMP Asthma stützen sich in ihren Vorgaben auf die vorhandenen klinischen Behandlungsleitlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2025b). Da diese ständigen Aktualisierungen unterliegen, kann es zu einer Diskrepanz zwischen den Vorgaben des DMP und den aktuellen Empfehlungen der Leitlinien kommen. So betont die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma (NVL Asthma) z. B. die Notwendigkeit der allergologischen Stufendiagnostik für alle Patient:innen mit Asthma, um die Asthmasymptome optimal zu verstehen und kausal zu behandeln (Bundesärztekammer 2024). Im Gegensatz dazu fehlt im bestehenden DMP Asthma diese allergologische Diagnostik (und sogar die komplette leitliniengerechte Phänotypisierung der Patient:innen). Dies kann zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen, obwohl bis zu 79% der Kinder mit Asthma und bis zu 60% aller an Asthma erkrankten Erwachsenen ein allergisches Asthma aufweisen, welches eine entsprechende Behandlung benötigt (Agache et al. 2019). Im Rahmen dieser Stellungnahme werden konkrete Verbesserungen vorgeschlagen, um das DMP Asthma an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und die Versorgungsqualität für Patient:innen mit Asthma bronchiale nachhaltig zu verbessern.

1. Ganzheitliches Diagnosekonzept mit Phänotypisierung unerlässlich

1.1. Patientenphänotypisierung durch Biomarker

>> Eine moderne und zielgerichtete Asthmatherapie erfordert die Phänotypisierung von Patient:innen. Laut der NVL Asthma kann somit auf individuelle Krankheitsverläufe und daraus resultierende Konsequenzen in der Therapieauswahl eingegangen werden und es können bestimmte Komorbiditäten sowie Risikofaktoren für schwere Verlaufsformen identifiziert werden (Bundesärztekammer 2024). Die Phänotypisierung ist die Grundlage jeder modernen personalisierten Asthmatherapie. Nur wenn klar ist, welcher Asthmaphänotyp (allergisch oder intrinsisch) vorliegt, kann die jeweils optimale Therapie ausgewählt werden. Ohne diese Differenzierung besteht die Gefahr einer Unter- oder Übertherapie und unnötigen Kosten.

Wie in Abbildung 1 dargestellt, richtet sich die Wahl der Therapie entscheidend nach dem jeweiligen Asthmatyp und dem Schweregrad der Erkrankung (Abb. 1).

Das DMP vernachlässigt diesen wichtigen Zwischenschritt, wodurch die individuelle gezielte Behandlung unmöglich wird. Die Diagnose Asthma sollte deshalb durch eine explizite Verankerung einer individuellen Patientenphänotypisierung ergänzt werden. Hierzu gehören gemäß der NVL Asthma und der fachärztlichen Asthma-Leitlinie (S2k) die allergologische Stufendiagnostik

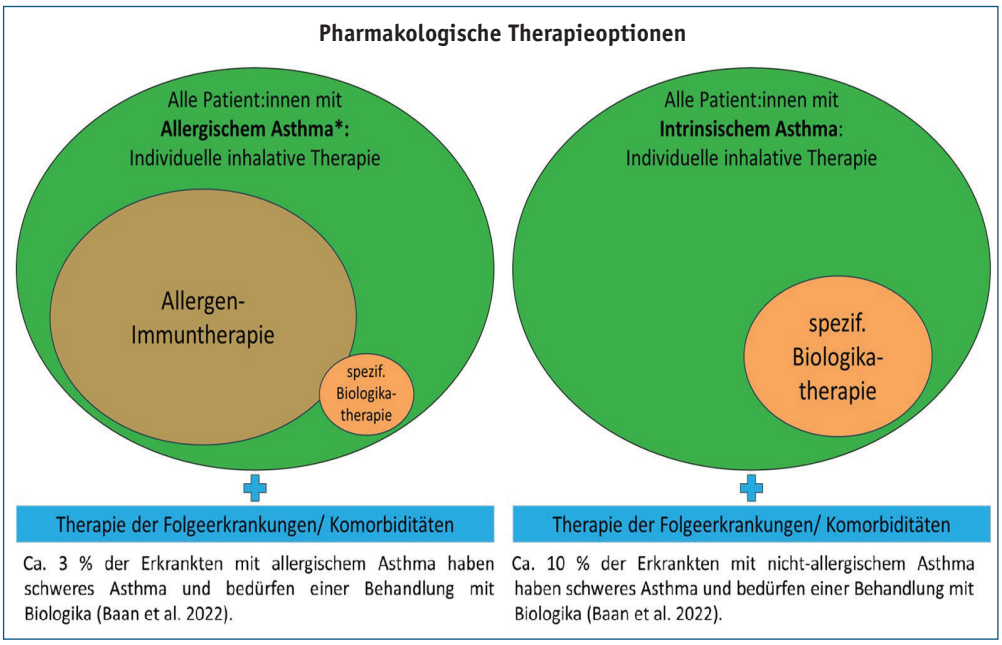


Abb. 1: Pharmakologische Therapieoptionen. Eigene Darstellung.

(Bundesärztekammer 2024; Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023) sowie laut der fachärztlichen Asthma-Leitlinie (S2k) die Bestimmung der Eosinophilen, die Erhebung des Erstmanifestationsalters und die Messung des exhalierten Stickstoffmonoxids (FeNO) (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023).

Forderung:

Aufnahme der Asthmaphänotypisierung in die Diagnostik (Abschnitt 1.2) des DMP Asthma bronchiale.

1.2 Implementierung verbindlicher allergologischer Stufendiagnostik gemäß NVL Asthma

Eine allergische Erkrankung ist der bisher am stärksten identifizierte, prädisponierende Faktor für die Entwicklung von Asthma bronchiale. Bis zu 79% aller Kinder mit Asthma sowie bis zu 60% der betroffenen Erwachsenen leiden an allergischem Asthma (Agache et al. 2019). Demzufolge stellt für die Mehrheit der Patient:innen mit Asthma eine entsprechende Allergiediagnostik einen entscheidenden Schritt bei der erfolgreichen Asthmatherapie dar. Die allergologische Stufendiagnostik ermöglicht mit der exakten Allergenbestimmung eine zielgerichtete Behandlung mit der Allergen-Immuntherapie (AIT), der (neben einer möglichen Allergenkarenz) einzigen kausalen Therapieoption für allergisches Asthma. Dieses Vorgehen trägt nicht nur zum Ziel der Symptomkontrolle und Krankheitsremission bei, sondern entspricht der NVL Asthma (Bundesärztekammer 2024), der nationalen fachärztlichen Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie 2023) sowie internationalen Empfehlungen (Polverino et al. 2017; Global Initiative for Asthma 2023). Somit hilft die AIT im Sinne der Solidargemeinschaft, direkte und indirekte asthmaassoziierte Kosten zu vermeiden.

Forderung:

Verbindliche allergologische Stufendiagnostik (Abschnitt 1.2.3) gemäß aktueller Nationaler Versorgungsleitlinie Asthma, inkl. verpflichtender erstmaliger Dokumentation der Diagnostik (Anlage 10) im DMP Asthma bronchiale (Abb. 2).

Klinischer Algorithmus für die Behandlung von Asthmapatientinnen und -patienten, abhängig von ihrem Asthmaphänotyp

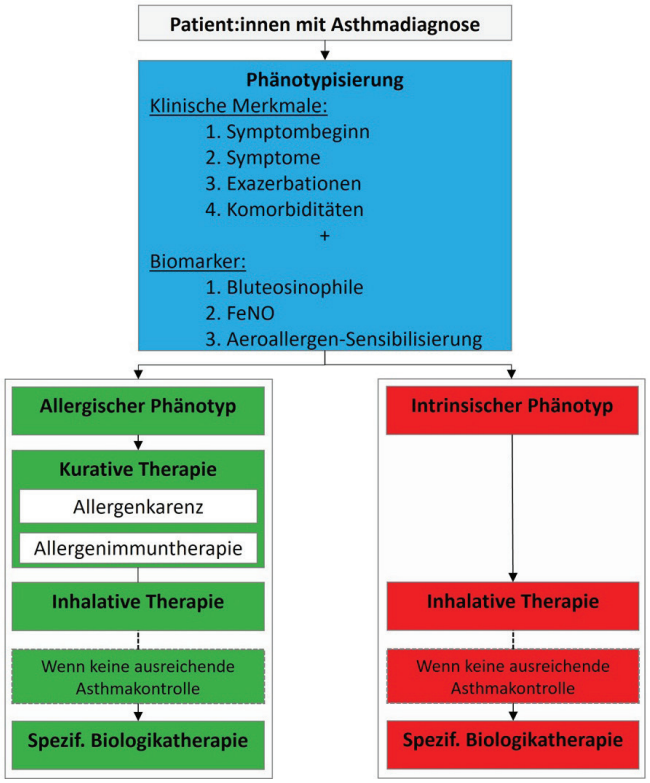


Abb. 2: Klinischer Algorithmus für die Behandlung von Asthmapatientinnen und -patienten, abhängig von ihrem Asthmaphänotyp. Eigene Darstellung, in Anlehnung an Lommatzsch et al. 2025.

2. Kostenvergleich einer sekundärpräventiven Behandlung allergischer Rhinitis (AR) mit AIT und leitlinienorientierter Therapie des mittelgradigen, bzw schweren allergischen Asthmas (AA) bei Erwachsenen

Die aktuelle Forschung zeigt, dass die AIT das Risiko für die Entwicklung von Asthma präventiv senken kann (Farraia et al. 2022). Ihre langfristigen Effekte umfassen neben der Asthmaentstehung auch eine verbesserte Asthmakontrolle und die Möglichkeit der Induktion einer dauerhaften Krankheitsremission. Diese Effekte gehen mit einer langfristigen Kostensenkung einher.

Bei Patient:innen mit bestehendem Asthma kann die AIT die Asthma-Kontrolle verbessern und das Risiko von Asthmaexazerbationen deutlich reduzieren. Woehlk et al. (2022) ermittelten in einem dreijährigen Follow-up nach Behandlung mit der AIT einen durchschnittlichen Rückgang der Exazerbationshäufigkeit von 74% bei saisonalem und 57% bei perenniellem allergischem Asthma (jeweils $p<0.001$). Die Autoren konnten zudem einen protektiven Effekt von AIT auf die Entwicklung von Infekten der unteren Atemwege zeigen (mittlere Risikoreduktion von 17% bzw. 20% für allergisches Asthma).

Zur Veranschaulichung kann ein Vergleich der Jahrestherapiekosten (JTK) einer AIT und ei-ner konventionellen Asthmatherapie bei allergischem Asthma (AA) verschiedener Schwere-grade herangezogen werden (siehe Abb. 3). Die Rechnung erfolgt analog zu Brehmer et al. (2023) und zeigt nicht nur den medizinischen Nutzen, sondern auch ökonomische Aspekte der Therapie auf und untersucht die Sinnhaftigkeit der AIT bei dieser Patientengruppe, insbesondere bei kontrolliertem allergischem Asthma. Für die Kostenberechnung wurden Erkrankte betrachtet, die mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) allein nicht ausreichend behandelt werden können – etwa 80% der verordneten ICS sind Kombinationspräparate (Ludwig et al. 2022; ABDATA Pharma-Daten-Service 2023).

Dies entspricht bei Erwachsenen (≥18

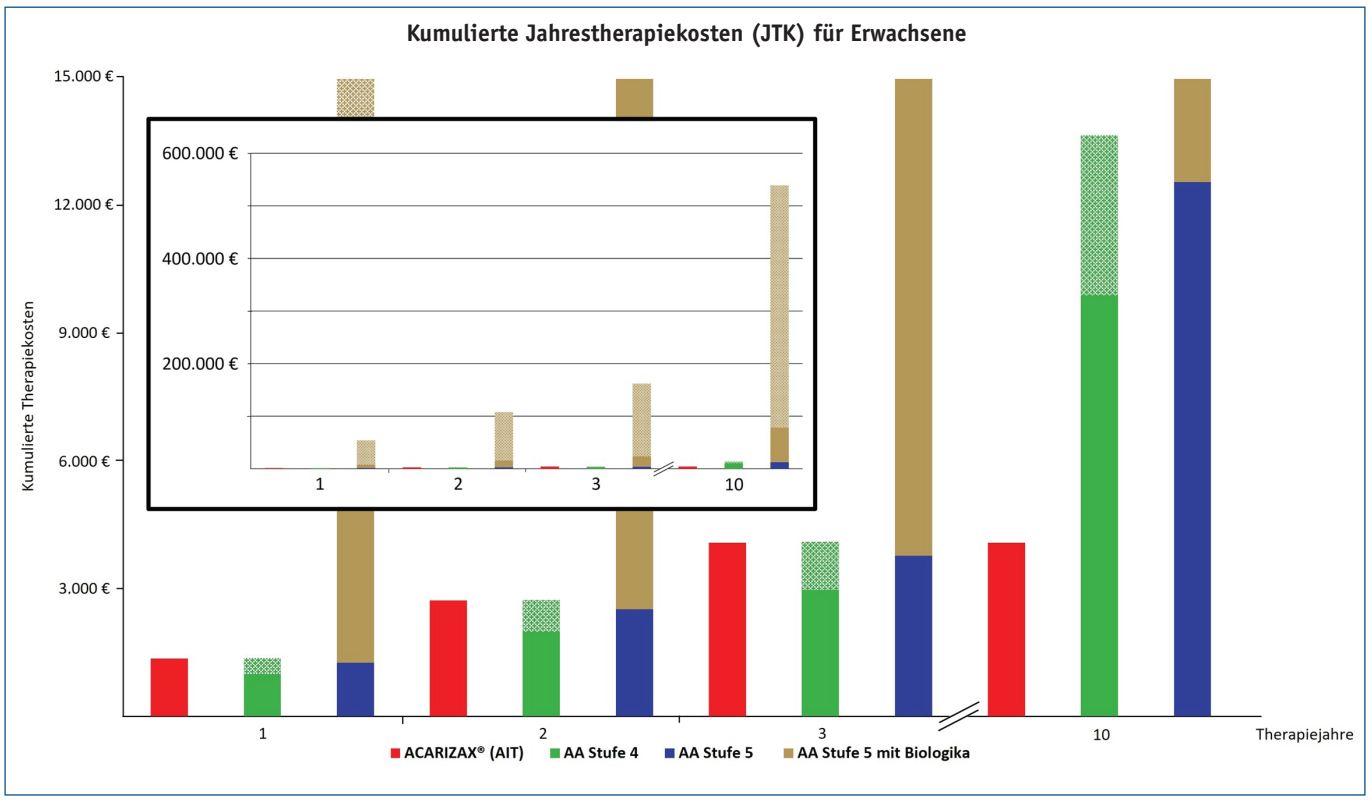


Abb. 3: Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene[1, 2]. Legende: 1 = Auswahl der Vergleichsmedikation erfolgt analog dem nach Arzneimittelverordnungsreport am häufigsten verordneten Arzneimittel je Arzneimittelklasse; 2 = durchgehend gefüllte Balken zeigen die Minimalkosten, die schraffierten Balken markieren die Spanne bis zu den Maximalkosten. Eigene Darstellung in Anlehnung an Brehmer et al. 2023.

Jahre) den Therapiestufen 3 bis 5 der NVL Asthma. Grundlage für die Kostenberechnung der AIT ist in dieser Analyse das Präparat ACARIZAX®. Die Asthmatherapiekosten basieren auf NVL-Empfehlungen für Langzeittherapien, wobei für jede Stufe bevorzugte Kombinationen der meistverordneten Präparate laut Arzneiverordnungsreport (Ludwig et al.) gewählt wurden; die Bedarfstherapie wurde nicht berücksichtigt. Die JTK wurden aus Apothekenverkaufspreisen beziehungsweise Festbeträgen abzüglich gesetzlicher Rabatte ermittelt und über einen Beobachtungszeitraum von 10 Jahren kumuliert und betrachtet, wann die Kosten der symptomatischen Asthmatherapie die Ausgaben für eine kausal wirkende AIT übersteigen (Break-even-Analyse). Rabattverträge und Patientenzuzahlungen blieben dabei unberücksichtigt.

Ergebnis:

Kausale Therapien der allergische Rhinitis (AR) können bei Erwachsenen jährliche Behandlungskosten von rund 1.300 Euro verursachen. So liegen die Kosten für eine Immuntherapie mit ACARIZAX® beispielsweise bei etwa 1.360 Euro pro Jahr. Die JTK für eine Behandlung des allergischen Asthmas (AA) gemäß Stufe 3 der Asthmaleitlinie betragen 496 Euro und gemäß Stufe 4 bis zu 1.368 Euro. In Stufe 5 steigen die Kosten auf bis zu 53.910 Euro pro Jahr (inklusive Biologikatherapien). Die kumulierten Jahrestherapiekosten für Erwachsene sind in Abbildung 3 dargestellt. Je höher der Asthmaschweregrad ist, desto eher überschreiten die Kosten der AA-Behandlung die einer AIT (Break-even-Point). Die AA-Behandlung nach Leitlinie NVL Asthma kann in Stufe 4 bereits nach einem Jahr Behandlung kostenintensiver sein als die AIT. Sobald eine Biologikatherapie notwendig ist, ergeben sich bereits im 1. Behandlungsjahr immer höhere Kosten als bei der AIT. Folglich ergibt sich zusätzlich zum klinischen Nutzen auch aus Kostensicht ein Vorteil für den Einsatz der AIT gegenüber einer dauerhaften Therapie des AA, zumal die kausale Therapie mit AIT lediglich über einen begrenzten Zeitraum (i. d. R. drei Jahre) erfolgt (Abb. 3, Tab. 1).

Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene[1]					
NVL-Stufe		**JTK in Euro 1. Jahr**	**JTK in Euro 2. Jahr**	**JTK in Euro 3. Jahr**	**JTK in Euro 10. Jahr**
-	ACARIZAX® (AIT)	1.360	2.720	4.080	4.080
4		991 - 1.368	1.982 - 2.736	2.973 - 4.104	9.910 - 13.680
5		1.258	2.516	3.774	12.580
5 (inkl. Biologika)		7.839 – 53.910	15.678 – 107.820	23.517 – 161.730	78.390 – 539.100

Tab. 1: Kumulierte Jahrestherapiekosten (JTK) für Erwachsene1. Legende: 1 = Auswahl der Vergleichsmedikation erfolgt analog dem nach Arzneimittelverordnungsreport am häufigsten verordneten Arzneimittel je Arzneimittelklasse. Eigene Darstellung in Anlehnung an Brehmer et al. 2023

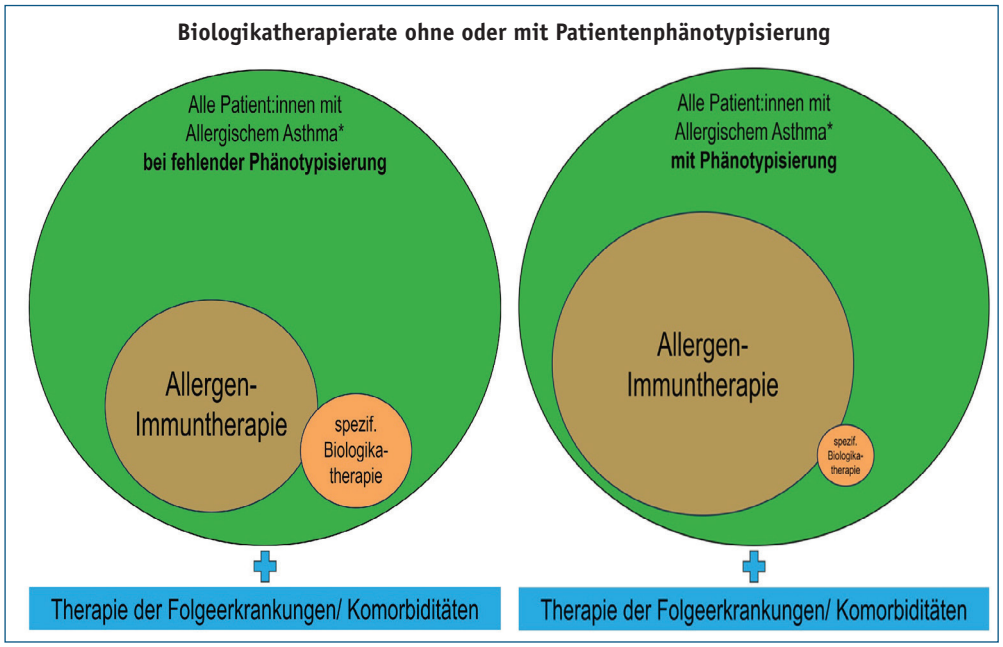


Abb. 4: Biologikatherapierate ohne oder mit Patientenphänotypisierung. Legende: * = Allergenkarenz ist anzustreben. Eigene Darstellung.

Zur Veranschaulichung stellt Abbildung 4 dar, dass eine frühzeitige AIT, ermöglicht durch eine frühzeitige Phänotypisierung, die Folgekosten durch einen früheren Therapiebeginn senkt. Dadurch ließe sich die derzeitige Biologika-Therapierate von etwa 3% (vgl. Abb. 1) auf rund 1% reduzieren (Abb. 4).

Die AIT ist eine nachhaltige Investition in die Gesundheit von Patient:innen und trägt somit nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient:innen bei, sondern ist auch aus gesundheitsökonomischer Sicht sinnvoll und entlastet das Gesundheitssystem auf lange Sicht (Fritzsching et al. 2024).

Forderung:

Patient:innen mit allergischem Asthma sollte die Möglichkeit einer AIT nicht verwehrt werden, da sich zusätzlich zum klinischen Nutzen (kausale Wirkung) der AIT ein Kostenvorteil gegenüber einer dauerhaften (symptomatischen) Therapie des AA ergibt.

3. Relevanz der Dokumentation verbessern

Eine konkrete und relevante Dokumentation dient nicht nur der Nachvollziehbarkeit und Qualitätssicherung des Programms, sondern auch der Evaluierung der Therapie und der interdisziplinären Kommunikation.

Die Dokumentation im Rahmen des DMP Asthma bronchiale sollte inhaltlich so angepasst werden, dass irrelevante Abfragen entfallen und im Gegenzug therapierelevante Abfragen ergänzt werden. Dabei ist zwischen einmalig zu erhebenden Daten (z. B. Phänotypisierung, Allergieanamnese) und regelmäßig zu erhebenden Daten (z. B. Verlauf der AIT) klar zu unterscheiden. Eine intelligente Anpassung kann die Belastung der Ärztinnen

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). DMP-Anforderungen-Richtlinie. Anlage 9: Asthma bronchiale – Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm (ab dem vollendeten 1. Lebensjahr); Anlage 10: Asthma bronchiale – Dokumentation. 2025; [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/83/.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Disease-Management-Programme. 2025. [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/.
3. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung, 3. Auflage. Berlin: Bundesärztekammer; 2024. Verfügbar unter: https://www.leitlinien.de/nvl/asthma.
4. Agache I, Lau S, Akdis CA, Smolinska S, Bonini M, Cavkaytar O, et al. EAACI guide-lines on allergen immunotherapy: House dust mitedriven allergic asthma. Allergy. 2019; 74(5): 855–73. doi:10.1111/all.13749.
5. Baan EJ, de Roos EW, Engelkes M, de Ridder M, Pedersen L, Berencsi K, et al. Characterization of asthma by age of onset: A multi-database cohort study. J Allergy Clin Immunol Pract. 2022;10(7):1825–34.e8. doi:10.1016/j.jaip.2022.02.033.
6. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). S2k-Leitlinie zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie von Asthma. März 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-009l_S2k_Fachaerztliche-Diagnostik-Therapie-von-Asthma_2023-03.pdf.
7. Polverino E, Goeminne PC, McDonnell MJ, Aliberti S, Marshall SE, Loebinger MR, et al. European Respiratory Society guidelines for the management of adult bronchiectasis. European Respiratory Journal. 2017; 50(3), 1700629. doi:10.1183/13993003.00629-2017.
8. Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Juli 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf.
9. Lommatzsch M, Buhl R, Bergmann KC, Brusselle GG, Canonica GW, Jackson DJ, et al. Eosinophils in asthma phenotypes: perpetrators or guilty by association? The Lancet Respiratory Medicine. 2025. doi:10.1016/s2213-2600(25)00174-2.
10. Farraia H, Silva R, Soares M. Allergen immunotherapy for asthma prevention: A systematic review and meta-analysis. Allergy. 2022; 77(6), 1839–51.
11. Woehlk C, von Bülow A, Ghanizada M, et al. Allergen immunotherapy effectively reduces the risk of exacerbations and lower respiratory tract infections in both seasonal and perennial allergic asthma: a nationwide epidemiological study. Eur Respir J 2022; 60: 2200446 [DOI: 10.1183/13993003.00446-2022].
12. Brehmer D, Lommatzsch M, Wüstenberg E, Strüve T. Kostenvergleich einer sekundärpräventiven Behandlung allergischer Rhinitis (AR) mit AIT und leitlinienorientierter Therapie des mittelgradigen bzw. schweren allergischen Asthmas (AA) bei Erwachsenen, Jahr 2022. Poster präsentiert auf dem 18. Deutschen Allergiekongress; 2023; Bonn, Deutschland.
13. Ludwig W-D, Mühlbauer B, Seifert R. Arzneiverordnungs-Report 2022. Berlin: Springer; 2022.
14. ABDATA Pharma-Daten-Service. Lauer-Taxe – Datenbank für Arzneimittelinformationen. Eschborn: ABDATA Pharma-Daten-Service; 2023 [Zugriff am 14.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.lauer-fischer.de.
15. Fritzsching B, Porsbjerg C, Contoli M, Buchs S, Larsen JR, Freemantle N. Longterm health care resource and cost savings with allergy immunotherapy: REACT study results. Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2024; 3(1): 100197. doi:10.1016/j.jacig.2023.100197.

und Ärzte verringern (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie).

Forderung:

Überarbeitung von Anlage 10 des DMP Asthma bronchiale hin zur zielgerichteten Dokumentation relevanter Daten. <<

von:
Elke Alsdorf[1]
Dr. med. Jens C. Becker[2]
ORCID: 0009-0002-5861-8391
Dr. med. Stefanie Bendig[3]
ORCID: 0009-0007-1361-4086
Prof. Dr. med. habil. Marek Lommatzsch[4]
ORCID: 0000-0002-9305-9348
Dr. med. Sylvia Schnitzer[5]
ORCID: 0009-0009-5524-0945
Dr. rer. nat. Tom Trenkmann[6]
ORCID: 0009-0007-1606-792X

1: Deutscher Allergie und Asthmabund e. V. (DAAB), Patient:innenfürsprecherin
2: Berufsverband der Pneumologen Deutschland (BdP), Vorstandsmitglied
3: Pneumologie Zentrum Lübeck, Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie, Schlafmedizin
4: Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Pneumologie, Allergologie und internistische Intensivmedizin, Leitender Oberarzt und stellv. Klinikdirektor
5: Fachärztliche Vereinigung MV e. V., Vorsitzende
6: DAK-Gesundheit, Fachbereich Arzneimittel

Zitationshinweis

Alsdorf et al.: „DMP Asthma-Positionspapier mit Handlungsempfehlungen", in „Monitor Versorgungsforschung" (02/26), S. 40–44. http://doi.org/10.24945/MVF.02.26.1866-0533.2821

Zusammenfassung

Einleitung: Das Disease-Management-Programm (DMP) Asthma bronchiale weist relevante Abweichungen von aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien auf. Insbesondere fehlt eine leitliniengerechte Patientenphänotypisierung einschließlich einer verbindlichen allergologischen Stufendiagnostik. Ziel ist die Anpassung des DMP an den aktuellen Stand der Wissenschaft.

Methoden: Grundlage ist eine inhaltliche Bewertung des bestehenden DMP im Vergleich zu aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen und Leitlinienempfehlungen.

Ergebnisse: Es zeigen sich Defizite in der Phänotypisierung, der allergologischen Diagnostik und der Integration von Biomarkern sowie in der gezielten Dokumentation. Dadurch werden personalisierte Therapien, einschließlich der kausalen Allergen-Immuntherapie (AIT), bislang nicht optimal genutzt.

Diskussion: Eine Anpassung des DMP durch Integration von Biomarkern, strukturierter Allergiediagnostik und verbesserter Dokumentation kann personalisierte Therapien fördern, die Versorgungsqualität steigern und mittelfristig Kosten reduzieren.

Schlüsselwörter

Asthma bronchiale, Disease-Management-Programm (DMP), allergologische Stufendiagnostik, Patientenphänotypisierung, Allergen-Immuntherapie (AIT)

DMP Asthma – Position Paper with Recommendations for Action

Introduction: The Disease Management Programme (DMP) for bronchial asthma deviates significantly from current national and international guidelines. In particular, there is a lack of guideline-compliant patient phenotyping, including mandatory allergy testing. The aim is to bring the DMP into line with the current state of scientific knowledge.

Methods: The basis for this is a content-based evaluation of the existing DMP in comparison with current scientific requirements and guideline recommendations.

Results: Deficits are evident in phenotyping, allergological diagnostics and the integration of biomarkers, as well as in targeted documentation. As a result, personalised therapies, including causal allergy immunotherapy (AIT), have not yet been used to their full potential.

Discussion: Adapting the DMP by integrating biomarkers, structured allergy diagnostics and improved documentation can promote personalised therapies, improve the quality of care and reduce costs in the medium term.

Keywords

Bronchial asthma, Disease-Management Program (DMP), allergological diagnostics, Patient phenotyping, Allergen immunotherapy (AIT)

Hohe Public-Health-Relevanz

>> Im aktuellen RKI-Beitrag „Long Covid bei Erwachsenen – eine aktuelle Bestandsaufnahme zu gesundheitlichen Langzeitfolgen nach SARS-CoV-2-Infektion" wird deutlich, das Long Covid nicht nur für Betroffene und ihre Angehörigen eine große Belastung dar stellt, sondern auch mit nicht einschätzbaren längerfristigen Folgen für die Bevölkerungsgesundheit und das Versorgungssystem einhergeht. Nach Aussagen der fortlaufenden Literaturrecherche treten anhand von bevölkerungsbezogenen, kontrollierten Studien Long-Covid-Symptome mit einer Häufigkeit von etwa 10–15% bei SARS-CoV-2-infizierten Erwachsenen auf. Neben dem Covid-19-Impfstatus und der Virusvariante werde das Risiko für Long-Covid-Symptome vor allem durch gesundheitliche Vorbelastungen und soziodemografische Faktoren beeinflusst.

Bei den meisten Betroffenen bilden sich nach Erkenntnissen der Autor:innen die Long-Covid-Symptome innerhalb eines Jahres zurück. Insbesondere multiple und länger anhaltende Beschwerden können mit erheblichen Einschränkungen von Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe sowie einem erhöhten medizinischen Versorgungbedarf einhergehen. Darüber hinaus mehren sich nach Aussage der Autor:innen Hinweise auf einen infektionsassoziierten Anstieg an neu diagnostizierten Symptomkomplexen, Organschäden und chronischen Erkrankungen, was zur fortwährenden Public-Health-Relevanz von Long Covid beitrage. <<

Link: https://t1p.de/d7kos

mkk: Gesundheit ins Grundgesetz

>> „Gesundheit gehört ins Grundgesetz" fordert ein aktuelles Positionspapier der Krankenkasse mkk. Unser Land benötigt eine Neuorientierung, sagt darin mkk-Vorständin Andrea Galle. Jedes politische Handeln müsse den Schutz und die Förderung von Gesundheit in ihrer herausragenden Stellung für alle Bereiche unserer Gesellschaft anerkennen. Von diesem Leitgedanken sollten alle politische Entscheidungen getragen werden. Es sei Es ist höchste Zeit, Gesundheit in Deutschland neu zu denken. <<

Link: https://t1p.de/m3wx8